Ouvindo o idoso hospitalizado: direitos envolvidos na assistência cotidiana de enfermagem

Ana Maria Tucci Gammaro Baldavira Ferreira

Tese apresentada ao Programa de Pós –
Graduação em Saúde Pública da Faculdade de
Saúde Pública da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Doutor em Saúde
Pública

Área de concentração: Serviços de Saúde Pública

Orientadora: Profª Drª Alice Moreira Derntl

**São Paulo
2005**

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, por processos fotocopiadores.

Assinatura:

Data:

45 990/2005 doc

Nada é impossível de mudar

**Desconfiai do mais trivial,
na aparência singelo.
E examinai, sobretudo, o
que parece habitual.
Suplicamos expressamente:
não aceiteis o que é de
hábito como coisa natural,
pois em tempo de desordem
sangrenta, de confusão
organizada, de arbitrariedade
consciente, de humanidade desumanizada,
nada deve parecer natural
nada deve parecer impossível de mudar**

BERTOLT BRECHT

DEDICATÓRIA

À Querida **MARIA**, Mãe Celestial e
Nossa Senhora, que muito me ensina...

A **SÃO CAMILO DE LELLIS**, cuja alma,
colocada no cuidado, foi o bálsamo imprescindível
para os doentes pobres e necessitados.

Aos queridos pais, **Pedro (in memoriam) e Zinha**, que
investiram fortemente em minha formação humana,
ética, moral e profissional.

Ao querido marido **Marcos**, companheiro na vida e no amor,
meu grande apoio para todos os momentos.

Às queridas filhas, **Marina e Maria Júlia**,
minhas melhores e mais lindas produções.

Dedicatória especial

*À querida Prof^a. Dr^a. Alice Moreira Derntl,
minha “mãe acadêmica”, cuja convivência
é permeada pelo respeito mútuo, admiração recíproca
e verdadeiro aprendizado no cotidiano,
na pesquisa e na docência.*

Agradecimentos

À *Professora Doutora Alice Moreira Dertml*, cuja orientação, apoio, confiança e credibilidade foram vitais para a realização de todo o Doutorado.

A *Sra. Alaide Moura de Oliveira*, diretora da Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e sua equipe por sua valiosa ajuda, mantendo as portas abertas de sua casa.

À *equipe da Biblioteca* da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo pelo auxílio fundamental e preciso.

Aos *funcionários do Serviço de Pós - Graduação* da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, pela disponibilidade e atenção dispensada.

À *Professora Doutora Maria do Carmo Querido Avelar*, Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, pelo apoio e ajuda essenciais em vários momentos desta caminhada.

Aos *colegas professores* do Curso de Graduação em Enfermagem da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, pelo incentivo e carinho.

À *Fabiana e ao Daniel*, da Secretaria do Curso de Graduação em Enfermagem, bem como ao *personal da Biblioteca* da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, pela intensa torcida e ajuda.

Ao *personal* da Secretaria do Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, pela valiosa colaboração em todos estes anos.

Aos *pacientes idosos hospitalizados que entrevistei*, pela imensa colaboração carinhosa neste estudo.

Aos *enfermeiros*, que me receberam respeitosa e amigavelmente em suas unidades para a realização desta pesquisa.

Aos *alunos* que tive a oportunidade de encontrar pelo caminho que me ajudaram a questionar, refletir e não me acomodar na busca do saber.

Aos *pacientes que cuidei*, pela sabedoria que generosamente me ofereceram.

Aos *familiares* que valorizam meu trabalho e compartilham minhas conquistas.

Aos queridos *Prof.Dr.Ulysses Ribeiro Jr. e Profª Drª Adriana Vaz Safatle - Ribeiro* pelo apoio, carinho e respeito que marcam nossos laços.

Aos *amigos*, que na impossibilidade de nomeá - los todos, estão sempre dispostos a ajudar não só pela disponibilidade, mas pela colaboração efetiva.

Às *auxiliares de meu cotidiano*, pois sem elas teria sido impossível saber o que o tempo significa para uma pós-graduação: *Bertina Matias da Silva, Damaris Cristina da Silva do Carmo*, meu Muito Obrigada!

ÍNDICE

LISTA DE QUADROS
RESUMO
SUMMARY

Uma primeira palavra

1. INTRODUÇÃO	1
1.1 Considerações sobre a população idosa – aspectos relativos à sua saúde	1
1.2 A hospitalização de idosos	13
1.3 Assistência de enfermagem para idosos	18
1.4 Direitos de idosos hospitalizados na assistência cotidiana de enfermagem .	22
1.5 Propósito do estudo – justificativa	40
1.6 Objetivo.....	41
2. MÉTODO	42
2.1 Tipo de estudo.....	42
2.2 Local	42
2.2.1 Cenário dos campos de pesquisa	43
2.3 População	44
2.4 Coleta de dados	49
2.5 Instrumentos de coleta de dados	50
2.6 Método de análise	56
2.7.Aspectos éticos do estudo	58
3. RESULTADOS	59
3.1. Caracterização da população do estudo	59
3.1.1 Perfil dos idosos entrevistados.....	59
3.1.2 Aspectos relacionados à internação hospitalar	66
3.2 Ouvindo o idoso hospitalizado: as entrevistas	71
3.2.1 Estrutura referencial teórica dos discursos	72
3.2.2 Discursos sobre a assistência cotidiana de enfermagem: ações representativas dos direitos dos idosos :	73

3.2.3 Discursos sobre questões complementares da assistência cotidiana de enfermagem: situações, atitudes e comportamentos representativos dos direitos dos idosos	81
4. ANÁLISE E DISCUSSÃO	95
4.1 Estrutura de análise dos discursos	97
5. CONCLUSÕES	154
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	157
Uma última palavra	
7. REFERÊNCIAS	164
ANEXOS	
Anexo I - Lei nº 10.241 de 17 de março de 1999 que dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e ações de saúde no Estado e dá outras providências	A1
Anexo II - Caracterização do universo da população da pesquisa	A2
Anexo III - Roteiro de questões para entrevista com pacientes idosos	A3
Anexo IV - Termo de consentimento livre e esclarecido para pacientes	A4

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição dos pacientes idosos segundo os critérios de seleção	48
Quadro 2 - Distribuição de entrevistas válidas para a pesquisa, segundo local de realização e sexo do paciente entrevistado	48
Quadro 3 - Estudo sobre direitos de pacientes idosos hospitalizados - aplicados para o estudo presente	53
Quadro 4 – Distribuição dos idosos entrevistados segundo faixa etária	60
Quadro 5 – Caracterização da população do estudo segundo alguns aspectos pessoais	61
Quadro 6 - Distribuição dos pacientes, segundo condição de moradia e presença/ relação com cuidador domiciliar.....	63
Quadro 7 – Distribuição de pacientes conforme atividade profissional ou ocupacional e aposentados.....	65
Quadro 8 – Distribuição dos idosos entrevistados segundo faixa etária e necessidade de auxílio referidas (parcial ou total) das atividades de banho, alimentação e à satisfação das necessidades fisiológicas	66
Quadro 9 - Distribuição de pacientes idosos hospitalizados segundo o tempo de internação em dias.....	67
Quadro 10 - Distribuição de pacientes idosos hospitalizados segundo o número de internações anteriores	68
Quadro 11 - Quadro dos diagnósticos referidos pelo paciente e diagnósticos verificados no prontuário	69
Quadro 12– Discursos sobre a assistência cotidiana de enfermagem – ações representativas dos direitos dos idosos: CONCEITO ÓTIMO	74
Quadro 13 – Discursos sobre a assistência cotidiana de enfermagem – ações representativas dos direitos dos idosos: CONCEITO NÃO SEI.....	77
Quadro 14 – Discursos sobre a assistência cotidiana de enfermagem – ações representativas dos direitos dos idosos CONCEITO PÉSSIMO	79

Quadro - 15 Discursos sobre questões complementares à assistência cotidiana de enfermagem – situações, atitudes e comportamentos representativos dos direitos dos idosos: situação em que houve vergonha	82
Quadro -16 Discursos sobre questões complementares à assistência cotidiana de enfermagem – situações, atitudes e comportamentos representativos dos direitos dos idosos: informações fornecidas pelo pessoal de enfermagem	83
Quadro 17 Discursos sobre questões complementares à assistência cotidiana de enfermagem – situações, atitudes e comportamentos representativos dos direitos dos idosos: informações fornecidas sobre a medicação	85
Quadro 18 Discursos sobre questões complementares à assistência cotidiana de enfermagem – situações, atitudes e comportamentos representativos dos direitos dos idosos: informações fornecidas sobre a pressão arterial	87
Quadro 19 Discursos sobre questões complementares à assistência cotidiana de enfermagem – situações, atitudes e comportamentos representativos dos direitos dos idosos: informações sobre recebimento de sangue	87
Quadro 20 Discursos sobre questões complementares à assistência cotidiana de enfermagem – situações, atitudes e comportamentos representativos dos direitos dos idosos: identificação do paciente	87
Quadro 21 Discursos sobre questões complementares à assistência cotidiana de enfermagem – situações, atitudes e comportamentos representativos dos direitos dos idosos: discriminação no atendimento	88
Quadro 22 Discursos sobre questões complementares à assistência cotidiana de enfermagem – situações, atitudes e comportamentos representativos dos direitos dos idosos: acompanhante	88
Quadro 23 Discursos sobre questões complementares à assistência cotidiana de enfermagem – situações, atitudes e comportamentos representativos dos direitos dos idosos: apresentação do pessoal de enfermagem	89
Quadro 24 Discursos sobre questões complementares à assistência cotidiana de enfermagem – situações, atitudes e comportamentos representativos dos direitos dos idosos: identificação escrita do pessoal de enfermagem	90
Quadro 25 Discursos sobre questões complementares à assistência cotidiana de enfermagem – situações, atitudes e comportamentos representativos dos direitos dos idosos: solicitação e resguardo de segredo	91

Quadro 26 Discursos sobre questões complementares à assistência cotidiana de enfermagem – situações, atitudes e comportamentos representativos dos direitos dos idosos: obtenção de informações do prontuário 91

Quadro 27 Discursos sobre questões complementares à assistência cotidiana de enfermagem – situações, atitudes e comportamentos representativos dos direitos dos idosos: visita religiosa 92

Quadro 28 Discursos sobre questões complementares à assistência cotidiana de enfermagem – situações, atitudes e comportamentos representativos dos direitos dos idosos: atendimento psicológico 94

RESUMO

Ferreira AMTGB. Ouvindo o idoso hospitalizado: direitos envolvidos na assistência cotidiana de enfermagem. São Paulo; 2005. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

Em razão do significativo aumento da população idosa no Brasil, é possível perceber a vivência de uma transição demográfica e mudanças na epidemiologia que contribuem para alterar o cenário do atendimento de saúde a idosos, destacando-se, assim, a hospitalização. A assistência de enfermagem, além da competência técnica e científica, deve imbuir-se de preceitos éticos, a fim de garantir a satisfação das necessidades e também os direitos dos pacientes, que se traduz no objetivo deste estudo. A especificidade, quanto à população idosa está em atentar para sua vulnerabilidade, manutenção de sua capacidade funcional, sua autonomia e minimização de sua dependência. O atendimento aos direitos dos idosos hospitalizados na assistência cotidiana de enfermagem foi analisado por intermédio de 32 entrevistas com pacientes internados em dois hospitais: um público e um filantrópico no Município de São Paulo. Nos discursos dos idosos foram apontadas ressalvas quanto aos direitos à atenção e respeito, auxílio para conforto e bem-estar, à privacidade física, à informação, à acompanhante e à assistência religiosa durante a assistência de enfermagem. Pela análise dos discursos concluiu-se que os direitos dos pacientes idosos entrevistados na assistência cotidiana de enfermagem não são nem freqüentemente e nem adequadamente atendidos embora a maioria desses idosos quando perguntados sobre o atendimento recebido considerou-o como 'Ótimo', mas, ao mesmo tempo é possível perceber expressões conflitantes que denunciam e justificam ações, situações, atitudes e comportamentos do pessoal de enfermagem que permitem compreender melhor o que representa ser paciente e idoso em um hospital do Sistema Único de Saúde.

DESCRITORES: Pacientes internados. Direitos do paciente. Direitos do Idoso. Assistência de Enfermagem. Assistência ao Idoso. Ética de Enfermagem.

SUMMARY

Ferreira AMTGB. **Ouvindo o idoso hospitalizado: direitos envolvidos na assistência cotidiana de enfermagem.** [Listening to the elderly inpatient: rights involved at the daily nursing assistance]. São Paulo (BR); 2005 [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

Due to the significant augment of the elderly population in Brazil, it is possible to perceive a demographic transition and changing in epidemiology that alter the scenario of health assistance to the elderly, emphasizing the hospitalization. The nursing assistance, beyond the technical and scientific competence, should imbue with ethical principles, in order to assure the needed satisfactions and also the patient rights, that translates in the aim of this study. The particularity of the elderly population is to pay attention to their vulnerability, maintenance of the functional capabilities, autonomy and to minimize their dependence. The assistance to the rights of the elderly inpatients in the daily nursing assistance was analyzed through 32 interviews of inpatients in two hospitals: private and philanthropic at the São Paulo city. In the elderly speech were appointed safeguards regarding the rights of attention and respect, assistance to comfort and well-being, physical privacy, information, accompaniment, and religious assistance during the nursing assistance. By the analysis of the speech it was possible to conclude that the patient rights that were interviewed in the daily nursing assistance had not been, neither frequently neither adequately granted, although the majority of these elderly considered “Excellent” when they were asked questions about the assistance received. At the same time, it is possible to capture conflicting expressions that reveal and justify actions, situations, attitudes and personal behavior of the nursing staff that allow better representation of being an elderly patient in a Hospital of the “Sistema Único de Saúde”.

Descriptors: Inpatients. Patient rights. Elderly rights. Nursing Assistance. Elderly Assistance. Nursing ethics.

Uma primeira palavra

Acredito no compromisso profissional já a partir da escolha de nossa profissão. Para mim, foi uma opção de vida, sem subestimar as dificuldades advindas da carreira e da dedicação inerentes a ela.

Nossas ações, digo, as ações de Enfermagem têm enfoque biológico e acentuado cunho técnico no cuidado do ser humano, porém, quando se estabelece esse relacionamento, a proximidade, tanto física como emocional transforma nossa vida dentro e fora dos serviços de saúde nos quais prestamos a assistência de Enfermagem.

Durante muitos anos, minha vida profissional foi marcada pela assistência direta ao paciente hospitalizado, durante muitos anos, mas até hoje conservo um olhar que faz de cada dia um novo dia, uma incógnita, creio que acentuada pela grande experiência no maior serviço de emergência do país. Ainda assim, naquele serviço, conservávamos ações rotineiras, porém, quando se adentrava no diálogo do paciente, mesmo que minimalista ou sem fala, nada era igual.

Diagnósticos iguais, mas, histórias distintas, dores diferentes, feridas aparentemente parecidas. Todo dia havia emoções novas a serem vividas com muito trabalho, pouca gente, às vezes, com escassez de material e a incerteza de quantas pessoas ali entrariam e como chegariam. Tudo isso em meio a muita rapidez e atenção extrema, a fim de evitar erros de toda a equipe, pois estávamos com a vida dos pacientes em nossas mãos - literalmente.

Com o tempo, fui aprendendo a cuidar de pessoas e, ainda hoje, persigo este saber infundável, complexo e atraente por ser um conhecimento vindo do ser humano - este enorme e maravilhoso universo. Impossível deixar de dizer que, quando iniciei minha carreira há 22 anos meus valores passaram por verdadeiras revoluções que me fizeram

amadurecer em uma velocidade considerável - inevitável quando estamos envolvidos em um relacionamento de ajuda. O dia a dia brinda - me, durante os estágios com alunos, com maravilhosas lições que, no começo, poderiam ter passado algo despercebidas, mas, com a experiência foram sendo incorporadas atentamente à minha existência.

Hoje, possuo um pouco de todas as vivências e reflexões, como um lastro que procuro compartilhar com meus alunos e filhas. Hoje me vejo mais humana, consciente, madura e forte para continuar. No término do Mestrado, ficou a sensação de ter superado um desafio.

Assim, quando iniciei o Doutorado, já foi um grande passo, talvez o decisivo nesta caminhada que fortaleceu ainda mais meu compromisso com a carreira acadêmica (e com todo o peso dessa responsabilidade) e minha vida.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Considerações sobre a população idosa – aspectos relativos à sua saúde

Atualmente, o envelhecimento humano tem sido uma das discussões mais realizadas na maioria dos continentes, despertando a atenção do mundo todo em razão do aumento do número de pessoas idosas tanto em países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento. A projeção do número de pessoas velhas em todo o mundo é alarmante, (aproximadamente de 600.000 para quase 2.000.000 de idosos em 2050) e em um futuro próximo, pela primeira vez na história haverá mais pessoas maiores de 60 anos do que menores de 15, com inúmeras consequências sociais. A relevância desse fato reside no que isto poderá acontecer mais nos países em desenvolvimento.

Há duas décadas, a Organização das Nações Unidas (ONU) tem se dedicado a esta questão, promovendo encontro entre os países para estabelecer metas para divulgação do ser humano idoso. O último deles foi a II Assembléia Mundial do Envelhecimento Humano, em 2002, resultando dela dois documentos importantes. Um deles, a Declaração Política que aborda a questão da saúde, entre outros, destacando-se no artigo correspondente, a importância de se alcançar o mais alto nível possível da saúde em todos os seus aspectos e a questão do acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, considerando-se as crescentes necessidades dessa população. O Plano de Ação Internacional de Madri sobre o Envelhecimento é outro documento detalhado e com propostas voltadas à vida e bem-estar dos idosos (UNITED NATIONS, 2002). No que compete à saúde, destacam-se os objetivos específicos sobre promoção da saúde e o bem-estar durante toda a vida, o acesso universal e equitativo aos serviços de saúde, sobre os idosos e o vírus HIV/ AIDS, a capacitação dos profissionais da saúde, a saúde mental e os idosos e os idosos portadores de deficiências.

A ONU considera como idosas pessoas com 60 anos e mais para países em desenvolvimento. Este grupo populacional, também conhecido como a terceira idade, sai do domicílio, já ganha espaços na sociedade, pois se faz presente em tamanho e começa a despertar para seus direitos e necessidades.

Hoje, vive-se em meio a uma explosão demográfica de idosos que há alguns anos, vêm se confirmando nas estatísticas. O envelhecimento da população brasileira segue uma tendência mundial, e, em outros países, sobretudo os europeus, as conseqüências dessa realidade já mostram repercussões preocupantes, como a falta de mão de obra e a dificuldade de se manter os benefícios da aposentadoria aos aposentados. No Brasil, no último censo realizado, o contingente da população de 60 anos e mais no Brasil saltou de 10. 722. 705 (7,3% da população total) em 1991 para 14. 536. 029, agora representando 8,6% do total de habitantes do território nacional (FUNDAÇÃO IBGE, 2000).

Pode-se ainda notar que a Região Sudeste confirmou a condição já apurada no censo de 1991, como a região nacional que possui o maior número de idosos (6. 732. 888, representando 9,3% da população total da região) e, particularmente, o Estado de São Paulo com 3. 316. 957 de idosos, com porcentagem correspondente a 9,0% do total da população do Estado (37. 032. 403 de habitantes). Quanto ao sexo também está comprovado por meio de estatísticas que as idosas são em maior número, não só na amostra nacional, como também na Região Sudeste, particularmente, no Estado de São Paulo.

Outras evidências estatísticas que puderam ser apuradas, foram a diminuição das taxas de fecundidade e de mortalidade, fatores estes que contribuem para o envelhecimento populacional e aumento da expectativa de vida, caracterizados como o processo de transição demográfica.

Projeções para os próximos vinte anos demonstram que o Brasil deverá possuir a sexta maior população de idosos no mundo (cerca de 32 milhões de pessoas com idade acima de 60 anos, com crescimento em torno dos 130% (SCHOUERI JÚNIOR E COLS, 1996).

Por muitas vezes a velhice é tratada como sinônimo de doença e, para muitas pessoas, o envelhecimento tem significado de incapacidade e demência. Envelhecer é um processo fisiológico e natural do ser humano, mas em toda a história da humanidade nunca se chegou a um número tão expressivo de pessoas hoje consideradas velhas, pois a expectativa de vida há pouco mais de 200 anos, não ultrapassava mais de quatro décadas. O aumento da expectativa de vida, bem como as consequências do progresso social foram creditados aos benefícios que os avanços tecnológicos propiciaram ao ser humano, como previsões de que a vida pode chegar daqui a menos de um século, a 120 anos, como média de idade, alterando paradigmas numa velocidade bem maior (NERI, 2001; RAMOS, 2002).

O envelhecimento biológico natural é caracterizado por uma “progressiva incapacidade de manutenção do equilíbrio homeostático em condições de sobrecarga funcional” atentando-se que cada faixa etária desencadeia um fator desestabilizador para este quadro (Comfort citado por JACOB FILHO e SOUSA, 1996).

As transformações que o organismo passa, algumas perdas e ganhos levam a pessoa a lidar com isso tudo de diferentes maneiras, de acordo com inúmeros fatores como: valores, crenças e atitudes assumidos ao longo da vida, assim como sua inserção em um contexto familiar que influencia sobremaneira esta etapa da sua vida. Desta forma, há de se considerar o envelhecimento pelo aspecto psicossocial, cujos fatores mais importantes são apontados por RODRIGUES e col. (1996):

- a perda da posição social, comum entre idosos inativos, geralmente após a aposentadoria, sentem-se inúteis, perdem espaço no lar que, muitas vezes, são fatores causadores de depressão;
- a pobreza, associada acentuadamente ao analfabetismo, dificultando o aprendizado de novas habilidades e, por conseguinte afetando as condições mínimas para sobrevivência;
- a solidão, causada pela dificuldade de locomoção, em utilizar os transportes e falta de companhia;
- a aflição ou angústia, associada às perdas de parentes e amigos por morte ou por mudança de local, também a perda de órgãos por decorrência de doenças, podendo levá-los ao suicídio;
- dependência física ou psicossocial, a ser melhor detalhada adiante;
- medos diversos, da solidão, da doença, da dependência de terceiros e da morte.

O aspecto espiritual é também considerado pelas autoras citadas, que se modifica, sendo mais valorizado pela população idosa, que encontra na fé religiosa o auxílio para o enfrentamento de situações dolorosas, como doenças, invalidez e perdas de pessoas queridas.

Além das diferenças sobre as faixas etárias dos gerontes, deve-se considerar que as pessoas não envelhecem de maneira idêntica, de modo que a idade cronológica nem sempre é similar à idade fisiológica. Esta diferenciação é determinada por fatores que, considerados externos, como estilo de vida, atividades e ambientes e internos como a herança genética e seu estado de saúde (PASCOAL 1996; BERGER, 1995b). KAUFFMAN (1999) destaca que essa individualidade deve ser conhecida pelos profissionais que cuidam dessas pessoas para otimizar sua assistência.

A vida e, portanto, a saúde do idoso passaram a ser estudadas pelos mais diversos profissionais da área. Na literatura gerontológica, encontram-se conceitos fundamentais

que são consenso no estudo e análise da velhice. Foram adotados aqueles poucos que possuem relação direta e fundamental para este estudo e que compõem o diferencial para análise do atendimento aos direitos dos pacientes idosos hospitalizados.

- **Funcionalidade e independência/ dependência**

Funcionalidade é um conceito - chave para pessoas idosas, não só relativo aos órgãos e sistemas, mas também associado às atividades da vida, sobretudo à vida diária que comprometem sua capacidade e independência, aspectos estes da vida humana de grande importância, não menos, aos velhos. A capacidade funcional significa, em sua expressão máxima, poder sobreviver sem ajuda para as atividades instrumentais da vida diária e de autocuidado (NÉRI, 2001). Ainda embutido neste conceito, existem os aspectos relativos às peculiaridades de cada faixa etária. BERGER (1995b) definem incapacidade como “limitação funcional ou restrição de atividades imposta pela deficiência”.

Independência e dependência são outros dois conceitos importantes a se considerar. A independência tem como aspecto central o conceito de capacidade funcional. Já dependência é “a anomalia de um órgão ou de um sistema”. Outros termos são encontrados para designar a dependência física: incapacidade funcional, desamparo prático e incapacidade individual (BALTES e SILVERBERG, 1995). Dependência não é um conceito que se atribui exclusivamente aos idosos, pois em todas as fases da existência o ser humano prescinde de ajuda. Mas, à pessoa idosa, nos quais o desgaste e o envelhecimento de seus órgãos e sistemas são inexoráveis, a dependência assume maior importância pela constância e especificidade. No sentido mais amplo, dependência significa um estado em que a pessoa é incapaz de existir ou funcionar satisfatoriamente sem a ajuda de alguém. Mas, considerando-se outros aspectos a dependência “conota relação, apego ou solidariedade”. Independência, por sua vez, é associada a palavras como autonomia, autoconfiança, individuação e autocontrole (BALTES e SILVERBERG, 1995).

Motta Pessanha citado por PASCHOAL (1996) aponta outras facetas do mesmo conceito, considerando que dependência / independência devem estar relacionados a algo, ou seja, sua existência deve se referir à órgãos, funções, emoções e aspectos econômicos. ROGRIGUES e col. (1996) consideram que tanto a dependência física como a psicossocial interferem na saúde e na dignidade dos idosos, com diversas causas: doença, depressão e falta de companhia para desenvolver atividades da vida diária.

- **Autonomia**

Autonomia é entendida como “o estado capaz de estabelecer e seguir regras” (PASCHOAL, 1996) e assume maior importância que a independência, pois o idoso pode se ver dependente, porém, com sua autonomia preservada, isto em razão da equiparação da autonomia à capacidade de desempenho. Seguindo a etimologia da palavra, (*autos*= próprio, eu e *nomos* = regra, domínio, lei) seu significado atende a autogoverno, liberdade de escolha e direitos, escolha individual, agir, segundo sua própria pessoa (FORTES, 1998; COHEN e MARCOLINO, 1999).

A complexidade deste conceito reside no engano de que a dependência de toda e qualquer natureza leva a ausência da autonomia, deixando a pessoa idosa completamente sem escolhas ou voz.

BALTES e SILVERBERG (1995) propõem a resposta à questão que associa a dependência física, como um sinal de dependência para tomar decisões dentro da dinâmica do cuidado. Muitas vezes, a família ou seus cuidadores, incluindo-se o cuidador formal, ou seja, com formação profissional para fazê-lo, subtrai esta autonomia do idoso por razões diversas, mas que está bastante relacionada à perda de funções orgânicas, como audição e visão, o que o pode tornar dependente, apenas para não ser considerado irresponsável ou negligente. Os mais próximos deveriam ajudá-lo a compensar suas deficiências, mas o que se vê é a “adoção” do velho, ou seja, assumem

todas as decisões e todas as opções a respeito de sua vida. Assim como todas as funções que devem ser exercitadas para manter seu funcionamento, o exercício da autonomia deve ser contínuo em razão do risco de ser transferido a outrem.

- **Vulnerabilidade**

Muito se tem discutido sobre a vulnerabilidade dos idosos, não se classificando como um conceito primordial, como os referidos acima (funcionalidade, dependência/independência e autonomia), mas, sim considerando como um atributo dessas pessoas. A origem do conceito vem da área dos Direitos Humanos designando originalmente “grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção, proteção ou garantia de seus direitos de cidadania” (AYRES e col., 1999).

Há alguns anos, outro aspecto do mesmo conceito surgiu bastante associado ao evento da Aids (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) no mundo, que é o aspecto social da vulnerabilidade (AYRES e col., 1999).

ADORNO (2001) afirma que sua utilização maior se dá pelos movimentos sociais e de direitos humanos e, sem conceituá-la indica a idéia de “maior exposição e sensibilidade de uma pessoa ou de um grupo aos problemas enfrentados na sociedade (...) e dificuldades de acesso a serviços sociais como saúde, escola e justiça”.

O aspecto mais conhecido talvez por ter sido mais utilizado na área da saúde, até então, é o pertencente à área epidemiológica que considera condições que tornam o homem vulnerável em relação a doenças que podem levá-lo à morte, ou seja, considera a possibilidade de vir a falecer, em relação direta com o conceito de risco e população de risco (CASARIN, QUADROS, 1983; ADORNO, 2001).

Recentemente, vulnerabilidade foi definida pelo MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004) como sendo: “conjunto de fatores de natureza biológica, epidemiológica, social e

mental cuja interação amplia ou reduz o risco ou a proteção de uma pessoa ou população frente a uma determinada doença, condição ou dano”.

De acordo com Córdia citado por GUIMARÃES E NOVAES (1999) o ser vulnerável é alguém que “possui uma cidadania frágil que ignora a relevância do direito à integridade física como condição de acesso aos direitos sociais, econômicos, políticos e trabalhistas”.

Vulnerabilidade tem, portanto, em seu conceito vários aspectos a serem considerados. A velhice chama a atenção por uma crescente vulnerabilidade biológica, porém, atualmente, pode-se admitir que o cidadão idoso, num panorama nacional, seja considerado vulnerável por inúmeras condições do perfil, levantado desta população pelo IBGE (FUNDAÇÃO IBGE, 2000): pobre, pouca ou nenhuma escolaridade, sem preparo profissionalizante, portador de doenças crônico-degenerativas e ou incapacitantes, até mesmo sendo o arrimo da família, com todas as dificuldades em relação aos empregos que a sociedade brasileira está enfrentando. Em uma pesquisa com a população idosa no Centro de Saúde Geraldo de Paula Souza do município de São Paulo, também, pode - se apurar que, muitas vezes, não existe apoio familiar e o idoso aparece como cuidador de crianças ou de outros idosos (DERNTL e col, 2004).

Com o panorama do envelhecimento muda-se também o quadro da morbimortalidade nacional. Nota-se a mudança do predomínio de doenças infecciosas (característica de populações jovens) para uma maior incidência de doenças crônicas, uma particularidade da população envelhecida. Ou seja, estamos além de uma transição demográfica, discute-se também a questão da transição epidemiológica (WALDMAN, 2000; RAMOS, 2002). Esta última não tão bem configurada, pois, para distingui-la seria necessário que as doenças infecciosas e parasitárias tivessem sido substituídas pelas doenças crônico – degenerativas e, não, como acontece no país, estivessem coexistindo. Os dois grupos citados, vistos como “velhas” e “novas” doenças, além de presentes, muitas vezes, superpõem - se necessitando - se, portanto, ampliar as explicações das

transformações ocorridas nas últimas décadas na população brasileira para aspectos, além do demográfico, incluindo-se também os econômicos e sociais em razão da diversidade da realidade brasileira, por suas “dinâmicas diferenciadas” (DUCHIADE, 1995).

O envelhecimento acelerado da população brasileira, diferente dos países desenvolvidos que vislumbraram esta realidade e prepararam - se melhor para tal, fez com que os idosos, apesar de viverem mais tempo, tivessem pior qualidade de vida em razão da pobreza e dificuldade de acesso a bens e serviços – incluindo-se aí, os de promoção de saúde e prevenção de doenças, levando-os a ficar maior tempo expostos às enfermidades (PAPALÉO NETO, 2002a).

A consequência dessa realidade é o crescimento dos custos com tratamento, hospitalização e reabilitação pelo aumento do tempo de ocupação no leito, internações mais frequentes, do número e diversidade de profissionais envolvidos nos cuidados e tratamento, pela qualificação deste pessoal, e toda a infra - estrutura requerida em relação a equipamentos e outros recursos referentes à assistência à saúde, sem que o país esteja preparado para tal (VERAS e col., 1994 ; GORDILHO, 2000).

Resultante disso, ainda, existe o aspecto que, confirmado o aumento da expectativa de vida, a população idosa vive mais, mas sem o preparo dos serviços de saúde para recebê-la, que pode agravar as situações de dependência e incapacidade como afirmam VERAS e col. (1994).

- **Legislação relacionada à saúde dos idosos**

No país, a cidadania das pessoas idosas ainda possui muitos aspectos a serem respeitados para sua conquista.

Demo citado por GELAIN (1997) refere que “a cidadania é o acesso a todos os níveis de existência (família, sociedade, Estado), bem como ao direito à vida e ao atendimento das necessidades básicas”.

No Brasil, esse grupo populacional usufrui como qualquer cidadão de direitos fundamentais do homem expressos no art. 5º na Constituição Federal (BRASIL, 1988). Direito à vida, à integridade física, às partes do próprio corpo, à liberdade e à ação. Também foram resgatados os direitos de personalidade, aqueles relacionados ao respeito e à preservação moral da pessoa humana: direito à honra, a nome, à imagem, ao sigilo, à liberdade de consciência e de culto (MARCHI e SZTAJN, 1998). O direito à saúde foi incorporado a esta última Constituição e é considerado uma grande conquista e avanço aos brasileiros. De acordo com DALLARI (1995), o direito à saúde é reconhecido e proclamado como um direito ao cuidado, como exprime a Constituição da OMS: “A posse do melhor estado de saúde que o indivíduo pode atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo ser humano”.

Na Constituição do Estado de São Paulo, no Título VII, Da Ordem Social, Capítulo II, da Seguridade social, Seção II, Da saúde (SÃO PAULO, 1989):

“Art. 223 - Compete ao Sistema Único de Saúde, nos termos da lei, além de outras atribuições:

I - a assistência integral à saúde, respeitadas as necessidade específicas de todos os segmentos da população;

II - a identificação e o controle dos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, mediante, especialmente, ações referentes à :

(...)

d) saúde do idoso;

(...).

O Estado de São Paulo ainda possui o Código de Saúde, Lei Complementar nº 791, de 9 de março de 1995 (SÃO PAULO, 1995b), o primeiro do país que dispõe sobre a organização, a regulamentação, a fiscalização e o controle das ações e dos serviços de saúde na esfera estadual e municipal, representando um avanço para a promoção, a defesa e a recuperação da saúde, sendo fundamental para a efetivação do Sistema Único de Saúde – SUS (GOUVEIA, 2000). Nela, encontram-se vários artigos que se referem a idosos, como no Art.17, inciso II, alínea a) que remete à direção estadual do SUS a realizar com os municípios e outros setores da administração pública estadual medidas de proteção especial a idosos, entre outros grupos específicos da população. A Lei possui ainda outros dois artigos em que figuram idosos como população especial a ser atendida: quanto à princípios a serem seguidos no tocante à saúde mental (Art. 33, inciso II) e quanto à programas integrados referentes à proteção especial (Art.74).

Há pouco mais de dez anos, o interesse pelas pessoas consideradas idosas vem crescendo com a perspectiva certa de seu aumento na população. Com este fato presente, a questão relativa aos direitos dos velhos também teve de ser atendida por parte do governo brasileiro em razão de pressões da sociedade civil influenciada pela Associação Nacional de Gerontologia (ANG) por meio de um documento designado com ‘ Políticas para a 3ª idade nos anos 90 (FERNANDES, 1997). Um importante passo relativo ao tema, já havia sido dado em 1994, com a sanção da Lei nº 8.842/94 (BRASIL, 1994) que “dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e dá outras providências”. Nela, há um capítulo (Capítulo IV – Das Ações Governamentais, e no art. 10, inciso II) – na área da saúde, em que se encontram as determinações sobre a garantia de sua assistência, reconhecendo-a como sendo uma especialidade a ser incluída no Sistema Único de Saúde (SUS).

Desta vez, o momento de maior relevância para a atenção à saúde do idoso foi o encontro de profissionais de todo o país que em conjunto, elaboraram a Política Nacional de Saúde do Idoso – PNSI – (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999b; GORDILHO e col., 2000), cujo “propósito basilar” é a

(....) promoção do envelhecimento saudável, a preservação e/ ou melhoria, ao máximo possível, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter sua capacidade funcional restringida de forma a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade (GORDILHO e col., 2000, p.24).

Assim, dentre as diretrizes do PNSI destacam - se a manutenção da capacidade funcional, a assistência às necessidades de saúde do idoso e o apoio a estudos e pesquisas.

Em 2002, é criado o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso, um órgão de caráter consultivo, cuja competência tem ênfase na supervisão e avaliação da Política Nacional do Idoso a fim de aperfeiçoar a legislação, acompanhar a implementação da mesma e estimular e apoiar a criação de conselhos de direitos do idoso em todos os níveis de governo, entre outras (BRASIL, 2002a, 2002b).

Ainda na legislação pertinente ao idoso um passo recente foi à sanção da Lei nº 10.741/2003 (BRASIL, 2003) que “dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências”. No Estatuto, existe um capítulo inteiramente dedicado à saúde - Capítulo IV – Do Direito à Saúde –, assegurando mais uma vez o atendimento do idoso em todo e qualquer nível de atenção à saúde no sistema público e filantrópico, incluindo-se aí o atendimento domiciliar além de outros benefícios, tais como: fornecimento gratuito de medicamentos de uso continuado, próteses, órteses e outros recursos, acompanhamento ao idoso internado ou em observação. Ela, ainda, prevê a preferência de atendimento dos idosos nos serviços.

Apreciando a legislação existente para os idosos no Brasil, há de se considerar que o envelhecimento é um processo por demais complexo para ser contemplado pelas políticas atuais, ainda mais se lembrando de que há diferenças regionais no país, necessidades específicas de cada grupo de idosos, e pouca mobilização e organização na luta por seus direitos, além do baixo nível econômico e cultural dos mesmos.

1.2. A hospitalização de idosos

Em todos os níveis de atenção à saúde: primário, secundário e terciário, faz-se necessária uma reorganização dos serviços de saúde para o atendimento à crescente parcela idosa da população, com múltiplas demandas.

Idosos são hospitalizados porque estão doentes, não porque são velhos.

A condição de senescência, isto é, os efeitos esperados como naturais do processo de envelhecimento devem ser considerados, mas é a senilidade entendida como as alterações produzidas pelas inúmeras afecções que podem acometer o idoso que deve ser preocupante. Para JACOB FILHO E SOUZA (1996), é importante esta distinção, pois nem todas as alterações encontradas no idoso podem ser atribuídas a seu envelhecimento natural nem os sinais e sintomas da senescência podem ser relacionados a doenças. Estes conceitos fundamentais quando não são conhecidos pelos profissionais de saúde que atendem o idoso, podem levar à equívocos na assistência oferecida, resultando em maior comprometimento para sua saúde.

Focalizando-se a hospitalização, como preconiza a Política Nacional de Saúde dos Idosos (GORDILHO et al, 2000), seria adequada a instalação de unidades geriátricas, com pessoal especializado e ajuste das instalações, ou seja, uma planta física que favoreça a instalação de equipamentos para segurança e locomoção do idoso hospitalizado.

A procura por serviços de saúde públicos e filantrópicos é maciça por causa da impossibilidade de adquirir um convênio ou seguro-saúde, tido para muitos como a certeza de um bom atendimento. Embora vedada a discriminação da cobrança para idosos nos planos de saúde, as empresas que os gerenciam, atualmente, estabelecem via de regra, um pagamento especial para pessoas a partir de 60 anos com taxas diferenciadas por faixa etária que apresentam cifras acima de dois salários mínimos, chegando a valores muito mais altos (BRASIL, 2003).

Sem dúvida, em decorrência da velhice, a anatomia e a fisiologia da pessoa idosa nos indicam modificações advindas da senectude que precisam ser levadas em consideração, assim como qualquer ser humano em condições especiais durante um período da vida: a mulher grávida, o recém-nascido, a criança em seus diversos períodos de desenvolvimento e o adolescente. Todos, incluindo-se aí os idosos, merecem atenção especial às suas demandas de saúde. No entanto, percebe-se que o período de sobrevida dos idosos é cada vez mais longo, com mais peculiaridades e desafios, além daqueles estritamente relacionados à saúde.

No cenário brasileiro, os motivos que levam as pessoas idosas à hospitalização, geralmente, são a descompensação e o agravamento de doenças, sobretudo as ditas crônico-degenerativas, freqüentemente de origem cardiovascular e respiratória. Estas, passíveis de prevenção e controle, acabam por atingir um contingente significativo na população de pessoas de sessenta anos e mais por uma série de fatores, dentre os quais se destacam a baixa renda, a dificuldade não só ao acesso aos serviços de saúde, à aquisição de tratamentos adequados, bem como a assistência de profissionais especializados.

Neste sentido, a hospitalização torna-se um recurso imprescindível, pois é no âmbito intra-hospitalar que se desenvolvem ações de maior complexidade com técnicas e equipamentos específicos, no intuito de restabelecer os idosos e possibilitar seu retorno a seu *habitat* com alguma qualidade de vida (Carletti citado por GANDOLPHO, 2002).

Por ocasião da hospitalização, deve-se lembrar a ruptura do cotidiano do idoso vivido na residência para um ambiente muito diferente.

Alguns dos idosos possuem companheiros que podem até ser seus cuidadores e outras vezes eles é que cuidam de seus companheiros, deixando-os em uma grande aflição quando estão impossibilitados de fazê-lo. A ressalva que se faz para o idoso, é que, para a maioria, a rotina é uma necessidade, incluindo-se aí alguns componentes presentes a ela: objetos de uso pessoal, disposição dos móveis e cômodos da casa, bem como os ditos equipamentos compensatórios de deficiências tais como bengala, andador e barras de apoio (OLIVEIRA, 1985). Estes componentes assumem importância ímpar, pois se relacionam intimamente com sua independência física principalmente. Além disso, o autor citado discute que, na velhice, a hospitalização repercute no equilíbrio da vida pessoal e pode, além disso, representar a proximidade da morte, a expectativa de que não regressará mais à sua casa.

GAYLIN (1987) descreve a hospitalização como uma exposição da pessoa a uma condição de passividade e impotência comparáveis a uma prisão. Ele é vestido com a roupa da instituição, exposto, sendo ordenado para levantar e deitar-se, informado sobre o que pode comer e quando, avisado quando poderá ter visitas, quem poderá visitar e quanto tempo poderá se demorar. As discussões sobre o caso do paciente entre os profissionais ocorrem, geralmente, à frente dos próprios doentes como se eles fossem crianças bobas ou um objeto inanimado, sem pensar que o profissional deveria se sentir privilegiado em adentrar na privacidade de alguém que traz interesse para a profissão. Enfim, os dados do paciente estão disponíveis a todos os funcionários que se relacionam com o tratamento hospitalar dos doentes. Neste cenário descrito, o autor considera que o paciente fica condicionado a enxergar o médico como um pai benevolente e que seus direitos são violados nessa atmosfera.

Uma questão a se destacar, portanto, é o acréscimo desta condição – de paciente hospitalizado - à sua vulnerabilidade e dependência. Idosos internados são vulneráveis e

dependentes porque carregam a condição de serem idosos com todas as mudanças advindas dessa fase da vida, porque em sua maioria têm baixa ou nenhuma escolaridade, e podem apresentar em maior ou menor grau deficiências visuais, motoras, táteis, auditivas, entre outras, pois estão fora de seu local de residência e em um ambiente não adequado para recebê-lo e, mais ainda, porque devido em razão da falta de recursos na área da saúde, sua inclusão no SUS passa por critérios oblíquos, que estão longe de corresponderem à real necessidade.

Em 1999, outro importante passo para a garantia de um direito ao idoso hospitalizado foi dado com a publicação da Portaria GM/ MS nº 280/99 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999a), mediante a defesa de todos os direitos de cidadania, de sua dignidade, seu bem-estar e direito à vida torna obrigatória a viabilização de meios que permitam a presença do acompanhante de pacientes de mais de sessenta anos internados em instituições hospitalares contratadas ou conveniadas com o SUS. Na portaria, ainda são admitidos que os gastos com acomodação e refeições dos acompanhantes de idosos poderão ser cobrados, conforme as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) e que a contra-indicação da presença do acompanhante deve ser justificada pelo médico assistente.

VERAS e col. (1994) assinalam que o estrangulamento é uma demanda altamente reprimida de atendimentos ambulatoriais em geriatria, criando uma dificuldade crescente na captação de idosos com risco de adoecer e morrer de modos precoces, incluindo-se, a consideração sobre a pequena quantidade e a habilitação de profissionais especializados que contribuem consideravelmente às dificuldades envolvidas na assistência ao idoso.

Sua autonomia também está comprometida pelo acesso a informações durante todo o processo de hospitalização, muitas vezes, negligenciado pelo paternalismo dos profissionais de saúde, pela inabilidade de adequar as informações a uma linguagem acessível ao entendimento do idoso, pela omissão da verdade, todas elas resultando em

uma desconsideração sobre suas escolhas ou temor de que estas escolhas do paciente idoso possam entrar em conflito com a proposta profissional e a possibilidade de sua resolução.

OLIVEIRA e FORTES (1999) em estudo sobre informação a idosos hospitalizados mostram que a maioria dos idosos pesquisados possuía expectativas de serem informados e esclarecidos sobre suas condições de saúde, incluindo-se a terapêutica a que estavam sendo submetidos, mas não se encontravam satisfeitos com a qualidade e o grau das informações recebidas havendo, portanto, a “desqualificação da vontade autônoma” dessas pessoas.

No contexto hospitalar, dentre os profissionais de saúde, focaliza-se a Enfermagem como o grupo de profissionais que estabelece maior contato com pacientes hospitalizados pela permanência constante com os mesmos e por trazer o cuidado na essência da sua prática. Tradicionalmente, o pessoal de Enfermagem é aquele que tem como objetivo suprir as necessidades humanas da pessoa até que ela própria possa fazê-lo, em um período mais rápido possível como propõe Virginia Henderson:

A função exclusiva do profissional de enfermagem é a de auxiliar o indivíduo, enfermo ou sadio, na realização das atividades que contribuam para a saúde ou para sua recuperação (ou para a morte pacífica), que ele realizaria sem auxílio se tivesse a força, o desejo ou o conhecimento necessários. E fazer isso de uma forma que ele adquira a independência tão rapidamente quanto possível (HENDERSON, 1989; FURUKAWA e HOWE, 2000, p.63).

Para a pessoa idosa, estes profissionais assumem importância ímpar, desse modo o pessoal de enfermagem é, de alguma forma, a referência dos idosos hospitalizados substituindo o que os fazia independentes e, por várias ocasiões, pode garantir a manutenção de sua autonomia. Smith e col. citados por OLIVEIRA (1985) chamam a atenção sobre a dificuldade do enfermeiro para detectar a importância e necessidade do

atendimento às necessidades do paciente e, por isso, tende, muitas vezes a desenvolver atividades para os idosos ao invés de incentivar seu autocuidado. Assim, é descrito o objetivo dos cuidados dirigidos a esta população em especial:

A meta dos cuidados com o idoso hospitalizado é a utilização máxima dos recursos individuais do idoso. Ele necessita de ajuda profissional para manter sua autonomia, sua integração social, sua auto-estima, sua individualidade, sua valorização e sua integridade. (SANTOS 2001, p. 126)

1.3 Assistência de enfermagem para idosos

Quando o ser humano precisa de ajuda no momento em que adoece, não é apenas seu corpo que está necessitando de cuidados. Todas as dimensões da existência do homem sofrem e esperam por essa relação de ajuda que a Enfermagem propõe - se a oferecer. BOFF (1999) aponta a dimensão relativa a si mesmo, na qual ele experimenta os limites da vida mortal, a dimensão relativa à sociedade, em que se isola, deixando de trabalhar e tendo de se hospitalizar, por exemplo, e a dimensão relativa ao sentido global da vida, em que se questiona e aparece a crise na confiança da vida.

A Enfermagem é sustentada por diversos saberes que envolvem várias questões compondo esse 'mosaico' que é o homem e sua saúde. Como OLIVEIRA (2002) discute que a prática da Enfermagem apóia - se, entre outros, em princípios éticos e ideológicos entre os quais se destacam a concepção de saúde e do direito à saúde, atribuindo ao primeiro uma "dimensão ética, no sentido da ética das relações igualitárias que por sua vez tem influenciado o conceito de necessidades humanas" (Gonçalves citado por OLIVEIRA, 2002).

Os cuidados de enfermagem têm como fundamento as ações relativas às necessidades dos pacientes por ela cuidados: físicas, terapêuticas, psicossociais, de

reabilitação, ambientais, ditadas pelos Padrões mínimos de assistência de enfermagem em recuperação da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1978).

Estes padrões de assistência não apenas se restringem a ações, mas trazem observações sobre sua execução que também atendem a critérios éticos, tais como: privacidade nas higienizações, identificação do paciente pelo nome, informação aos familiares durante a cirurgia ou exames especializados.

Nesses padrões, ainda são observadas as necessidades específicas para parturientes e puérperas, bem como para crianças. Pode-se depreender daí a grande ênfase na assistência materno-infantil na época da realização desse documento sobre padrões mínimos considerado fundamental à atividade profissional, obedecendo à realidade demográfica que o país apresentava. Hoje, com a transição populacional que o Brasil atravessa torna-se imperativa sua revisão.

As Necessidades Humanas Básicas (NHB), utilizadas em teorias, entre outros, por Maslow e João Mohana, foram adotadas por HORTA (1979), que concebeu por sua vez a Teoria do Processo de Enfermagem que embasa a obrigatória Sistematização da Assistência de Enfermagem nos serviços de saúde do Estado de São Paulo. Várias são as abordagens que podem ser feitas, porém, as de João Mohana que considera três níveis de necessidades (psicológicas, psicossociais e psicoespirituais) e seus desdobramentos foi a selecionada, como um dos pressupostos para este estudo, dada a importância da referida sistematização da assistência.

Em 1983, em uma reunião de Representantes do Conselho Internacional de Enfermeiros, a Enfermagem brasileira adota uma declaração sobre os cuidados de enfermagem destinados aos anciãos. Assim, afirma que “a enfermagem é reconhecida tradicionalmente como o mais amplo componente individual dos serviços necessários para oferecer assistência de saúde ao ancião enfermo ou agonizante”, não se esquecendo do idoso sadio, a fim de ajudá-lo a manter sua independência e apoio no autocuidado. A

Declaração tem o propósito de comprometer os profissionais para prover a Assistência de Enfermagem de boa qualidade aos anciãos, seguindo-se o apontamento das atividades que ajudariam a alcançar tal objetivo (CRN, 1983).

Crítérios para diferenciar a assistência de enfermagem prestada aos idosos não deveriam residir apenas na idade, mas, na relação entre seu estado funcional – traduzido, especialmente aos profissionais da equipe como nível de dependência, - na sua capacidade de decisão, na sua história, seu papel social, ou seja, com o senso subjetivo de idade que pode ser apontado pela avaliação de marcadores biológicos, sociais e cronológicos do envelhecimento a serem comparados com outras pessoas da mesma idade (PAPALÉO NETO, 2002b). Para GORDILHO e col. (2000), familiares ou pessoas que dão suporte ao idoso, devem ser adotadas pela Enfermagem no sentido de incorporação, como totalidade do idoso atendido, para que os cuidados necessários possam ser acompanhados ou realizados por estes. a fim de que sobretudo a incapacidade, a dependência e a diminuição ou falta de autonomia do idoso possam ser minimizadas.

A literatura mundial possui em esquemas e modelos de assistência aos idosos, tanto pela produção científica mais avançada como pela realidade do envelhecimento populacional ter sido evidenciado, há mais tempo. Assim, um esquema interessante é o de McCONNELL (1988), no qual a prática do cuidado de enfermagem gerontológica está direcionada para quatro metas a alcançar: 1) promoção da saúde, 2) compensação dos déficits e incapacidades, 3) promoção do conforto e apoio e 4) facilitação do diagnóstico, tratamento, cuidado e conforto. Dentro de todas elas, são enfatizadas as participações do próprio cliente, da família e de cuidadores para implementação e avaliação dos cuidados visando a melhor qualidade de vida possível.

Para orientação aos cuidados de enfermagem a idosos, a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia - SBGG (VITECK, 1994) ditou ações especificamente dirigidas ao idoso de longa permanência nas instituições, divididas por funções, a saber:

locomoção, respiração, alimentação e hidratação, digestão, eliminações, circulação, proteção cutânea, sono e repouso, raciocínio e memória, afetividade e lúdica. Todas as funções descritas trazem alterações da anatomia e da fisiologia (JACOB FILHO E SOUZA, 1996) que precisam ser consideradas, inclusive, para se diferenciar estados patológicos das alterações advindas do envelhecimento natural para melhor orientação da aplicação dos cuidados.

Ainda de acordo com a SBBG (VITECK, 1994) são discriminadas ações relativas à Assistência de Enfermagem relacionadas ao ambiente, advindas dos problemas mais frequentes no idoso com respeito aos riscos que os ambientes físico e social proporcionam: quedas da própria altura, quedas do leito e cadeiras, podendo ocorrer fraturas espontâneas, depressão e angústia, dificuldade para concentração, desorientação alopsíquica.

A vulnerabilidade social deve também ser levada em consideração no relacionamento com o idoso doente. Pode-se supor que a baixa ou nenhuma escolarização, hábitos, crenças e costumes e a pobreza agravados pelo próprio advento da hospitalização, cotidiano de trabalho para os profissionais de saúde, mas especial na vida do idoso, sejam os aspectos mais importantes para caracterizá-la.

Diante dos enfoques acima apontados, tem-se o dever de considerar o idoso hospitalizado como paciente vulnerável, não só pelo evento da hospitalização, mas também pela complexidade da assistência, conferindo especificidade e diferenciação a todos os cuidados que a enfermagem lhe oferece.

A visão humanística da pessoa e a autonomia de doentes e clientes são conceitos traduzidos em valores que, notadamente, aparecem, como aspectos comuns que todos os modelos de assistência de enfermagem possuem, assentados em teorias, especialmente propostos por e para enfermeiras americanas (PEARSON e VAUGHAN, 1992).

Torna-se necessário apontar que não se trata de conceber a Enfermagem como profissão que deve reforçar a concepção paternalista nas ações a que se propõe, mas estar alerta para a questão da vulnerabilidade dessa população, contribuindo para a proteção dos que estão sob seus cuidados no hospital, tornando assim menos desiguais as relações da Instituição com esses pacientes. Preservar antes de tudo sua autonomia é a meta fundamental, a fim de manter sua capacidade funcional e torná-lo cada vez mais independente, retomando, assim, o conceito fundamental de Enfermagem elaborado por HENDERSON (1989) já mencionado neste estudo.

A enfermagem, como prestadora de serviços de saúde, tem as suas condutas normatizadas pelo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 1993, 2000). obedecendo, também, a outras normas e leis pertinentes a seu exercício como, por exemplo, a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem (BRASIL, 1987), as Normas Regulamentadoras para Pesquisas em Seres Humanos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996).

Em específico, quanto aos idosos, o Conselho Federal de Enfermagem recentemente determinou por meio de uma Resolução algumas ações relativas ao atendimento de idosos e outros clientes, fazendo eco ao Estatuto do Idoso (COFEN, 2004). Envolve o direito a acompanhante ao idoso internado ou em observação. Ainda a referida Resolução apresenta artigos relativos à punição de profissionais envolvidos em maus tratos ou na omissão de denúncia de violência, considerados faltas graves disciplinares dos profissionais de enfermagem.

1.4 Direitos dos idosos hospitalizados na assistência cotidiana de enfermagem

- **Cotidiano**

A vida cotidiana é a vida - é o dia a dia; não possui a homogeneidade que aparentemente alguns lhe possam atribuir, mas, sim, uma grande heterogeneidade sob

vários aspectos, constituindo-se suas partes na “a organização do trabalho e da vida privada, os lazeres e o descanso, a atividade social sistematizada, o intercâmbio e a purificação” (HELLER, 1992)

Focalizar o cotidiano não deve ser julgado como perda de tempo ou algo tão banal, simples, pois aí reside a “essência da substância social”. O cotidiano é o verdadeiro centro do acontecer histórico (HELLER, 1992). Carrega consigo toda a complexidade do ser humano e suas relações, emoções e conflitos pertinentes ao dia - a - dia que se mostra não de modo uniforme e linear, mas, dinâmico e vivo.

Embora as repetições tenham papel de destaque na vida cotidiana, tanto pelo pela produção do pensamento quanto pelas ações das pessoas – baseadas no que é habitual e comum de ser feito (HELLER, 1991) este – o elemento repetitivo (gestos, movimentos) - não deve ser o foco da investigação e, sim, a atividade criadora e a análise das condições em que aparecem e se modificam (Lefèbvre citado por MOTTA e col., 1995).

Para MOTTA e col. (1995), é necessário deter - se nas consideradas “insignificâncias” da vida de todo dia para atribuir-lhes sentido e não “abstrair-se delas”, a fim de se compreender, diante de fatos despercebidos, o núcleo da vida social revelada nas relações sociais e seus conflitos. Mostra-se, assim, sua beleza e ao mesmo tempo seu lado sombrio:

Para MOTTA e col. (1995), “o estudo da vida cotidiana valoriza o trágico, misto de alegrias e tristeza, de vitórias e derrotas, de efervescências e de dores, na qual a vida diária se consolida, sendo a contradição o seu mais alto índice”.

O cotidiano do trabalho da enfermagem carrega toda a complexidade sobre os recursos tecnológicos que deve dominar, os instrumentos que utiliza, as relações com a instituição e as interpessoais com os demais membros da equipe de saúde e os pacientes que cuida, seus familiares e a comunidade.

- **Assistência cotidiana de enfermagem - ética à beira do leito**

Como consenso da literatura de Enfermagem, o cliente estará sempre no centro das ações, é no “sujeito – objeto em que incidem diretamente as questões da prática profissional” (SELLI, 1998). Revela-se, deste modo, uma grande contradição quando se atribui simplicidade e desqualificação aos cuidados diretos dirigidos ao paciente (ALMEIDA e ROCHA, 1986). Este estudo propõe - se a analisar os aspectos éticos da prática cotidiana de Enfermagem relativos ao atendimento de seus direitos por intermédio do olhar do cliente idoso por ela assistido.

Confusões sobre cuidados, como sinônimo de aplicação de técnicas, ainda estão muito presentes na convicção dos enfermeiros, causando desvios na prática profissional. Cuidados de enfermagem estão intimamente relacionados com a satisfação das necessidades dos clientes (SIMÕES, 1990) e com a felicidade da vida dos profissionais que os executam, na medida que lhes deve dar a satisfação verdadeira de poderem contribuir pessoal e diretamente para o que existe de mais nobre e sagrado, a vida humana (TREVIZAN e col., 2000).

KURTZ e WANG (1991) ponderam a respeito dos efeitos benéficos do cuidado para ambos – cuidador e cuidado, sobretudo porque os cuidados de enfermagem podem promover uma possível cura. Entretanto, a falta de cuidado, a impessoalidade das intervenções podem até reparar os corpos dos pacientes, porém podem machucar sua alma (Kelly citada por KURTZ e WANG, 1991). Técnicas são desenvolvidas em uma seqüência de passos, ritualisticamente, expressos por normas e rotinas e para executá-las são designados os profissionais de menor tempo de formação profissional.

ALMEIDA e ROCHA (1986) esclarecem que este equívoco persiste e, sendo assim, “o objeto da Enfermagem não estava centrado no cuidado do paciente, mas na maneira de ser executada a tarefa”, e o nível do saber representado pelas técnicas “não é

uma elaboração abstrata do conhecimento de enfermagem para desvelar o nosso verdadeiro objeto de trabalho”.

O cotidiano da enfermagem é uma parte da vida dos profissionais que a exercem, carregando as habilidades imprescindíveis para desempenhar tal atividade e seu intercâmbio entre os componentes da equipe e suas outras relações de trabalho “que estabelecem uma mediação entre o indivíduo e os costumes, as normas e a ética” (HELLER, 1992).

A ética é um dos assuntos sempre comentados, quando se trata das relações humanas nos diversos círculos de políticos, economistas, estadistas, empresários, filósofos, enfim da elite intelectual mundial. Mas, a ética passou também a ser discutida entre as pessoas sem formação erudita ou filosófica em razão, talvez, da necessidade de se retornar às qualidades humanas básicas, como relaciona Dalai Lama (BSTAN-‘DZIN- RGYA- MTSHO, DALAI LAMA XIV (1935-), 2000): honestidade, dignidade, respeito, confiança, paciência e compaixão entre outras. Desta forma, ela se configura como um dos conhecimentos mais amplos e complexos existentes.

Em razão dos diversos interesses, os conflitos humanos, mostram o quão distante os profissionais de saúde ficam desses valores, desumanizando suas relações, interferindo na vida de todos, sobretudo quanto à própria felicidade, uma das finalidades da existência de todos os seres humanos.

Dentre as relações que os seres humanos mantêm entre si, é de se destacar as relações de trabalho, nas quais, atualmente a maioria das pessoas dedica grande parte de seu tempo, em especial o trabalho que envolve a prestação de serviços, trabalho este que relaciona - se diretamente com o prestador dos serviços e um cliente que os recebe. As relações profissionais, como manda a ética, devem ser permeadas por princípios e normas específicas, de acordo com a atividade desenvolvida. Isto, porém não assegura a formação de valores humanísticos dessas pessoas que garantam atitudes éticas e posturas

adequadas. Muitas vezes, as situações do dia-a dia profissional são as que conduzem à reflexão e a um posicionamento que garanta o respeito aos valores humanos fundamentais.

A ética não se restringe a um conjunto de normas ou regras, sempre impositivas e de caráter punitivo. Aos profissionais, cabe a adesão a um conjunto de valores assumidos por toda a Enfermagem, como sendo inerentes a seu trabalho. Seria adequado ressaltar que o conceito de ética está longe do consenso, pois existem vários e, portanto aceitáveis, porém etimologicamente significa ‘caráter’, ‘modo de ser’, ‘costumes’, ‘conduta de vida’.

Conforme FORTES (1998, p.26),

A ética enquanto disciplina refere-se à reflexão crítica sobre o comportamento humano, interpretando, discutindo, problematizando e investigando valores, princípios e o comportamento moral à procura do ‘bom’, da ‘boa vida’ e do ‘bem-estar’ da vida em sociedade.

Desse modo, a ética, etimologicamente, embora se equivalha à moral, alguns filósofos encontram a diferença entre ambas, apontando a ética como a reflexão sobre as questões do agir humano e a moral como à aplicação, ao concreto à ação (DURAND, 2003).

Aqui se retoma que a ética deve - se fazer presente em todas as ações profissionais, devendo, também, estar à beira do leito, em qualquer das situações ditas “cotidianas” para a equipe de enfermagem, mas bastante peculiares aos idosos hospitalizados, quando se consideram a funcionalidade, a independência/ dependência, a autonomia e sua condição de vulnerabilidade peculiares no sentido de que a hospitalização para qualquer pessoa é um evento que se insere em sua vida, mas não

com as características do seu cotidiano. Envolve o ambiente e suas relações com os profissionais que os atendem, assim como as ações que se desenrolam em seu tratamento; para muitos, esta experiência vai da total satisfação até o completo desconforto.

Mais uma vez, ressalta-se que a vulnerabilidade do idoso ligada intimamente à sua independência e autonomia são os aspectos mais afetados pelo evento da hospitalização, não se esquecendo o motivo essencial que resultou neste, a recuperação da sua saúde. SOUSA e col. (2003) recomendam que os profissionais de saúde fiquem alertas, pois as intervenções no nível da autonomia e qualidade de vida são princípios éticos centrais dos cuidados de saúde e ação social aos idosos.

- **Direitos**

Para NEVES (2000), a história dos direitos dos homens tem sua gênese datada dos séculos XVII e XVIII, sendo mais marcante o Julgamento de Nuremberg, em 1947, que ganha expressão universal na proclamação da Declaração Universal dos Direitos do Homem pela Assembléia Geral das Nações Unidas, em 1948, e o Código de Nuremberg, a Declaração de Helsinque (1964-1984), a Declaração sobre os Direitos do Doente ou Declaração de Lisboa (1981), acompanhados por outras que se referem a situações particulares como a dos doentes terminais, a das crianças hospitalizadas, a dos deficientes mentais (1971) e a dos limitados físicos (1975).

A explicitação de direitos traz "uma nova mentalidade e veículo de sensibilização de uma mais profunda consciência individual e coletiva relativa ao valor do ser humano e as condições indispensáveis para o seu desenvolvimento". Também "contribui decisivamente para a reivindicação do valor inerente a todo o ser humano, obrigando ao respeito por suas decisões racionais e livres numa perspectiva individual e numa perspectiva coletiva para o questionar da finalidade da ciência e dos meios por que progride, obrigando-a ao serviço do homem" (NEVES, 2000).

A indefinição do termo “direitos” está na variabilidade de significados: poder, necessidades, interesses, reivindicações, reclamações válidas ou justificadas e outorgas. Cada um dessas definições tem seu peso e suas dificuldades. BANDMAN (1987) decidiu referir-se a direitos, como apenas outorgas para que se possa fazer efetivamente reivindicações e solicitações.

Conforme DALLARI (1994) direitos têm a finalidade de atendimento às necessidades fundamentais humanas para sua sobrevivência e para manter sua dignidade. Embora haja modos distintos de proteger o direito à vida, ele sempre é assegurado, quando existe um mínimo de respeito pela pessoa humana.

A simples declaração da existência dos direitos é insuficiente. Para que esses direitos tenham significação prática é preciso que as pessoas possam exercê-los. Em sentido mais amplo é necessário que as condições políticas, econômicas e sociais garantam a todas as pessoas as mesmas possibilidades de ter e de usar os direitos (DALLARI 1994, p.59).

Ainda segundo o autor citado, direitos devem ser respeitados pela sociedade por intermédio de padrões morais adotados por estas. Mas as sociedades mais complexas valem-se da garantia dos direitos através das leis, normas e códigos pertinentes a cada um.

Em 1995, sem estar especificamente relacionada à saúde dos idosos, em uma iniciativa da Secretaria de Estado da Saúde e do Fórum de Patologias do Estado de São Paulo (SÃO PAULO, 1995a) composto por Associações de doentes de diversas patologias, a Cartilha dos Direitos dos Pacientes é divulgada com um total de 35 direitos. Nela, pode-se perceber, além dos direitos constitucionais, alguns direitos já

declarados nos códigos éticos dos profissionais de saúde e outros, de acordo com as situações vivenciadas por esses doentes.

Ainda relativa aos direitos dos usuários de serviços de saúde em geral, em 1999, surge uma legislação específica no Estado de São Paulo, a Lei nº 10.241/99 (SÃO PAULO, 1999) que garante os direitos dos usuários dos serviços de saúde de autoria do Deputado Roberto Gouveia e promulgada pelo Governador Mário Covas, que sabidamente usufruiu dela, quando se encontrava em fase terminal de sua doença. Segundo seu autor, o atual Deputado Federal Roberto Gouveia, ela é um “instrumento promotor de desejáveis mudanças nos serviços de saúde e na criação de melhores condições para o pleno exercício da cidadania” (GOUVEIA, 2003).

Na Lei nº 10.241/99 (SÃO PAULO, 1999), pode-se perceber em vários artigos e incisos o apontamento de vários direitos já contemplados no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 1993, 2000), bem como em outros códigos profissionais. A transcrição desses direitos sob forma de Lei, segundo Roberto Gouveia entrevistado por LEMES (2000) consolida normas e princípios de alguma forma dispersos, dessa forma, potencializando-os. O objetivo é promover a extensão de sua prática aos setores menos esclarecidos, tanto os usuários como os profissionais de saúde, dando transparência na relação entre ambos. Ainda, segundo o autor da Lei, há um ganho profissional que são a humanização, a satisfação profissional e a conquista da saúde a toda sociedade.

• **Direitos dos idosos na prática específica para a enfermagem – aspectos legais e éticos**

Especificamente, quanto aos direitos de pacientes idosos em relação à assistência cotidiana de enfermagem nada foi encontrado no Brasil. A literatura internacional já possui em todas as obras especializadas como, por exemplo, em SCOTT (1999) e ANDERSON e BRAUN (1999) um capítulo específico para esse tema.

Embora até haja controvérsia a respeito dos significados dos direitos de pacientes idosos, BANDMAN e BANDMAN (1990) apontam três deles que emergem da base dos direitos humanos gerais para todas as pessoas. Eles dão sustentação ao amor, à esperança à justiça e ao bom senso na alocação dos recursos de assistência à saúde para idosos. Os direitos são: direito ao respeito, direito a receber e a recusar tratamento. Afirmam que cada um deles tem um impacto nas relações entre profissionais de enfermagem e pacientes e no debate dos cuidados dos idosos.

O primeiro direito da trilogia proposta pelos mesmos autores é o que se refere ao direito ao respeito que inclui o direito à dignidade e sua consideração, como um ser racional e como um fim, não apenas como um instrumento. Implica também ser tratado totalmente com o consentimento informado, que é o direito do paciente saber qual tratamento está sendo - lhe proposto, quais serão os procedimentos a que terá de ser submetido e quais serão os resultados esperados. Este direito do paciente idoso ainda implica direito de privacidade e confidencialidade.

O segundo direito é a receber tratamento adequado, completando o direito ao respeito. Trata-se de obter um diagnóstico efetivo e o tratamento realizado por profissionais de saúde qualificados, incluindo-se os profissionais enfermeiros. O terceiro direito é recusar o tratamento, sendo discutidas a seguir, várias concepções que a ética possui (liberal, paternalista e utilitarista) a respeito da questão do direito à recusa.

- **Código de ética dos Profissionais de Enfermagem:**

Direitos nos remetem a deveres e estes normatizados estão expressos no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 1993, 2000) que traz em seu Preâmbulo os documentos em que obteve referência e que traduzem atualmente todas as questões sobre o respeito à vida e à dignidade humana nos deveres e direitos profissionais, assumindo como centro a clientela que atende.

No Brasil a profissão da Enfermagem é constituída por três categorias profissionais que se diferenciam tanto nas funções desempenhadas como na formação, sobretudo, em relação ao tempo e aos conhecimentos inerentes à função. Todas as categorias têm uma determinada carga horária em seus currículos destinada ao exercício de Enfermagem no tocante aos aspectos éticos e legais, durante sua formação profissional; porém, há inúmeras diferenças relativas à carga horária total do curso de formação e de conteúdos ministrados nessas disciplinas.

SELLI (1998) faz uma análise do Código de Ética atual, apontando-o como mais adequado aos dias de hoje, tendo alguns artigos que traduzem o preconizado pela Bioética principialista, além de chamar a atenção para a importância da atividade prática da enfermagem centrada na técnica. GELAIN (1995) completa que o pólo de considerações e preocupações foi deslocando - se da lei, da norma para a pessoa. PASSOS (1995) discorre sobre as mudanças que o atual Código trouxe à enfermagem, mostrando que, ao contrário de parâmetros abstratos, são evidenciados valores erigidos com base em uma análise crítica da realidade, valores estes que reflitam o compromisso dos profissionais com a dignidade da pessoa humana. No Capítulo I – Dos princípios fundamentais encontram - se seis artigos que fundamentam todo o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 1993, 2000), destaca-se um deles por guardar essencialmente a relação com o objeto deste estudo:

“Art. 3º - O Profissional de Enfermagem respeita a vida, a dignidade e os direitos da pessoa humana, em todo o seu ciclo vital, sem discriminação de qualquer natureza.”

Aliado à Codificação ética profissional, os profissionais de enfermagem se valem de uma discussão cada vez mais presente relativa a valores e princípios morais: a bioética que traz uma reflexão multidisciplinar, contextual, sistematizada que abarca a ética, mas não se limita a ela (PESSINI e BARCHIFONTAINE, 1996; DURAND, 2003). SELLI (1998) chama a atenção dos profissionais de enfermagem sobre a

importância da bioética, e a reinterpretação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem “especialmente de alguns pontos fundamentais”, à luz de seus princípios.

Bioética e direitos humanos são indissociáveis, pois é por meio da luta pela conscientização das pessoas sobre os valores humanos e o respeito aos direitos. Desta forma, a Bioética é a linguagem dos direitos que presta efetividade a seus preceitos, tanto no conhecimento como nas ações relacionadas diretamente com a vida (DALLARI, 1998).

De acordo com PESSINI e BARCHIFONTAINE (1996), ela tem um dos seus aspectos apontados aos problemas relacionados a valores que surgem em todas as profissões de saúde, focando questões relacionadas ao relacionamento profissional – paciente, objeto deste estudo. Tem como uma de suas características a pretensão de humanizar e personalizar os serviços de saúde, bem como promover os direitos dos pacientes sem exercer papel normatizador da saúde, mas levar os profissionais a uma conscientização da dimensão ética dos problemas de saúde.

Dentro da vastidão de aspectos ligados à vida humana que a bioética discute, localiza-se a bioética cotidiana, que se volta para a exigência de humanizar a medicina. Segundo Viáfora citado por PESSINI e BARCHIFONTAINE (1996), esta situação tem demonstrado a urgência de um quadro ético de referência em relação à prática da medicina e da assistência à saúde, a sistemática marginalização no interior dos serviços sanitários de certas categorias de pacientes, a despersonalização dos cuidados no interior dos hospitais, a ‘diluição da responsabilidade’ pela fragmentação do ato médico em uma seqüência de relações parciais que colocam em risco a eficácia da relação médico - paciente entre outras.

BERLINGUER (1996) refere-se ao surgimento da bioética em relação aos problemas inéditos advindos do desenvolvimento da ciência e tecnologia no campo

biológico e médico, que não são apenas relativos aos grandes dilemas, mas também à vida cotidiana de todos.

GARRAFA (1995) reforça que nas situações cotidianas há um número maior de vítimas no mundo todo em comparação com as situações ditas ‘de fronteira’ que são aquelas que abarcam grandes questões relativas ao início e ao fim da vida, bem como à doença do ser humano.

O autor citado amplia e adapta a proposta de Berlinguer de que entre as questões que envolvem a bioética cotidiana estão “por exemplo, o racismo, as desigualdades de gênero, a fome, a miséria, a disseminação das drogas, as situações de completo abandono, às quais são submetidas inúmeras crianças e idosos em todo o mundo, a questão indígena e tantas outras circunstâncias”, que são divulgadas pela imprensa em todo o mundo.

Neste trabalho, o objeto a ser estudado é exatamente a assistência cotidiana de enfermagem prestado ao paciente idoso que se encontra hospitalizado, pela especificidade desta clientela, que deve ser acompanhada por sua vez da especificidade de seus cuidados. Escolheu-se a ‘*ponta do cotidiano*’ (*), o cuidado desenvolvido à beira do leito, que à primeira vista pode guardar certa singeleza, mas que, sabidamente, tanto para os profissionais e formadores com aos pacientes, são aqueles que assumem tanta importância quanto qualquer outra ação dentro de toda hospitalização pelo contato contínuo e intenso entre profissionais de enfermagem e pacientes. É aí que se tem a maior proximidade com a pessoa doente tanto quantitativa quanto qualitativamente, que por sua vez, não vive seu cotidiano, mas, um evento específico de sua vida, na qual a

(*) Grifo nosso.

Enfermagem tem participação essencial em relação aos idosos em situação de hospitalização pelos motivos já apontados anteriormente.

Na atualidade, a bioética cotidiana bastante discutida é a que se relaciona ao exercício da cidadania, ou seja, do exercício da plenitude dos direitos como garantia da existência física e cultural e o reconhecimento do homem como ator social. “A realização pessoal e comunitária de cada pessoa é sempre considerada um valor acima do Estado e do mercado” (BARCHIFONTAINE, 2004).

Uma das dimensões sociais que a Bioética comporta é a chamada microsocial, na qual enfrenta as questões e os temas derivados das microrrelações de saúde, que envolvem o médico e o pessoal de enfermagem (ANJOS, 2000).

Em se tratando da teoria ética uma divisão didática foi sugerida por GARRAFA (1995) que trata de dividir os aspectos bioéticos que apresentam diferentes linguagens. Em relação aos níveis secundário e terciário de atenção à saúde, como é o caso da assistência hospitalar, a linguagem que a bioética adota é a linguagem dos princípios, definidos por OGUISSO e SCHMIDT (1999, p.147) como

(....) guias para tomadas de decisões e ações morais que são contemplados nas teorias éticas e que sustentam a formação de juízos morais quanto à realização das atividades profissionais, podendo diferir na sua aplicabilidade de acordo com a cultura”.

Os princípios diferem das regras – que têm por objetivo orientar a conduta e que são mais específicas e restritas -, por constituírem normas mais abstratas e abrangentes do que essas e que proporcionam um julgamento mais particular para casos específicos (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2002).

A ética codificada da enfermagem, tal qual nas outras práticas profissionais da área da saúde, prescinde de um alerta da bioética cotidiana.

Para DURAND (2003), a normatividade expressa nos códigos, remete os profissionais a deveres, obrigações que “percebidos de uma maneira verdadeiramente ética”, constituem - se em um instrumento para guiar a ação profissional, tendo implicações imediatas na assistência que prestam às pessoas doentes dentro dos hospitais.

GAUDERER (1998) alerta que a discussão dos direitos do paciente não pode ser resumida à elaboração abstrata de uma lista de direitos, dificilmente exercidos, mas sobre a prática cotidiana dos profissionais na relação com os pacientes. A discussão em torno do atendimento aos direitos de idosos hospitalizados, envolvidos na assistência cotidiana de enfermagem deste estudo, perpassa pela linguagem dos princípios bioéticos, não se remetendo exclusivamente à obediência do Código de Ética profissional.

GARRAFA (1995) alerta que, embora leis e códigos tragam avanços, também se ocupam em criar limites e cerceamentos porque nem sempre a legislação e a ética acompanham o desenvolvimento da ciência e da própria sociedade.

Ao passo que BEAUCHAMP e CHILDRESS (2002) apontam a ética normativa geral, pertinente às teorias éticas, como sendo o estudo que procura responder à pergunta: “Quais normas gerais para a orientação e avaliação da conduta devem ser normalmente aceitas e porque razões?” Que não respondem plenamente às questões práticas do dia a dia.

ALMEIDA e ROCHA (1986) analisaram a práxis da enfermagem, apontam que a norma exerce papel preponderante, tornado seu discurso normativo sempre na direção do ideal, tendo suas questões ético – filosóficas mais valorizadas em detrimento de suas contradições e de sua concretude.

A prática da Enfermagem é ampla e complexa, possuindo inúmeras contradições e conflitos no sentido de que muitas variáveis interferem sobre ela, tais como: a divisão de seu trabalho e a valorização das ações de cunho administrativo ou de auxílio a procedimentos médicos em prejuízo das ações cuidativas expressas pelas técnicas básicas de enfermagem que, por sua vez, na maioria das vezes, atendem as necessidades básicas dos pacientes.

Nestas contradições, o papel do enfermeiro tem estado em destaque, pois ele é preparado para o cuidado direto ao paciente o que não se concretiza na prática. Além disso, o preparo diversificado das distintas categorias de pessoal que realmente realiza a assistência direta pode comprometê-la, se não tiver supervisão direta e ativa do enfermeiro, cada vez mais envolvido no desempenho exclusivo de funções gerenciais e administrativas (SOUZA e GUTIÉRREZ, 1989). Entretanto, o profissional enfermeiro assumiu durante e após sua formação um compromisso com a Enfermagem, com o ser humano que cuida e como Wanda de Aguiar Horta bem mencionou:

Este compromisso levou-o a receber conhecimentos, habilidades e formação de enfermeiro, sancionados pela sociedade que lhe outorgou o direito de *cuidar de gente*, de outros seres humanos. Em outras palavras: o Ser-Enfermeiro é *gente* que cuida de *gente*” (HORTA 1979, p.3).

A realidade que se vive hoje torna a enfermagem, por vezes, acrítica em relação aos valores postos, tomando atitudes que, por sua vez, contrariam os direitos fundamentais do ser humano, do cliente que assiste. Desta forma, deve-se questionar quando a enfermagem não responde à prestação de cuidados ao ser humano e a maneira pela qual isto se concretiza na prática?

Encontram-se também conflitos intrínsecos em relação aos valores pessoais dos profissionais, quando estes diferem dos valores das pessoas por eles cuidados. Conflitos também existem, quando as ações que a enfermagem desenvolve, estão em intersecção com as dos outros profissionais de saúde, desde os próprios componentes da equipe de enfermagem até e, em especial, o profissional médico (SELLI, 1998; FORTES, 1998). Pode haver também conflitos interpessoais com familiares e com as instituições por meio de sua administração.

Quando a Enfermagem cuida de uma pessoa, cuida de seu todo – a essência da profissão – e quando se analisa o Código de Ética profissional, os deveres estabelecidos são restritos às ações de enfermagem como, por exemplo, o fornecimento de informações que possui uma intersecção com a prática dos outros profissionais e que por isso não respondem à complexidade do ser humano e suas relações, aspectos estes já abordados no estudo de FERREIRA (1998). Desses conflitos, surgem alguns dos dilemas éticos que a Enfermagem enfrenta.

Uma outra questão é o poder que o profissional de saúde acumulou durante anos em relação aos pacientes, mantendo relações verticalizadas com a clientela e reforçando o paternalismo no desenvolvimento de suas ações e que parece predominar, ainda hoje, apesar de muitos esforços.

SOARES e LUNARDI (2003) afirmam que “são muitas as situações do cotidiano profissional que demonstram uma relação predominantemente autoritária, paternalista e de obediência”. Notadamente, a Bioética busca horizontalizar esta relação no sentido de devolver ao cliente sua autonomia que sempre foi seu direito.

No Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 1993, 2000) percebem-se esforços para chegar a esse objetivo com orientações sobre o fornecimento de informações, consentimento informado e o envolvimento do doente em seus próprios cuidados, servindo como guia para a ação profissional. Aliado à bioética, o guia para a

ação se traduz na prática como consciência para analisar cada situação como única advinda das situações enfrentadas por um paciente único.

No dia – a – dia, as ações realizadas pelo pessoal de enfermagem devem ser revistas no sentido de não se distanciarem da ética. O cotidiano leva-os a transgredir princípios e normas éticas pelas mais diversas desculpas, questões: falta de pessoal, falta de material, excesso de trabalho, exigências institucionais, há muito discutido muitas vezes exaustivamente analisado por vários autores entre os quais se destacam: NAKAME (1987), LEOPARDI (1994), SOARES E LUNARDI (2003). Existem desculpas para não ser ético? Cotidianamente não se pode ser ético mesmo com as dificuldades que se apresentam? Só se pode ser ético com as condições ideais ou próximas das ideais para se trabalhar?

A percepção de que são muitas as situações que podem ser caracterizadas como de desrespeito aos direitos dos clientes, como as decorrentes da falta de recursos humanos para seu atendimento que devem ser levadas em consideração (SELLI, 1998).

SOARES e LUNARDI (2003) afirmam que as instituições hospitalares têm justificado o quadro reduzido de pessoal de enfermagem como medida de economia e, neste sentido, os enfermeiros permanecem em um aparente silêncio, aceitando e conformando-se. Levantam a hipótese de que este conformismo deve-se ao temor que os profissionais sentem ao enfrentarem os administradores, detentores do poder na instituição ou, por outro lado, acomodam-se desistindo da luta por melhores condições para prestar assistência aos pacientes. Analisando os deveres do médico em relação aos direitos humanos MARTIN (2002) afirma que “lutar pelas condições humanas de trabalho faz parte da luta para conquistar, para a sociedade, a saúde como bem-estar global da pessoa”.

A respeito disso LEPARGNEUR (1986) afirma que, administrativamente, há uma “regra de ouro” que o “*bem do doente* deve polarizar a convergência das boas

vontades no hospital a despeito dos necessários regimentos internos ou outras normas gerais”. O autor completa que em relação aos profissionais e outros agentes envolvidos nos serviços de saúde, mesmo se considerando que seus direitos e necessidades legítimos são freqüentemente mal atendidos, deve-se fazer um “esforço ético” de modo a que o descontentamento sofrido nessa área prejudique o menos possível os doentes.

Não existem receitas para ser ético. O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 1993, 2000) deve ser visto, como um dos guias, um ideal que a Enfermagem deve perseguir de maneira saudável, ou seja, deve-se ter a consciência de que não haverá “condutas consideradas padrão”, pois devem ser consideradas as transformações contínuas da sociedade e das inúmeras exceções nas situações que os homens enfrentam em um determinado momento histórico, considerando cada paciente atendido como único e, portanto, respeitando e adequando a assistência prestada individualmente (GARRAFA, 1995).

Neste estudo a questão central discutida não se remete a perscrutar os profissionais, dado o poder coercitivo do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 1993, 2000), mas conhecer melhor o atendimento aos direitos dos pacientes idosos hospitalizados, praticada cotidianamente na assistência de enfermagem pela principal visão destas relações e refletir sobre as mudanças, a fim de aprimorar a relação profissional - paciente e, por conseguinte, a assistência.

Admitindo - se o cuidado direto, como sendo o ‘coração’ da prática de enfermagem, o contato dos profissionais de enfermagem com pacientes idosos claramente foi aumentando nas instituições hospitalares, tornando necessária uma mudança nas atitudes frente às características e necessidades desses pacientes.

Muito se tem escrito e estudado sobre a Bioética e as questões sobre as quais se debruça, todas elas de fundamental importância à vida e às profissões na área da saúde. Mas as questões relativas ao dia a dia devem assumir a importância que lhes é devida

para os profissionais que as vivenciam, sem supervalorizá-las, nem, contudo subestimá-las.

Neste estudo, o que se pretende localizar é a ética circunscrita ao respeito aos direitos implicados na assistência prestada à beira do leito, utilizando-se para isto a ótica do idoso hospitalizado quando vivencia estes cuidados. Além disso, também refletir sobre os relatos desses pacientes, especificamente, naquelas ações ditas rotineiras praticadas no cotidiano da assistência de enfermagem. O objetivo deste estudo coaduna-se com o que LEPARGNEUR (1986) afirma: “a luta teórica pelos direitos tem sua utilidade apenas à medida que influencia realmente a retaguarda das práticas corriqueiras ou abre caminho a progressos reais”.

Como proposto em trabalho anterior, “além da atitude reflexiva, a construção e o reconhecimento da cidadania sejam realizados através do debate da ética do cotidiano” (FERREIRA, 1998), cabe aos profissionais enfermeiros um papel mais ativo na difusão das discussões, críticas e revisões destas questões que estão presentes no dia a dia da enfermagem e incorporar efetiva e de modo eficaz seus resultados imediatamente à sua prática.

1.5 Propósito do estudo - justificativa

A identidade profissional do enfermeiro diz respeito às ações técnicas do cuidar, mas relaciona-se praticamente com todas as áreas do conhecimento. Por outro lado, últimos anos, vem crescendo o ingresso de pacientes idosos nos hospitais, portadores, sobretudo de doenças crônicas ou vítimas de outros eventos comuns da velhice, o que lhes acrescenta, em geral, maior vulnerabilidade do que ao adulto internado. Sob esta ótica, diante das inúmeras tarefas e da complexidade da prática da enfermagem hospitalar, em especial com pessoas idosas, destaca-se o compromisso do respeito aos aspectos éticos, especificamente no tocante aos direitos desses pacientes em relação aos

cuidados de enfermagem, indissociáveis de cada ato ou relacionamento do enfermeiro e sua equipe com a clientela por eles atendida.

O propósito deste estudo, portanto, é discutir o atendimento aos direitos dos idosos hospitalizados, quanto às ações cotidianas da assistência de enfermagem.

1.6 Objetivo

- Analisar, no discurso do paciente idoso hospitalizado, o atendimento de alguns dos direitos envolvidos na assistência cotidiana de enfermagem.

2. MÉTODO:

2.1 Tipo de estudo:

Este estudo é do tipo exploratório, utilizado quando não se conhece muito sobre determinado tema e que usa procedimentos específicos de coleta de dados, a fim de "desenvolver capacidade de discernimento e idéias" (TRÍPODI e col, 1981). Deste modo, proporciona a possibilidade de fazer comparações e desenvolver hipóteses.

Optou-se também pela abordagem qualitativa, pois, é neste campo que se encontra o sentido atribuído pelos indivíduos que vivem uma determinada experiência e os "significados da ação humana que constroem a história" (MINAYO, 1992). Métodos qualitativos também são citados como de grande relevância à enfermagem por revelarem processos de vida que aumentam a compreensão e fornecem base para intervenções (MARCUS e LIEHR, 1998).

2.2 Local:

Os dados foram colhidos em dois hospitais, um hospital geral escola e filantrópico e outro, hospital público de grande porte, designado para residência médica de várias especialidades, ambos do Município de São Paulo. Ressalta-se que na instituição filantrópica a forma de atendimento da clientela é majoritariamente feita pelo Sistema Único de Saúde (SUS), tendo uma parcela mínima atendida por convênios ou seguros de saúde.

Inicialmente, a pesquisa seria feita apenas na instituição filantrópica, porém, em razão da pouca disponibilidade de pacientes nas condições estabelecidas para inclusão na pesquisa solicitou-se a autorização para realizá-la em um hospital público. Este último, não possuindo Comissão de ética em pesquisa, solicitou o projeto e o documento de autorização dada pela instituição filantrópica para análise da Diretoria Clínica, da

Diretoria do Serviço de Enfermagem e consulta do Serviço de Educação Continuada em Enfermagem. Após a análise dos documentos requeridos, foi dado o aval para a coleta de dados por intermédio de autorização verbal, sendo designada pelo Serviço de Educação Continuada em Enfermagem uma unidade de internação médico - cirúrgica para a realização das entrevistas.

2.2.1 Cenário dos campos de pesquisa

Antes de definir a população do estudo, seria interessante descrever o cenário visualizado ao entrar em contato com os idosos hospitalizados. Na instituição filantrópica, o campo de pesquisa constituiu - se três unidades de internação de clínica médica e no hospital público, uma unidade de internação médico – cirúrgica. Em ambos os hospitais não existia uma unidade de internação geriátrica, como a Política Nacional de Saúde do Idoso recomenda (GORDILHO e col., 2000).

Havia pacientes de várias faixas etárias e portadores de diversas patologias, apenas separados por sexo nas diversas enfermarias do hospital público e também pelos andares na instituição filantrópica, e em um desse andares encontra-se também uma unidade de terapia semi-intensiva. No período em que os dados foram coletados nos dois hospitais, campos de pesquisa observou - se empiricamente que, no censo diário, a clientela internada de pacientes com 60 anos e mais era estimada em pelo menos 50% do total dos pacientes das unidades de internação selecionadas. Ainda se observou que destes, uma menor parcela tinha o número de dias de internação superior a 30, mas esses pacientes que não atendiam aos critérios para entrevista.

Os demais pacientes - a maioria de idosos internados - que foram abordados para a entrevista tinham seu tempo de internação estimado em cerca de dez dias, desse modo era possível perceber uma relativa rotatividade de internações desse grupo.

2.3 População:

A população deste estudo compõe-se de idosos de ambos os sexos, com 65 anos e mais de idade. A decisão de selecionar idosos de 65 anos e mais acompanha a tendência atual dos estudos com pessoas idosas. Além disso, estudos brasileiros atuais consideram a caracterização dos idosos mais fidedigna a partir dessa idade, em especial, quando se trata de idosos da Região Sudeste, especificamente, no Estado de São Paulo. A tendência também é confirmada em estudos internacionais que utilizam o mesmo corte, mesmo considerando a denominação da ONU para determinar a condição da pessoa como idosa.

Nesta pesquisa, o grupo focado é de idosos hospitalizados. As dificuldades para selecionar sujeitos de pesquisa sobre velhice e envelhecimento segundo seus pesquisadores, recaem sobre inúmeras questões. Dentre elas, a definição do critério cronológico para designar o indivíduo idoso.

Para PAPALÉO NETTO (2002), isso se deve à inexistência de outro critério melhor e pela indefinição do início do processo de envelhecimento. Surgem outras questões, como a distinção entre senescência e senilidade, ambos os conceitos apontados no Capítulo 1 deste estudo. Os tipos de envelhecimento também são alvos de discussão, visto que até o momento apresentam-se vários conceitos que os caracterizam sem, contudo encerrar a questão. Por fim, ainda outros questionamentos podem dar origem a interpretações equivocadas, quando não consideradas, como, por exemplo, idade cronológica, raça, cultura, hábitos ligados ao estilo de vida.

Este estudo não tem como objeto o processo de envelhecimento, mas sim, a assistência de enfermagem, especificamente, quanto ao atendimento dos direitos de um grupo particular de pacientes, os idosos hospitalizados. Ainda que se quisesse restringir uma faixa etária ou idade específica da população para compor este estudo, dever-se-ia considerar também que existe uma grande variabilidade entre pessoas do mesmo grupo

etário e, sobretudo, entre grupos etários distintos dentro do conjunto total de idosos, conforme relata PAPALÉO NETTO (2002).

Foram utilizados critérios de inclusão no estudo: idosos hospitalizados cujo estado no momento da entrevista foi considerado como “Bom Estado Geral” (“BEG”), segundo a evolução médica registrada no prontuário do paciente no dia da entrevista, sem comprometimento da fala, audição e cognição e que tinham sido internados, pelo menos, por 48 horas, cuja internação feita por intermédio do SUS.

A justificativa de tais critérios recai sobre a manutenção do bem-estar do paciente idoso durante a entrevista, tendo por critério inicial a evolução médica escrita e, também, a adequação das respostas às perguntas da pesquisadora, quanto aos aspectos de comunicação e cognição. Considerou-se que o tempo mínimo decorrido entre a sua admissão no hospital e a entrevista – 48 horas – seria suficiente para a experiencição da hospitalização pelo idoso no tocante à assistência cotidiana de enfermagem, visto o caráter contínuo e repetitivo das ações desenvolvidas pela equipe profissional e que foram selecionadas para este estudo item 2.6 deste Capítulo.

A escolha de pacientes atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) remete à questão do direito ao acesso a esse sistema, descrito na Lei 8.080/90 (BRASIL, 1991) em cujos princípios, destacam-se a universalidade de acesso, igualdade de atendimento e a equidade das ações. Mas a realidade que se apresenta refere-se que a prática dessas conquistas legais nem sempre é efetivada, sobretudo às pessoas idosas, por inúmeros motivos que reforçam um dos aspectos da vulnerabilidade. Quando da conquista de uma vaga, qualquer outra reivindicação perde força e importância, acentuando mais sua vulnerabilidade.

ANJOS (2000) aponta, que os problemas da Bioética emergentes no hospital, podem ser percebidos, porém pode-se sentir dificuldade para notar os “tortuosos caminhos que impedem os pobres chegarem até ele. É importante, por isso, tomar

consciência dos limites dessa percepção e fazer o esforço de ocupar metodologicamente um lugar social dos excluídos por chances de vida”.

Em ambos os campos de coleta de dados, a seleção foi realizada consultando-se inicialmente o censo diário das unidades, no qual constavam registro, número do leito, nome, idade, data de internação e diagnóstico do paciente. Feita esta primeira seleção, consultava-se o prontuário para confirmar ou excluir a participação do paciente no estudo. O quadro de avisos era vistado a fim de se confirmar se havia algo que impossibilitasse o início ou a continuidade da entrevista. Eventualmente, fazia-se contato com a enfermeira da unidade para perguntar sobre sua evolução daquele dia, quando este dado não havia sido localizado no prontuário.

Após estas consultas, a abordagem pessoal ao paciente era feita. Muitos idosos estavam ocupados com atividades de natureza diversa, tais como: dormindo, outros ainda comendo, embora já houvesse terminado o horário das refeições, outros rezando em grupos de orações, alguns sendo entrevistados por outros estudantes. Em todas estas ocasiões, reiniciou-se a abordagem geralmente, com pouco sucesso. Por exemplo, os idosos que estavam dormindo, assim, permaneciam naquele mesmo dia ou nos dias seguintes no mesmo horário.

Outros tantos idosos estavam dispnéicos, taquicárdicos, expectorando muito, muito emagrecidos, sem força para falar, disfásicos, afásicos, indispostos, eventualmente, confusos, sem que muitos desses sinais estivessem associados à doença de origem da internação, mas a outras doenças que também possuíam. Outros estavam ausentes do leito ou esperando para sair de alta naquele momento, fatores estes que impossibilitavam a realização das entrevistas.

Como um indicativo do estado de cognição, recorreu-se à avaliação da enfermeira responsável pela unidade de internação com a adequação às respostas das questões que se seguiram na entrevista. Como a pesquisa com idosos recomenda, a

cognição pode ser avaliada por um teste de cognição como o "Mini - mental state" (KANE e col. 1994) sendo que o mesmo não foi adotado neste estudo, pois se considerou inadequada sua aplicação pelo fato de muitos idosos serem analfabetos ou pouco escolarizados, com limitações de movimento o que causaria desconforto também físico para executá-lo.

Ao longo de toda a pesquisa foram consultados 141 prontuários (Quadro 1) em ambos os hospitais, sendo selecionados 39 pacientes idosos. Destes, dois idosos não mostraram adequação quanto aos indicativos de cognição, ambos do hospital filantrópico.

A população do estudo foi de 37 pacientes (22 no hospital filantrópico e 15 no hospital público) segundo os critérios anteriormente descritos. Houve cinco recusas, duas no hospital filantrópico e três no hospital público. No hospital filantrópico, um dos pacientes disse que não tinha nada a falar, pois era cliente da instituição, há mais de 40 anos. Uma outra senhora ficou indecisa, buscando consultar a filha com o olhar e expressões de desconfiança. A filha incentivou - a, mas percebia-se seu desconforto, prevalecendo a decisão da pesquisadora de não realizar a entrevista. No hospital público, dois clientes disseram não ter vontade de conversar, um deles disse que não queria participar da pesquisa.

Assim, trinta e dois pacientes foram entrevistados cujos discursos foram gravados e considerados válidos para o estudo proposto. Este número representa o total de entrevistas realizadas quando se atingiu o ponto de saturação, pois a pesquisa qualitativa caracteriza - se pela repetição do teor dos discursos dos sujeitos entrevistados. Para MINAYO (1992), em uma abordagem qualitativa preocupa-se menos com a generalização dos conceitos teóricos a serem testados e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão, seja de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou de uma representação. Considera, assim, que a amostra ideal é aquela que possa refletir a totalidade de suas inúmeras

dimensões, sendo os sujeitos da pesquisa em número suficiente para permitir uma reincidência das informações, não desprezando aquelas informações ímpares cujo potencial explicativo deve ser levado em conta.

De acordo com TRÍPODI (1981), a amostragem representativa tem menor importância na pesquisa exploratória. O mais importante é a seleção de casos para estimular as idéias, incluindo uma grande quantidade de informações de caráter quantitativo e qualitativo para um único caso ou para um pequeno número de casos.

Quadro 1 - Distribuição dos pacientes idosos segundo os critérios de seleção .

Instituição	Atenderam aos critérios da seleção inicial	Não atenderam aos critérios de seleção na abordagem	Atenderam aos critérios de seleção para a entrevista	Cognição considerada insatisfatória	Recusas	Total válido para a pesquisa
Hospital filantrópico	80	56	24	02	02	20
Hospital público	61	46	15	-	03	12
Total	141	102	39	02	05	32

Pelos dados apresentados no Quadro 1 observa-se que os pacientes idosos da pesquisa tiveram um total válido: hospital filantrópico 20, hospital público 12, assim, o estudo foi composto de 32 pacientes em seu total..

Quadro 2 - Distribuição de entrevistas válidas para a pesquisa, segundo local de realização e sexo do paciente entrevistado.

Instituição	Sexo masculino	Sexo feminino	Total
Hospital filantrópico	10	10	20
Hospital público	06	06	12
Total	16	16	32

A seleção resultou num total de vinte pacientes (dez do sexo feminino e dez do masculino) no hospital filantrópico e 12 pacientes (seis do sexo feminino e seis do masculino) no hospital público. Desta forma, ambos os sexos tiveram a mesma quantidade de entrevistas realizadas.

2.4 Coleta de dados:

Os dados começaram a ser colhidos, após terem sido cumpridos os aspectos éticos envolvidos no estudo descritos, a seguir no item 2.7.

Inicialmente, foi realizado um pré-teste no hospital filantrópico, com cinco entrevistas. Dado que nenhuma delas teve necessidade de ajustes em sua estrutura, as mesmas foram incluídas no estudo por terem alcançado seus objetivos.

A coleta de dados foi realizada com a população idosa por meio de entrevistas gravadas e, posteriormente, transcritas para análise. Foi utilizada a técnica de entrevista semi-estruturada, na qual as perguntas foram o estímulo para o direcionamento da entrevista e para o alcance dos objetivos do estudo.

As entrevistas foram realizadas no horário em que, comprovadamente, não houvesse nenhuma atividade de tratamento ou cuidado, sendo mais conveniente a critério do próprio idoso. A duração média prevista para cada entrevista foi de aproximadamente 20 minutos. Não houve também um local que atendesse à privacidade do paciente, dado que todos os pacientes estavam em enfermarias e não havia disponibilidade de outro local nas unidades de internação. Alguns idosos encontravam-se com restrição de movimentos o que também os impedia de se locomoverem. Sendo assim, primou-se pelo conforto, deixando-o escolher o momento da entrevista bem como o local dentro da unidade do paciente (leito ou poltrona) e, até mesmo, a posição no leito na qual se sentisse melhor.

Alguns acompanhantes dos pacientes que participaram estavam presentes no momento da entrevista, mas não foram entrevistados.

Aspectos fundamentais considerados na entrevista:

Nos discursos dos pacientes idosos foram buscadas ações, situações, atitudes e comportamentos que evidenciassem ações que envolviam as variáveis do referencial teórico (Quadro3) obtidas de forma espontânea ou estimuladas por meio de perguntas que explorassem as expressões e comentários emitidos.

Os julgamentos dos pacientes foram levados em consideração, solicitando-se suas opiniões sobre os eventos por eles relatados.

2.5 Instrumento de coleta de dados:

A fim de caracterizar o universo da população da pesquisa, foi aplicado um instrumento (Anexo II), antes do início das questões serem formuladas, que consistiam em dados pessoais, dados sobre a internação, diagnóstico referido, moradia, e atividades sociais. Na primeira entrevista já foi possível perceber a diferença entre o diagnóstico descrito pelo profissional médico que constava no prontuário e o diagnóstico referido pelo paciente. Desta forma, a esta caracterização, além do dado sobre a identificação do diagnóstico médico, foi acrescentada uma pergunta ao paciente sobre o real motivo de sua internação.

O instrumento de coleta de dados para pacientes idosos constou de um roteiro de questões, conforme aponta MINAYO (1992), que enumera da forma mais abrangente possível as questões que se deseja abordar, baseadas nos pressupostos derivados da definição do objetivo do estudo (Anexo III).

A pergunta inicial foi aberta, de modo a investigar a assistência de enfermagem cotidiana do paciente idoso hospitalizado. Nesta primeira questão, buscou-se ainda investigar os aspectos relativos à satisfação das necessidades humanas, como: higiene, alimentação, auxílio na realização das necessidades fisiológicas, curativos, locomoção e restrição no leito.

A seguir, obedeceu-se a um roteiro de questões diretas que se aplicavam à situação de hospitalização da população - alvo deste estudo no momento da entrevista. Em algumas entrevistas, foi possível perceber que algumas questões já haviam sido respondidas na pergunta inicial, desse modo, no transcorrer do encontro procedeu-se às indagações que não haviam ainda sido relatadas pelo paciente entrevistado.

Para a elaboração deste roteiro foi construído um referencial de apoio teórico denominado *Estudo sobre os direitos de pacientes idosos hospitalizados* (Quadro 3), exclusivamente para este estudo.

O referencial teórico foi composto pela Lei nº 10.241 de 17 de março de 1999 (SÃO PAULO, 1999) (Anexo I) e pelo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 1993, 2000), que abrangem os deveres codificados para os profissionais de Enfermagem e os direitos de pacientes, respectivamente. Optou-se pelo Capítulo IV “Dos deveres” (Art. 21 a 41) por corresponderem diretamente aos direitos daqueles que cuidamos.

É importante citar que alguns incisos foram excluídos da Lei nº 10.241 de 17 de março de 1999 (SÃO PAULO, 1999) (Anexo I): IX e XI que se referem ao profissional médico; X e XVII, vetados; XIII, que se refere a anotações no prontuário que não serão estudadas; XVI, que se refere a pacientes obstétricas; XIX refere-se ao ambiente físico; XXI por se tratar de participação em pesquisas e não do cuidado de enfermagem propriamente dito; XXII por corresponder à prescrição médica; XXIII e XXIV, pois os sujeitos da pesquisa não estavam em fase final da doença; XXIV por se referirem a

pacientes pediátricos e psiquiátricos. Alguns incisos da referida Lei, já estão contemplados no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e foram apontados no Quadro 3, denominado “Estudo sobre os direitos de pacientes idosos hospitalizados”.

Em relação ao Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 1993, 2000), alguns artigos não se aplicam ao referencial proposto: os Art. 21 e 22 referem - se ao compromisso do cumprimento da ética e à responsabilidade do exercício da Enfermagem pelos profissionais de Enfermagem. O Art. 32 refere - se ao paciente morto; 34, à comunidade, 35, 35 36,37, ao ensino e pesquisa, 38 a 41, ao profissional, suas relações na equipe e com a Instituição.

Ainda no referido Quadro, na coluna posterior aos incisos da Lei nº 10.241/99 (SÃO PAULO, 1999) (Anexo I) e os artigos do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 1993, 2000) pertinentes ao estudo, foi realizada uma ‘decodificação’ dos mesmos, a fim de se ressaltar quais os aspectos essenciais do cuidado a que estes incisos e artigos correspondem. Desta ‘decodificação’, surgiram palavras - chave para estabelecer-se correspondência, quanto aos direitos a serem explorados e relativos a estes, as questões estimuladoras para a entrevista com os pacientes idosos.

As palavras - chave de correspondência aos direitos dos pacientes idosos hospitalizados obtidos da Lei nº 10.241/99 (SÃO PAULO, 1999) (Anexo I) e do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 1993, 2000) foram agrupados posteriormente na “Estrutura referencial dos discursos” e na “Estrutura de análise dos discursos”.

Quadro 3 - Estudo sobre direitos de pacientes idosos hospitalizados - aplicados para o estudo presente.

UNIVERSO REFERÊNCIAL PARA A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	DECODIFICAÇÃO	PALAVRAS – CHAVE DE CORRESPONDÊNCIA AOS DIREITOS	PERGUNTA ESTIMULADORA
Lei nº 10.241 de 17 de março de 1999.			
Inciso I) Ter atendimento digno, atencioso e respeitoso	Atenção recebida e respeito durante a internação por parte da Enfermagem	Atenção/ Respeito	Como o Sr./a. considera que foi seu atendimento por parte da Enfermagem?
Inciso II) Ser identificado e tratado pelo nome e sobrenome	Tratamento dado para a identificação pessoal	Atenção/ Respeito	Como a Enfermagem chama o Sr /a?
Inciso III) Não ser identificado por nºs, códigos, modo genérico, desrespeitoso e preconceituoso	Tratamento dado para a identificação pessoal	Atenção/ Respeito	Como a Enfermagem chama o Sr/ a?
Inciso IV) Ter resguardado segredos/ dados pessoais	Já contemplado no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE)	Privacidade de informações/ Segredo	O Sr./a. contou algo que pediu segredo? Respeitaram sua vontade?
Inciso V) Ter como identificar pessoas através de crachás, visíveis e legíveis	Identificação facilitada dos profissionais (nome e função) através de crachás	Respeito/ informação	O Sr./a. consegue ver o nome e a função do pessoal de Enfermagem no crachá?
Inciso VI) Receber informações claras (diagnósticos, exames, ações terapêuticas, riscos, benefícios e inconveniências, duração tratamento, anestesia, finalidade de materiais colhidos para exames, alternativas de diagnóstico e tratamento)	Já contemplado no CEPE	Informação	O que falavam para o Sr./a. ou para sua família/ acompanhante quando recebia os cuidados da Enfermagem? Contam para o Sr./a. sobre seu estado de saúde?
Inciso VII) Consentimento livre, voluntário e esclarecido	Já contemplado no CEPE	Informação	O que falavam para o Sr./a. ou para sua família/ acompanhante quando recebia os cuidados da Enfermagem?
Inciso VIII) Acesso ao prontuário	Acesso ao prontuário quando desejado	Informação	O Sr./a.ou a sua família já quis ver seu prontuário (o que escrevem sobre o Sr./a.)? Foi atendido/ a?
Inciso XII) Conhecer a procedência do sangue e hemoderivados....	Certeza da procedência do sangue	Informação	O Sr./a. recebeu sangue durante esta internação? Alguém lhe contou de onde vinha o sangue?
Inciso XIV) Ter assegurado durante consultas, internações, procedimentos diagnósticos e terapêuticos e na satisfação de necessidades fisiológicas: sua integridade física; Privacidade; Individualidade; Respeito a valores éticos e culturais;	Respeito à sua integridade física, privacidade (já contemplado no CEPE), individualidade, valores a valores éticos e culturais, confidencialidade, segurança no procedimento.	Privacidade física e Privacidade de informações/ Segredo	Já sentiu vergonha?

Confidencialidade; Segurança no procedimento.			
Inciso XV) Ser acompanhado se assim o desejar por pessoas por ele indicada	Permissão de um acompanhante quando desejado	Acompanhante	O Sr./a. pediu para alguém ficar junto aqui no hospital durante sua internação? Foi atendido/ a?
Inciso XVIII) Receber do profissional presente auxílio imediato e oportuno para a melhoria do conforto e bem-estar	Tempo de atendimento e pertinência nas solicitações e necessidades	Assistência rápida e pertinente ao conforto e bem-estar	Como foi seu atendimento pela Enfermagem? Conte como cuidaram do Sr./a.?
Inciso XX) Receber ou recusar assistência moral, psicológica ou religiosa	Atendimento ou recusa de assistência moral, psicológica e religiosa.	Assistência, psicológica e religiosa	Algum representante da sua religião já veio lhe atender? Foi o Sr./a. quem pediu? Alguma psicóloga já veio lhe atender? Foi o Sr./a. que pediu?
Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE) - Capítulo dos Deveres			
Art. 23) Prestar assistência Enfermagem sem discriminações	Discriminação por ser idoso, dependente, socialmente vulnerável.	Atenção/ respeito	Como foi seu atendimento pela Enfermagem? Conte como cuidaram do Sr./a.?
Art. 24) Prestar assistência Enfermagem livre de riscos	Evitar situações que envolvam risco, perigo, insegurança.	Assistência sem a oferta de riscos	Como foi seu atendimento pela Enfermagem? Conte como cuidaram do Sr./a.?
Art. 25) Garantir continuidade da assistência de Enfermagem	Percepção sobre a continuidade de atendimento	Assistência continua	Como foi seu atendimento pela Enfermagem? Conte como cuidaram do Sr./a.?
Art. 26) Prestar adequadas informações ao cliente e família a respeito da assistência de Enfermagem, possíveis benefícios, riscos e consequências que possam ocorrer.	Informação sobre a assistência recebida	Informação	O que falavam para o Sr./a. ou para sua família/ acompanhante quando recebia os cuidados da Enfermagem?
Art. 27) Respeitar e reconhecer o direito do cliente de decidir sobre sua pessoa, seu tratamento e seu bem-estar	Opções dadas e decisão sobre seu tratamento e bem-estar	Informação	O que falavam para o Sr./a. ou para sua família/ acompanhante quando recebia os cuidados da Enfermagem?
Art. 28) Respeitar pudor, privacidade e intimidade do cliente	Situação durante procedimentos que envolviam exposição corporal, de próteses ou de pertences.	Privacidade física	Houve alguma situação que o Sr./a. sentiu vergonha?
Art. 29) Manter segredo fato sigiloso (exceto em casos previstos em Lei)	Manutenção de segredo ou situações sigilosas	Privacidade de informações/ Segredo	O Sr./a. contou algo que pediu segredo? Respeitaram sua vontade?
Art. 30) Colaborar com a equipe de saúde no esclarecimento do doente e família sobre seu estado de saúde e tratamento, possíveis benefícios, riscos e consequências que possam ocorrer.	Orientação sobre seu estado de saúde e seu tratamento, inclusive, para a família.	Informação	O que falavam para o Sr./a. ou para sua família/ acompanhante quando recebia os cuidados da Enfermagem? Contam para o Sr./a. sobre seu estado de saúde?
Art. 31) Colaborar com a equipe	Esclarecimentos de dúvidas	Informação	Algum profissional falou ou fez algo

de saúde na orientação do cliente ou responsável, sobre riscos dos exames ou de outros procedimentos aos quais se submeterá	quando solicitou que a Enfermagem o fizesse		que o Sr./a. não compreendeu? O Sr./a. pediu explicações? Quem esclareceu o Sr./a. sobre essa (s) dúvida (s)?
Art. 33) Proteger o cliente contra danos de imperícia, imprudência, negligência por parte de qualquer membro da equipe de saúde	Situação que envolva falta de habilidade, inconveniências como erros ou danos, descuido.	Assistência correta	Como foi seu atendimento pela Enfermagem? Conte como cuidaram do Sr./a.?

O Quadro 3 toma o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 1993, 2000) e a Lei 10.241/99 (SÃO PAULO, 1999) (Anexo I) - dos direitos dos usuários de serviços de saúde como referência para apontar os aspectos éticos envolvidos, especificamente, quanto à assistência de enfermagem.

A assistência prestada possui inúmeras situações de interação da equipe e com sua clientela. Desta forma, para efeitos deste estudo selecionaram-se algumas situações que configuram a relação da assistência com os aspectos éticos correspondentes aos direitos dos pacientes.

Algumas situações foram eleitas, nas quais a assistência de enfermagem oferecida pode mostrar - se concreta, não só por representarem ações cotidianas, mas também por corresponderem àquelas que atendem a algumas das necessidades humanas, tanto para manutenção da vida como da terapêutica proposta pelo hospital. O referencial teórico que embasou esta decisão, foi a Teoria de Enfermagem proposta por HORTA (1979) que, por sua vez, considera a assistência de enfermagem assentada nas necessidades humanas básicas, utilizando-se as denominações de níveis de necessidades de João Mohana (psicobiológico, psicossocial e psicoespiritual).

Assim, algumas das ações voltadas à satisfação das necessidades consideradas psicobiológicas foram eleitas. Os cuidados que são apontados a seguir têm correspondência direta com estas necessidades sem, contudo, terem a pretensão de abranger o grande universo da assistência de enfermagem. Elegeu-se, portanto, as ações de banho, alimentação, curativo, auxílio nas eliminações e auxílio nas locomoções ou

restrições no leito. Embora as situações eleitas sejam de natureza técnica são estas que configuram alguns dos cuidados diretos mais realizados cotidianamente no hospital junto aos pacientes internados tanto pela sua repetição quanto por estarem ligados intimamente aos seus corpos.

Estas questões referiam-se aos cuidados de enfermagem eleitos no presente estudo e a situações, atitudes e comportamentos representativos dos direitos dos idosos entrevistados. A primeira questão foi feita, inicialmente de modo aberto, para que o paciente idoso pudesse se expressar, houve questões complementares quando não previamente expressas pelo entrevistado.

As demais (psicossociais e psicoespirituais) aparecem contempladas nas outras questões, como mostra o Roteiro de questões (Anexo III). A escolha da Teoria referida fundamenta-se por ser a adotada pelo Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo e homologada pelo Conselho Federal de Enfermagem em 2000 (COREN – SP, 1999) como sendo obrigatória para a sistematização da Assistência de Enfermagem em todo o Estado.

Não obstante a obrigatoriedade, a organização da assistência de Enfermagem presente nas publicações brasileiras obedece às necessidades dos clientes ou pacientes, seguindo as Necessidades Humanas Básicas. Em relação aos idosos, além destas, são contempladas especificidades do cuidado aos idosos em função das modificações trazidas pelo processo de envelhecimento.

2.6 Método de análise

A análise do conteúdo dos discursos obtidos foi feita segundo o método proposto por BARDIN (1977): “a análise de conteúdo é uma técnica de investigação que através de uma descrição objetiva sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, tem por finalidade a interpretação das mesmas”.

A análise dita temática desenvolve - se por meio de leituras fluentes e sistemáticas dos discursos para melhor aproximar-se deles. Uma vez apropriado do texto dos discursos, o pesquisador executa recortes em unidades de registro (palavra, frase, tema, acontecimento), podendo aplicar-se operações estatísticas simples para “colocar em relevo as informações obtidas”.

O objetivo é “fazer falar” o material que se tem em mãos, para que as inferências estejam sempre fundadas na explicitação de um tema em uma mensagem, atribuindo-se importância na medida que aparece sua repetição, estabelecendo uma correspondência entre os níveis empírico e teórico, de modo a obter uma ou mais conclusões sobre o objetivo deste trabalho.

De acordo com MINAYO (1992) a técnica de análise temática consiste “em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado”. Ainda para a mesma autora, a análise temática define o caráter do discurso por meio da contagem da frequência das unidades de significação e qualitativamente “a presença de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso”.

Primeiro os dados foram organizados em quadros (Quadros 12, 13 e 14), tendo como corte o conceito inicial atribuído à assistência de enfermagem. Os discursos referentes ao atendimento de enfermagem foram decompostos nas diversas ações eleitas para este estudo. Os núcleos ou idéias que sintetizavam a resposta dada foram explicitados. Ainda, nestes quadros, estão presentes idéias expressas pelos pacientes idosos hospitalizados entrevistados sobre aspectos da hospitalização que compunham, por sua vez, um cenário no qual a assistência de enfermagem está envolvida.

Os outros quadros (Quadros 15 a 28) foram confeccionados para apresentação dos dados complementares à assistência, desta vez, em forma de questões diretas, formando-se grupos, de acordo com núcleos ou idéias que sintetizam as respostas. A análise incidiu sobre as idéias expressas pelos pacientes idosos hospitalizados entrevistados e o referencial teórico adotado.

Paralelamente à análise temática, para este trabalho foram destacados quatro eixos (funcionalidade, dependência/independência, autonomia e vulnerabilidade) que se articularam com as ações de enfermagem eleitas e pesquisadas e fundamentaram a análise e a discussão.

2.7 Aspectos éticos do estudo:

Após a anuência do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/ USP) e das autorizações da Comissão de Ética do hospital filantrópico e da Diretoria Clínica e de Enfermagem do hospital público, onde se realizou a pesquisa, foi marcada uma entrevista com o Serviço de Educação Continuada dos hospitais - campo de coleta de dados, para apresentação do projeto da pesquisa e suas condições de execução.

A população deste estudo foi informada dos objetivos da pesquisa, de sua forma de realização, sigilo da identidade e possibilidade de desistência a qualquer momento, se lhe aprouvesse. Foi solicitado um consentimento livre e esclarecido por escrito para todos os sujeitos incluídos no estudo (Anexo IV).

Uma grande parte dos idosos entrevistados não sabia assinar o próprio nome. Desta forma obteve-se a concordância verbal dos mesmos, sendo-lhes lido, explicado e dado o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Pacientes” que pudessem guardar para quaisquer dúvidas.

3. RESULTADOS

Os resultados, inicialmente, apresentados referem-se à caracterização dos idosos entrevistados, conforme o formulário elaborado (Anexo II). O objetivo desta caracterização inicial (Quadros 4 a 7) foi conhecer alguns aspectos relativos ao idoso que adoeceu, para poder traçar um perfil da população entrevistada.

Ainda na caracterização da população do estudo, outros aspectos relativos, especificamente, à internação atual foram também analisados, tais como: diagnóstico referido e diagnóstico constante no prontuário, tempo de internação, número de internações e previsão de alta. Estas, por sua vez, possuem aspectos relevantes para a discussão a respeito da apuração dos objetivos deste estudo.

A segunda parte dos resultados, refere-se aos discursos dos idosos hospitalizados entrevistados, que será apresentada em duas partes. A primeira referente às respostas à pergunta aberta, que aborda aspectos quanto à identificação dos direitos relativos a assistência de enfermagem no discurso do idoso hospitalizado. A segunda parte, sobre questões pontuais, ampliando a primeira questão, focalizando-se os direitos dos pacientes adequados na situação de hospitalização, pertinentes e complementares a primeira questão sobre a assistência de enfermagem, conforme já abordado no capítulo deste estudo referente ao Método (Capítulo 2).

3.1. Caracterização da população do estudo

3.1.1 Perfil dos idosos entrevistados

Quanto ao sexo, houve entrevistas com a mesma quantidade de idosos do sexo masculino e feminino. Como mostrado no Capítulo 2, no total foram entrevistados efetivamente 16 idosos do sexo masculino e 16 do sexo feminino..

Quadro 4 – Distribuição dos idosos entrevistados segundo faixa etária.

<i>Faixa etária</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
65 I- 70	11	34,37
70 I- 75	10	31,25
75 I- 80	8	25,00
80 I- 85	1	3,12
85 I- 90	-	-
90 I- 95	2	6,25
<i>Total</i>	32	100

As faixas etárias consideradas para este estudo foram consideradas com intervalos de cinco em cinco anos.

Quadro 5 – Caracterização da população do estudo segundo alguns aspectos pessoais

VARIÁVEIS	Nº
<i>Escolaridade</i>	
Não letrado	6
Alfabetizado	2
Ensino fundamental incompleto	20
Ensino fundamental completo	1
Ensino médio incompleto	1
Ensino médio completo	1
Ensino superior incompleto	-
Ensino superior completo	1
<i>Estado civil</i>	
Solteiro	1
Casado	17
Viúvo	14
<i>Possui religião</i>	
Sim	30
Não	2
Praticantes (total de 30 pacientes)	
Sim	19
Não	11
<i>Atividades sociais</i>	
Não	29
Sim	3
<i>Atividades declaradas</i>	
Grupo da 3ª idade	1
Grupo de oração	1
Voluntariado no Projeto Criança Cidadã	1

Os dados do Quadro 5 mostram que em relação à escolaridade a maioria dos idosos teve sua escolaridade interrompida já no ensino fundamental. Neste estudo, deve-se salientar que foi adotada a terminologia atual sobre a denominação dos graus de escolaridade, que foi

revista há poucos anos. Deste modo, os idosos não se referiram a esta denominação e, sim, àquelas pertinentes à sua época escolar e, portanto, fez-se a adequação às respostas. Assim, a maioria referiu-se ao '*Grupo escolar*', ou apenas '*Grupo*'. O termo '*escolinha*' também foi referido pela origem rural de muitos idosos. Salienta-se que os pacientes que apontaram esta escolaridade, sempre se referiam ao ano que suspenderam seus estudos, pois a maioria não passou da segunda série do ensino fundamental.

Seguida a maioria, têm-se os idosos que se disseram sem letramento, isto é, que não foram alfabetizados, quase um quinto do total de entrevistados. Em contraponto, tem-se apenas um idoso em todos os outros graus de escolaridade, exceto no ensino médio incompleto, no total de quatro pacientes. Completando o grupo, dois idosos declararam-se alfabetizados.

Neste estudo, confirmam-se os dados divulgados pela FUNDAÇÃO IBGE (2000) que mostram a população idosa de baixa ou nenhuma escolaridade, que reforça sua condição de vulnerabilidade.

Quanto ao estado civil, a maioria declarou-se casada, seguida de um grande grupo (43,75%) de viúvos.

Quase a totalidade de pacientes declarou que possuía religião, destes, mais da metade disseram - se praticantes. A religião para idosos assume significado especial, relativo ao conforto espiritual e refúgio para as angústias e depressão comuns na Terceira Idade. Auxilia no suporte psicológico para enfrentar a idéia da finitude da vida (JORDÃO NETTO, 1986).

A respeito das atividades sociais, classificadas aqui como atividades realizadas fora do domicílio, em grupos, para lazer ou satisfação pessoal, apenas três pacientes idosos apontaram a realização dessas atividades (um cada uma): grupo da Terceira Idade, grupo de oração e voluntariado no Projeto Criança Cidadã, que trabalha com meninos de rua de um bairro da periferia da cidade de São Paulo. A importância das atividades sociais para a

pessoa idosa incide na auto - realização quando se fala em necessidades humanas, mas que contribui imensamente para que o idoso exercite sua atividade músculoesquelética e, assim, diminuindo o sedentarismo, sua memória, sua inserção social, sua auto-estima e sua cidadania, todas essas condições são essenciais à vida do ser humano. As atividades que desempenham contribuem para o sentimento de satisfação por ser útil, utilizar-se de suas aptidões e usando seu tempo de forma agradável melhorando, assim, aspectos de sua saúde mental. (Buscaglia citado por CAMPEDELLI, 1991)

Quadro 6 - Distribuição dos pacientes, segundo condição de moradia e presença/ relação com cuidador domiciliar.

VARIÁVEIS	Nº
<i>Moradia própria</i>	
Não	8
Sim	24
<i>Mora acompanhado</i>	
Não	5
Sim	27
<i>Com quem mora</i>	
Esposo/ esposa	8
Esposo/ esposa e filhos	9
Filhos	7
Filhos e netos	1
Filhos e irmãos	1
Filhos e nora	1
<i>Possui cuidador no domicílio</i>	
Não	23
Sim	09
<i>Relação do cuidador com o idoso</i>	
Esposa/ o	02
Filha	05
Nora	02

Nos dados do Quadro 6, pode-se averiguar que a maioria dos idosos entrevistados possui moradia própria. Dos pacientes que não têm a própria moradia, uma das pacientes relatou que até há pouco possuía sua casa, mas, que o filho quis comprá-la e hoje mora “de favor” em seus fundos, em um aparente desconforto durante o relato.

Situações como essas, são conhecidas e não muito incomuns na história de idosos. A situação de envelhecimento, além dos aspectos físicos, traz ao idoso a sensação de expropriação daquilo que desfrutava como seu, como se a vida também lhe fosse sendo tirada a cada situação, como a descrita aqui, claramente percebendo-se que não se reconhece sua “utilidade”.

FERNANDES (1997) alerta que por vezes situações como a descrita acima pode configurar um delito sob forma de abuso, contra os velhos ante a certeza de que “sempre estarão temerosos em denunciar seus autores, com frequência membros da família animados pela certeza de impossibilidade de qualquer reação.” Ainda completa em relação aos direitos de idosos, citando o Programa Nacional de Direitos Humanos:

Para que a população possa assumir que os direitos humanos são direitos de todos, e as entidades da sociedade civil possam lutar por esses direitos e organizar-se para atuar em parceria com o Estado, é fundamental que seus direitos civis elementares sejam garantidos e, especialmente, que a justiça seja uma instituição garantidora e acessível para qualquer um (FERNANDES 1997, p.108).

Cinco pacientes informaram morar só, isto tem sua relevância quando se aborda a solidão como um dos fatores de risco para depressão, um dos problemas mais comuns e sérios, dentre as patologias do idoso. Além da possível falta de cuidadores e da rede de suporte social, a viuvez também assume importância sob esta ótica, pois, segundo PACHECO E SILVA (1981), a viuvez de um dos cônjuges de um casal feliz traz um sofrimento acentuado por solidão, quando mora sem outros elementos da família.

A maioria dos idosos entrevistados mora acompanhada e destes, a maior parte, com esposa ou esposo. Outros apontaram que, além da esposa ou esposo, residem com filhos. Idosos que moram apenas com filhos representam um quarto do total dos que moram acompanhados. O restante desse grupo, em sua minoria, além dos filhos, mora também com outro familiar. Morar acompanhado para o idoso significa que é apoiado em seu cotidiano, indicando facilidades e dificuldades que ele possa enfrentar (CAMPEDELLI, 1991)

Em relação ao cuidador, nove dos pacientes entrevistados declararam que necessitam de ajuda no domicílio para seus cuidados. Foi perguntado a estes, qual a relação do cuidador com o paciente. A maioria é cuidada pela filha. Dois pacientes declararam que a nora é a cuidadora. Percebe-se que existeum grande contingente de cuidadores do sexo feminino, caracterizando ainda mais esta atividade relacionada à mulher. Outros dois pacientes disseram que os cuidadores são o esposo e a esposa, portanto, todos os cuidadores apontados têm relações familiares com os idosos entrevistados por eles cuidados.

Quadro 7 – Distribuição de pacientes conforme atividade profissional ou ocupacional e aposentados.

Atividade profissional ou ocupacional	Nº
Exerce	11
Não exerce	18
Aposentado (a)	5
Total	32

A questão sobre a atividade profissional da população deste estudo, realça o atual exercício das mesmas e a conquista da aposentadoria, que pode representar, muitas vezes, o único ganho econômico da família. Dos entrevistados, onze idosos ainda estão em atividade de trabalho. Estudos e reportagens relativas a idosos enfocam, às vezes, exclusivamente a questão do número de idosos que trabalham, podendo ser até a única pessoa da família que

possui atividades remuneradas, tornando-se, assim, seu arrimo (DIEGUEZ, 2000; FUNDAÇÃO IBGE, 2000).

Apenas três das pacientes idosas entrevistadas declararam ser “do lar”, não tendo até então, possuído nenhum vínculo empregatício ou atividade remunerada.

Dos dezoito pacientes idosos entrevistados que declararam não exercer mais nenhuma ocupação ou profissão, apenas cinco citaram ter alcançado a aposentadoria, e os demais pacientes que declararam não possuir mais nenhuma atividade profissional, não possuem benefícios, acrescendo vulnerabilidade social e econômica a esta população. Nota-se que, dentre este último grupo, a maioria das ocupações pode ser considerada como informal ou exercida em uma época em que os benefícios não eram reconhecidos para as mesmas por não possuírem legislação pertinente, tais como para as empregadas domésticas.

3.1.2 Aspectos relacionados à internação hospitalar.

A questão sobre o auxílio para banho, alimentação e necessidades fisiológicas remete a um aspecto importante a ser considerado para a assistência de enfermagem, como um dos norteadores da assistência guardando estreita relação com o atendimento aos seus direitos.

Quadro 8 – Distribuição dos idosos entrevistados segundo faixa etária e necessidade de auxílio referidas (parcial ou total) das atividades de banho, alimentação e à satisfação das necessidades fisiológicas.

<i>Faixa etária (anos)</i>	<i>Nº de idosos que referiram auxílio para banho, alimentação e necessidades fisiológicas</i>
65 I- 70	2
70 I- 75	5
75 I- 80	3
80 I- 85	-
85 I- 90	-
90 I- 95	2
<i>Total</i>	12

Pelos dados do Quadro 8, pode-se notar que quase metade da população deste estudo necessitava de algum tipo de ajuda para as atividades acima apontadas, que estão contidas nas necessidades humanas e carecem do auxílio da enfermagem, quando o paciente não possui condições para realizá-las por si, distribuídas em praticamente todas as faixas etárias estabelecidas. Os tipos de necessidades foram agrupados numa só coluna, pois os pacientes que requeriam ajuda, apontaram - na para todas as necessidades. Sua maioria, no entanto ,incide sobre as faixas etárias de menor idade das consideradas para este estudo (65 a 79 anos, 11 meses e 29 dias).

Quadro 9 - Distribuição de pacientes idosos hospitalizados segundo o tempo de internação em dias.

Tempo de internação (dias)	Nº
2 a 5	15
6 a 11	10
12 a 17	4
18 a 23	1
24 a 30	1
Mais de 30	1
Total	32

Nos dados do Quadro 9 apresentado percebe-se que a entrevista foi realizada para alguns pacientes nos primeiros dias de internação, considerando-se que este foi um dos critérios de inclusão neste estudo constantes no Capítulo 2. Mas pode-se também observar que a partir de seis dias de internação e mais encontram - se mais da metade dos idosos hospitalizados, chegando a 60 dias.

Quadro 10 - Distribuição de pacientes idosos hospitalizados segundo o número de internações anteriores.

Internações anteriores	Nº
01	06
02	11
03	07
04	05
05	02
06	-
07	01
Total	32

Quanto ao número de internações anteriores ações existem seis pacientes na primeira internação, 11 pacientes na segunda internação, sete pacientes na terceira internação, cinco pacientes na quarta internação, dois pacientes na quinta internação e um paciente na sétima internação. Neste estudo, a maioria dos pacientes idosos que estão na sua segunda e terceira internações, sendo que cerca de um quarto do restante dos pacientes está na quarta internação em diante (até sétima).

Apenas nove pacientes tinham previsão de alta para até 48 horas, após a entrevista. Um dos pacientes tinha uma previsão avançada para 15 dias, conforme a declaração médica que se concretizada totalizaria, pelo menos, 18 dias de internação hospitalar.

Tanto o número de dias de internação como os outros dados – número de internações anteriores e a previsão de alta –, confirmam a preocupação dos administradores sobre a longa permanência hospitalar, o crescente número de hospitalizações e seus reflexos nos custos e recursos, cada vez mais numerosos e diversificados a serem empregados em razão das peculiaridades do aspecto biológico da pessoa idosa.

Além destes, geriatras e gerontologistas alertam que com base na probabilidade da internação repetida desta população, está-se auferindo o perfil de fragilização, levando a redução da capacidade funcional e, conseqüentemente, a maior demanda pelos serviços de saúde em todos os níveis (VERAS e col, 2002).

Para a enfermagem, a preocupação deve incidir sobre a constância desse paciente nos serviços e a necessidade cada vez mais premente de se adequar a assistência de enfermagem a esta população específica, tendo como parâmetros, entre outros, as recomendações da Política Nacional de Saúde do Idoso e da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia e, mais recentemente, do Estatuto do Idoso.

Quadro 11 - Quadro dos diagnósticos referidos pelo paciente e diagnósticos verificados no prontuário

Paciente entrevistado	Diagnóstico referido	Diagnóstico no prontuário
1	Não sabe	Celulite
2	Pneumonia	Pneumonia
3	Não sabe o nome – “Doença nas pernas”	Flebite
4	Arritmia cardíaca	Hipertensão Arterial Sistêmica/ Diabetes mellitus
5	Hérnia e dor nas costas	DPOC + nódulo pulmonar a/e
6	Dor no peito e diabetes	Diabetes mellitus descompensada + angina instável
7	Problema de vesícula	Pancreatite
8	Problema no pulmão	Neoplasia de pulmão
9	Problema no coração– é acelerado	Taquicardia supraventricular
10	Coração entupido	Insuficiência Cardíaca congestiva
11	Hipertensão	Hipertensão Arterial Sistêmica
12	Bichinho no coração	Endocardite
13	Hipertensão	Insuficiência Coronariana
14	Diabetes, problema de rins, coração	Insuficiência renal crônica + Diabetes mellitus + Hipertensão Arterial Sistêmica
15	Água no pulmão	Neoplasia de pulmão
16	Dor no estômago	Insuficiência coronariana
17	Problema de coração	Insuficiência Coronariana
18	Erisipela	Erisipela
19	Constipação	Constipação
20	Não sabe	Icterícia a/e
21	Anemia	Anemia a/e

22	Pressão alta	Hipertensão Arterial Sistêmica
23	Não sabe	Insuficiência Cardíaca Congestiva
24	Princípio de derrame	Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Subagudo e Acidente Isquêmico Transitório atual
25	Problema de coluna	Tumor + fratura patológica
26	Vírus no sangue	Sífilis
27	Problema no coração	Insuficiência coronariana? Acidente Vascular transitório?
28	Catarata e hérnia	Insuficiência cardíaca
29	Hérnia de disco	Neoplasia? Hérnia discal? Compressão extrínseca?
30	Não sabe	Bronquite
31	Celulite	Celulite
32	Erisipela ou eczema	Erisipela

É necessário lembrar que os diagnósticos em questão são os que motivaram a internação do paciente no momento da entrevista.

Quatro pacientes, não souberam dizer o diagnóstico, pelo qual foram internados.

Quatro pacientes referiram diagnósticos bastante divergentes daqueles verificados em seus prontuários. Destes, pode-se perceber a inclusão de sinais e sintomas referidos e que são compatíveis com o diagnóstico médico registrado no prontuário.

Os pacientes identificados com os números 5 e 28 no Quadro 11 referiram outros problemas de saúde que disseram possuir, mas não foram os motivos que os levaram à internação no momento da entrevista. Com o envelhecimento, a senilidade traz consigo a questão da multiplicidade de patologias que podem acometer a pessoa idosa. Em uma pesquisa realizada em uma clínica geriátrica em São Paulo, por enfermeiros, houve uma média de 3,47 diagnóstico/ idoso (MONTEIRO, CAMPEDELLI, 1989).

O aumento da susceptibilidade dos idosos a doenças deve-se à “fragilidade”, já citada anteriormente, designada como o estado de redução da reserva de diversos sistemas fisiológicos, determinada pelo efeito combinado do envelhecimento biológico, condições crônicas e abuso (alcoolismo, tabagismo) ou desuso (sedentarismo) que em condições limítrofes de equilíbrio, eventos simples como, por exemplo, uma infecção respiratória podem desencadear conseqüências em outros sistemas, como a descompensação de insuficiência cardíaca e renal, desta forma, elevando-se a mortalidade (Buncher e Wagner citados por CHAIMOWICZ, 1997).

Catorze pacientes tiveram uma aproximação parcial ou mostraram semelhança entre os diagnósticos referidos e verificados, considerando-se palavras referentes à localização do órgão ou sistema comprometidos, palavras simples, que expliquem o diagnóstico na linguagem científica (diagnóstico verificado no prontuário médico).

Dez pacientes coincidiram a referência entre o diagnóstico referido e o diagnóstico verificado no prontuário, pela correta denominação do diagnóstico, mesmo não correspondendo à denominação científica completa.

Saber o motivo pelo qual foi internado, saber qual seu problema de saúde, para muitos, sequer é importante, mas a autopercepção da saúde é considerada por VERAS e col. (2002) como fator de risco que interfere na saúde dos idosos, sobretudo para aqueles com internações repetidas.

BRITO (1997) afirma que a percepção do estado de saúde de uma pessoa é um importante indicador da maneira pela qual as pessoas se relacionam com seu ambiente social, estando associado diretamente com seu bem-estar. Aponta também inúmeros estudos, nos quais a auto - avaliação da saúde geral das pessoas idosas tem capacidade significativa de prever a mortalidade entre os mesmos.

3.2 Ouvindo o idoso hospitalizado: as entrevistas

DIREITOS DOS IDOSOS HOSPITALIZADOS

A Estrutura referencial teórica dos discursos mostra o planejamento da apresentação dos resultados, definindo a estrutura referencial segundo as ações, situações, atitudes e comportamentos representativos dos direitos dos idosos hospitalizados, articulados com os eixos conceituais: capacidade funcional, dependência/independência, autonomia e vulnerabilidade.

3.2.2 - Discursos sobre a assistência cotidiana de enfermagem: ações representativas dos direitos dos idosos

A primeira parte da apresentação dos resultados referentes aos discursos consiste nas respostas dos 32 idosos hospitalizados à questão desencadeadora:

“Como está sendo seu atendimento pela Enfermagem? Conte como cuidam do Sr./a.? Como o Sr./a. considera que foi seu atendimento por parte da Enfermagem?”

Um primeiro corte foi feito quanto ao conceito emitido pelo paciente entrevistado, levando-se em conta o julgamento atribuído à questão desencadeadora. Os julgamentos foram categorizados em 3 conceitos:

Ótimo: 28 idosos

Não sei: 3 idosos

Péssimo 1 idoso

A partir daí, foram divididos os discursos referentes às ações cotidianas de enfermagem e direitos nela envolvidos. Outros aspectos foram considerados, conforme as citações mais frequentes da população pesquisada sobre o dia – a – dia no hospital que compõem um panorama sobre a própria internação na visão do paciente idoso internado, como mostrado nos Quadros de 12 a 14.

Quadro 12 – CONCEITO ÓTIMO

Pergunta desencadeadora: “Como está sendo seu atendimento pela Enfermagem? Conte como cuidam do Sr./a.? Como o Sr./a. considera que foi seu atendimento por parte da Enfermagem?”	Discursos
<p>Conceito inicial atribuído: ÓTIMO, MUITO BOM, BEM TRATADO, MELHOR É IMPOSSÍVEL, BEM ATENDIDO, BOM DEMAIS, É A COISA MAIS LINDA DO MUNDO, MARAVILHOSA, NÃO TENHO O QUE DIZER DE NINGUÉM, ATÉ HOJE ESTÁ MUITO BEM, SOU BEM CUIDADO (28 respostas).</p>	<p>Atenção/ respeito</p> <ul style="list-style-type: none"> • As enfermeiras cuidam com carinho, amor, jeito e têm paciência. • O pessoal de enfermagem corre muito. • A medicação é dada no horário. • Todos são atenciosos e bons. • São muito educadas. • Se tratam bem, são tratadas bem. Se não tratam bem, também são tratadas mal. <p>Auxílio para a melhoria do conforto e bem-estar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Às vezes elas não podem vir. • Às vezes ninguém atende. • Fazem tudo que é preciso. • O pessoal de enfermagem atende. <p>Banho</p> <ul style="list-style-type: none"> • Não tem hora para tomar banho. Quando se toma banho só, tem-se muito cansaço porque toma-se banho sozinho. Cada dia uma pessoa da enfermagem é que dá o banho. • Não há necessidade de ajuda para tomar banho. • Já se sabe que o banho tem hora certa – de manhã- mas pode-se tomar banho à noite. • O banho é na cama, com água quente, e só fecham a porta porque está calor. <p>Alimentação</p> <ul style="list-style-type: none"> • Põe comida na boca. • Não há necessidade de ajuda para tomar café . • Não há necessidade de ajuda mas quem traz o almoço só levanta a cama. • Mesmo havendo jejum trouxeram comida.

	<p>Auxílio nas eliminações</p> <ul style="list-style-type: none"> • Há necessidade de ajuda apenas para voltar para a cama. • Eles não deixam descer da cama, porque há demora para andar, ainda mais sem andador, então põem fralda. • É muito ruim ficar toda hora pedindo para fazer xixi, então é preferível pôr fralda, é uma opinião particular. • Para ir ao banheiro, precisa tirar o suporte de soro com bomba de infusão Ficam bravas, porque não pode sair da máquina (soro), – tem que continuar na máquina. Elas estão com razão. • A fralda é necessária por causa da tosse frequente. <p>Auxílio nas locomoções/ restrições no leito</p> <ul style="list-style-type: none"> • Não põem a gente para andar. Eles não têm culpa. Tem que ter uma enfermeira para descer da cama. Se for descer, gritam porque eles têm medo que se caia no chão.
--	---

OUTROS ASSUNTOS ABORDADOS PELOS IDOSOS NA QUESTÃO REFERENTE À ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	DISCURSOS DOS IDOSOS HOSPITALIZADOS ENTREVISTADOS
MÉDICOS	<ul style="list-style-type: none"> • Os médicos são eficientes, bons, atenciosos. • Não há queixa dos médicos. • Não descuidam nem por serem novos, tratam como filho trata pai. • O médico falou que era para eu ficar, foi correndo pegar uma vaga. • Dão satisfação do que está acontecendo. • Quando a gente tem qualquer coisa os médicos todos vêm me socorrer. • O médico pensava uma coisa, mas disse que é outra.
FE	<ul style="list-style-type: none"> • Graças a Deus, estou sendo bem - tratado. • Graças a Deus, tudo que peço sou atendida. • Fui muita bem cuidada, graças a Deus. • Fui indicada por Deus, porque estava propensa a ter um infarte. • Foi uma bênção! • Graças a Deus, ai como Deus é bom! • Deus podendo dar uma forcinha, é bom! • Fui melhorando, graças a Deus! • Atenderam bem, graças a Deus!
FAMÍLIA	<ul style="list-style-type: none"> • Meus parentes me ajudam a tomar banho.
SENTIMENTOS SOBRE SI	<ul style="list-style-type: none"> • Eu não sei ler, mas educação de boca eu tive muita dos meus pais. Eu sei tratar bem as pessoas • Eu não sou uma pessoa exigente. Para mim está tudo bom. Não quero mais que aquilo que as pessoas podem oferecer.

	<ul style="list-style-type: none"> • Tenho paciência. • Eu estou me sentindo muito bem. • Não sei se estou condenado. Estou cansado, tudo me cansa. • Não fiquei nervosa por estar num hospital. Não senti nada, quando me falaram do exame. • Não mereço o que fazem por mim. • Eu é que sou burra. Eu tenho vergonha de andar por aí. Porque sou ruim da cabeça, fico nervosa. Estou muito velha e não me lembro de mais nada. Queria ser nova para entender tudo. De que adianta explicar se não me lembro mais? Esta é a minha tristeza. Eu perdi a minha cabeça. • Não sei porque estava tão ansiosa, preocupada, eu não sou melhor do que ninguém. Devemos aceitar o que vem.
HOSPITAL	<ul style="list-style-type: none"> • Fiz todos os exames • Tomo bastante remédio, toda hora injeção. • Tem tudo <i>diet e light</i>. • Como bem. • Hospital maravilhoso! • Não tinha vaga, tinha outras pessoas, mas pegou a vaga. • Estão me tratando bem com medicamentos. • Agradeço muito por ter um lugar para me tratar. Passei pela Ortopedia, no meu cartãozinho estava escrito "Internação", me liberaram mais cedo. Esperei um pouco, porque tinha muita gente, né? • Não me falta nada: remédio, soro, antibiótico. • A comida é boa. • O tratamento, o atendimento é bom. • Achei tudo legal! • São todos bons, muito atenciosos. • O que precisa, eles fazem. • As pessoas são educadas, prestativas. Tudo que eu preciso, eles atendem. • Tem sempre carinho e amor; não tem grosseria. • Só está demorando a cirurgia. • Demorou um pouco a tomografia, fiquei aguardando nervoso, até tive um princípio outra vez, comecei a entortar a boca, comecei a falar enrolado outra vez. Não sei se era por causa da demora, estava aflito, demorando, eu não sabia o que iam fazer comigo. Até agora, eu não sei o que eu tenho. • Mas não tenho o resultado do exame de sangue - nunca tá pronto.

Quadro 13– CONCEITO NÃO SEI

<p>Pergunta desencadeadora: “Como está sendo seu atendimento pela Enfermagem? Conte como cuidam do Sr./a.? Como o Sr./a. considera que foi seu atendimento por parte da Enfermagem?”</p>	<p>Discursos</p>
<p>Conceito inicial atribuído: EU NÃO SEI. EU ACHO MUITO ESQUISITO. HOSPITAL É DURO. NO COMEÇO EU NÃO QUERIA FICAR AQUI. EU TINHA MEDO E TENHO MEDO DE FICAR AQUI. QUANDO ENTREI AQUI EU ESTAVA MEIO INDECISA (3 respostas).</p>	<p>Atenção/ respeito</p> <ul style="list-style-type: none"> • Algumas atendem todos os pacientes. • A enfermagem trata bem. • Até para cumprimentar, às vezes, não estão cumprimentando com prazer. Parece que está engolindo para dentro, em vez de soltar para fora. • Quando se está dependendo, tem que agüentar tudo e tratar todos com maior carinho para não ofender. <p>Auxílio para a melhoria do conforto e bem-estar</p> <ul style="list-style-type: none"> • O pessoal têm bastante serviço, a demora é do paciente. • É difícil depender porque não é toda hora que podem ajudar. • O atendimento podia ser feito mais depressa. • É necessário, mas quando se está dormindo bem, elas acordam para dar remédio. • Percebe-se quando ajudam de má vontade. <p>Banho</p> <ul style="list-style-type: none"> • No banho de leito, quando molha a pele e volta para molhar o pano, a pele esfria, a água já esfria ainda mais com janela aberta. O banho é público. Todos ficam pelados. • É preferível tomar banho em casa, porque no hospital tem que ser acompanhado . <p>Alimentação</p> <ul style="list-style-type: none"> • Precisa falar para trazer a mesinha. Quando se está dormindo, deixam longe. <p>Auxílio nas eliminações</p> <ul style="list-style-type: none"> • É necessário pôr “fraldão” porque sou é gorda e porque a enfermagem tem muita gente para cuidar. • Uma vez esqueceram de tirar a comadre. • Ao pedir para urinar, olharam com desprezo. • É necessário falar que se quer evacuar quando, na verdade, quero urinar, porque quando se fala em evacuar, vêm logo atender. • Preciso de ajuda para ir ao banheiro se limpar por causa da gordura, mas tenho receio de chamar.

	<ul style="list-style-type: none"> Se urinar na cama, fica-se molhada, dá trabalho para trocar os lençóis e fica-se assada. <p>Curativos</p> <ul style="list-style-type: none"> Trouxeram o chá que era para o curativo da perna para beber. <p>Auxílio nas locomoções/ restrições no leito</p> <ul style="list-style-type: none"> Tratam bem. Precisa-se de ajuda por causa das tonturas.
--	---

OUTROS ASSUNTOS ABORDADOS PELOS IDOSOS NA QUESTÃO REFERENTE À ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	DISCURSOS DOS IDOSOS HOSPITALIZADOS ENTREVISTADOS
MÉDICOS	<ul style="list-style-type: none"> Agradei muito ao médico por lembrar de mim, de me levar (do PS) para o quarto. Eles são muito importantes e estão fazendo um ato de caridade. (Sou quem? Ninguém perto dessa gente, né?) Essa médica novinha, eu gosto dela, mas tem cara de menina, eu não confiei, fiquei com medo de tomar o remédio dela. A médica que me internou aqui deu as costas e não fez nada.
FÉ	<ul style="list-style-type: none"> Estou melhor, graças a Deus!
FAMÍLIA	<ul style="list-style-type: none"> Vem minha mulher para cuidar de mim; quando está tudo em ordem, ela vai embora.
SENTIMENTOS SOBRE SI	<ul style="list-style-type: none"> Apesar que eu sou muito estimado pelo pessoal, estão sempre me acompanhando. Eu sou esquisita, boba. Eu não durmo fácil. Esse é o meu problema. Eu não sou ninguém perto dessa gente porque só fiz até o quarto ano. Sei tratar bem as pessoas. Estou aqui a favor deles. Eu é que estou nervosa.
HOSPITAL	<ul style="list-style-type: none"> A vida aqui não é fácil. A comida tem muita coisa de milho.

Quadro 14 – CONCEITO PÉSSIMO

<p>Pergunta desencadeadora: “Como está sendo seu atendimento pela Enfermagem? Conte como cuidam do Sr./a.? Como o Sr./a. considera que foi seu atendimento por parte da Enfermagem?”</p>	<p>Discursos</p>
<p>Conceito inicial atribuído: PÉSSIMO (1 resposta).</p>	<p>Atenção/ respeito</p> <ul style="list-style-type: none"> • O serviço de enfermagem é ruim, todos acham que são autoridade. Controlam a vida do paciente, sem que ele possa fazer algo. <p>Auxílio para a melhoria do conforto e bem-estar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Não se dorme porque a luz fica acesa a noite inteira. Pede-se para apagar a luz e precisa-se insistir. Só diminuem a quantidade de iluminação e não apagam a luz. <p>Banho</p> <ul style="list-style-type: none"> • Não se tem horário para tomar banho. É obrigatório tomar banho no leito a qualquer hora. • O banho no leito é um banho de gato. Despejam água muito quente em cima e passam sabonete. Puseram biombo, porque tinham mulheres também. <p>Alimentação</p> <ul style="list-style-type: none"> • Porque havia uma tomografia a ser feita a dieta de dois dias foi somente com cinco bolachinhas cream-cracker e um copinho de chá. Depois do exame não deram nada para comer por causa do diabete. • A comida repete todos os dias. A enfermagem parece que tem medo. Quando se pede uma coisa a mais, dizem que vão trazer e nunca trazem. <p>Auxílio nas eliminações</p> <ul style="list-style-type: none"> • A enfermeira levava praticamente um período para me trocar. • Não estava habituado a fazer cocô na fralda, no começo ficava assado, ficava gritando que estava sujo para trocarem. • Usar fralda é tratamento medieval. Estou com sonda para urinar.

OUTROS ASSUNTOS ABORDADOS PELOS IDOSOS NA QUESTÃO REFERENTE À ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	DISCURSOS DOS IDOSOS HOSPITALIZADOS ENTREVISTADOS
MÉDICOS	<ul style="list-style-type: none"> • Nenhum médico te procura para dizer por quem você está sendo assistido.
FÉ	-----
FAMÍLIA	<ul style="list-style-type: none"> • Eu se tenho comunicação com o mundo externo, tenho é através da minha

	namorada nem através da minha filha, nem através do meu genro.
SENTIMENTOS SOBRE SI	<ul style="list-style-type: none"> • Não posso fugir, porque tiraram a minha roupa de mim. Você está morto aqui. Estou sofrendo.
HOSPITAL	<ul style="list-style-type: none"> • Eu vim para cá por engano, faço tratamento em outro hospital muito melhor o... (nome do hospital, hospital público). É um serviço vagabundo e ordinário neste hospital. • Não se tem comunicação aqui com nada, ninguém nem com a secretaria, nem com a diretoria. • Você é jogado no leito e se vira. Está uma porcária.

3.2.3 - Discursos sobre questões complementares da assistência cotidiana de enfermagem: situações, atitudes e comportamentos representativos dos direitos dos idosos.

A segunda parte da apresentação dos resultados deste estudo baseada nos discursos dos idosos hospitalizados, refere-se às questões diretas relativas aos direitos dos pacientes, conforme o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e a Lei nº 10.241/99, conforme o roteiro de questões (Anexo III) que complementam a assistência cotidiana de enfermagem.

Questões relativas às situações em que houve vergonha, foram feitas, assim, o conteúdo da comunicação verbal dos profissionais, para com o paciente, o conhecimento sobre a medicação tomada no hospital, o conhecimento sobre a pressão arterial, o tratamento nominal por parte do pessoal de enfermagem, a discriminação no atendimento, a presença de acompanhante, a apresentação pessoal dos profissionais de enfermagem, a presença do crachá na roupa profissional, o conhecimento do conteúdo do prontuário, a guarda de segredo nas confidências, a visita de representantes da religião praticada (Quadros 15 a 28).

3.2.3 Discursos sobre questões complementares à assistência cotidiana de enfermagem – situações, atitudes e comportamentos representativos dos direitos dos idosos.

Quadro – 15 – Situação em que houve vergonha.

Pergunta estimuladora: “Houve alguma situação em que o Sr./a. sentiu vergonha?”	Discursos dos idosos hospitalizados entrevistados
SIM (12 respostas)	<ul style="list-style-type: none"> • Relacionada ao auxílio do pessoal de enfermagem de sexo oposto ao do paciente nas atividades que envolvem o corpo: banho, auxílio nas necessidades fisiológicas, tirar a roupa. • Relacionada ao auxílio do pessoal de enfermagem, mesmo com auxílio do pessoal de enfermagem de mesmo sexo ao do paciente nas atividades que envolvem o corpo: banho, auxílio nas necessidades fisiológicas, tirar a roupa. • Relacionada à frequência do auxílio às necessidades fisiológicas. • Relacionada à presença de médicos e estagiários durante a visita médica. • Deve ser enfrentada (tem que agüentar são coisas da vida). • Deve-se acostumar (é difícil). • O pessoal de enfermagem não se importa (não estão nem aí com nada, falam “tudo bom”, “não precisa ter vergonha”, “pode ficar à vontade porque aqui é um hospital e não se repara em nada, é assim mesmo”). • Não quis recordar.
NÃO (20 respostas)	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca. • Não percebeu nada, porque estava passando mal. • Acostumou-se. Não agora, mas já havia sentido antes. • Todos são atendidos juntos, todos estão na mesma situação. • Todas as pessoas do hospital são legais. • O pessoal de enfermagem não se importa.

Quadro -16 Informações fornecidas pelo pessoal de enfermagem

Pergunta estimuladora: “O que a Enfermagem fala para o Sr./a.?”	Discursos dos idosos hospitalizados entrevistados
A enfermagem não fala (20 respostas)	<ul style="list-style-type: none"> • Quem fala são os médicos • Não falam nada, quando vêm dar cuidados. Não falam na frente de pacientes. • As estudantes de enfermagem fazem perguntas. • Não falam, mas gostaria de saber (tudo, nos mínimos detalhes, tiraram o meu sangue para comprovar a minha enfermidade, não é?). • Não falam e não se insiste para que falem. • Não explicam, mas já sabia algo (mas conhecia como seria o exame, não sei de nada, só sei o que aconteceu comigo, que eu me machuquei). • Deveriam orientar, mas não orientam. • Só marcam exames. • Não falam, mas atendem as solicitações. • Não orientam nada, aprende-se por conta própria. • Não explicam nada, só dão ordens (mandam deitar, levantar, abrir a boca, fechar a boca, virar, fazer isso, fazer aquilo, pede para ficar quieto no exame) que devem ser obedecidas. • Informações foram obtidas através de outros pacientes que fizeram o mesmo tratamento (a mesma cirurgia).
A enfermagem fala, mas não é suficiente (6 respostas)	<ul style="list-style-type: none"> • Só perguntam o que o paciente está sentindo. • Só falam que haverá exames. • Só falam que o paciente deve tomar medicação. • Só falam que há outras pessoas precisando de vagas.

	<ul style="list-style-type: none"> • Só falam o que não pode ser feito (não posso andar, ir ao banheiro, para ficar onde estou).
A enfermagem fala (6 respostas)	<ul style="list-style-type: none"> • Falam que vão dar remédio. • Falam sobre a pressão. • Explicam quais medicações e suas indicações, mas esquece. (não adianta nada). • Falam o nome dos comprimidos. • Conversam sobre o tratamento. • Falam o que não pode fazer (por exemplo, não pode tomar água, tiram a água daqui). • Falam sobre melhora. • Explicam o que vão fazer, sobre exame. • Pedem para ter calma e paciência quando há nervosismo. • Dão ordens na hora do exame (“não pode mexer”). • Falam sobre a doença (mas não pergunta).

Quadro 17 – Informações fornecidas sobre a medicação
Discursos dos idosos hospitalizados entrevistados

Pergunta estimuladora: “Que medicação está tomando? Saberia me dizer para quê (indicação)?”	
SIM (14 respostas)	<ul style="list-style-type: none"> • A enfermagem falou o nome dos remédios e a indicação (para quê está tomando). • A enfermagem falou só a indicação. • A enfermagem falou só o nome dos remédios. • A enfermagem falou o nome e a indicação só de um remédio. Os outros que toma não sabe. • Sabe só que é antibiótico. • Sabe que é um comprimido, mas não perguntou. • A enfermagem fala, mas esqueço. • Se perguntar, a enfermagem fala. Às vezes, lê no rótulo do soro.
NÃO (11 respostas)	<ul style="list-style-type: none"> • A enfermagem põe na boca do paciente o que já vem no copinho. Às vezes, quer saber, mas, mesmo que saiba esquece o nome. • Não se preocupa. A enfermagem falou que tinha remédio no soro. • Não sabe o que é, mas sabe que é bom, porque melhorou. • Não sabe, toma o que dão. • Não sabe o nome, mas sabe que é remédio. • Não, só sabe que é antibiótico, para combater a bactéria. • Não lembra. • Não sabe só conhece o aspecto (inalação, soro, comprimido, injeção).

	<ul style="list-style-type: none"> • Só sabe as medicações que toma em casa. • Sabe que toma comprimidos. Acha que ofende se perguntar toda hora para a enfermeira. Toma e não sabe para que é. • Não perguntou porque acha que, assim, abusa da enfermeira. • Não pergunto porque perguntava, mas não falavam nada (ficavam de falar o nome, para que servia enrolavam, e não falavam nada. Então, eu não pergunto. Tem que ficar quieta). • Pergunta dependendo da enfermeira. • Já perguntou e não falaram nada. Não sabe que tratamento está sendo submetido. • A enfermagem não soube dizer qual a indicação, mas tem direito de saber. • Toma e não pergunta. Acha isso um defeito grande, porque deveria saber o que está fazendo. • Não sabe, mas também não perguntou.
SABE PARCIALMENTE (7 respostas)	<ul style="list-style-type: none"> • Só sabe o aspecto, não sabe a indicação. • Sabe só a indicação. • Sabe só o que toma na enfermaria, mas não sabe o que tomou no Pronto - Socorro. • Sabe o nome de duas medicações apenas. • Sabe a quantidade de comprimidos e os miligramas. • Sabe que está tomando soro e que há medicação dentro dele. • Acha que toma no hospital a mesma medicação que toma em casa, mas o restante não sabe. • Acha que já trocou a medicação porque enfermeira e médica falaram e agora toma um comprimido de aspecto diferente e que produziu efeitos diferentes. <p>Sabe que toma insulina, mas não sabe o que tem no soro, porque não está marcado no rótulo. Não falaram, mas vai perguntar.</p>

Quadro 18 – Informações fornecidas sobre a pressão arterial

Pergunta estimuladora: “O Sr./a. sabe como está sua pressão?”	Discursos dos idosos hospitalizados entrevistados
SIM (26 respostas)	<ul style="list-style-type: none"> • Sabe qualificar, mas não sabe dizer valores. Boa, alta, normal, ótima. • Sabe qualificar, mas não lembra; pergunta, mas esquece. • Sabe os valores. (Compara valores do hospital com os valores aferidos no posto). • Sabe qualificar e sabe os valores. • Sabe que está alta por causa dos sintomas (porque está cansado por ter feito esforço. Depende do momento do dia). • A enfermagem comunica as variações (dia – a - dia).
NÃO (6 respostas)	<ul style="list-style-type: none"> • A enfermagem não fala. • A enfermagem informa apenas a qualificação • Pergunta e a enfermagem não fala nada. Ficou sem saber. Acha que está alta.

Quadro 19 - Informações sobre recebimento de sangue

Pergunta estimuladora: “O Sr./a. recebeu sangue durante esta internação? Alguém lhe contou de onde vinha o sangue?”	Discursos dos idosos hospitalizados entrevistados
NÃO (32 respostas)	<ul style="list-style-type: none"> • Não precisou.

Quadro 20- Identificação do paciente

Pergunta estimuladora: “Como a Enfermagem chama o Sr/ a?”	Discursos dos idosos hospitalizados entrevistados
PELO NOME (27 respostas)	<ul style="list-style-type: none"> • Pelo nome e depois adjetivos (“querida”, “amor”).

	<ul style="list-style-type: none"> • Pelo nome, mas são carinhosas. • Alguns acertam falar o nome, outros não.
POR ADJETIVOS (2 respostas)	<ul style="list-style-type: none"> • “Querida, amor”, “meu bem”.
NÃO RESPONDEU (3 respostas)	<ul style="list-style-type: none"> • São bonzinhos. • A enfermagem não fala comigo. • A enfermagem brinca muito.

Quadro 21 – Discriminação no atendimento

Pergunta estimuladora: “O Sr./a. teve tratamento da mesma forma dos outros pacientes da enfermagem?”	Discursos dos idosos hospitalizados entrevistados
SIM (31 respostas)	<ul style="list-style-type: none"> • Não tem diferença, discriminação. • Todos respeitam, com dignidade. Não há agressões. • Trataram bem até porque não tem valor por ser velha. Idoso é de segunda categoria.
NÃO (1 respostas)	<ul style="list-style-type: none"> • Está uma porcária. Como estava desde o começo.

Quadro 22 - Acompanhante

Pergunta estimuladora: “O Sr./a. tem acompanhante?”	Discursos dos idosos hospitalizados entrevistados
SIM (5 respostas)	<ul style="list-style-type: none"> • Só em período parcial. • Os familiares vão se revezando. • A filha é funcionária do hospital e, por isso, está toda hora com o paciente.
NÃO (27 respostas)	

	<ul style="list-style-type: none"> • Família não pode ficar porque trabalha. • Ninguém pode Não precisa, está bem, é bem - cuidada. • A família vem só para conversar com o médico e visitar. • Quer, mas não permitem acompanhante no hospital. • Quer, mas não têm familiares aqui (veio para se tratar). • Não quer ninguém, quer sair do hospital. • Já está de alta.
--	--

Quadro 23 – Apresentação do pessoal de enfermagem

Pergunta estimuladora: “O pessoal de Enfermagem apresentou-se para o Sr./a.?”	Discursos dos idosos hospitalizados entrevistados
SIM (9 respostas)	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentou-se, mas não lembra (é muita gente para guardar os nomes). • Sim, mas só conhece uma. • Sim, mas só conhece os médicos pelo nome.
NÃO (20 respostas)	<ul style="list-style-type: none"> • Só conhece os médicos. • Apresentam-se em conjunto, por turnos. Só conhece os plantões que as pessoas estão. É difícil porque são muitos, muitos turnos. • Não falam nada, é muita gente. • Conhece, mas não pelo nome. • Não se apresentaram, mas também não perguntou.

	<ul style="list-style-type: none"> ■ Falaram o nome, mas não lembra • Falaram o nome, mas é surdo e não ouviu. • Só sabe o nome das estagiárias da enfermagem. • Não sabe o nome do pessoal da enfermagem, mas tratam com carinho. Não se apresentaram, mas a enfermagem é carinhosa. • Só conhece as pessoas por características, localização de trabalho, atividade desenvolvida • Não procurou saber.
SOMENTE ALGUNS/ NEM TODOS (3 respostas)	<ul style="list-style-type: none"> • Alguns se apresentam, outros não. • Não sabe o nome de todos, não dá para saber porque são muitos.

Quadro 24 – Identificação escrita do pessoal de enfermagem

Pergunta estimuladora: “O pessoal de Enfermagem tem crachá?”	Discursos dos idosos hospitalizados entrevistados
SIM (12 respostas)	<ul style="list-style-type: none"> • Tem crachá, mas não consegue ler porque está sem óculos. • Tem crachá, mas esquece o nome. • Tem crachá, não consegue ler, mas a filha olha. • Tem crachá, mas não sabe ler. • Tem crachá, mas não dá tempo de ler. • O crachá, às vezes, está virado. • Tem crachá, mas não olha.
NÃO (2 respostas)	<ul style="list-style-type: none"> • Não tem crachá, mas não precisa.

	<ul style="list-style-type: none"> Nem sabe quem é o médico.
NÃO SABE (18 respostas)	<ul style="list-style-type: none"> Acha que não viu o crachá. Não sabe se tem crachá.

Quadro 25 – Solicitação e resguardo de segredo

Pergunta estimuladora: “O Sr./a. contou algo que pediu segredo? Respeitaram sua vontade?”	Discursos dos idosos hospitalizados entrevistados
SIM (1 resposta)	<ul style="list-style-type: none"> Contou para a médica, e ela respeitou o segredo.
NÃO (31 respostas)	<ul style="list-style-type: none"> Não têm segredos para contar.

Quadro 26 - Obtenção de informações do prontuário

Pergunta estimuladora: “O Sr./a.ou a sua família viram seu prontuário (aquilo que escrevem sobre o Sr./a.)”	Discursos dos idosos hospitalizados entrevistados
NÃO (32 RESPOSTAS)	<ul style="list-style-type: none"> Não sabe o que é. Ainda não viu. Nunca procurou ver. Aqui no hospital, internada não viu.

	<ul style="list-style-type: none"> • A família esta esperando o tratamento para ver o prontuario. • Deixa na mão do médico. • Não sabe se entenderia o que está nele, acha que é só para os médicos. • São documentos do hospital. • Não se acha digno de ver o prontuário. • O prontuário não é para o paciente ler. • Não viu e nem quer ver. • Não respeitam o paciente no hospital, pois isto seria civilizado. • Está aguardando os exames para poder pegar. • Não sabe o resultado dos exames. • Não sabe o que é prontuário. • Ninguém mostrou. • Não viu, mas sabe o que está acontecendo consigo. • Não viu, mas não sabe se os familiares viram.
--	--

Quadro 27 – Visita religiosa

Pergunta estimuladora: “Algum representante da sua religião já veio lhe visitar? “	Discursos dos idosos hospitalizados entrevistados
SIM (22 respostas)	<ul style="list-style-type: none"> • Veio o padre para dar bênçãos e orações. • Veio a Pastoral.

	<ul style="list-style-type: none"> • Cantam, rezam. • Veio muita gente. Vieram de todas as religiões. • Veio o pessoal fazer pregações. • Veio, mas estava ocupado com as enfermeiras e não deu para conversar. • Pediu para vir porque disseram que podia. Pediu comunhão porque está precisando. • Deram comunhão. Gostou porque fazia muitos anos que não tomava a hóstia e dá conforto. • Procurou se informar e veio uma freira para conversar. • Quando se está doente, é quando mais se necessita. • É de uma religião, mas reza com todos. • Reza, mas não pratica, não vai à missa, acha que Deus não fica de mal por causa disso.
NÃO (8 respostas)	<ul style="list-style-type: none"> • Não recebeu ainda. • É católica, mas não frequenta. • Não chegou até aqui. • Não pediu para vir. • Falaram que talvez amanhã porque estão muito ocupados. • Perguntaram se queria, falou que quer. • O capelão veio e não sabia nem que dava comunhão.
NÃO TEM RELIGIÃO (2 respostas)	<ul style="list-style-type: none"> • É ateu.

Quadro 28 – Atendimento psicológico

Pergunta estimuladora: “Alguma psicóloga veio lhe atender?”	Discursos dos idosos hospitalizados entrevistados
NÃO (31 respostas)	<ul style="list-style-type: none">• Nunca viu.
NÃO SABE (1 resposta)	<ul style="list-style-type: none">• Não sabe. Não sabe quem é o profissional.

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO

A discussão do presente estudo refere-se ao atendimento aos direitos dos idosos hospitalizados em relação à assistência cotidiana de enfermagem, baseando-se na visão desses pacientes sobre a assistência de enfermagem recebida.

Assim, os direitos discutidos são a respeito de: o direito à atenção e respeito, direito ao conforto e bem-estar, direito à acompanhante, direito à informação, direito à privacidade e ao resguardo do segredo, direito à assistência religiosa. O direito à assistência psicológica não será objeto de discussão deste estudo, por não ter sido apontada a assistência referida nos discursos dos idosos.

Embora no Quadro 3 – “Estudo sobre direitos de pacientes idosos hospitalizados” - estejam referenciados os direitos à assistência segura (sem oferta de riscos), assistência contínua e assistência correta (sem imperícia, imprudência ou negligência), optou-se, neste estudo, por não as analisar, entendendo-se que a continuidade, a segurança e a correção são atributos da assistência e envolveriam mais do que fatos relatados do ponto de vista do paciente.

Apenas as respostas pertinentes aos direitos de idosos hospitalizados envolvidos na assistência cotidiana de enfermagem foram objeto de análise do conteúdo dos discursos, mas seria impossível isolá-las do contexto e dos julgamentos atribuídos pelo paciente idoso hospitalizado no restante do discurso que envolvia: o relacionamento do paciente com os médicos, a família, a fé, sentimentos expressos sobre si e o hospital como organização e administração.

Esta opção de análise de dados é metodológica, porém foram levadas em consideração estas citações do contexto na análise exatamente por acrescentarem à resposta pertinente à Enfermagem, aspectos que não são relativos exclusivamente a ela, mas que interferem na assistência e, portanto, devem ser considerados no momento de sua realização, conforme a “Estrutura de análise dos discursos” apresentada à página 97.

Neste momento retomam-se os conceitos que foram explicitados no Capítulo 1 e que são considerados fundamentais para a avaliação da saúde das pessoas idosas: funcionalidade, dependência e independência e autonomia, além da vulnerabilidade, este como atributo das pessoas idosas. Além de referenciados no quadro teórico, são assumidos como eixos que estão articulados com as ações de enfermagem eleitas. Desta forma, tornam - se fundamentais para nortear a discussão deste estudo, como o diferencial para análise de direitos de pacientes idosos.

Atender aos direitos dos pacientes idosos hospitalizados relaciona - se neste estudo ao respeito à dignidade humana, especificamente ao ser humano doente, à pessoa velha e vulnerável, assistindo a essas pessoas sob a forma de cuidados de enfermagem, considerando-se estas questões, além da Lei nº 10.241/99 e dos direitos apontados no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 1993, 2000) entre outros documentos, mas, sobretudo ao compromisso assumido pelos profissionais de enfermagem.

4.1 – ESTRUTURA DA ANÁLISE DOS DISCURSOS

Direito à Atenção/ respeito

Inúmeros são os aspectos que implicam atenção e respeito e pode-se até considerar que a discussão de todos os outros direitos perpassa sobre esses dois direitos ora analisados. Além das referências à atenção e respeito nos discursos dos idosos, outros aspectos da assistência, que são pertinentes aos mesmos, serão discutidos em separado.

Atenção é definida como a “ato ou palavra(s) que demonstra(m) consideração, amabilidade, urbanidade, cortesia ou devoção a ou para com alguém” e a palavra atencioso designa aquele que presta atenção, polido, cortês, obsequioso (FERREIRA, 1986).

A palavra respeito possui inúmeros significados, mas na relação paciente - profissionais de enfermagem, ela mais se adequa à conotação de consideração, importância. Como evidenciado, a palavra consideração aparece em ambas as definições, seu significado recai sobre “a importância dada a alguém, respeito, deferência, estima”. GAUDERER (1998) ao se reportar ao direito ao atendimento atencioso e respeitoso, relaciona-o ao atendimento humanizado, mudando as relações entre profissionais e pacientes. Estes devem ser vistos e considerados não apenas como um ser patológico, e sim, como pessoa, como ser humano, social que faz parte de um contexto, com uma determinada história de vida.

Na literatura de enfermagem, encontrou-se uma pesquisa empírica realizada por KELLY (1990) com estudantes universitárias de enfermagem, para mostrar que respeito e o cuidado são a ética e a essência da enfermagem e que se ambos estiverem ausentes, não haverá enfermagem.

Quando as estudantes foram questionadas sobre seus relacionamentos com seus clientes apontaram que o respeito se dá ouvindo o paciente, sendo honesto, franco e tratando-o como um ser humano na abordagem inicial e reconhecendo – o, como uma pessoa. Também mencionaram a necessidade do respeito, quando perceberam que ele estava ausente como, por exemplo, quando as enfermeiras não ouviam seus pacientes e no modo que os chamavam.

Na cultura dos Estados Unidos a identificação do paciente pelo sobrenome é o que se considera respeitoso. Assim, existem críticas aos enfermeiros que chamam os pacientes pelo primeiro nome ou por doçura (*honey*), sendo considerado depreciativo no caso de pacientes idosos.

KELLY (1990) faz algumas das conclusões teóricas em relação ao respeito como: a ética da enfermagem constitui o respeito e o cuidado pelas pessoas; o respeito é evidenciado pelo respeito aos clientes e familiares, a si próprio, aos colegas e à profissão de enfermagem; o respeito e o cuidado são elementos necessários, porém, não suficientes da enfermagem, admitindo-se que na ausência do conhecimento a enfermagem acontece. O respeito pelas pessoas precede o cuidado na relação enfermeiro- cliente e o cuidado não é possível quando não existe respeito.

Ainda na literatura sobre a enfermagem, em especial à enfermagem gerontológica, o respeito é apontado como uma atitude fundamental do profissional enfermeiro na relação de ajuda às pessoas idosas, “que considera a outra pessoa como um ser aceitável e como um objeto de afeto. A enfermeira reconhece essa pessoa e estima-a” (BERGER, 1995)

Conforme a autora as manifestações de respeito encontram - se basicamente nas atitudes, como disponibilidade, consideração do paciente como um ser humano, e nos comportamentos que envolvem a competência, a empatia, a afetividade, além de evitar julgamentos. Considera também como obstáculos ao respeito os comportamentos punitivos, os juízos de valor, as frases feitas, a falsa escuta, o tom de voz infantilizante, a recusa das emoções e a falta de confiança nas capacidades do cliente entre, outros. Como formas de demonstração de respeito, pondera que a enfermeira deve mostrar que aprecia o cliente, utilizar linguagem apropriada, chamar o cliente pelo nome, ser delicada, dedicar-se totalmente ao paciente idoso quando estiver com ele, evitar ter pena, ser positivo, dar apoio afetivo, respeitar sua intimidade e deixar o paciente tomar suas decisões (BERGER, 1995).

No plano ético, é a dignidade, como um atributo e qualidade da pessoa que suscita o respeito. Além das definições anteriores significa reconhecer o ser humano como *outro*.

outro idêntico a si, igual a si, portador da mesma humanidade e da mesma dignidade (DURAND, 2003).

Destes conceitos depreende-se a questão do polimento das relações sob a forma de manter-se a adequada comunicação nos cuidados de enfermagem e a percepção do paciente em se sentir importante para o profissional que o cuida, merecedor de consideração no ambiente hospitalar, em especial, quanto às ações desenvolvidas pelo pessoal de enfermagem.

Nesse sentido, a questão do respeito aos direitos dos pacientes que cuida, incluindo-se todas as considerações sobre suas particularidades, inter-relaciona-se com a questão da humanização dos serviços de saúde, como bem cita LEPARGNEUR (1986) quando diz que “humanizar é ao mesmo tempo *tratar todo o mundo com igual respeito* devido à pessoa humana, mesmo nas circunstâncias mais banais da vida diária e dos encontros sociais e *individualizar as respostas* para melhor combinar com as demandas situadas”. Ainda aponta que o “fato de um hospital servir de escola prática para uma faculdade de medicina ou enfermagem deve incidir sobre as questões científicas, técnicas, abstratas, sistemáticas que devem ser compensadas num desdobramento de atenções humanizantes”.

A falta de consideração e respeito também são comentados, pois ajudam a caracterizar o direito ora discutido.

Em uma pesquisa brasileira realizada com pacientes hospitalizados, a atenção foi citada e foi apontada como uma necessidade da pessoa que os cuida, na discussão teórica, além de um dos requisitos do cuidar, a atenção é referida como um atributo moral, “descaracterizando o cuidado, como uma tarefa a ser desempenhada tecnicamente” (WALDOW, 1998).

De modo geral, as considerações sobre atenção e respeito foram apuradas dos discursos dos idosos entrevistados em relação à impressão de como aconteceu o trato

peessoal, tanto nas questões envolvendo a comunicação em si (verbal e não verbal), como também durante a assistência prestada pelos profissionais de enfermagem.

Pacientes que conferiram o conceito ‘Ótimo...’ e ‘Não sei...’ à pergunta sobre o atendimento de enfermagem de modo geral teceram inúmeros elogios, primeiro, quanto aos profissionais médicos, a quem atribuíram a condição de terem tido uma vaga para internação e o bom tratamento, à instituição hospitalar, em relação ao pessoal de enfermagem e a não discriminação de qualquer natureza. O acesso a instituições, com vagas disponíveis e profissionais para o atendimento, na maior parte da população, exerce uma importância ímpar, como significação do direito à saúde em razão sobretudo do pouco conhecimento a respeito de seus direitos (PAUSE e col., 1999). Faz-se notar também as expressões de fé que atribuem a Deus, o bom atendimento e, até mesmo, a conquista de uma vaga.

“Graças a Deus tudo que peço sou atendida”.

“Fui indicada por Deus porque estava propensa a ter um infarte”.

Em muitas ocasiões teceram comentários sobre a ‘caridade’ que estavam recebendo sem serem merecedores do tratamento que estavam tendo - aspecto este relevante para esta discussão:

“Eu falei: “Muito obrigado, doutor, do senhor ter lembrado.” Quer dizer, isso eu falei num ato de caridade, que eles estavam fazendo, porque eles são umas pessoas bem importante. Eu que... que sou quem? Ninguém perto dessa gente, né? Por quê? Porque eu não... só fiz até o quarto ano. Eu sei tratar bem as pessoas, sei conversar, talvez não assim, mas eu não tenho vergonha de conversar. Então, eu... assim, ele disse... Eu estou aqui a favor dele e tudo, e eles me tratando, como se eu fosse a mãe deles.”

“É respeitando, com dignidade, e sabendo tratar, para mim é bom, né? É... é com manter a dignidade. Trata bem mesmo. Ele não é de chegar xingando nem de chutando, nem nada disso, né? Eles tratam bem mesmo.”

"As enfermeiras são tudo boazinhas. Os médicos são eficientes. Nunca estive num hospital assim".

"Ser bonzinho é uma pessoa que trata bem..... que respeita."

"É... Porque eu acho até que eu não mereço isso tudo que eles fazem por mim, porque eu... quem que dá valor a uma pessoa idosa? A uma pessoa velha? E eles cuidam com tanto carinho!... que dá banho, que dá rola para lá, rola para cá, limpa, zela... O que é que a gente precisa mais? É... Tem muitas pessoas que tratam os idosos da segunda categoria. Não...não... não tem valor. O idoso está caducando... Às vezes, não tem valor nenhum. Não vi diferença entre idoso e novo, branco, preto, e de cor, de nada. Não vi discriminação. Até no presente momento, não vi discriminação em parte alguma."

"Trata bem, né? Têm paciência com a gente, né? Ou então, quando não trata bem, a gente dá uns dois gritinho... A gente dá uns grito nelas, elas chega... Eu não sei ler, mas graças a Deus educação de boca, eu tive muita, dos meus pais. Eu não sei ler, mas eu sei tratar bem as pessoas. Agora, é o seguinte, se me trata bem, eu trato bem, e se não me trata bem, também recebe mal também."

Embora não esteja diretamente relacionada às atividades cotidianas que a enfermagem desenvolve, a fala de uma das idosas considerando 'um favor' a sua internação mostra o não reconhecimento de seu direito, como cidadã brasileira a usufruir do SUS. Como GOUVEIA (2003) propõe, os profissionais de saúde, incluindo os de enfermagem devem contribuir para a superação desta cultura, modificando suas relações com a clientela que assiste: "é uma conquista da sociedade de transformar as velhas noções de 'favor' e 'caridade' em cidadania e direitos, com papel decisivo dos profissionais da saúde, através da mudança nas relações entre profissionais e pacientes, revisando os valores que orientam nossa prática".

Não há como negar que o domínio do conhecimento científico impõe desigualdade de condições entre profissionais e pacientes, evidenciando a diferença social entre ambos e,

por conseguinte as relações de poder estabelecidas no hospital, tão bem explicitadas, tendo como resultado a submissão de um para com o outro (FOUCAULT, 1992). Isto, porém, não exclui a devoção ao respeito para com as pessoas (SADALA, 1996; GUIMARÃES e col., 1997).

Outro ponto de vista é a questão do ser idoso na sociedade em que vive, o próprio paciente vê-se ‘cidadão de segunda categoria’, sem valor para os outros, comungando com muitos dos estereótipos negativos em relação aos velhos. Segundo Barreto citado por GANDOLPHO (2002) “o preconceito contra o velho no país é mais forte que o preconceito racial: incorporado sem crítica, envolve toda a sociedade e é aceito pelas próprias pessoas de idade”.

Analisando a história, LEPARGNEUR (1997) descreve o respeito pelos mais velhos nas civilizações antigas por representarem a tradição, o saber individual e coletivo, enquanto “o novo era objeto de suspeita por não ter sido testado pelo tempo”. A rapidez da evolução pelo qual se passa, atualmente, no sentido técnico - científico “inverte estas valoração a ponto de se ter o idoso como sobressalente, algo que pode ser descartado”.

A perspectiva futura otimista é que estas imagens, estereotípias a respeito dos idosos e da velhice, sejam revistas para que se instale o respeito à autonomia e às capacidades dos idosos, tirando – os da margem, garantindo sua interação e a manutenção de seus papéis na sociedade como cidadãos.

Dos pacientes que responderam ‘Não sei...’ à questão de como estava sendo o atendimento pela enfermagem, uma senhora referiu-se às orientações da filha para situações em que a enfermagem, eventualmente, pudesse ser descortês. Outra paciente entrevistada disse que, como está numa situação de dependência deveria ‘agüentar’ toda e qualquer situação adversa a fim de não se prejudicar:

“ *Minha filha falou assim: ‘Se os outros... se elas falar qualquer coisa, a senhora não responde. Não fala nada. Fala ‘muito obrigado’ e pronto. Ela falou: ‘A senhora só fala*

'muito obrigado' para ela, quando ela fizer uma malcriadeza para a senhora, alguma, 'né?'

"Eu estou dependendo, tenho que agüentar, e eu não posso prejudicar ninguém, porque eu vou operar. Eu preciso de todo mundo, não preciso?. É. Eu falo 'meu amor', 'meu bem', 'minha querida'... Trato ela com o maior carinho. Para não ofender."

Em ambas as situações fica evidente o receio de se confrontar com o pessoal de enfermagem, tolerando qualquer tipo de comportamento, inclusive, a descortesia. Na segunda fala, ainda se pode notar que o medo de qualquer possibilidade de ofensa, pois a dependência implica receber a assistência das pessoas, que se sintam ofendidas e que, por isso, possam deixar de atender suas necessidades. Qualquer reclamação deve ser ouvida, sendo também direito do paciente fazê-la, sem que esta tenha influência em seu tratamento (GAUDERER, 1998).

Outra questão abordada foi a postura, entonação de voz e expressões faciais dos profissionais que causam impacto na comunicação:

"Porque... até para cumprimentar as outras pessoas, a gente sabe quando a pessoa está cumprimentando com prazer. Ah, 'bom dia!', 'boa tarde! Já aquele 'bom dia'... Eles não está cumprimentando com prazer. Parece... parece que está engolindo para dentro, em vez de soltar para fora!"

O processo de comunicação é subjetivo, dado que este processo prescinde de pessoas, sendo cada uma delas um mundo à parte com seu subjetivismo, suas experiências, cultura, valores, interesses e expectativas. "A percepção pessoal funciona como uma espécie de filtragem que condiciona a mensagem segundo a própria lente. Ouvimos e vemos conforme a nossa percepção" (SILVA MJP, 1995).

Ao discorrer sobre o relacionamento profissional de enfermagem – paciente SILVA MJ (1995) refere-se à necessidade de descobrir variadas formas de comunicação com os

pacientes. “Gestos simples e aparentemente insignificantes, como um cumprimento atencioso, uma saudação afetiva ou qualquer atitude ou palavra que demonstre interesse e compreensão pela sua pessoa, seus sofrimentos, angústia, dificuldades, abrem grandes possibilidades de comunicação para estabelecer o relacionamento paciente/ enfermagem.” PUGGINA (2004) afirma que existem diversas maneiras de se dizer “Bom dia” ao abordar um paciente. Por exemplo, se o profissional ao fazê-lo, estiver desviando o olhar para um equipamento, pode passar a mensagem de que está ocupado com algo ou não quer prolongar a conversa. Perde-se a consciência de nossos atos, quando se deixa que se tornem rotina.

O único paciente entrevistado a designar o atendimento de enfermagem, como ‘Péssimo’ referiu-se à ‘autoridade’ em relação ao pessoal de enfermagem:

“O serviço de Enfermagem aqui é vagabundo. Porque aqui, botou um jaleco branco, o... o sujeito acha que é autoridade, viu? Vestiu o jaleco branco, já é autoridade aqui. Então, começa a... a... a... a... a controlar a sua comida, o seu banho, enfim, começa a controlar a sua vida, e você não pode fazer nada.”

Em relação à questão de como o paciente é chamado pelo pessoal de enfermagem, a maioria dos pacientes disse ser pelo nome. Poucos relataram que são chamados por adjetivos. Um dos pacientes seguida à resposta ‘*Pelo nome*’, disse que a enfermagem era carinhosa. Poucos pacientes responderam à questão evidenciando comportamentos adotados pelo pessoal de enfermagem:

“Sempre de querida, amor”.

“Pelo nome, mas são carinhosas”.

“E eles falam comigo? Quando falam são sempre grosseiros e sem educação”.

A pergunta sobre a apresentação do pessoal de enfermagem ao paciente idoso hospitalizado é em razão do fato de que os dados do IBGE (FUNDAÇÃO IBGE, 2000),

confirmados pelo pré-teste do instrumento de pesquisa revelaram que a população idosa entrevistada tem baixa ou nenhuma escolaridade. Sendo assim, haveria dificuldade em ler o crachá dos profissionais. Esta é uma questão que envolve a consideração pelos pacientes que a enfermagem cuida, em se identificar, além da presença do crachá que compõe a roupa profissional, para que aqueles que não sabem ler possam conhecer as pessoas que estão lhes prestando os cuidados. Há, ainda, o aspecto comunicacional, ou seja, numa comunicação eficaz não deve haver desconhecidos no relacionamento paciente – profissional de enfermagem. Se houver, prejudicará o paciente em relação às referências pessoais da assistência recebida.

Por parte do pessoal de enfermagem a apresentação verbal foi confirmada pela minoria dos idosos entrevistados. Dentre estes, alguns pacientes ainda acrescentaram o fato de não se lembrarem do nome das pessoas, outro disse que só conhece uma pessoa e outro relacionou este conhecimento aos médicos.

A maioria dos entrevistados disse não ter tido apresentação por parte dos profissionais de enfermagem. Alguns acrescentaram imediatamente à resposta a justificativa de que as funcionárias são carinhosas.

Novamente, a questão da memória voltou a ser comentada, a falta de audição também foi referida. Muitos dos pacientes idosos lembraram que a quantidade de funcionários de enfermagem é demasiada para se conhecer a todos, quando há alguma apresentação, esta se faz em conjunto, no momento da troca dos plantões. Ainda poucos pacientes referiram-se apenas a nomes de estagiários dos cursos de enfermagem que freqüentam o hospital – escola filantrópico.

Três pacientes lembraram de funcionários por características pessoais, função, local de trabalho ou, até mesmo, pela semelhança de fisionomia com atrizes de novela. Ao menos dois pacientes, após a resposta negativa, afirmaram que também não procuraram saber os nomes das pessoas. Outros poucos pacientes ainda se referiam à parcialidade de

apresentações por parte do profissional de enfermagem, enfatizando a apresentação nominal do médico.

Quanto à falta de audição, a maioria dos idosos apresenta alguma deficiência na escuta, o que faz com que a mensagem não seja entendida, ocasionando irritações de ambos os lados – paciente e profissional. Pode haver também mal-entendidos, confusões, acarretando, freqüentemente, a rotulação preconceituosa de “paciente pouco cooperativo”, “caduco” (MENDES e VALENTE, 1996) e avaliações errôneas, com freqüência são reproduzidas nas comunicações entre os profissionais de enfermagem nas ocasiões de passagem de plantão e de registros no prontuário como “paciente confuso”, “disperso”.

Outro estudo mais recente solicita aos profissionais enfermeiros que avaliem seus possíveis preconceitos sobre a comunicação com os idosos, se for real o desejo de ajudá-los em relação a aspectos de suas vidas, considerando-se, neste trabalho, o processo de hospitalização como sendo um desses fatos (SANTOS e SILVA, 2003).

MENDES (2004) considera que na interação com idosos é necessário ouvir o outro e responder a ele, respeitando o relógio biológico de cada um para que seja estabelecida uma comunicação compreensível e eficaz, amenizando angústias e sofrimentos.

- **Direito ao conforto e bem-estar**

Conforto e bem-estar são conceitos demais complexos, porém serão discutidos aqui, de acordo com as respostas dos pacientes idosos entrevistados em relação à questão sobre o atendimento da enfermagem. A palavra conforto tem como sinônimo o termo alívio; outro significado é a expressão ‘bem-estar’ (FERREIRA, 1986).

Na enfermagem, a literatura técnica é rica em exemplos de medidas técnicas para oferecer conforto ao paciente nas mais diversas situações, as pesquisas mostram maior amplitude em seu trato. A questão que remete ao conforto, conforme o ponto de vista do

paciente foi estudado por MUSSI (1994,) Na mesma linha, amplia o estudo considerando o conforto, desta vez como um fenômeno conforto/desconforto (MUSSI, 2000).

Analizando o conforto na literatura, a autora aponta que além de conceito presente em toda a história da enfermagem, é uma das metas do cuidado prestado aos pacientes. A origem e o significado do termo conforto foram estudados por Kolcaba e Kolcaba; Kolcaba citados por MUSSI (1994, 2000) com a finalidade de esclarecer seu uso na prática, pesquisa e teoria de enfermagem, relacionando conforto, como sentidos técnicos de calma (o estado de tranquilidade ou satisfação), alívio (o estado de ter um desconforto específico aliviado) e transcendência (o estado no qual alguém está acima dos problemas ou dor).

Outras esferas do conforto foram apontadas como física (refere - se às sensações do corpo), social (refere - se às relações interpessoais, familiares e sócias), psicoespiritual (referente à conscientização externa do eu, incluindo estima, conceito, sexualidade, e significado na vida da pessoa, e, também, o relacionamento da pessoa com uma ordem mais elevada ou ser superior) e ambiental, abrangendo luz, barulho, ambiente, cor, temperatura e elementos naturais em oposição aos sintéticos.

Hamilton citado por MUSSI (1994) estudou a opinião de pacientes sobre o significado e atributos do conforto para idosos canadenses hospitalizados, que revelou cinco temas: “processo da doença (relacionado à presença ou ausência de dor, função intestinal e incapacidades), auto - estima (referente como os pacientes sentiam seu ajustamento e sentiam - se independentes e úteis), posicionamento (relacionado a posicionamento físico adequado em cadeiras ou camas, uso de equipamentos e atenção da enfermeira para as necessidades de posicionamento), vida hospitalar (relacionada a sentir-se em casa, estar bem alimentado, ser capaz de ter e fazer suas próprias coisas, manutenção de contatos sociais e familiares, como conversar socialmente com as enfermeiras, família, amigos e ter atividades de diversão), abordagens e atitudes da equipe (associado ao relacionamento com a equipe hospitalar, como ter afinidade e sentir-se cuidado pela enfermeira, ter uma enfermeira que entenda sua situação, demonstre interesse, empatia e preocupação, sentir que as pessoas são atenciosas e gentis, poder confiar nas enfermeiras no sentido de fazerem aquilo que dizem)”.

No Brasil, estudos sobre conforto foram de Neves - Arruda citada por MUSSI (1994, 2000) e MUSSI (1994); o primeiro identificou junto com as pessoas (não internadas) as seguintes características de conforto em situação de doença: ter acesso à comida e ao tratamento médico, estar em boas condições fisiológicas comendo, dormindo e caminhando, estar em paz, estar com pessoas amigas, sentir-se cuidado profissionalmente. Sentir satisfação com o tratamento, sentir-se melhorando, ausência de perturbações (dor, doença) e sentir posicionamento adequado do corpo. O último estudo apurou o significado de conforto para pacientes internados que sofreram infarto agudo do miocárdio. No contexto da vida hospitalar, destacaram-se as necessidades de interações pessoais, qualidade técnica do atendimento, sensações de bem – estar psicológico e físico, ter expectativas de recuperação, estar livre de doenças e poder desempenhar as atividades habituais, condições materiais do ambiente hospitalar.

Além do discurso explícito, que se remetia ao conforto e bem-estar, procurou - se discutir este direito em relação às atividades cotidianas da alimentação, eliminações, restrições no leito e banho, ou seja, o conforto no âmbito psicobiológico. Situações de desconforto e mal-estar podem ser melhor apuradas nos discursos por serem mais bem definidas pelos entrevistados e ajudam a caracterizar as situações opostas.

Outras questões envolvendo conforto e bem - estar nos âmbitos psicossocial e psicoespiritual serão abordadas adiante nas discussões sobre os outros direitos em razão da evidente inter - relação com os outros aspectos pesquisados. O critério usado para eleger os discursos nestas diversas situações foi, sobretudo, quando a palavra ‘auxílio’ ou seu significado estavam evidenciados nos mesmos.

A complexidade dos conceitos ora discutidos tem a subjetividade, como um de seus aspectos, o que torna cada vez mais difícil a análise dos mesmos. Deve-se considerar que a noção de conforto pode ainda diferir entre culturas e variar no tempo,

(....) pois os valores, crenças, costumes e concepções das pessoas com relação à vida e ao ambiente são diferentes e mutáveis. Diante

dessa dificuldade, fica evidente a impossibilidade de se desfrutar de um estado de pleno conforto em um ambiente hospitalar ou na vida cotidiana (MUSSI, 2000, p.17).

A categoria de análise específica quanto ao conforto e bem-estar revelou considerações que o paciente idoso entrevistado em geral fez sobre o auxílio que recebeu na assistência de enfermagem. Apontada por LEPARGNEUR (1986), a necessidade mais óbvia do doente – uma vez estabelecidos o diagnóstico e a rotina de sua terapia - é o atendimento a suas chamadas, presumidas responsáveis. Frisa ainda que “a *dedicação da enfermagem* é a alma do bom atendimento hospitalar”.

Os pacientes que consideraram ‘Ótimo...’ o atendimento da enfermagem fizeram comentários sobre o chamado e o atendimento, considerando que são atendidos em tudo o que necessitam. Outros pacientes falaram também sobre o não atendimento por parte da enfermagem cuja frequência é relativa e condicionada à sua possibilidade. Também foi ponderada a solicitude do pessoal de enfermagem, embora não tivesse havido o atendimento às solicitações.

“É... Agrada a gente, né? Faz tudo o que pode. O que eles puder fazer, eles faz.”

“Às vezes, eu chamo, às vezes elas não podem vir também, às vezes, eu peço para alguém chamar para mim.”

“Faz tudo o que pode. Às vezes, ninguém atende.”

O tempo de resposta ao chamado foi observado pelos pacientes idosos e consta inclusive do texto da Lei nº 10.241/99 em relação ao direito ao conforto e bem-estar, preconizando o pronto atendimento de ambos. Dentre os pacientes que atribuíram o conceito inicial ‘Não sei...’ ao atendimento de enfermagem algumas idosas citaram a demora do atendimento por parte da enfermagem, justificando que a mesma se deve ao volume de trabalho:

“Eu vou dizer umas coisas para a senhora, tem enfermeiras aqui que são boas, mas tem muita gente para elas cuidar, não tem só eu, né?”

“É... Eu acho que também elas têm bastante serviço e eu às vezes demoro um pouquinho, e eu acho que podia ser atendida mais depressa, que eu estou com muita mijadeira, sabe? Parece que me dá um nervoso...”

Quanto ao atendimento aos pacientes já foi mencionada anteriormente a sua importância, sendo a solicitude de resposta pela enfermagem como decisiva para caracterizar o ambiente do hospital. A respeito do tempo LEPARGNEUR (1986) menciona que se o hospital tivesse uma avaliação sobre o atendimento dos doentes realizado nos primeiros minutos de chamada, o resultado seria admirável, supondo este ser um teste seguro do nível de cuidados dispensados aos pacientes, como da disponibilidade de pessoal, ainda salientando que há circunstâncias em que ninguém no serviço está disponível naquele momento. BERGER (1995) pondera que a fragilização pela doença leva o idoso a mostrar mais necessidade de suporte afetivo dos profissionais de enfermagem, para que possam aceitar e compreender sua situação.

SANTOS e SILVA (2003) comentam que “a disponibilidade do profissional está relacionada com a paciência, paciência esta para respeitar o tempo do paciente”. Ainda ponderam que o pronto - atendimento de sua necessidade estabelece confiança e segurança na relação paciente - enfermagem.

Um dos pacientes que também atribuiu como conceito inicial ‘*Não sei...*’ ao atendimento de enfermagem lamentou a dependência, designando-a como um empecilho para obter conforto e bem-estar e que se percebe quando a ajuda é espontânea.

“É duro depender. É duro! Porque não é toda hora que as pessoas podem ajudar a gente. E, às vezes, ele ajuda, mas ele não está podendo ajudar. Só para não dizer não. Não... Isso é uma coisa lógica, né? Que a pessoa... quando pede qualquer coisa para uma

... pessoa, ele logo conhece, quando a pessoa vai dar de bom coração aquilo ou não. Ou não vai... com má vontade. A gente percebe essas coisas. Principalmente eu, que já vivi os meus 65 já nas costa, a gente sabe. Então, a pessoa... você vai fazer alguma coisa para a gente, já faz contra a vontade. Não tem essa vontade de resolver o problema. Não é? Você vê que essa vida aqui não é fácil. Puxa vida!"

Muitas vezes, o paciente hesita criticar ou queixar-se porque tem medo de represálias da equipe que o assiste. Ao fazer suas solicitações, fica relutante, porque a mensagem de "ocupado" que o profissional passa aos pacientes é comunicada alta e claramente, deixando - os temerosos por sua saúde e vida (KELLY, 1976). Ressalta-se a questão evidenciada sobre a dependência na literatura em geriatria e gerontologia, como um estado no qual uma pessoa confia em outra para ajudá-la a alcançar necessidades previamente reconhecidas (Wilkin citado por PAPALÉO NETO, 2002a).

Outra questão levantada por uma paciente idosa foi a interrupção do sono, com a justificativa da necessidade da administração da medicação.

"Quando a gente estava dormindo, ela vem falar... elas cutucam a gente para dar um remédio. E eu falei: 'Ai, que pena! Estava num sono tão gostoso!' É necessário, né? Era umas duas e pouco... da madrugada.... Elas acordam a gente e depois..."

O paciente que designou como 'Péssimo' o atendimento de enfermagem oferecido, também se referiu à dificuldade de dormir por causa da presença de luz durante a noite na enfermaria:

"Ah, dormir, não se dorme, né? Porque... Primeiro, para apagar a luz é uma novela, não é? Fica essa... de iluminação aqui acesa..... a noite inteira. Você pede para apagar a luz: 'Não, não, não vamos apagar.' Ninguém apaga a luz... apaga a luz. Eu preciso começar a marretar aí para... para apagar a luz."

Em relação à dificuldade com a permanência das luzes na enfermaria, vale lembrar que o sono com a idade torna-se mais leve, fazendo com que o idoso acorde com mais facilidade durante a noite, especialmente se ouvir barulhos ou se as luzes do quarto forem acesas por outra pessoa.

LEPARGNEUR (1986) aponta que uma das necessidades físicas, particularmente vulneráveis, é a questão da necessidade de silêncio e de obscuridade para o descanso. Além disso, o idoso ainda tem dificuldade para manter o sono noturno, pois se acordar, várias vezes, terá muita probabilidade de não voltar a dormir. (CEOLIN e SANTOS, 1996). A questão da administração de medicamentos no período de sono noturno do paciente, na prática, sempre foi discutida frente à solicitação de muitos pacientes, inclusive, os pacientes não idosos. Há muito se estabeleceu horários rotineiros pela enfermagem para a medicação a ser ministrada, cuja repetição tornou-se um hábito quase normativo adotado pela maioria das instituições hospitalares.

A referência para a assistência, como em muitas outras situações, desloca-se do paciente para a enfermagem. SILVA (2004) atenta para a mesma questão, concordando que o sono deva ser minimamente interrompido, pois o mesmo é fundamental para o metabolismo humano e que para isso, basta utilizar o bom senso como critério de escolha de horários de medicação, respeitando o sono que é “sagrado” para o ser humano.

Muitos pacientes relataram sua independência para fazer as refeições. Ainda assim houve aqueles que pediam para elevar a cabeceira da cama para fazê-las. As expressões que mais denotavam conforto e bem - estar para pacientes idosos que classificaram como ‘Ótimo...’ o atendimento de enfermagem, porque atendem as necessidades dos pacientes. Um paciente que atribuiu o conceito ‘Não sei...’, fez a observação de que há necessidade de solicitar que aproximem a mesa de refeições:

“Precisa de eu falar: ‘Traz a mesinha, põe aqui.’ Às vez, eu estou até, assim, eu cochilando... e deixam aí.”

O paciente que atribuiu o conceito 'Péssimo' ao atendimento da enfermagem relata que, quando pede algo a mais para comer, não atendem seu pedido:

"A comida,... parece que têm um medo, da parte de Enfermagem aí. Você pede um copo de... de... de coisa a mais: 'Depois eu trago.' E nunca traz."

Quanto às eliminações, os discursos foram detalhados e foram frequentes os apontamentos. Em todas as classificações quanto ao atendimento da enfermagem- 'Ótimo...', 'Não sei...', e 'Péssimo', houve pacientes relatando o uso de fralda sem que houvesse incontinência urinária nem fecal. Os relatos foram:

"Aí elas estavam..., eu levantei, aí vieram ainda essas quatro, me ajudaram a levantar, né? Trocou o lençol, me puseram uma... uma fralda... um fraldão, e um de um lado abotoou, no outro lado não abotoou. Eu já tinha urinado, né?"

"Eu precisei de ajuda. Eu mijei na cama. [rindo] Estou na cama porque eu não posso andar. Ando... devagarzinho ando, mas estou aqui. Vou andar, fazer o quê? Eu falei... Eu não tenho andador. É. me pôs fralda, então... Só que nem... ainda está sequinho... É que eu não posso descer da cama sozinha. Tem que ter sempre uma pessoa, uma enfermeira, para mim descer."

"... eu acho um tratamento, essencialmente, medieval você usar uma fralda... uma fralda de idoso e fazer cocô na fralda, né? Então fica aquele negócio, porque no começo eu ficava assado, porque eu não estava habituado a fazer cocô em fralda, né? Então eu ficava gritando: 'Por favor, m limpa,. eu estou sujo'. 'Me troca.' E a ... da enfermeira demorava praticamente um período para me trocar, né? É... Porque ou fazia na fralda, ou fazia cocô na cama. Ainda, e é o sistema medieval aí: fazer cocô na fralda. "

"Estou de fralda. Agora, por exemplo, se for para mim toda hora pedir... é... para fazer xixi, é que eu não... é ruim para ficar toda hora pedindo, né? Então eu prefiro pôr uma plástica, que... que elas já acham melhor pôr a plástica, né? Mas eu... eu vou me controlar

de... de... de fazer, de urinar, tudo. Não, não é ruim. É... sei lá. Não sei. Eu... eu que acho, não é elas. É eu que acho. Não é elas. É porque a gente entende, tanta coisa que elas ficam correndo para cima e para baixo, não é por causa de não ficar esperando. Você vai ficar esperando? Às vezes pode ser que faça xixi nos lençóis, e aí é pior. Então tendo a calça plástica só muda a calça plástica. E economiza, por quê... né? Tantos lençóis, que é toda hora trocando, né? Pior é que está faltando lençol. Não, porque tem... é... é muita gente, e como elas trocam todo dia, são três lençóis cada cama, não é?"

Em relação ao uso da comadre por uma paciente que considera 'Ótimo...' o atendimento da enfermagem também deve ser discutido:

"Ah, se a gente quer a comadre, para quando eu fico no soro – né? – e não pode levantar. A gente levanta, mas é muita dificuldade e escapa. Olha o que aconteceu. O sangue volta. Aí a gente... a gente chama, elas vêm logo, põem a comadre. É assim."

A fralda deve ter seu critério de utilização na incontinência tanto urinária quanto fecal, e o uso da comadre nas situações em que o paciente está impedido de deambular. Situações que fogem a estes critérios mostram o deslocamento do auxílio do paciente para o profissional, a fim de dar mais conforto a este último no sentido de que deixará de ser chamado, muitas vezes, tomando o controle da colocação da comadre e das trocas de fralda para si.

Além do desconforto que estes aparatos causam, colocam o idoso em uma situação de maior dependência o que para sua saúde torna-se muito comprometedor, tratando-se a hospitalização de um evento que deve recuperar a saúde integralmente e não apenas diagnosticar e tratar uma enfermidade. A hospitalização não é em si um risco para a incapacidade funcional como afirmam ROSA e col. (2003) mas é um indicador da ocorrência de tipos graves de doenças que demandam cuidados hospitalares, podendo desencadear um processo de incapacidade funcional.

NÉRI (2001) alerta que ambientes superprotetores e de baixa exigência também geram dependência “indicação para que os cuidadores , familiares e profissionais não pensem como fazer pelo idosos, mas como dar-lhe a ajuda necessária para que se comporte na medida de suas possibilidades”.

Conforme SILVA (1997) o cuidado de enfermagem nos serviços de assistência ao idoso acaba por resultar em ações que aumentam a dependência “sem deixar espaço para a sensação de bem - estar, (.....), achando natural ter pessoas totalmente dependentes, embora tenha um discurso que invoque a independência”, deixando de oferecer condições para que o outro administre e utilize todo seu potencial de autonomia e independência.

A análise de RAMOS (2002) é um alerta importante conforme situa o agravamento da questão das deficiências do sistema de atendimento à saúde do idoso em todos os níveis, “gerando um círculo vicioso no qual o idoso maltratado irá demandar, progressivamente, mais e mais recursos.” Chama também atenção sobre a manutenção da capacidade funcional e sua independência, como objetivos primordiais da equipe multiprofissional.

Dos idosos internados que classificaram como ‘Ótimo...’ e ‘Não sei...’ o atendimento da enfermagem, descreveram atitudes, comportamentos do pessoal quando no auxílio às eliminações. Também houve uma descrição a respeito de uma ‘manobra’ adotada por uma paciente, para que suas necessidades fossem atendidas.

“Eu pedi primeiramente para ela tirar isso aqui [soro em bomba de infusão], para mim ir no banheiro, né? Sem isso aqui, eu não posso ir ao banheiro... com isso aqui eu não posso ir, né? E.. ela tira. Ainda ficam brava comigo, porque não pode sair da máquina. Elas estavam com razão, né? E eu sou muito teimosa, né?”

“Sabe quando a pessoa põe por... faz uma coisa com má vontade, sabe? Faz, assim, sem um restante de carinho, sem nada. Você pôs [a comadre], tirou, me deixou do mesmo jeito... nem me ajeitou...”

“Eu tinha medo de ficar aqui, e tenho, sabe? Eu sou tão esquisita! Tão boba! Eu não quero... está me incomodando elas, porque eu... eu não posso ir num banheiro e me limpar. Eu não... por causa da gordura. Às vezes, eu fico duas... duas vezes... duas vezes sem ir no banheiro, depois, de repente, me dá. Foi dar justamente uma vontade aqui, né? E eu fiquei com receio de chamar a mulher, mas eu... eu chamei.”

“Pensei: Eu vou pedir para fazer xixi. Então eu pedi... falei para a moça assim: ‘Eu queria fazer xixi’. (...) Ela olhou bem para mim, assim...mediu. Me mediu, assim com desprezo, sabe assim?”

“Antes, depois do almoço pedi a comadre para fazer xixi, eu já tinha pedido de manhã, a moça esqueceu de mim. E eu nunca urino na cama, porque se eu urino na cama, tem que trocar tudo de novo, vou ficar molhada, e eu não quero dar... dar mais trabalho, né?”

“... eu levantei sete horas, falei para ela que queria fazer cocô – mentira! Mas queria fazer xixi, que tinha só feito de noite. Entendeu? E eu ia ficar aqui com vontade de fazer xixi? Eu ia chamar para botar a comadre outra vez, sete horas da manhã? Então, quando fala que é cocô, ela... elas logo vêm atender. Eu peguei nela isso daí. Aí elas logo me tiram da cama. Elas logo me tiram da cama!”

Quanto às situações de satisfação das necessidades fisiológicas relacionadas ao direito ao conforto e bem-estar, há quem pergunte sobre qual a relação com a dignidade humana nestas situações.

SILVA (2004) procura responder ponderando que, para muitos, este discurso pode parecer “romântico”, mas a dificuldade está em transformá-lo em prática quando se defronta com uma pessoa, sente-se humilhada por não conseguir “lidar com necessidades que sempre controlou sozinho”. Fazendo uma analogia com uma história sobre homens e pedras, comenta que há pessoas que apenas carregam comadres com cara feia, com repulsa. Outras procuram, realmente, ajudar alguém a satisfazer suas necessidades de eliminação, buscando

na essência a preservação da dignidade da vida que há naquela situação enfrentada por uma pessoa.

Nesse sentido, nas descrições acima, as situações contadas sobretudo por pacientes do sexo feminino, denotam situações em que a enfermagem ao invés de prover conforto, parece causar desconforto: ficam bravas, não ajeitam a paciente após a retirada da comadre, lançam expressões não - verbais que remetem a desprezo e suscitam sentimentos de medo, culpa e preocupação por dar mais trabalho.

Além disso, a ‘manobra’ descrita pela paciente configura-se em uma mentira dita para o profissional de enfermagem para que a mesma pudesse ser atendida.

A paciente percebeu que nas situações em que a evacuação era iminente o pessoal atendia rapidamente, pois a troca do leito seria mais trabalhosa. Sendo assim, para evitá-la, o atendimento era feito de imediato, diferente da micção. Quebra-se por assim dizer, a confiança que deve haver de ambas as partes, como sendo inerente aos cuidados recebidos/prestados. Deste modo, pode-se observar a relação profissional – paciente calcada em artimanhas, sem confiabilidade, de acordo com o conforto da equipe, deslocando-se o objetivo de trabalho da enfermagem, que é o ser humano doente e com necessidades a serem adequadamente satisfeitas. Confiança é apontada por SILVA (2002) como um elemento central na arte de cuidar, imprescindível para o ser humano vulnerável e para que ela se estabeleça entre cuidador e pessoa cuidada “é fundamental que o profissional dê provas e garantia de confiança”.

BECK (1997) assim como SANTOS e SILVA (2003) chamam atenção para que os profissionais aproveitem todos os encontros com os pacientes para estabelecer uma comunicação terapêutica, ou seja, capaz de repercutir positivamente na recuperação do paciente, bem como em seu conforto. Se houver medo, ansiedade – que é a situação das pessoas que se encontram hospitalizadas – haverá muita atenção à linguagem não – verbal (SILVA, 2002).

Desta forma, a enfermagem faz a diferença na vida dos pacientes por ela assistidos, quando desenvolve uma relação adequada, permeada pelo respeito, diálogo, consideração, confiança e pela capacidade de ouvir. Particularmente com o paciente idoso, SANTOS e SILVA (2003) consideram que estes contatos podem ser de curta duração, inserindo-se nos cuidados diários e que são imprescindíveis e favoráveis para se estabelecer uma relação de apoio, baseada na confiança.

Expressões refletindo conforto e bem-estar quando o paciente idoso estava restrito ao leito ou necessitava de ajuda para locomoção também foram evidenciadas. Um dos idosos internados que consideraram *'Ótimo...'* o atendimento de enfermagem, observou que a enfermagem *'não põe para andar'*, sente-se presa, mas a culpa é atribuída à própria paciente, que tem vergonha pela dificuldade:

"A única coisa que acho diferente, é isso daí, que não põe a gente para andar. E eu também sou burra, não quero. Agora, eles não têm culpa. Porque eu tenho vergonha de andar por aí. Se eu pôr o pé... se eu piso, virar o pé, já vêm gritando comigo, medo que eu caio no chão. Só que eles me fecha aqui, parece um cachorro. Ah, desce eu devagarzinho, devagarzinho... Aí eu boto um pezinho no chão... do chão, eu ponho o outro pé no chão. Eu vou te explicar tudo direitinho. Aí, eu boto o outro pezinho no chão. Aí, a minha 'mãe' [vizinha de leito] me ajuda a dar um passinho."

Um dos pacientes que considerou o atendimento de enfermagem, como *'Não sei...'* lamentou a dependência para se locomover. Novamente, a questão da prisão foi referida citando-se a *'liberdade'* que o paciente possuía.

Outra paciente relata um episódio em que viveu o desconforto por uma noite inteira, solicitando a mudança de posição do membro elevado:

"Ah, a gente... não sei, né? A gente que quer fazer as coisa, não consegue desembuchar aquilo sozinho, né? Tem que estar dependendo dos outros. E quando a gente está em liberdade da gente, é outra coisa, né? Que nem eu agora, eu dependo muito dessa..."

deles me tirarem essa tontura que eu tenho. Que eu não posso, às vezes, sentar aqui na beirada da cama. Que se eu não tivesse essa tontura, não precisa ninguém me ajudar aqui... no banho ou em fazer cocô, essas coisas, não precisava ninguém me ajudar, eu fazia tudo sozinho. Mas por causa desses... desses tontura, eu posso cair e bater a cabeça lá e..."

"Daí ela veio: 'Esse pé está muito baixo.' Me deu... levantou, levanta, levanta, levanta, até quanto ela achou. Quer dizer que eu fiquei com o pé levantado e a barriga da perna sem estar alcançando na cama. E eu falei assim: 'Ai, pelo amor de Deus, está me doendo. A senhora não pode tirar... tirar um pouco?' Ela pôs a mão, assim, na janela, fez assim: 'Não. Não vai tirar nada. Tem que ficar assim!' 'Está bom, obrigada.' Depois eu fiquei assim até metade... mais tarde, né? Mais tarde, não sei quem que veio, uma enfermeira entrou aqui, eu pedi para ela tirar um pouco, né? Aí ela abaixou... ela melhorou um pouco. Aquela noite eu dormia e acordava, eu dormia e acordava, porque a perna não... não... não sei, não dava posição, e eu amanheci com a perna muito doída aquele dia, né? Ah, mas eu fiquei tão sentida! Chorei tanto! Sentida, muito sentida, muito triste! Que eu jamais faria isso com ninguém."

A idéia dos pacientes de sentir-se aprisionado no hospital é corroborada por LEPARGNEUR (1986) que admite a "abdição de parcelas de liberdade" das pessoas que se submetem a uma internação, pois há necessidade de observar os regulamentos hospitalares e demonstrar "docilidade" quanto seu tratamento.

Ambos os relatos levam a discussão sobre a questão da relação de ajuda que caracteriza a enfermagem fortemente. A literatura é rica em considerações, relatos, enfatizando, que a relação enfermagem-paciente é contínua, intensa e baseada na satisfação das necessidades com ricos exemplos de relatos de casos (ORLANDO, 1978, MENDES, 1994), remetendo - nos sempre às definições de enfermagem, como a escolhida para este estudo (ENDERSON, 1989) e que caracteriza a enfermagem como profissão de ajuda. Deixar um paciente hospitalizado lamentar-se por necessitar de ajuda e deixar um paciente insatisfeito em suas necessidades é como negar a essência da Enfermagem.

BERGER (1995) discute a respeito da relação de ajuda em gerontologia, cuja finalidade explícita “é ajudar o cliente a restabelecer e manter sua autonomia”. A autora aponta algumas intervenções que não ajudam e, portanto, são totalmente desaconselhadas como, por exemplo, usar a intimidação, dando ordens a expressão de zanga e agressividade.

As situações relacionadas ao banho, também, tiveram relatos, dos quais se pode depreender situações de conforto/ desconforto, bem-estar/ mal-estar. Os pacientes que consideraram o atendimento de enfermagem como ‘Ótimo...’ referiram - se à troca da roupa de cama e à limpeza, como positivos para os conceitos de conforto e bem-estar.

A temperatura da água e as condições do ambiente também foram lembradas por uma paciente que toma banho no leito, porém, na sua resposta, faz alusão ao fechamento da porta durante o banho e a justificativa pela não importância que a enfermagem dá ao fato em razão da temperatura ambiente. Esta questão também se remete à privacidade física e ao desvio de atenção do paciente para as ações de enfermagem a serem discutidas mais detalhadamente adiante, quanto ao direito à privacidade. O horário do banho também foi lembrado por outra paciente:

“Eu tomo banho e... e... e quando volto do banho, as enfermeiras já arruma a cama, troca o lençol, troca tudo, né?”

“Ah, é de comer e de lavar a minha roupa. Vêm, lava as minhas... os pano de cama, tudo bem lavadinho. E sempre com carinho – né? – e com amor. Ainda não achei grosseria para mim.”

“E tomei também o banho na cama. Eles me lava... me lava com... joga água ni mim. Lava a cabeça, tudo. Eles cuida bem. Ah, eu não sei nem com que eles lavam. Sei que joga água. Quentinha! A água quentinha. A minha porta fecha. Elas não liga muito não, porque está calor, né? Mas está tudo bom, bem.”

"E é muito bom. Aqui a gente vai tomar um banho, toma banho, depois toma café. A gente já sabe que tem que ir... vai de manhã, né? É de manhã. Às vezes, à noite também eu tomo banho, antes de deitar."

O controle permanente sobre o paciente em forma de rotinas hospitalares é amplamente defendido e justificado por diversos profissionais que atuam nessas instituições sob o pretexto que se destinam ao "bem para o paciente", novamente invertendo o princípio bioético da beneficência. Esta disciplina ilustra claramente a forma de atuação do poder da enfermagem sobre os corpos dos pacientes (FOUCAULT, 1992). São as mais diferentes formas de controle como os horários de banho, refeições, visitas, caminhadas e registros vitais, mantendo a disciplina (WENDHAUSEN, 1997).

Para IDE (1991, p.104), a enfermagem tende a preservar padrões de comportamento que, por sua vez, não admitem o relacionamento interpessoal, "configurando práticas de controle social manifestadas na forma de papéis, normas e padrões de conduta". Resulta daí o ser humano

(....) com a identidade abalada, com emoções vivenciadas sob a forma de medo, ansiedade, sofrimento, desilusão, expectativas frustradas frente a impessoalidade do atendimento, desencanto frente as barreiras impostas entre usuários e profissionais, desespero de perceber a própria piora ou a de seus familiares sem entender o que se passa ao seu redor, a expressão de temor e fragilidade em relação às rotinas hospitalares à medida em que percebe que o acesso pouco significou para sua qualidade de vida.

Quanto aos pacientes que responderam 'Não sei..' e 'Péssimo', quanto ao atendimento de enfermagem consideraram questões como temperatura da água no banho de leito e condições do ambiente na hora do banho que levam ao desconforto:

“Ah... tomei banho com a janela... .. aberta. Estou numa tosse! Pior que eu afogo de noite, não durmo mais. Que aí eu fico afogada. Aí receitei inalação. Receitei inalação, aí melhorei. Melhorei um pouco. Hoje mesmo já fiz inalação. Porque molha a pele da gente, né? Depois até que vai molhar esse pano, vim retocar outra vez, né? A pele da gente não estria? A água está fria já. É morna.”

“Você não tem horário para tomar banho. Se eles cismarem de aplicar o banho à meia-noite, você é obrigado a tomar esse banho de gato à meia-noite. É um banho de gato. É... Eles te tiram a roupa, pegam a... a água mais quente que tiver e começam a despejar em cima de você e passar sabonete e...”

- **Direito à Privacidade física**

O direito à privacidade, segundo Warren e Brandeis citados por BEAUCHAMP e CHILDRESS (2002) pode ser derivado dos direitos fundamentais à vida, à liberdade, à propriedade e estes derivam do direito de gozar a vida, de não ser incomodado.

Neste trabalho, procurou-se focar as definições mais comuns que a Bioética aponta como privacidade, um conceito amplo, complexo e importante na relação entre profissionais de saúde e pacientes.

Gavison citado por BEAUCHAMP e CHILDRESS (2002) aponta a privacidade ligada, não apenas às informações sobre as pessoas, mas também relativa às esferas de intimidade, segredo, anonimidade, isolamento ou solidão.

ALLEN (1995) também discute três diferentes concepções deste conceito: a primeira envolvendo o contato com as outras pessoas, ressaltando que, atualmente, as práticas de saúde envolvem intimidade, como: exposição do corpo nu, toque e, até mesmo, a observação. Outra envolvendo o segredo, a confidência ou anonimato, abarcando os limites de acesso às informações pessoais e, por último, uma concepção sobre a decisão ou

privacidade decisional relativa às “escolhas autônomas sobre assuntos pessoais e íntimos que constituem a vida privada”, concepção esta relacionada diretamente à sua autonomia.

Dentre os conceitos existentes, BEAUCHAMP e CHILDRESS (2002) definem que privacidade é um estado ou condição de inacessibilidade física ou inacessibilidade a informações, frequentemente é confundido com o controle da privacidade do agente sobre o acesso a si mesmo. Desta forma, quando o paciente concede o acesso, seja físico ou de informações sobre ele está exercendo o direito à privacidade, mas, não o renunciando.

Os autores citados ainda completam que o paciente permite que os outros tenham acesso a eles por meio de consentimentos implícitos e explícitos, porém não concedem e nem implicam o acesso irrestrito à sua pessoa. Carlyle citado por SACARDO (2001) afirma que “a privacidade física nunca é absoluta, muito menos no hospital” onde a assistência é realizada por diversos profissionais.

Outra questão discutida pelos referidos autores é a não compreensão sobre o limite desse acesso pelos próprios pacientes, profissionais ou, até mesmo, administradores das instituições. Pacientes deveriam receber informações para entender sua potencial perda de privacidade, quando ingressam nas instituições, especialmente, em hospitais-escola onde profissionais podem ter acesso aos pacientes por motivos que não têm qualquer razão com seu tratamento (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2002).

Quanto às suas informações registradas no prontuário uma pesquisa realizada por Siegler citado por FORTES (1998) mostrou que cerca de 75 pessoas de diversas categorias profissionais, em um hospital universitário inglês, tiveram acesso a dados confidenciais de um paciente internado por conta de sua atividade profissional. Nesse sentido, SACARDO e FORTES (2000) consideram parecer um consenso que a privacidade “é um mecanismo de regulação da relação entre profissional de saúde e paciente, a qual pode facilitar o estabelecimento da confiança mútua necessária ao desenvolvimento da assistência”, e, portanto a privacidade também diz respeito a um relacionamento.

Embora as ações de enfermagem para atender as necessidades humanas no nível psicobiológico tenham muito contato com os corpos dos pacientes, o respeito à pessoa humana e em especial ao paciente idoso é o guia para a realização correta dessas ações que já têm embutidas pequenos detalhes nas técnicas que garantem ou, pelo menos, amenizam o atendimento à privacidade física, além do bom senso e da empatia que o profissional de enfermagem necessita para cuidar de pessoas. Na prática diária das ações cuidativas de saúde, a relação deve ser mais horizontalizada com o paciente a ser acolhido, praticando o consentimento informado, respeitando, desta forma, o princípio bioético da autonomia da pessoa sem que se esqueça que ninguém os renuncia apenas por ter adentrado em um serviço de saúde.

Neste estudo, uma paciente que atribuiu um conceito “Ótimo ...” ao atendimento dado pela enfermagem, revelou quanto que a cada dia uma pessoa diferente lhe dá banho, e coloca - lhe a “*fraldinha*” e que naquele dia, um “*menino*” havia lhe dado o banho.

“Veio um menino para me dar banho, mas não conseguia abraçar ele porque era muito gordo (...) Gosto de todos. Cada dia um me dá banho e põe minha fraldinha.”

Nota-se a interferência de questões administrativas nesse relato. Por serem ambos os hospitais campo de estagiários de enfermagem, esta rotatividade é notada, logo que se adentra nos hospitais a qualquer hora do dia ou da noite, visto o expressivo e crescente número de escolas de enfermagem que a Grande São Paulo possui.

Além disso, o número de funcionários que se dispõe nestes serviços sempre é insuficiente, o que faz com que haja remanejamentos frequentes de funcionários. Funcionários e alunos com frequência estão em uma faixa etária bastante jovem, incluindo-se aí, o julgamento da paciente em relação à idade do aluno.

“Outros pacientes que atribuíram o conceito ‘Não sei...’ ao atendimento da Enfermagem referiram - se ao banho, como sendo um ato íntimo e que como foi desenvolvido afetou sua privacidade pelas expressões relativas à tristeza, vergonha, falta de

costume, tal como outra paciente quando necessitou de ajuda para satisfação das necessidades fisiológicas. Um desses pacientes, já há muito internado, não quis tomar banho no hospital porque precisava de ajuda e gostaria de limpar - se sozinho.

“O banho ... é público. É. Fica tudo pelado. Ai, eu sinto tristeza, sinto estranho. Sabe por quê? Eu não estou acostumada. Vai fazer o quê, minha filha?”

“Depois me puseram em um outro quarto, com mais uma pessoa, que onde... onde eu estava [no Pronto-Socorro], estava cheio de homem, e eu... eu não estava me sentindo, assim... porque eu não estou acostumada, né? – a tirar a calça perto deles, tudo, para fazer xixi. Eu me senti mal, porque tinha... tinha bastante homem, tudo também. Fala que aqui também te (homens)... Eu me senti envergonhada. Mas, eles não... não estão nem aí com nada, né? Eles são bons, falam tudo muito bom para mim. Me puseram a comadre, me... me [ajudaram] a levantar”.

“Olha, se eu falar, vai dizer que é mentira. Não dá para a gente tomar banho. Eu tomo na minha casa. Por causa do soro e porque eu vou esfregar tudo. Mas nem pedi também [ajuda].”

O termo vergonha tem como sinônimo a palavra pudor e refere - se ao sentimento da própria dignidade, brio, honra (FERREIRA, 1986), assim como FORTES (1998), na linguagem da bioética, também, refere - se à privacidade, como relacionada à “intimidade, à vida privada, à honra e à imagem das pessoas”, desta forma, uma pergunta direta sobre o sentimento de vergonha foi feita aos pacientes.

Daqueles que responderam positivamente a ter tido vergonha durante a internação alguns a relacionaram às atividades com o corpo – banho, auxílio às necessidades fisiológicas e outras atividades, envolvendo a retirada da roupa - realizada pelo pessoal de enfermagem, tanto do sexo oposto do paciente quanto do mesmo sexo do paciente.

Outra paciente relacionou a vergonha à frequência requerida de auxílio às necessidades fisiológicas.

Houve também uma referência à situação de visita médica, quando a paciente idosa disse ter adentrado ao círculo de médicos ao redor de sua unidade, pois voltava do banheiro, sem que as pessoas que ali estivessem se dirigissem a ela, embora discutissem sobre sua doença. Um dos pacientes não quis recordar o fato que lhe havia causado o sentimento de vergonha, parecendo ficar bastante desconfortável só em ter ouvido a pergunta.

Os comentários que se seguiram ao relato dessas situações, foram a respeito do enfrentamento e sobre acostumar - se, embora seja algo difícil. Também foi comentado com ênfase o comportamento positivo da enfermagem em não se preocupar,

“ Não estão nem aí com nada. ”

“Falam: ‘tudo bem, ‘não precisa ter vergonha’, ‘pode ficar à vontade porque aqui é um hospital e não se repara em nada, é assim mesmo’... ”.

Dos pacientes que referiram não ter tido vergonha, alguns disseram que já haviam tido, mas acostumaram-se, estavam habituados, pois já haviam tido mais de uma internação. Outros disseram que todos são atendidos da mesma forma e, portanto, enfrentam a mesma situação. Houve também referência ao comportamento do pessoal de enfermagem, como sendo “legais” e que não se importavam.

“Já estou acostumado. As pessoas aqui são legal. ”

“Já estou acostumada. A gente deve se acostumar. Todo mundo tá na mesma situação, então... tá tudo bem, ninguém liga, não [da enfermagem]”.

“Já, mas agora não sinto mais. Em casa, é diferente, mas aqui é uma coisa só, é todos sendo atendido junto!”.

Acostumar-se relaciona - se a hábito, prática, comportamento. Realmente, no cotidiano da assistência de enfermagem as práticas ligadas ao corpo são numerosas e o pessoal de enfermagem está habituado a elas.

A questão a ser discutida é que a referência para a assistência de enfermagem a ser adotada no desenvolvimento das práticas está equivocada, inclusive, no discurso dos próprios idosos entrevistados, não residindo nas técnicas em si, nem o pessoal que as desenvolve, nem tampouco as instituições nas quais as mesmas são praticadas. A única referência é o paciente, razão de ser do trabalho da enfermagem, humano, único e especial na qualidade de idoso, à margem de seu real cotidiano.

A inversão da referência da assistência de enfermagem mostra por meio das ações rotineiras há uma sujeição dos pacientes ao pessoal de enfermagem que lhe administra os cuidados, afetando, em particular, sua autonomia, ficando o paciente idoso, muitas vezes, consciente daquilo que se passa sem poder exercer sua vontade sobre seu corpo e receando que isso lhe trouxesse conseqüências ainda mais negativas sobre a hospitalização.

WENDHAUSEN (1997) afirma ser necessário ainda discutir sobre o hospital “este lugar onde o que acontece acaba sendo calado e conformato nos corpos dóceis dos usuários que naturalizam este cotidiano (‘é assim mesmo’, dizem)”, perdendo a oportunidade de vivenciar algo diferente, com o real controle sobre sua vida. Pacientes idosos têm sua vulnerabilidade aumentada nessas ocasiões, não só pelas razões já discutidas no Capítulo 1, corroboradas por estas situações de sujeição.

O único paciente que atribuiu o conceito *‘Péssimo’* à assistência de enfermagem ao se referir ao banho no leito quando passou pela unidade semi –intensiva, enfatizou a presença do biombo na situação em que se encontrava na unidade de internação semi-intensiva. Para ele, a utilização do biombo é óbvia, não cabendo nenhuma outra possibilidade, visto que a unidade era compartilhada por pacientes de sexos diferentes:

“Claro que puseram um biombo porque eu estava num lugar que tinham mulheres também.”

Quanto ao resguardo do segredo, apenas uma das pacientes idosas entrevistadas relatou ter revelado um fato e pedido segredo ao profissional médico que, no caso desta pesquisa, foge ao objetivo por se analisar os direitos envolvidos nas ações de enfermagem.

- **Direito à Informação**

De acordo com LEPARGNEUR (1986) desfrutar da autonomia faz parte do processo para que as instituições hospitalares tornem - se mais humanas. “A autonomia individual é considerada a raiz da dignidade pessoal do ser pensante e livre, por isso responsável” (PESSINI e BARCHIFONTAINE, 1996).

O direito ao recebimento de informações está diretamente relacionado à autonomia pessoal, um importante critério relacionado à saúde dos idosos. Relaciona-se também à condição do paciente em consentir ou recusar, o que lhe é proposto nas ações cotidianas que afetem ou venham a afetar sua integridade física - psíquica ou social (FORTES, 1998). A omissão de informações ou a inadequação no seu fornecimento diminuem a compreensão com implicações diretas para a escolha autônoma, comprometendo cada vez mais sua habilidade para tomar decisões (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2002).

MARCHI e SZTAJN (1998) apontam a autonomia como sendo “um dos sustentáculos dos direitos fundamentais do homem e especificamente dos seus direitos de personalidade, previstos nas Cartas magnas que consagram o exercício da cidadania”.

As autoras lembram também que a cidadania não é prerrogativa da pessoa saudável, continuando a exercê-la, ainda como usuário dos serviços de saúde. A vulnerabilidade, tomada aqui como um atributo da pessoa idosa, pode expor quem está despojado de poder que, atualmente, além da política e da economia, também, está no saber tecnológico. “A

vulnerabilidade expõe as pessoas a grosseiros e sutis desrespeitos de sua autonomia” (ANJOS, 2000).

ZOBOLI e MASSAROLLO (2002) referem que “o direito à informação implica o esclarecimento das ações relativas à assistência de enfermagem, à atenção médica e de outros profissionais”, esclarecendo a responsabilidade da enfermeira no tocante ao fornecimento das informações.

Já no início do contato com os pacientes idosos entrevistados, nas perguntas iniciais para caracterização da população deste estudo, foi percebida a disparidade entre o diagnóstico referido e o diagnóstico médico escrito no prontuário do paciente em muitos dos relatos. A relação entre ambos está mostrada nos dados do Quadro 11 - Quadro dos diagnósticos referidos pelos pacientes e diagnósticos verificados no prontuário, na caracterização da população do estudo no início do Capítulo 3.

Além da questão já discutida no Capítulo anterior sobre a importância da autopercepção de saúde, sobretudo para os idosos, ressalta-se aqui a questão da falta de informações para alguns dos entrevistados sobre seu diagnóstico, ou seja, o real motivo de sua internação.

Para a pesquisa sobre o direito à informação, perguntou-se ao idoso hospitalizado sobre as informações recebidas em algumas das muitas situações do cotidiano de enfermagem. Além da pergunta direta, outros questionamentos foram feitos por se considerar que, além de cotidianas, as situações nas quais as informações foram fornecidas têm relevância na assistência de enfermagem para a saúde do idoso.

As situações referidas são as relativas à informações sobre a medicação recebida no hospital, medida de pressão arterial, ao acesso ao prontuário e a existência do crachá para identificação do pessoal de enfermagem.

É necessário abordar aspectos que interferem no fornecimento de informações para pacientes, especialmente, na condição de idosos e que foram observados nesta pesquisa. A comunicação, processo pelo qual as informações são fornecidas, tem aspectos a serem considerados em relação às pessoas idosas. Um estudo apontou especificamente as dificuldades que o enfermeiro possui ao se comunicar com pacientes idosos, observando-se o despreparo dos profissionais em relação ao atendimento específico a estes pacientes e o desconhecimento do processo de envelhecimento que evidencia as dificuldades de relacionamento (SOUZA e GRAZIANO, 2000).

Com frequência, as pessoas pesquisadas abordaram a memória como sendo empecilho para o armazenamento de informações. Em vários momentos, foi uma das questões mais enfatizadas ao longo da entrevista com os idosos, pois é sabido, que a mesma envolve aquisição, armazenamento e recuperação da informação.

No discurso dos pacientes idosos entrevistados, a memória foi assunto sobre as informações que o pessoal da enfermagem fornece, e, também, quando informam a respeito da medicação que está tomando, sobre pressão arterial, o crachá do pessoal, e, até mesmo ,falando sobre sua própria memória apenas:

“Eu não gravo tudo na mente por que... Não consigo... gravar na mente.” “Não sei... esqueci o nome”.

“Eles têm crachá, mas esqueço o nome”.

“Estou muito velha e não me lembro de mais nada. Queria ser nova para entender tudo. De que adianta explicar se não me lembro mais? Esta é a minha tristeza. Eu perdi a minha cabeça”.

A memória é um dos aspectos ligados ao processamento de informações que têm reflexos no envelhecimento de uma pessoa. Dos estudos realizados sobre memória, NÉRI (2001) descreve um modelo de processamento de informação, que é comum a todos. Usa-se

a analogia com computadores para explicar como as informações entram, são codificadas e armazenadas para depois serem recuperadas, mediante a utilização de rotinas específicas, compatíveis com a linguagem pela qual as mensagens foram codificadas. Este modelo admite três sistemas de memória e seus subsistemas, que são afetados pelo envelhecimento.

Das pesquisas baseadas em teorias que explicariam o processamento de informações, percebe - se que o declínio da velocidade de processamento da informação é fonte de alterações no funcionamento da memória como: demora na codificação da informação, mudanças na relação entre precisão e velocidade, diminuição na extensão e na complexidade da informação, que pode ser memorizada e dificuldade para realizar tarefas concorrentes, contando-se também com as diferenças inter-individuais nos idosos, explicadas entre outros pela riqueza de experiências acumuladas e pela motivação para ativar recursos da memória NÉRI (2001).

As modificações da memória que os pacientes idosos entrevistados relatam na pesquisa, a memória de curto prazo parece ser mais evocada em razão das dificuldades e lacunas na evocação de lembranças recentes. A dificuldade de retenção de informações ainda é maior, quando as mesmas são comunicadas de modo verbal, ou seja, a memória auditiva tem pior desempenho do que a memória visual (BERGER, 1995).

A autora citada sugere ações para a manutenção das capacidades restantes aponta meios que a enfermeira deve utilizar para favorecer a aprendizagem nas pessoas da Terceira Idade. Entre estes meios, alguns se adaptam à situação de hospitalização e ao perfil do paciente idoso em questão: respeitar o ritmo do idoso, adotar um vocabulário simples, evitar fazer memorizar coisas não essenciais, apoiar os esforços, repetir intencionalmente e (Phaneuf citada por BERGER, 1995).

A questão sobre o recebimento de sangue não teve nenhuma resposta afirmativa, visto que as entrevistas foram realizadas em diversos momentos da internação de cada um dos sujeitos pesquisados.

Quanto à pergunta direta sobre o que o pessoal de enfermagem fala, informa, a maioria dos pacientes idosos relatou que a enfermagem não informa, sendo expressiva a fala dos pacientes idosos, pois quem orienta, informa realmente, são os profissionais médicos sobre diversos assuntos relacionados à internação.

Ainda foram eleitas variáveis sobre a insuficiência de informações recebidas. Na questão sobre as informações recebidas sobre a medicação além daqueles que se disseram informados ou não, percebeu - se os que se disseram informados parcialmente sobre a medicação. Além das variáveis definidas, como informados e não informados sobre a pressão arterial e o próprio prontuário notou-se que a respeito do crachá houve um número expressivo de pacientes idosos que declarou não saber sobre a existência do crachá do pessoal de enfermagem.

A discussão aqui realizada deter - se - á sobre as questões de relevância que apareceram no discurso e que são pertinentes ao direito de receber informações.

Percebe-se a postura passiva que alguns pacientes idosos adotaram quando declararam não ter recebido informações, ou apenas parte delas, como se sua vida estivesse completamente entregue a outros e, ao menos no momento da hospitalização, perde - se completamente o domínio sobre ela; quanto ao crachá também um dos pacientes disse que o mesmo não era necessário. Um paciente também mostrou receio em perguntar, temendo “ofensa” por parte da enfermagem. Outro paciente disse ter ficado ansioso pela espera do exame, mas também pela falta de informação sobre o que iria acontecer com ele. Até mesmo em relação ao prontuário, uma das pacientes disse que deixava por conta da filha a possibilidade de vê-lo. Embora não tenham recebido informações, alguns dos pacientes idosos manifestaram desejo em recebê-la.:

“Não falam nada. É só entre eles mesmos, né?”

“Só sei que tomo o que me dão”. Não sei se eles me deram o mesmo [remédio que toma em casa], sei que eles me dão remédio, né?”

“Dizem: ‘Está boa a sua pressão.’ Pero não... não me fala, não. Não me falou.”

“Olha, eu tomava uns comprimido aí que nem sei, que perguntar para a enfermeira a toda hora parece que ofende, né? Então, eu não perguntava, dá o remédio eu pum na boca e pronto. Não sabia para que é.”

“Quando estava na espera lá, comecei a falar meio enrolado outra vez. Agora que eu estou falando... é... dá para entender agora. Ali... não sei se era por causa do nervoso da demora, que estava aflito, né? - , demorando tanto, eu não sabia o que é que iam fazer comigo. E até agora eu não sei o que é que eu tenho certo mesmo.”

“Não explicavam. Eu gostaria de saber, né? – tudo direitinho, com os mínimos detalhes. Mas já que não explicam, também, não fico forçando a barra.”

A postura passiva pode ser vista como uma alienação dos usuários dos serviços, quando do não recebimento da informação sujeita - se entregando as ações concernentes à sua saúde nas mãos dos profissionais.

De acordo com WENDHAUSEN (1997), a consciência desses usuários está “contaminada com as representações que têm dos profissionais, adotando uma atitude de dependência e docilidade”.

Um estudo aponta o não fornecimento de informações a clientes adultos, embora estes a valorizassem e quisessem recebê-la (FERREIRA, 1998).

ZOBOLI e MASSAROLLO (2002) reforçam que a prática perpetuadora da dependência do cliente é mais freqüente do que a busca da promoção de sua autonomia e cidadania e GAUDERER (1998) chama a atenção para o estabelecimento de uma relação de igualdade e respeito dos profissionais para com o paciente, estando aberto a questionamentos a fim de que o paciente possa assumir uma “responsabilidade maior perante a si mesmo, e isso lhe dará uma sensação de controle e participação maiores”.

Respeitar o direito ao fornecimento de informações também revela como a equipe de enfermagem cuida de seu doente. Baseada nas descrições das formas de cuidar de Heidegger citado por SADALA (1996), uma delas seria a de tomar conta do outro, “*saltar sobre o outro tornando - o dependente e dominado*”.

A outra forma descrita é aquela que a essência da enfermagem tenta traduzir para a prática ainda não concretizada que é a de “fazer com que o outro se volte para si mesmo, percebendo-se a si próprio e sua possibilidade- para- ser”, referência que SADALA (1996) faz à autonomia pessoal quanto a seu próprio cuidado, ficando explicitada sua responsabilidade, quanto ao cuidado de sua saúde, cabendo ao profissional muni-lo de informações, para poder melhor decidir sobre estas questões.

Alguns idosos, embora não tenham recebido as informações também não solicitaram para que as mesmas fossem fornecidas, assim, apesar de outros pacientes, embora admitindo a existência do crachá não o liam. Outra paciente que também respondeu que não sabia todas as medicações que estava tomando, disse que ia perguntar, percebendo-se dessa forma a consciência de que existe um papel que cabe ao paciente, desta vez, ativo na busca de suas necessidades:

“Comprimido, eu não sei te falar qual que é, viu? Não... eu não perguntei também, né? Acho que o comprimido era que eu estava com a pressão alta, né?”

“Agora, aqui no soro, eu não sei, porque elas não me falaram. Ainda não me falaram. Eu vou até perguntar para elas. Não está marcado lá.”

A relação entre os que detêm o poder do tratamento e da desejada cura e aqueles que estão à sua espera aumenta a posição passiva assumida por muitos dos pacientes. De acordo com FAULDER (1985), se o cliente tem direitos na assistência à saúde, tem responsabilidades também no processo. Deve-se dividir a responsabilidade com os profissionais de saúde, mas não a ceder inteiramente.

Um paciente relatou não ter recebido informações, mas afirmou que seria um direito seu saber e, por conseguinte, um dever do pessoal de enfermagem informá-lo. Outro paciente disse que recebe informações sobre a medicação, mas apenas quando pergunta sobre elas para o pessoal de enfermagem. Pacientes que disseram não terem sido informados sobre a medicação que recebiam relataram comportamentos do pessoal de enfermagem que os inibiram quando procuraram informações. Outro paciente também relatou que apesar de perguntar não obteve resposta quanto à sua pressão arterial:

“Mais de uma vez eu cismava, perguntava e conforme a enfermeira, que eu via que era mais boazinha, porque tem umas que respondia mal, né? Não dava atenção p'ra gente, então, eu ficava com medo disso acontecer.”

“Porque a moça falou assim: ‘Ai, eu não sei para que é esse remédio’. Eu disse: ‘Se você não sabe e eu? Que eu tenho direito de saber para que é esse remédio que você está me dando, para que é que ele serve?’. Ela me respondeu daquele jeito, eu não pergunto mais.”

“A medicação que eu tomo, eu não sei, porque me dão num copinho. E ninguém fala nada. Já perguntei e responderam ‘é comprimido’.”

“A gente pergunta e aqui eles não falam nada, a gente fica sem saber...”

KURTZ e WANG (1991) afirmam que existem sinais embaraçosos da imagem pública da enfermagem, como profissão que perdeu a ética do cuidar, corroborada pela descrição de enfermeiras feitas por pacientes (Kelly citada por KURTZ e WANG, 1991) que as apontaram como “descuidadas, cruéis, ásperas, indiretas e indiferentes”.

GAUDERER (1998) menciona que os clientes parecem desconhecer seu direito à informação que deveriam receber na internação hospitalar, mostrando-se pouco questionadores. SOARES e LUNARDI (2003) acreditam que a equipe de enfermagem fica

incomodada quando o cliente reivindica seus direitos, rotulando-o, às vezes, de “cliente chato”.

Nos relatos de pacientes idosos em todas as variáveis descritas sobre informações, apareceram aqueles que o pessoal de enfermagem dá ordens do que fazer e do que não fazer:

“Eles falam o que tem que seguir o que tem que tomar o que não pode tomar. Não pode tomar água, por exemplo, eles tiraram a jarra daqui. Comer pouco, comer o que vem, eles fala que é importante o que vem.”

“Não, por que... assim... é de... dia-a-dia, eles têm... é... estar informando, orientando. Se precisar deitar, deita; se precisar sentar, senta.”

“Aí falaram: ‘Você vai?’ [fazer o exame] Eu digo: ‘Eu tenho que ir, né? Se for para o meu bem.’ Aí fui, não me falaram nada. Quando eu chego lá, só... me sentaram que nem eu estou aqui... A enfermeira me agarrou pela frente e falou: ‘Olha, fica quieto. Não dá pulo para a frente.’ Mais nada. Aí... Aí já era... né? Já tiraram [líquido cefalorraquidiano], né? O médico não fala nada, não!”

“Não sei [sobre os exames que fiz]. Só mandava deitar, e: ‘Abre a boca’, e ‘Fecha a boca’, e ‘Faz isso’, ‘Faz aquilo’ e pronto. ‘Vira para cá’, ‘Vira para lá’, e eu vou obedecendo. Só isso. Não sei. Estou... estou meio nas nuvens.”

As situações descritas acima ilustram o conceito de heteronomia que, ao contrário da autonomia, “é o poder que se dá, ou que alguns profissionais pretendem ter, de determinar como seus pacientes devem se comportar, impondo sua vontade” (MARCHI e SZTAJN, 1998). Ainda as autoras comentam sobre a incompatibilidade com a ética, pois as relações entre profissional de saúde e usuário devem ser baseadas na confiança, fidelidade e sensibilidade. A informação é a base para as escolhas conscientes das pessoas. Neste sentido, as terapias indicadas, o prognóstico e os efeitos colaterais devem ser explicitados na forma de informações inteligíveis a fim de, com isto, obter seu consentimento livre e

esclarecido.

Os profissionais de saúde costumam influir nas decisões tomadas pelos pacientes ou até mesmo decidir por eles sem ter este direito. O conhecimento especializado não faculta ao profissional de saúde o exercício do controle da vida da pessoa que está cuidando. O consentimento informado se alicerça no respeito à pessoa, à sua autonomia, visando evitar a supremacia do profissional e preservar a liberdade, mas estimula as decisões racionais de quem, em última análise, deve suportar os efeitos do tratamento (MARCHI e SZTAJN, 1998, p. 42).

Poder-se-ia supor, também, que o paciente ao consentir as intervenções médicas de diagnóstico ou tratamento estaria automaticamente admitindo a atenção de enfermagem. ZOBOLI e MASSAROLLO (2002) discutem que, mesmo que, a assistência de enfermagem consistisse exclusivamente em ações decorrentes e complementares à atenção médica, não eximiria a enfermagem de obter o consentimento para essas ações, que implica no fornecimento de informações. Estas, por sua vez, devem ser completas e inteligíveis para total compreensão e facilitação do processo de tomada de decisão do doente, exercendo, desta forma, sua autonomia.

A prática de informar segundo o critério apenas do profissional de saúde pode conferir arbitrariedade nas relações entre profissionais e pacientes e comprometer seu processo de decisão. Há de se considerar que todas as situações que ilustram a presente discussão, fogem das exceções sobre informação ao paciente em que a preservação da vida supera o respeito à autonomia do paciente.

Ao mesmo tempo em que estes relatos foram sendo descritos, não foram poupados elogios ao pessoal de enfermagem, entre muitos dos pacientes idosos entrevistados, inclusive, por sentimentos de empatia:

“Ela disse assim: ‘O que é que é isso? A gente está acostumada com isso. A gente entende. Se a gente estivesse no lugar da senhora, a gente ia se sentir a mesma coisa’.”

“Não conversa muito, não. Mas tudo o que a gente pede para ela, ela faz.”

“São muito boas, falam que vão dar remédio, falam a pressão, são educadas”.

Os pacientes também relataram que as informações ou são obtidas por outros pacientes, ou a experiência da internação é a fonte de informações, ou a percepção da própria evolução dos sintomas, mediante o uso da medicação.

“Aqui eles não orientam nada. Você só faz as coisas aprendendo por conta própria. Eles não te orientam nada.”

“Eu sei que o negócio não é fácil... é horrível aqui. É porque eu já fui informado por outras pessoas, que já foi operado. Eu tenho um vizinho que foi operado três vezes já. Ele mostrou lá, estava arreventado tudo aqui até aqui. Isso aqui vai com [baço] e tudo para trás. É... Eu acredito que agora pode ser um pouquinho diferente, né? Inclusive cerrar [o tórax] as válvulas [cardíacas] que estão usando. A medicina avançou muito. Então, com isso que a gente cria um pouquinho mais de coragem.”

“Eu não sei bem esses medicamentos. Sei que eu estou bastante bom, né? As perninhas está tudo sequinha agora.”

“Porque ontem passou uma... uma enfermeira, que falou que eu ia trocar... é uma médica, não é? ‘Ai, Dona... a senhora vai trocar de comprimido.’ Então, acho que já trocou, porque tomava um assim compridinho, quadradinho agora estou tomando outro, e é esse que deixa eu fazer mais xixi, porque hoje eu já fiz três vezes, e eu não faço.”

Quanto à própria informação, houve além de informações completas, relatos de informações insuficientes, como os próprios pacientes indicaram, geralmente, calcadas na

obviedade. Houve relatos de informações fornecidas apenas parcialmente, tanto em relação à medicação quanto à pressão arterial relatadas por pacientes que se diziam informados e não informados, e as informações completas é que são as desejadas para que a autonomia realmente ocorra:

“Me deram três... três comprimidos, eu sei só as miligramas da... da... do remédio, mas o nome do... do...”

“Não, não. Não falam, mas falam que [a pressão] está ótimo. Está ótimo.”

Para BUCHANAN (1995), apenas conversar com o paciente não é suficiente, é necessário falar de diversas formas, para que ele possa compreender e lembrar. Refere-se também à competência em comunicação, como essencial para fornecer cuidados. Segundo GUILHEM (2000), a questão da vulnerabilidade revela - se nestas situações: “por maior que seja a outorga de poder conferida aos pacientes , eles continuam sendo o elo mais fraco dessa relação assimétrica. Permanecem, portanto, vulneráveis”.

Quanto ao prontuário, além de ser um direito previsto em lei, vê-lo, é em si uma fonte de informações sobre todos os acontecimentos relativos à internação do paciente, advindas das avaliações dos profissionais e procurou-se com esta pergunta explorar mais a questão sobre informações.

Embora não haja nenhuma atividade cotidiana de enfermagem relacionada às vistas do prontuário, se um paciente quiser fazê-lo, o pessoal de enfermagem terá papel preponderante em garantir este acesso e também no auxílio ao entendimento da burocracia hospitalar em linguagem técnica que compõe estes registros.

Alguns pacientes disseram ainda não o ter visto. Para muitos outros, além do desconhecimento da palavra, percebeu-se – após breve explicação da entrevistadora – espanto por parte de muitos dos pacientes em relação à possibilidade de fazê-lo, por não se considerarem dignos, por acreditarem ser um documento do hospital que só médicos devem

obtê-lo e que não iriam conseguir entender seu conteúdo. Um único paciente disse que seria “civilizado” vê-lo.

“Não, não, são documentos do hospital...”.

“Ah, eu não sei o que é isso. Ah, fica na mão dos doutores.”

“Não, mas será que eu ia entender aquilo que eles põem lá? Não é só p’ra eles? Mas eu sei o que está acontecendo, eu sei.”

“Não, não,... quem sou eu?”

“Você acha que eles respeitam a gente? Isto seria civilizado, mas aqui é uma...”.

Desta vez, em relação ao crachá considerado uma fonte de informação escrita, para este estudo, uma parte dos entrevistados disse tê-lo visto, com algumas ressalvas sobre não conseguir lê-lo: falta de instrução, tempo insuficiente, falta de óculos, por estar virado. Outros, apesar de terem acusado a presença do crachá, disseram que não o lêem ou que o acompanhante o faz.

“Estou sem óculos. Tem uma menininha aí, que ela está sempre comigo... eu esqueço o nome dela. Ela chega perto, eu lido pra ler, e não consigo.”

“Não consigo ler o crachá. Porque minhas vista é fraca e não dá.”

“Tem crachá, mas não dá tempo de ler”.

“Não sei ler. A pessoa que não sabe ler é cega.”

A visão é um dos órgãos dos sentidos em importância, pois contribui grandemente, tanto com o relacionamento interpessoal quanto com o meio em que se vive. O processo de

envelhecimento provoca mudanças nos olhos, interferindo nas atividades diárias e no relacionamento com as pessoas, sendo uma das queixas mais frequentes entre os idosos a diminuição da visão, sobrevivendo as dificuldades (CINTRA, 1996).

Além da visão, há os aspectos do grau de instrução do idoso que o impedem de ter acesso às informações escritas (crachá, prontuário). O tamanho das letras, a posição correta do crachá, tanto na altura para correta leitura quanto ao lado da identificação do funcionário devem ser aspectos a serem salientados na conscientização do pessoal de enfermagem no que se refere ao respeito ao paciente, bem como seu direito à informação e à identificação de quem o cuida.

- **Direito à Acompanhante**

O direito a ter acompanhante foi reivindicado por uma luta, da qual participaram diversas Associações de pacientes com inúmeras patologias do Estado de São Paulo, órgãos governamentais ligados à saúde, o PROCON –SP, a Pastoral da Saúde, a Faculdade de Saúde Pública da USP por meio do Professor Paulo Fortes e Dr. Christian Gauderer, militante dos direitos do paciente, que elaboraram a Cartilha dos Direitos do Paciente por intermédio do Governo do Estado de São Paulo (SÃO PAULO, 1995 a). Embora legítimo este é um dos direitos que o paciente hospitalizado ainda encontra dificuldade para gozar.

Legalmente pode - se encontrá-lo no Estado de São Paulo, na Lei nº 10.241/99, cuja precursora foi a referida Cartilha em razão dos textos serem de igual teor. Embora os textos da Cartilha, como o da citada Lei não especifiquem que este direito pertence a uma determinada faixa etária, criando desta forma o direito para todo e qualquer paciente internado. A portaria GM/ MS nº 280/ 99 definitivamente torna legal e obrigatória a viabilização de meios que permitam a presença de acompanhantes para idosos.

Além dessa legislação, uma última de suma importância para os idosos brasileiros é a Lei nº 10.741, de 1º de Outubro de 2003, o Estatuto do Idoso, que no Capítulo IV, Do Direito à Saúde especifica:

Art. 16. Ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico.

Parágrafo único. Caberá ao profissional de saúde responsável pelo tratamento conceder autorização para o acompanhamento do idoso ou, no caso de impossibilidade, justificá-lo por escrito.

Ressalta-se aqui a condição de vulnerabilidade e, por vezes, a dependência dos idosos descritos neste trabalho que reforçam a necessidade do acompanhamento constante. Familiares ou amigos são, pelo menos na literatura, clientes e parceiros da Enfermagem, tanto no auxílio do cuidado do paciente ainda internado como no bem - estar do mesmo e da família ao retorno ao domicílio. Portanto, deve-se uma determinada atenção a estes acompanhantes, a fim de apoiá-los no cuidado de seus idosos e com isso alcançar alguma satisfação e tranquilidade para enfrentar situações fora do ambiente hospitalar.

A necessidade do acompanhante para o paciente idoso hospitalizado reside na justificativa da dependência da pessoa idosa em relação aos familiares, sobretudo pela separação de suas casas e da necessidade de cuidados especiais contínuos em seu viver diário, após a alta hospitalar. Além da companhia, LIMA e col. (1997) consideram ser um momento oportuno para o treinamento do papel de cuidado do leigo na enfermagem do hospital.

Considerações a respeito da família, tecidas pelos idosos no discurso referente à questão sobre a assistência de enfermagem, serão também inseridas na discussão.

Poucos pacientes afirmaram ter acompanhantes, ainda que, em período parcial. Dos pacientes que não possuíam acompanhantes – a grande maioria – alguns falavam do fato em tom de desculpas, justificando a família da necessidade de comparecer ao trabalho, em

especial referindo-se aos filhos, com a ressalva de que os mesmos sempre estão em contato com o hospital para conversar com os médicos responsáveis pelo seu tratamento.

“Não, porque meus filhos trabalham e não têm tempo.... Minha mulher também trabalha.”.

Outros idosos entrevistados disseram não necessitar de acompanhantes pelo fato de se sentirem bem e uma delas foi entrevistada no momento da alta dizendo que não havia sentido necessidade de acompanhamento. Dois pacientes disseram que não tinham familiares que pudessem acompanhá-los porque vieram de outros estados, apenas para se tratar no hospital-escola. Embora um deles tivesse referido que o esposo e o outro, a filha, acompanharam - nos na viagem e permaneciam na cidade.

“Não preciso de acompanhante, estou bem”.

“Eu vim de Minas só com o marido, não tenho ninguém que pode ficar comigo aqui”.

Na prática diária, geralmente, não são admitidos acompanhantes de sexo oposto ao do paciente em razão dos outros pacientes de uma enfermaria. Entretanto, não há regra para tal, visto que a base de todo o relacionamento do pessoal de Enfermagem com acompanhantes é a orientação. Sendo assim, sabe-se que algumas instituições admitem acompanhantes de qualquer sexo, visando, desta forma, ao bem do paciente.

Uma das pacientes disse que gostaria, mas o hospital não permitia.

“Ah, como eu queria... Quando minha filha vem ela faz tudo pra mim, porque é ela que me cuida em casa. Seria maravilhoso, mas não pode, né?”

Perguntado se havia solicitado e quem não lhe havia permitido, a paciente disse que solicitou sim, e a enfermeira – sem ter certeza do cargo da pessoa que lhe falara – disse não

ser permitido. De imediato a entrevistadora afirmou à paciente que era seu direito ter acompanhante.

Após alguns momentos em silêncio, a paciente disse que também não queria incomodar a filha e *‘criar caso com o hospital’*. Desta vez, seguiu-se um breve silêncio da parte da entrevistadora. Abrir mão de seus direitos está ligado à vulnerabilidade e à dependência na medida em que os pacientes se sentem temerosos em alterar a ordem posta, até mesmo subvertê-la, ainda mais quando se está restrito a um leito, com dificuldades de locomoção e necessitado das pessoas que impõem e mantêm esta mesma ordem.

Muito se propaga quanto ao respeito à dignidade da pessoa, e, parte disso, está em não a deixar subjugada, em uma posição de obediência temerosa, ainda mais estando na condição de idoso e doente. É um dos muitos retratos de uma das múltiplas facetas que a vulnerabilidade possui.

Ainda a família teve destaque no discurso de três pacientes entrevistados, quando respondiam sobre a assistência de enfermagem. Uma das pacientes que atribuiu o conceito *‘Ótimo...’* à assistência de enfermagem, citou que os parentes que a acompanhavam ajudavam-na a tomar banho.

O banho é uma atividade que envolve a intimidade, o pudor corporal e são os familiares que compartilham, naturalmente, dessa intimidade. Outro paciente entrevistado que atribuiu o conceito *‘Não sei...’* disse que sua esposa ficava em um período parcial com ele para “colocar tudo em ordem” e depois ia embora. A ordem a que se referia eram os cuidados de higiene e alimentação para com ele, visto sua condição de debilidade para manter-se em pé e andar. O mesmo paciente afirmou que gostaria de ter um acompanhante, quando tiver sido operado pela demora de atendimento observada no atendimento da enfermagem.

“Meus parentes me ajudam a tomar banho”.

“Não... Ela traz a comida, que vem de casa, então ela fica até umas três horas, até eu tomar café, me dá banho também. Depois ela vai para casa, cuidar das coisas dela, que ela tem muito o que fazer, né? Ela vê que eu estou mais ou menos bom, que já colocou tudo em ordem... e eu mesmo falo: ‘Pode ir embora para casa, que eu estou bom’. Agora quando eu operar eu vou fazer questão de, pelo menos, nos primeiros dias ter acompanhante. Que aqui, a gente é o seguinte, fica nesse quarto aqui, para aparecer uma enfermeira aqui ... te dá o que fazê. Demora muito”.

O único paciente a designar como ‘Péssimo’ o atendimento que a enfermagem lhe oferecera referiu - se à namorada como a única possibilidade de se comunicar com o mundo externo, visto que disse ter pedido e não ter conseguido se comunicar com a administração do hospital e que também outros familiares não se comunicavam com ele.

“Eu se tenho comunicação com o mundo externo é através da minha namorada, nem através da minha filha, nem através do meu genro”.

Quando na situação de hospitalização, como já dito, um evento fora do cotidiano da vida das pessoas, fica-se numa condição de confinamento, sem a possibilidade de se locomover para fora da instituição.

Além da redução das atividades diárias, a hospitalização centraliza as relações interpessoais a um núcleo cada vez menor (IDE e col., 2000). Em alguma medida causa desconforto, podendo chegar à tristeza, apreensão. No contato com pessoas próximas, os internados podem restabelecer o contato com outros familiares, amigos, colegas de trabalho, com o andamento da resolução de problemas, enfim, alguma ligação com a vida que se paralisou, para que pudesse melhorar sua saúde, podendo trazer mais tranquilidade e, assim, conforto.

- **Direito à assistência religiosa**

Sustentar convicções e crenças pessoais é reconhecidamente um direito fundamental do homem. Deste modo, a crença religiosa pode prescindir de apoio nas situações de confinamento como no caso do paciente internado, considerando-se, portanto, o direito à assistência religiosa.

A Declaração Universal dos Direitos do Homem estabelece em seu inciso XVIII: “Todo homem tem direito à liberdade de manifestar essa religião ou crença, pelo ensino, pela prática, pelo culto e pela observância, isolada ou coletivamente, em público ou em particular” (SOUZA e MORAES, 1998).

Segundo Ferreira Filho citado por SOUZA e MORAES (1998, p.89)

(....) é ela (a religião), para todos os que aceitam um direito superior ao positivo, um direito natural. É o mais alto dos direitos de todos os direitos naturais. Realmente, é este direito a principal especificação da natureza humana, que se distingue dos demais seres animais pela capacidade de autodeterminação, consciente de sua vontade.

A etimologia da palavra religião vem de *religare* que significa ligação, - “é o elo que liga e religa todas as coisas, o consciente com o inconsciente, a mente com o corpo e a pessoa com o cosmos” (PESSINI, 2004). Ainda segundo o autor “o lugar da religião está no coração da vida e (....) quando bem sucedida emerge a experiência de Deus como sendo o sentido último e o fio condutor que perpassa e unifica tudo”.

Segundo GOLDSTEIN e SOMMERHALDER (2002) o objetivo da religião varia entre as pessoas e seu momento de vida. Mas a sua “função é manter e desenvolver a relação do indivíduo com o sagrado. Dar significado ou sentido à vida talvez seja a sua mais importante função”.

A religiosidade, segundo a psicologia social (GOLDSTEIN e NÉRI, 1993), é um conceito multidimensional que envolve crenças, atitudes, valores e atividades e relaciona-se a sua auto - realização se se perceber a questão pelo ângulo das necessidades humanas (Maslow citado por HORTA, 1979).

Estudos no campo da psicologia, em relação ao desenvolvimento humano mostram que a religiosidade aumenta com o envelhecimento sendo mais comuns entre idosos as crenças, comportamentos religiosos, práticas devocionais e atividades ligadas a grupos religiosos (Moberg, Worthington citados por GOLDSTEIN, 1993, GOLDSTEIN e NÉRI, 1993). A explicação está na tendência da personalidade da pessoa com idade mais avançada de voltar-se mais para si mesmo, de modo que os “processos internos” tornam-se mais importantes que a situação social externa, acentuando-se com o passar dos anos (GOLDSTEIN, 1993).

Ainda GOLDSTEIN (1993) discute que algumas razões desta tendência estão calcadas na inevitabilidade do enfrentamento de perdas: da geratividade (aposentadoria, saída dos filhos de casa), da autonomia (frequentemente pela diminuição do status econômico, por problemas de saúde e redução da mobilidade física) e da própria vida com a iminência da morte.

Com a possibilidade de retomar o contato com sua religião muitos pacientes expressaram alegria, visto o expressivo número de praticantes. Na ocasião desta pergunta, muitos daqueles que se disseram não praticantes, não o faziam por terem dificuldades de locomoção. A diminuição da mobilidade física que acomete muitos idosos, pode limitar a prática de atividades religiosas organizadas, implicando comprometimento de seu bem-estar, visto que há uma relação deste com a expressão de religiosidade (GOLDSTEIN e NÉRI, 1993).

“Já. Eu pedi. Diz que podia vir uma pessoa, então, eu aceitei. Pedi para vir me dar comunhão, eu estou precisando”.

Está comprovado que “a fé e a oração favorecem a saúde, criando um ambiente saudável no nível pessoal e social, condições para o florescimento da vida” (PESSINI, 2004).

Um dos mecanismos pesquisados através dos quais as práticas religiosas e espirituais promovem a saúde ou evitam doenças é

(....) a satisfação da necessidade fundamental de percepção de que a vida significa alguma coisa, de que é algo mais do que simplesmente estar por um instante fugaz no universo, modificando a percepção de situações estressantes ou eventos traumáticos. Além disso, a religião encoraja os indivíduos e promove a esperança de que, no fim, tudo estará bem (GOLDSTEIN e SOMMERHALDER, 2002. p. 954).

Vários pacientes citaram orações, cantos, bênçãos e comunhão durante as visitas de modo positivo. Um dos entrevistados disse que reza, porém não pratica, como ir à missa, pois acredita ter a compreensão de Deus.

Para Glock e Stark, Wilson e Koenig e col. citados por GOLDSTEIN e NÉRI (1993) parece haver diferenças entre crença religiosa e rituais e práticas religiosas. Os rituais ou práticas religiosas são considerados atividades institucionais, tais como: a frequência à igreja ou templo e outras atividades religiosas organizadas. Também são consideradas práticas, desta vez, privadas, a prece e leituras religiosas.

“Vieram dar comunhão. Foi legal, dá conforto, parece que ninguém esqueceu da gente aqui”.

“Eu rezo junto com eles. Não pratico, não vou à missa, mas acho que Deus não fica de mal por causa disso, né?”

“Depois vem aquele pessoal evangélico, cantam, rezam, põem o pessoal para cima”.

Quanto às visitas de representantes da religião, ficou evidente a intensa atividade dos grupos de diversas religiões que oferecem ativamente suporte à pessoa enferma. Um dos hospitais pesquisados pertence a uma congregação da religião católica, porém não restringe visitas de qualquer outra crença.

“Ih, já veio tanta gente!. Olha, tem um centro espírita que manda toda semana duas moça aqui”.

“O pessoal vem mesmo. Nossa! Mas eles são ótimos, né? Eu estou estudando Testemunha de Jeová. Eu sou testemunha de Deus! Eles não gostam de nada errado, isso toda a vida”.

“Aparece um monte de gente aqui da religião... acho que é crente, viu?”

No outro hospital, campo de coleta de dados deste estudo, comprovou-se a mesma situação, com relatos entusiasmados dos pacientes entrevistados sobre o real apoio que receberam dos representantes de suas religiões.

“Veio o pessoal das religião, sim. Rezaram ai e foi bom. Vieram as irmã do colégio. Vieram dar comunhão”.

“Foi bom, veio um padre, veio a mulher rezou, me deu a hóstia aqui. Falei para ela que eu queria. Eu gostei. Fazia muitos anos que eu não tomava... Aí ela rezou comigo.”

Um dos pacientes que recebeu a visita revelou a necessidade de estar em contato com a religião no momento da doença. Como já comentado acima, especialmente, para o idoso a religião relaciona-se com o apoio para o enfrentamento da doença e da proximidade

da morte. Sabe-se que o ser humano doente idoso que possui esta perspectiva, o momento de se encontrar com sua crença pode ser um momento de reconciliação com Deus e consigo mesmo.

“Veio os irmão fazer oração. Quando a gente tá doente é que mais necessita...”

Além da questão sobre os visitantes de sua religião, foram notadas na pergunta sobre a assistência de enfermagem, respostas que envolviam a fé, atribuindo a Deus o bom atendimento, o tratamento e cuidados recebidos, a melhora, até mesmo, uma indicação divina para a conquista de uma vaga de um leito conseguida, quando não havia esperanças para tal. Embora as expressões, tais como o discurso dos idosos - *“Graças à Deus fui bem atendida”* - possam ser interpretadas como uma expressão coloquial, a ênfase dada pelas pessoas mostra que seu sentido vai além disso, demonstrando, assim, verdadeiramente uma profissão de sua fé.

Na pesquisa com idosos sobre religiosidade realizada por GOLDSTEIN e NÉRI (1993), os dados mostraram que as pessoas pesquisadas perceberam seus problemas em relação à velhice e procuraram melhorar sua relação com Deus, como forma de aumentar suas chances de envelhecer bem, com senso de integridade e auto-realização.

A assistência religiosa é uma questão relativa também à autonomia do paciente idoso que, confinado ao leito hospitalar, se vê limitado àquele determinado espaço. Por isso mesmo, o respeito à sua opção de fé e crença, dá possibilidade de explicitá-la neste mesmo espaço, facilitando seu acesso às mesmas e aceitando as diferenças entre elas.

SOUZA e MORAES (1998) lembram que os valores religiosos podem ser uma força positiva para o conforto e recuperação do paciente, se ele estiver seguro de que seus valores são respeitados.

PAIM (1979), referindo-se à enfermagem ressalta a preocupação pela busca de coerência com a responsabilidade assumida por mais diversas que sejam as manifestações do paciente, orientando-nos para a identificação e o atendimento das necessidades particulares. Ainda completa que para tanto há necessidade de reorganizar a prática profissional, pois a maioria das “Instituições de saúde continuam estaticamente dirigidos para o estudo e o cuidado ligado a entidades clínicas e voltado para o cumprimento de normas e execução dos procedimentos técnicos relacionados com certos aspectos do cuidado do paciente, sem nenhuma preocupação em entendê-lo como pessoa - centro de interesse e de atenção de todos os integrantes da equipe de saúde”. Embora o texto tenha sido escrito há mais de duas décadas, a autora situa claramente questões ainda atuais em relação ao papel da enfermagem, preocupada com a técnica e deixando a desejar na sensibilidade para perceber as necessidades do paciente, particularmente, na satisfação das necessidades psicossociais e psicoespirituais.

Atualmente, a assistência religiosa fica a cargo da Pastoral da Saúde em grande parte e de outros representantes no caso da religião católica e de visitas de representantes de outras religiões, mas a enfermagem deve estar atenta, pois sempre há pacientes que, por uma razão ou outra, acabam por não receber esta assistência, como descrito pelos sujeitos desta pesquisa. Alguns disseram não ter recebido a visita, expressaram aceitação, dizendo que não sabiam desta possibilidade, que gostariam e que estariam esperando pela mesma.

“Daqui teve uma senhora que falou comigo, mas ela perguntou se eu queria, falei que quero! Eu não sabia que tem que pedir para vir. Não falaram para mim. O capelão esteve aqui e eu nem sabia nem que eles vinham dar comunhão. É que a gente fica meio passada, nem vai imaginar”.

À enfermagem, cabe além de solidarizar-se com o idoso doente, estar atenta para esta necessidade, oferecendo a possibilidade desta assistência ou de sua recusa e respeitando a liberdade de crença, a fé, qualquer que seja ela, independente de nossas próprias convicções. Isto remete ao respeito a cada pessoa como sendo “o elemento central da

humanização do hospital e da saúde” (BARCHIFONTAINE, 1988) e de valorizá-lo, para que ele possa plenamente realizar-se.

5. CONCLUSÕES

Considerando-se os resultados obtidos neste estudo frente à análise do conteúdo dos discursos dos idosos hospitalizados sobre a assistência cotidiana de enfermagem pode-se concluir sobre o atendimento a seus direitos nela envolvidos:

- Quanto ao direito à atenção e respeito, a atenção e respeito por parte dos profissionais foi referida por muitos pacientes. Ressalva deve ser feita às questões que interferem nesse direito e que foram apontadas pelos entrevistados: o receio dos idosos em contrapor-se aos profissionais que os atendem, a percepção do preconceito do próprio idoso sobre a velhice, à percepção de má vontade na comunicação entre profissionais e pacientes, quando as ações de enfermagem são desenvolvidas, à autoridade dos profissionais sob forma de controle das atividades cotidianas, a não apresentação pessoal dos profissionais de enfermagem e as limitações advindas da velhice, como surdez e memória.
- Quanto ao direito ao conforto e bem-estar, a falta bem como o tempo de atendimento quando das solicitações dos pacientes entrevistados foram justificados em relação ao volume de trabalho que o pessoal de enfermagem possui. A troca e a limpeza dos lençóis foram pontos ressaltados positivos por alguns desses idosos. O desconforto foi apontado entre os entrevistados que têm maior necessidade de auxílio, comparando a uma prisão a dependência para satisfação de suas necessidades, com sentimentos expressos de tristeza por estarem 'dando trabalho'. A 'má vontade' no atendimento também foi referida no atendimento ao conforto e bem-estar. A questão da interrupção do sono e a permanência da luz durante a noite foram também citadas. Os pacientes entrevistados mostraram receio de entrar em conflito com a enfermagem e o hospital. A colocação de fraldas nos idosos entrevistados sem o critério de incontinência tanto urinária como fecal foi apontada como um dos desconfortos.

- Quanto ao direito à privacidade física, alguns dos idosos entrevistados disseram sentir - se envergonhados e tristes pela exposição, quando dos cuidados envolvendo o corpo, a nudez e às situações de auxílio às necessidades fisiológicas, por serem compartilhadas com outros pacientes. Uma das idosas entrevistadas referiu ter sido cuidada por homem muito mais jovem, provavelmente tanto pela inserção de alunos de escolas de enfermagem, como pelo rodízio de funcionários. Uma idosa que esteve por algum tempo no Pronto – Socorro, aguardando a ida para o leito na unidade de internação, referiu ter compartilhado o ambiente com pacientes do sexo oposto e ter sentido vergonha em ficar, fisicamente exposta, junto a eles. Outro paciente disse que prefere tomar banho em casa e não pediu ajuda para o pessoal de enfermagem para tal. Alguns dos entrevistados relataram já ter tido vergonha, mas que se habituaram. Outros também referiram que o pessoal de enfermagem diz não ser necessário sentir vergonha, pois estão no hospital.
- Quanto ao direito à informação, a questão da memória teve destaque no discurso dos idosos desta pesquisa como empecilho para o armazenamento de informações. Alguns desses idosos adotaram uma postura passiva em relação à obtenção de informações, mesmo evidenciando padecer de sofrimentos e angústias. A não informação aos idosos foi atribuída por alguns entrevistados à própria atitude de não solicitá-las, mostrando sua responsabilidade sobre este direito. Foram apontados comportamentos do pessoal de enfermagem inibitórios, quando da solicitação de informações e que impediram novas solicitações. Foram citadas informações dadas sob forma de ordens, configurando heteronomia em relação a esses pacientes. Muitos dos pacientes idosos hospitalizados entrevistados, não se consideram merecedores do acesso a seu prontuário por diversas razões. A existência do crachá do pessoal de enfermagem não foi lembrada pela maioria dos idosos entrevistados. Aqueles que o admitiram ter visto, teceram considerações sobre não o ter podido ler. Alguns dos idosos entrevistados para este estudo desconheciam seu diagnóstico ou divergiram do diagnóstico escrito pelo médico em seu prontuário.

- Quanto ao direito à acompanhante a necessidade de trabalho de familiares foi a justificativa referida que impede o acompanhamento de grande parte dos idosos entrevistados internados. Aqueles que disseram sentir-se bem, argumentam que o acompanhamento é desnecessário e para poucos o acompanhamento é apenas durante parte do dia para períodos, nos quais mais precisavam de ajuda. O acompanhamento foi solicitado e negado pelo pessoal da enfermagem para uma das idosas entrevistadas.
- Quanto ao direito à assistência religiosa, os idosos entrevistados para esta pesquisa, em sua maioria, disseram ter tido acesso aos representantes de suas religiões. Outros pacientes entrevistados, que ainda não haviam tido este contato, citaram ter recebido os avisos pelos próprios representantes das religiões.
- Quanto aos eixos conceituais destacados neste estudo: ainda na análise do conteúdo dos discursos dos idosos entrevistados evidencia-se que os eixos conceituais (funcionalidade, dependência/ independência, autonomia e vulnerabilidade) são, de fato, os fios condutores que modulam o discurso. Expressões conflitantes que ao mesmo tempo denunciam e justificam ações, situações, atitudes e comportamentos do pessoal de enfermagem permitem compreender melhor o que é ser paciente e idoso em um hospital do Sistema Único de Saúde.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os direitos das pessoas devem ser atendidos não pela obrigatoriedade legal, mas pela consciência de quem os respeita no sentido de reconhecer no ser humano, sua importância e a manutenção de sua dignidade.

Direitos de idosos vêm sendo cada vez mais explicitados em diversos documentos frente à necessidade de se considerar esta população crescente como diferenciada e, portanto, merecedora de regras particulares. Direitos de idosos doentes, quando em situação de hospitalização foi uma construção particular para este estudo, adequando-se aos critérios de inclusão e exclusão da população entrevistada, utilizando-se para isso os documentos que manifestam deveres profissionais nos artigos e parágrafos concernentes ao paciente e conceitos e atributos da pessoa velha que lhe conferem especificidade no cuidar .

Refletindo sobre os cuidados às pessoas idosas que o Sistema Único de Saúde oferece, questionei - me o tempo todo: que cuidados são esses? O que estamos fazendo? Ao adentrar os campos de coleta de pesquisa, inicialmente, não notei nada de incomum visto minha proximidade com o cenário, enfim, estava “em casa”, onde passei até agora 22 anos de minha vida. Mas, ao focar meu olhar exclusivamente sobre o paciente idoso, o ambiente causou - me estranheza. Ao ler o que MENEZES (1994) escreveu fiquei mais atenta sobre esses questionamentos: “em se tratando dos cuidados à pessoa idosa, uma das primeiras questões a serem abordadas é a do risco de aceitação passiva do não cuidado.... idosos não são caracterizados, como grupo de investimento prioritário nem pelo poder público nem pelo setor privado.” A mesma autora enfoca a complexidade do cuidado para esta população específica:

- estamos tratando de minorias, não numéricas, mas quanto a poder;
- estamos tratando de indivíduos diferentes dos mais jovens, e diferentes entre si;
- estamos tratando de indivíduos cuja perspectiva de futuro é tão desconhecida quanto à de todos os outros da comunidade, e que em

relação ao presente ocupam e merecem um espaço igual ao dos demais;

- estamos tratando de indivíduos cuja necessidade de cuidado pode variar de zero a total em função da situação específica quanto à sua interdependência, independência e autonomia (MENEZES, 1994, p.46).

Isto refez minhas convicções, para que devêssemos ouvir o cliente que atendemos, devêssemos escutá-lo criticamente e a partir de sua visão, reorientar nosso norte (ele não é o foco do nosso trabalho?), reorientarmos nossa prática quanto aos cuidados de pessoas velhas não de modo ingênuo, mas cada vez mais real em torno da questão da nossa identidade profissional e da manutenção de nosso papel de cuidadores.

Ao entrevistar idosos hospitalizados, percebi claramente a ânsia de alguns por discursar sobre os dissabores que enfrentavam na hospitalização e no relacionamento com os profissionais que os atendiam. As reclamações a respeito da assistência de enfermagem eram imediatamente seguidas por justificativas como as já apresentadas, chegando até a se culparem por alguns ocorridos nas atitudes da enfermagem com diversas considerações. O receio de entrar em conflito com o pessoal de enfermagem também foi percebido claramente.

Assim, podemos notar também que houve mais dificuldade no atendimento dos direitos analisados neste trabalho dos idosos entrevistados que possuíam maior necessidade de auxílio. Isto reforça a idéia de que a vulnerabilidade, a incapacidade funcional, a dependência e a pouca ou nenhuma autonomia comprometem, especialmente, para o paciente idoso, o gozo e exercício dos seus direitos relativos à assistência cotidiana de enfermagem quando, numa situação de hospitalização.

A maioria dos pacientes idosos entrevistados apressava-se a dizer que tudo estava ótimo, maravilhoso e que a conquista da vaga fora um fato extraordinário. Outros, à medida que a entrevista foi se desenrolando, respondiam às questões e por breves momentos

pareciam refletir consigo mesmo, expressando verbalmente o que havia acontecido e o que poderiam mudar na relação com os profissionais de enfermagem.

SILVA e TRENTINI (2002) apontam que “ao narrar um acontecimento a pessoa reorganiza sua experiência, de modo que ela tenha ordem coerente e significativa, dando sentido ao evento”. Langdon citada por SILVA e TRENTINI (2002), reafirma: “É uma expressão simbólica que explica e instrui como entender o que está acontecendo”.

Ouvir. A linha de pesquisa que, até mesmo, antes do Mestrado venho perseguindo, é a de se voltar e atentarmos para o cliente a quem atendemos. Muito tem se falado sobre o ouvir. Muitas também podem ser suas interpretações. Ouvir, a meu ver, pode passear desde ‘ficar em silêncio’ durante a fala do outro até ser incorporado como um instrumento para melhor atendê-lo nas ações profissionais.

LEPARGNEUR (1986) escreveu: “a primeira necessidade do paciente é a de ser ouvido: atendido em suas necessidades; correlativamente, a primeira norma do atendimento ao doente resulta ser de ficar atento aos pedidos e chamados, explícitos ou menos explícitos, como às necessidades óbvias ou expressas”. SILVA e TRENTINI (2002) referem - se que o ouvir com atenção o que as pessoas têm e querem contar “mostra-se como uma boa estratégia para obter informações a fim de planejar o cuidado e/ ou fazer abstrações e interpretações acerca da prática pela pesquisa”.

Metodologicamente, deve-se considerar que, ao narrar um fato, o paciente traz sua experiência, conforme sua percepção, interpretando-a. Ainda deve ser observado que as narrativas sofrem as escolhas do narrador, ou seja, não são imparciais nem tampouco objetivas e que a pessoa também leva em consideração quem a está ouvindo, no sentido de guiar a impressão que o ouvinte terá a seu respeito, projetando, geralmente, uma imagem favorável (SILVA e TRENTINI, 2002).

IDE (2001, p.158) referindo-se a marcadores referenciais indicativos de tendências do cuidar em Enfermagem, sem desconsiderar o aparato tecnológico, aponta o

(....) resgate da dimensão humana de nossa prática, a revalorização da sensibilidade enquanto instrumento de ação (....) cultivando o respeito fundamental à preservação da identidade, ao reconhecimento dos direitos individuais e dos limites da atuação frente a situações que tornem pessoas dependentes e fragilizadas.

Em muitos trabalhos de pesquisa sobre os quais os profissionais enfermeiros se debruçam nos inúmeros campos de conhecimento, via de regra, encontramos referências a respeito de questões que impedem a boa prática profissional e escusas que tornam a ética de difícil aplicação. Questões estas sempre comprovadas e conhecidas pelos profissionais que se encontram no dia – a – dia gerenciando a administração dos cuidados e serviços de enfermagem. Volto à mesma questão: há desculpas para não ser ético, para impedir o gozo ou o exercício dos direitos a estes pacientes? Se as tivermos tão claramente definidas, o que estamos fazendo para dirimir estas questões? Que ação pró-ativas estamos realizando para atenuá-las e talvez, até, resolvê-las?

A autonomia profissional nunca foi tão debatida, e os profissionais enfermeiros estão cada vez mais se especializando, estudando a fim de garantir competência técnica para obter respeito frente aos outros profissionais, especialmente o médico. A respeito desta questão concordo com Yongert citada por WENDHAUSEN (1997) ao analisar que: “a busca da competência técnica como fonte de prestígio é uma via sem saída, apenas complementando o ato médico através da objetivação do sujeito”.

O enfermeiro então é chamado a ampliar sua atuação para além do campo biológico, visto os inúmeros fatores que o processo saúde-doença possui. Ressalta ainda que o profissional enfermeiro deve rever a assistência no sentido de focar o processo pelo qual as pessoas passam na vigência da doença mais do que atender aos aspectos da patologia física, que as acometeu.

Ainda sobre esta questão GERMANO e col. (1998) menciona que um “nó crítico” no cotidiano profissional e, certamente, mais um desafio à profissão que a “associação de

saber e poder tem se prestado muito mais à dominação que à solidariedade na estrutura social em que vivemos e, na área da saúde, particularmente, na enfermagem”. Completa a idéia tocando um problema básico e crucial para a assistência de enfermagem que é a existência de um grande contingente de pessoal não qualificado na equipe.

Assim, estima-se que o enfermeiro assuma seu papel de responsável por toda assistência oferecida ao paciente não pela obrigatoriedade legal, mas, por estar imbuído do real sentido de cuidar, em que prescinde de uma equipe para auxiliá-lo, equipe esta que depende de suas orientações, sua supervisão direta e ativa, participante do cuidado, mantendo presença permanente com a sua clientela.

SOARES e LUNARDI (2003) realizaram uma pesquisa junto aos profissionais de enfermagem, estes confirmaram desconhecer o conteúdo do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 1993, 2000) no tocante ao consentimento informado e também quanto à luta por melhores condições de atendimento à saúde. Ainda comentam não considerar prioritário informar, dialogar, esclarecer, orientar cliente e família e que os profissionais justificam esta lacuna com a falta de tempo pelo elevado número de atividades desenvolvidas, desrespeitando a condição de cidadão do paciente por eles assistido.

Mesmo o desconhecimento dos pacientes idosos hospitalizados sobre seus direitos não impediria seu gozo ou exercício, adotando como uma de nossas funções a orientação sobre esses direitos. O desconhecimento dos profissionais que compõem a equipe do enfermeiro que a lideram sobre estes mesmos direitos deve ser visto pelo ângulo de uma urgente revisão das funções educativas do enfermeiro em serviço e da formação que todos, sem exceção estão recebendo.

A formação ética dos profissionais de enfermagem é a que recebe uma das menores cargas horárias dentro de toda a grade de disciplinas de todos os níveis de formação. Torna-se importante insistir neste aspecto, visto as recorrentes questões sobre ética que estão divulgando.

Como afirmam COHEN e SEGRE (1999) a pessoa não nasce ética: sua estruturação ética vai ocorrendo com seu desenvolvimento. BOFF (1999) reclama a urgência de um novo “*ethos* de cuidado, de sinergia, de re-ligação, de benevolência de paz perene com a Terra, para com a vida, para com a sociedade e para com o destino das pessoas, especialmente das grandes maiorias empobrecidas e condenadas da Terra”.

Desse modo, o grande salto de qualidade seria a transformação qualitativa da consciência profissional, consequência de um sistema de ensino competente, isento e continuado (SILVA e col., 2001) e das proposições pessoais iniciadas no início da formação profissional e consolidadas ao longo da prática.

Afora a formação ética devemos reforçar a idéia da formação dos profissionais nas questões relativas à geriatria e gerontologia que algumas instituições formadoras começam a garantir sob a forma de disciplinas ou estágios. Há pelo menos uma década atrás esta preocupação está em vários documentos de políticas relativas à saúde dos idosos (VERAS e col., 1994) e na maioria das publicações relativas à enfermagem geriátrica e gerontológica.

A ética segundo ZOBOLI (2003) vai além da consciência profissional, porque se relaciona com o compromisso de cuidado. “Enquanto a consciência leva a trabalhar com afincos para cumprir obrigações e aderir estritamente aos deveres e aos princípios, o compromisso de cuidado cobra uma responsabilização radical pela promoção da pessoa”.

Quando levarmos em conta a igualdade de direitos humanos bem como o respeito à dignidade dos seres humanos como pessoas individuais, poderemos considerar que atingimos o estágio mais avançado da ética (FERRAZ, 2001).

Na área da saúde no Brasil tem-se o desafio do compromisso de favorecer a conquista da cidadania, compreendida, como o exercício da plenitude dos direitos pelos homens. “No dia em que a verdadeira cidadania for alcançada no Brasil, teremos o indicador ético mais claro que a população conquistou, os níveis sanitários e educacionais compatíveis com a sua dignidade como seres humanos” (PESSINI e BARCHIFONTAINE, 1997).

Gostaria de encerrar as considerações sobre este estudo com uma palavra de Sua Santidade, o Papa João Paulo II em 2000 (*), em uma mensagem em que aborda o desenvolvimento das ações de saúde, sobrepujando a tecnologia em detrimento da atenção humana aos doentes, quando fala de “pragmatismo sem alma”. Esta, para mim, é a mais completa tradução do que vivemos nos cuidados à saúde de uma pessoa idosa hospitalizada. Podemos oferecer-lhes medicações e ações técnicas para suas enfermidades, mas, damo-lhes as costas, não lhes oferecemos ajuda, negamos seus direitos, negamos nossa própria humanidade.

(*) Papa João Paulo II – Mensagem aos clérigos regulares – ministros dos enfermos. Vaticano, 15 de maio de 2000. In: **Mundo da Saúde** 2000; 24 (4): 325-7.

Uma última palavra

Durante a realização de uma das leituras para compor este estudo, dei-me conta de que daqui a pouco mais de 15 anos, estarei compondo o grupo etário para o qual dirigi esta pesquisa (muito rápido!). Além disso, pude experimentar, por diversos motivos, mais de uma situação de hospitalização nos dois últimos anos. Nessas situações, meu sentimento foi um misto de aflição e insegurança com alguma esperança.

Sempre prezei minha independência e foi dela que me lembrei em primeiro lugar, quando fazia a tal leitura seguida das lembranças das hospitalizações – uma minha e outras de minha mãe e minha filha. Fui bem atendida, mal atendida, afrontada, tratada com atenção e carinho, enfim, uma montanha de emoções, em situações completamente diferentes. Em todas elas, fiquei limitada, dependente.

Fui atendida como mãe de uma criança em dois pronto-socorros infantis privados limpos, com delicadeza, respeito, competência e humanização. Fui atendida como parturiente em uma das consideradas melhores maternidades, com enfermeiras obstetrizas seguras, experientes, participantes do cuidado e do tratamento, mas com auxiliares de enfermagem da unidade de pós-parto intolerantes e grosseiras.

Fui atendida como acompanhante de idosa na enfermaria de um hospital filantrópico numa importante cidade do interior do Estado com desprezo, incompetência e omissão em meio à falta de higiene, sem sequer conseguir conhecer meus colegas – uma verdadeira “Noite do Terror”.

Rondavam paralelamente em minha cabeça questionamentos incontroláveis: Quando estiver velha e doente, como serei atendida? Será que saberão me cuidar? E se eu estiver impossibilitada para falar, dizer que conheço meus direitos? Terei alguém para me ajudar? Será com carinho? Como será minha vida? Meu trabalho? Poderei trabalhar? Me darão valor? Terei algum valor para a sociedade, para meus pares?

De volta do sonho, acordada pude me deparar com vários textos, o computador ligado, com minha mãe em casa com minha filha caçula, minha primeira filha ainda na escola e a certeza de que a parte que nos cabe sempre é limitada e ainda insuficiente, mas, que não podemos deixar de fazer algo.

Ao realizar este estudo, procurei focar no cotidiano do atendimento de enfermagem como estão sendo atendidos os direitos relativos aos cuidados recebidos na visão dos idosos que se encontram em uma situação de hospitalização, sempre me perguntando o que está ao nosso alcance no dia-a-dia no intuito de reconhecer e garantir os direitos sociais desses pacientes. Isto me remete ao que Moacyr Scliar define como ser ético:

“... é a prática do bem até o limite de nossas forças. Quando atingimos esse limite, temos a satisfação do dever cumprido. Que é a primeira condição para chegarmos à felicidade”.

Que sejamos felizes, então!

7. REFERÊNCIAS

1. Adorno RCF. **Capacitação solidária: um olhar sobre os jovens e sua vulnerabilidade social**. São Paulo: AAPCS - Associação de Apoio ao Programa Capacitação Solidária; 2001.
2. Allen AL. Privacy in health care. In: Reich W. **Enciclopaedya of bioethics**. 2nd edition. New York: Mac Millan Library; 1995.
3. Almeida MCP, Rocha JSY. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo, Cortez; 1986.
4. Anderson MA, Braun JV. Legal and ethical considerations regarding the elderly. In: **Caring for the elderly client**. 2nd. Edition. Filadelfia (FA): Davis Company; 1999.
5. Anjos MF. Bioética nas desigualdades sociais. In: Garrafa V, Costa SIF (organizadores). **A bioética no século XXI**. Brasília: Editora UNB, 2000. p. 49-65.
6. Ayres JRCM, França Júnior I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: Barbosa RM, Parker R (organizadores). **Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder**. São Paulo: Editora 34; 1999. p.49-72.
7. Baltes MM, Silverberg S. A dinâmica dependência- autonomia no curso de vida. In: Néri AL, organizadora. **Psicologia do desenvolvimento: temas selecionados na perspectiva de curso de vida**. Campinas: Papirus; 1995.
8. Bandman B. The human rights of patients, nurses and other health professionals. In: Bandman EL, Bandman B. **Bioethics and human rights: a reader for health professionals**. New York: University Press of América; 1987. p. 321-31.

9. Bandman EL, Bandman B. **Nursing ethics through the life span**. 2nd edition. London: Prentice-Hall International; 1990.p.228.
10. Barchifontaine CP. Os profissionais de saúde frente ao direito à vida e à saúde. In: Pessini L coordenador. **Solidariedade para com os enfermos**. Aparecida: Editora Santuário; 1988.
11. Barchifontaine CP. Bioética, cidadania e controle social. **O mundo da saúde** 2004; 28 (3): 246-51.
12. Bardin L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 1977.
13. Beauchamp TL, Childress JF. **Princípios de ética biomédica**. São Paulo: Loyola; 2002.
14. Beck CLC. A enfermagem fazendo a diferença na vida dos pacientes, através do relacionamento interpessoal. **Cogitare Enferm** 1997; 2(2): 52-4.
15. Berger L. Relação de ajuda em gerontologia. In: Berger L, Mailloux- Poirier D. **Pessoas idosas: uma abordagem global. Processo de Enfermagem por necessidades**. Lisboa (PT): Lusodidática; 1995. p. 21-61. (a)
16. Berger L. Aspectos psicológicos e cognitivos do envelhecimento. In: Berger L, Mailloux- Poirier D. **Pessoas idosas: uma abordagem global. Processo de Enfermagem por necessidades**. Lisboa (PT): Lusodidática; 1995.p.(b)
17. Berlinguer G. **Ética da Saúde** . São Paulo: Hucitec; 1996. p.13-20.
18. Boff L. **Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes; 1999.

19. Brasil. Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1987 . Dispõe sobre o Exercício da Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 26 jun. 1987. Seção 1, p.1.
20. Brasil. **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: IMESP; 1988.
21. Brasil. Lei nº. 8080/ 90. Lei orgânica da saúde. **R Adm Saúde** 1991 15: 14-9.
22. . Brasil. Lei nº 8.842, sancionada em 4/1/1994: dispõe sobre a Política de Saúde do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 4 jan. 1994.
23. Brasil. Decreto nº 4.227, de 13 de maio de 2002. Cria o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso – CNDI e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 14.5.2002 (a).
24. Brasil. Decreto nº 4.287, de 27 de junho de 2002. Dá nova redação ao Decreto nº 4.227, de 13 de maio de 2002 que cria Conselho Nacional dos Direitos do Idoso – CNDI. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 28.6. 2002 (b).
25. Brasil. Lei nº 10.741, de 1º de Outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 1. out. 2003.
26. Brito FC. **Auto- avaliação de saúde dos idosos versus avaliação médica**. São Paulo; 1997. [Tese de Mestrado – Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina].
27. Bstan – ‘dzin – rgya – mtsho, Dalai Lama XVI (1935 -). **Uma ética para o novo milênio**. Rio de Janeiro: Sextante; 2000.

28. Buchanan M. Enabling patients to make informed decisions. **Nursing Times** 1995, 91 (18): 27-9.
29. Campedelli MC. Consulta de enfermagem em geriatria: tópicos a serem abordados na entrevista – parte I. **Rev Esc Enf USP** 1991, 25(3): 319-33.
30. Casarin A, Quadros SNM. **Ordenação das doenças conforme os critérios de magnitude, transcendência, e vulnerabilidade no dano**. Estudo a partir da mortalidade do Rio Grande do Sul 1979- 81. Porto Alegre: Estado do Rio Grande do Sul, Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente; Convênio Estado /FSESP, 1983.
31. Ceolin MF, Santos, GER. O sono e o repouso do idoso. In: Rodrigues RAP, Diogo MJD organizadores. **Como cuidar dos idosos**. Campinas: Papirus; 1996.
32. Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Rev Saúde Pública** 1997; 31(2):184-200.
33. Cintra FA. Problemas oftalmológicos no idoso. In: Rodrigues RAP, Diogo MJD organizadores. **Como cuidar dos idosos**. Campinas: Papirus; 1996.
34. Cohen C, Segre M. Definição de valores, moral, eticidade e ética. In: Segre M, Cohen C. **Bioética**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 1999. p. 12 - 22.
35. Cohen C, Marcolino JAM. Autonomia & paternalismo. In: Segre M, Cohen C. **Bioética**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 1999. p.51-62.
36. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN – 160/ 1993. Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e dá outras providências**. Rio de Janeiro ; 1993.

37. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN – 240/ 2000. Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e dá outras providências.** Rio de Janeiro; 2000.
38. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN – 288/2004. Dispõe sobre Ações relativas ao atendimento de idosos e outros.** Rio de Janeiro, 2004.
39. Conselho Regional de Enfermagem. **Decisão COREN - SP/DIR/008/1999 – Normatiza a implementação da Assistência de Enfermagem – SAE - nas Instituições de Saúde, no âmbito do Estado de São Paulo.** São Paulo, 1999.
40. [CRN] Conselho de Representantes do Conselho Internacional de Enfermeiros. **Declaração sobre Assistência de Enfermagem aos anciãos.** Brasília, 1983.
41. Dallari DA. **O que são direitos da pessoa.** 10ª ed, São Paulo: Brasiliense; 1994.
42. Dallari DA. Bioética e direitos humanos. In: Costa SIF, Oselka G, Garrafa V, coordenador. **Iniciação à bioética.** Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998. p. 231-41.
43. Dallari SG. Direito à saúde e responsabilidade. In: **Os estados brasileiros e o direito à saúde.** São Paulo: HUCITEC; 1995.
44. Derntl AM, Almeida MHM, Castro CGJ, Litvoc J, Watanabe HAW. **Projeto de assistência ao idoso no domicílio fundamentado num sistema de vigilância à incapacidade funcional e dependência: relatório de resultados.** MS/USP 2004.
45. Dieguez C. Vovô vai à luta. **Veja** 2000, set 6; 118-9.

46. Duchidae MP. População brasileira: um retrato em movimento. In: Minayo MCS (organizadora). **Os muitos brasis - saúde e população na década de 80**. Rio de Janeiro: Hucitec - ABRASCO; 1995. p. 14 -56.
47. Durand G. **Introdução geral à bioética – história, conceitos e instrumentos**. São Paulo: Edições Loyola; 2003.
48. Faulder C. **Whose body is it? The troubling issue of informed consent**. London: Virago Press; 1985.
49. Fernandes FS. **As pessoas idosas na legislação brasileira**. São Paulo: LTr; 1997.
50. Ferraz FC. A questão da autonomia e a bioética. **Bioética** 2001; 9 (1): 73-81.
51. Ferreira ABH. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. 2ªed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1986.
52. Ferreira AMTGB. **Informações prestadas a clientes sobre benefícios, riscos e conseqüências da assistência de enfermagem – um estudo exploratório**. São Paulo; 1998. [Tese de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].
53. Fortes, PAC. **Ética e saúde. Questões éticas, deontológicas e legais, tomada de decisões**. Autonomia e direitos do paciente, estudo de casos. São Paulo: EPU; 1998.
54. Foucault M. **Microfísica do poder**. 10ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 1992. p.99-111..
55. Furukawa CY, Howe JK. Virgínia Henderson. In: George JB e col. **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. 4ªed. Porto Alegre: Artes Médicas do Sul; 2000. p. 59-72

56. Fundação IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Anuário Estatístico do Brasil: 1997**. Rio de Janeiro; 1997.
57. Fundação IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Anuário Estatístico do Brasil: 2000**. Rio de Janeiro; 2000.
58. Gandolpho MA **O cuidar do idoso hospitalizado: representações dos profissionais de enfermagem**. São Paulo; 2002 [Tese de Mestrado- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].
59. Garrafa V. **Dimensão da Ética em Saúde Pública**. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 1995. p. 25-40.
60. Gauderer EC. **Os direitos do paciente: cidadania na saúde**. 7ed., Rio de Janeiro: Record, 1998; 25 - 167.
61. Gaylin W. The patient's bill of rights. In: Bandaman EL, Bandaman B. **Bioethics and human rights: a reader for health professionals**. New York: University Press of América; 1987. p. 265 - 8.
62. Gelain I. A ética na enfermagem: sua história e suas perspectivas. **Texto e Contexto Enferm**. 1995; 4 (2): 9- 17.
63. Gelain I, Alvarez AM, Silva RDM. A Enfermagem e o envelhecimento humano: aspectos éticos. **Texto Contexto Enferm** 1997; 2: 221-32.
64. Germano RM, Brito RS, Teodósio SSCS. O comportamento ético dos enfermeiros dos hospitais universitários. **R Bras Enferm** 1998; 51(3): 369-78.

65. Goldstein LL. Desenvolvimento do adulto e religiosidade: uma questão de fé. In: Néri AL organizadora. **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas: Papirus; 1993. p. 83-107.
66. Goldstein LL, Néri AL. Tudo bem, graças à Deus. Religiosidade e satisfação na maturidade e na velhice. In: Néri AL organizadora. **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas: Papirus; 1993. p. 109-136.
67. Goldstein LL, Sommerhalder C. Religiosidade, espiritualidade e significado existencial na vida adulta e velhice. In: In: Freitas EV, Py L, Néri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara – Koogan, 2002. p. 950- 6.
68. Gordilho A, Sérgio J, Silvestre J, Ramos LR, Freire MPA, Espindola N et al. **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção ao idoso**. Rio de Janeiro: UnATI; 2000.
69. Gouveia R **Saúde pública, suprema lei: a nova legislação para a conquista da saúde**. São Paulo: Mandacaru; 2000. p. 194 - 99.
70. Gouveia R. Prefácio. In: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo – Cremesp, **Direitos humanos das mulheres na gravidez e no parto**. 2ª ed. São Paulo; 2003.
71. Guilhem D. A conquista da vulnerabilidade. **O Mundo da Saúde** 2000; 3: 227-29.
72. Guimarães MCS, Novaes SC. Autonomia reduzida e vulnerabilidade: liberdade de decisão, diferença e desigualdade. **Bioética** 1999; 7 (1):21-4.
73. Guimarães MCS, Spink MJP, Antunes MAM. Do respeito à compreensão das diferenças: um olhar sobre a autonomia. **Bioética** 1997; 5 (1): 13-17.

74. Heller A. **Sociologia de la vida cotidiana**. Barcelona: Ediciones Península; 1991.
75. Heller A. **O cotidiano e a história**. 4ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 1992.
76. Henderson V. **Princípios básicos sobre cuidados de Enfermagem**. São Paulo: Cortez; 1989.
77. Horta WA. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU; 1979.
78. Ide CAC. O "ser trabalhador de enfermagem" e o ser "doente": considerações sobre o desempenho de papéis sociais. **Rev. Esc. Enf. USP** 1991; 1: 103 -12.
79. Ide CAC. A coordenação do processo de cuidar. In: Ide CAC, De Domenico EBL. **Ensinando e aprendendo um novo estilo de cuidar**. São Paulo: Editora Atheneu; 2001.p. 153-164.
80. Ide CAC, Schneck CA, Paz MO. Compartilhando uma vivência limite: as representações de familiares acerca do processo de hospitalização. **O Mundo da Saúde** 2000; 24 (4): 278-83.
81. Jacob Filho W, Souza RR. Anatomia e Fisiologia do Envelhecimento. In: Carvalho Filho ET, Papaléo Netto M. **Geriatría: Fundamentos, clínica e Terapêutica**. São Paulo: Atheneu; 1996. p.31-9.
82. Jordão Netto A. **A segregação do velho na sociedade**. São Paulo: Secretaria de Descentralização e participação do Estado de São Paulo, Conselho Estadual do Idoso, 1986.
83. Kane RL, Ouslander JG, Abrass IB. **Essentials of clinical geriatrics**. 3rd ed., New York: McGraw Hill; 1994. Evaluating the elderly patient; p. 70-1.

84. Kauffman TL. **Manual de reabilitação geriátrica**. Rio de Janeiro: Guanabara – Koogan; 1999.
85. Kelly B. Respect and caring: ethics and essence of nursing. In: Leininger MM (editor). **Ethical and moral dimensions of care**. Detroit: Wayne State University Press; 1990.
86. Kelly Y. The patients' right to know. **Nurs Outlook** 1976; 24: 26-32.
87. Kurtz RJ, Wang J. The caring ethic: more than kindness, the care of nursing science. **Nurs Forum** 1991; 26:4-8.
88. Lemes C. Direitos tornam -se lei. In: Gouveia R **Saúde pública, suprema lei: a nova legislação para a conquista da saúde**. São Paulo: Mandacaru; 2000. p. 165-73.
89. Leopardi MT. **Entre a moral e a técnica: ambigüidades do cuidado de enfermagem**. Florianópolis: Ed. Da UFSC; 1994.
90. Lepargneur H. **O despertar dos doentes - Auto-responsabilidade e participação na gestão da saúde**. Rio de Janeiro: Achiamè/ ICAPS; 1986.
91. Lima MGD, Schier J. Gonçalves LHT. O acompanhante do idoso hospitalizado: um cliente, um parceiro da enfermagem. **Texto Contexto Enferm** 1997, 6 (2): 387.
92. Marchi MM, Sztajn R. Autonomia e heteronomia na relação entre profissional de saúde e usuário dos serviços de saúde. **Bioética** 1998, 6: 39-45.
93. Marcus MT, Liehr PR. Abordagens de pesquisa qualitativa In: LoBiondo-Wood G, Haber J. **Pesquisa em Enfermagem - métodos, avaliação crítica e utilização**. 4ª ed.. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. p. 122- 39.

94. Martin LM. **Os direitos humanos nos códigos brasileiros de ética médica: ciência, lucro e compaixão em conflito.** São Paulo: Loyola; 2002.p. 63-83.
95. Mc Connell ES. A conceptual framework for gerontological nursing practice. In: Matteson MA **Gerontological nursing- concepts and practice.** Philadelphia: W.B. Saunders, 1988, p. 5-55.
96. Mendes IAC. A correção humanística: uma proposta para o exercício profissional. In: **Enfoque humanístico à comunicação em enfermagem.** São Paulo:Savier; 1994. p. 65-81.
97. Mendes MMR, Valente MA. Como se comunicar com o idoso. In: Rodrigues RAP, Diogo MJD organizadores. **Como cuidar dos idosos.** Campinas: Papirus; 1996.
98. Mendes MRSSB. Aprendendo com o tempo do idoso. In: In: Silva MJP (organizadora). **Qual o tempo do cuidado?: humanizando os cuidados de enfermagem.** São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola; 2004. p.131- 6.
99. Menezes AK. Cuidados à pessoa idosa: reflexões teóricas gerais. In: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. **Caminhos do Envelhecer.** Rio de Janeiro: Revinter; 1994. p.45-56.
100. Minayo MCS. **O desafio do conhecimento.** São Paulo: HUCITEC-ABRASCO; 1992.

101. Ministério da Saúde – OPAS. **Padrões mínimos de assistência de enfermagem em recuperação da saúde** – Informe final. Brasília; 1978.
102. Ministério da Saúde. NR/ MS nº 196/96: dispõe sobre normas regulamentadoras para pesquisas em seres humanos. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília; 1996.
103. Ministério da Saúde. Portaria GM/ MS nº 280, de 7 de abril de 1999: torna obrigatória nos hospitais públicos, contratados ou conveniados com o Sistema Único de Saúde a viabilização de meios que permitam a presença do acompanhante de pacientes maiores de 60 (sessenta) anos de idade, quando internados. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 8. abr. 1999. Seção I, p.14.(a)
104. .Ministério da Saúde. Portaria GM/ MS nº 1.395 de 10 de 1999: aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 1999.(b)
105. Ministério da Saúde. **Glossário do Ministério da Saúde**. Projeto de Terminologias em Saúde. Brasília, Distrito Federal, MS; 2004.
106. Monteiro ME, Campedelli MC. Atuação da enfermagem em geriatria: uma nova concepção dentro de um hospital geral. **Acta Paul Enf** 1989; 2(2): 46-50.
107. Motta MGC, Luz AMH, Rezende ALM. O cotidiano de uma equipe de saúde – relato de caso. **R Gaúcha Enferm**. 1995; (16)1/2: 58 – 62.
108. . Mussi FA. **Conforto: significados e necessidades na perspectiva do paciente com infarto agudo do miocárdio**. São Paulo; 1994. [Tese de Mestrado – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo].

109. . Mussi FA. **Padecendo da perda da ação: o desconforto vivenciado por homens que sofreram infarto agudo do miocárdio**. São Paulo; 2000. [Tese de Doutorado – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo].
110. . Nakamae DD. **Novos caminhos da enfermagem: por mudanças no ensino e na prática da profissão**. São Paulo: Cortez; 1987.
111. . Néri AL. **Palavras –chave em gerontologia**. Campinas: Alínea; 2001.
112. . Neves MCP. A Bioética e sua evolução. **O mundo da saúde** 2000; 3: 211-22.
113. . Oguisso T, Schmidt MJ. **O exercício da enfermagem – uma abordagem ético-legal**. São Paulo: LTr; 1999. p.29-42.
114. . Oliveira AC, Fortes PAC. O direito à informação e a manifestação da autonomia de idosos hospitalizados. **Rev Esc Enf USP** 1999, 33 (1): 59-65.
115. . Oliveira C. Atuação da enfermagem face ao idoso hospitalizado. **Rev Baiana Enf** 1985, 1 (1): 40 – 61.
116. . Oliveira DC. A categoria *necessidades* nas teorias de enfermagem: recuperando um conceito. **R Enferm UERJ** 2002, 10(1): 47-52.
117. . Orlando JJ. **O relacionamento dinâmico enfermeiro-paciente: função, processo e princípios**. São Paulo: EPU; 1978.
118. . Pacheco e Silva AC. O problema da sensibilidade do mundo moderno. In: Serro Azul, LGCC et al. **Clínica do indivíduo idoso**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1981. p.341-5.
119. . Padilha KG. Sobre o des-cuidar. **Conselho Federal de Medicina** 1999; 107: 8-9.

120. . Paim L. Algumas considerações de enfermagem sobre as necessidades psicossociais e psíquicas dos pacientes . **Rev Bras Enf** 1979; 32: 160-66.
121. . Papaléo Netto M. O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos. In: Freitas EV, Py L, Néri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML , Rocha SM. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara – Koogan, 2002. p. 72-8.(a)
122. . Papaléo Netto M. Questões metodológicas na investigação sobre velhice e envelhecimento. In: Freitas EV, Py L, Néri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML , Rocha SM. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara – Koogan, 2002. p. 91-8.(b)
123. . Paschoal SMP Autonomia e independência In: Papaleo Netto M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu; 1996. p. 313-23.
124. . Passos ES. A ética na enfermagem. **Rev Bras Enferm** 1995; 48 (1): 85-92.
125. . Pearson A, Vaughan B. **Modelos para o exercício de enfermagem**. Lisboa: Grafilarte Artes Gráficas Ltda.; 1992. Características comuns dos Modelos de enfermagem - o doente ou cliente. p.28-42.
126. . Pause PN, Capocc PO, Cavalcanti LL, Moreira LC. Os direitos à saúde na visão do paciente hospitalizado: uma prerrogativa a ser conquistada. **Col de Enf FEN/ UFMT** 1999; 1 (1): 26-39.
127. . Pessini L. A espiritualidade e a arte de cuidar em saúde. In: Camon VAA (organizador). **Espiritualidade e prática clínica**. São Paulo: Thomson; 2004. p. 39-84.

128. . Pessini L, Barchifontaine CP organizadores. **Fundamentos da Bioética**. São Paulo: Paulus; 1996.
129. . Pessini L, Barchifontaine CP. **Problemas atuais de bioética**. 4ªed. São Paulo: Faculdades Integradas São Camilo/ Loyola, 1997.
130. . Pessini L, Barchifontaine CP. Bioética: do princípalismo à busca de um perspectiva latino – americana. In: Costa SIF, Oselka G, Garrafa V, coordenador. **Iniciação à bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998. p.81-98.
131. . Puggina ACG. Administrar o tempo pode mudar o jeito de dizer “bom dia”. In: Silva MJP (organizadora). **Qual o tempo do cuidado?: humanizando os cuidados de enfermagem**. São Paulo: Centro Universitário São camilo: Loyola; 2004. p.19- 28.
132. . Ramos LR. Epidemiologia do envelhecimento. In: Freitas EV, Py L, Néri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML , Rocha SM. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara – Koogan, 2002. p. 72- 8.
133. . Rosa TEC, Benício MHD, Latorre MRDO, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Rev Saúde Pública** 2003; 37(1):40-8.
134. . Rodrigues, RAP, Diogo MJD, Barros TR. O envelhecimento do ser humano. In: Rodrigues RAP, Diogo MJD organizadores. **Como cuidar dos idosos**. Campinas: Papyrus; 1996. p.11-16.
135. . Sacardo DP. **Expectativa de privacidade segundo pessoas hospitalizadas e não hospitalizadas: um estudo bioético**. São Paulo; 2000. [Tese de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].
136. . Sacardo DP, Fortes PAC. Desafios para a preservação da privacidade no contexto de saúde. **Bioética** 2001; 8 (2): 307-22.

137. . Sadala MLA. Autonomia/ mutualidade na assistência de enfermagem. **Rev latino-am. Enfermagem** 1996; 4(1): 111-7.
138. . Santos KMAB, Silva MJP. Pacientes idosos e sua percepção da comunicação verbal e não verbal com a equipe de saúde em uma instituição hospitalar. **Rev Paul Enf** 2003; 22(1): 43-50.
139. . Santos, SSC. **Enfermagem gerontogeriátrica – reflexão à ação cuidativa**. 2ªed. São Paulo: Robe Editorial; 2001.
140. . São Paulo (Estado). **Constituição do Estado de São Paulo**. 1989.
141. . São Paulo (Estado). **Direitos do paciente**. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 1995.(a)
142. . São Paulo (Estado). Lei Complementar nº. 791, de 9 de março de 1995. Estabelece o Código de Saúde no Estado de São Paulo. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, 10 mar. 1995, p.1-5. (b)
143. . São Paulo (Estado). Lei nº 10241. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e ações de saúde no Estado e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, 18 mar. 1999.
144. . Schoueri Júnior R, Ramos LR, Papaléo Netto M. Crescimento populacional: aspectos demográficos e sociais. In: Carvalho Filho ET, Papaléo Netto M. **Geriatrics: Fundamentos, clínica e Terapêutica**. São Paulo: Atheneu; 1996. p.9 - 29.
145. . Scott R. Considerações legais. In: Kauffman TL. **Manual de reabilitação geriátrica**. Rio de Janeiro: Guanabara – Koogan; 1999.

146. . Selli L. **Bioética na enfermagem**. São Leopoldo: Ed. da UNISINOS; 1998.
147. . Silva DGV, Trentini M. Narrativas como técnica de pesquisa em enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem** 2002; 10(3): 423-32.
148. . Silva MAPD. **As representações sociais e as dimensões éticas**. Taubaté: Cabral Editora Universitária; 1998.
149. . Silva MAPD, Silva ARB, Silva EM. Oncologia e ética: relações e aproximações. **Rev Paul Enf** 2001; 1: 42- 50.
150. . Silva MJ. Relacionamento paciente/ enfermagem **Cad bioética** 1995; (3): 173-84.
151. . Silva MJP. **Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde**. São Paulo: Gente; 1995.
152. . Silva MJP. Cuidando com qualidade, consciência e confiança – reflexões teóricas. **Rev Paul Enf** 2002; 21(1): 5 -11.
153. . Silva MJP. **O amor é o caminho – maneiras de cuidar**. 2 ed. São Paulo: Loyola; 2004.
154. . Silva YF. A enfermagem nos serviços e programas públicos de atenção ao idoso. **Texto Contexto Enferm** 1997; 6(2):127-36.
155. . Simões IC. **Vocabulário técnico científico de enfermagem**. Bauru: CEDAS, 1990.
156. . Soares NV, Lunardi VL. A problematização dos direitos do cliente implicando na problematização dos direitos dos profissionais de enfermagem. **Ciência y Enfermería** 2003; 9(1): 65-76.

157. . Sousa L, Galante H, Figueiredo D. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. **Rev Saúde Pública** 2003; 37 (3): 364-71.
158. . Souza LR, Graziano KU. Comunicação: dificuldades do enfermeiro no cuidado com o idoso. **CADERNOS – Centro Universitário São Camilo**. 2000; 6 (2): 40-50.
159. . Souza MF, Gutiérrez MG. Em que consiste a enfermagem? **Acta Paul Enf** 1989; 2(1): 5-8.
160. . Souza ZS, Moraes MIDM. A ética médica e os respeito às crenças religiosas. **Bioética** 1998; 6: 89-93.
161. . Trevizan MA, Mendes IAC, Cury SRR, Mazon L. A dimensão moral e a ética no trabalho gerencial da enfermeira. **Esc Anna Nery Rev Enferm** 2000; 4(2): 181-6.
162. . Tripodi T, Fellin P, Meyer H. **Análise da pesquisa social**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1981.
163. . United Nations. **Report of the Second World Assembly on Ageing Madri, 8-12 apr 2002**. United Nations, New York; 2002.
164. . Veras RP. **País jovem de cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume – Dumará/ UERJ; 1994.
165. . Veras RP, Sobral B, Silva SD, Nogueira JL. **Políticas de atenção à saúde na terceira idade**. Publicação nº 92. Rio de Janeiro: UERJ/IMS.; 1994
166. . Veras RP, Lourenço R, Martins CSF, Sanchez MAS, Chaves PH. Novos paradigmas do Modelo Assistencial no setor saúde: consequência da explosão populacional

dos idosos no Brasil.. In: **Terceira idade: gestão contemporânea em saúde**. Rio de Janeiro: Relume- Dumará/ UnATI/ UERJ; 2002. p.11-79.

167. . Viteck I. Assistência de Enfermagem ao paciente idoso de longa permanência. In: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. **Caminhos do Envelhecer**. Rio de Janeiro: Revinter; 1994. p. 177-88.

168. . Waldman EA. A transição epidemiológica: tendências diferenciais dos padrões de morbimortalidade em diferentes regiões do mundo. **O Mundo da Saúde** 2000; 24 (1): 10-8.

169. . Waldow VR. **Cuidado humano: o resgate necessário**. Porto Alegre: Sagra Luzzatto; 1998. p.108-118.

170. . Wendhausen A. Assistência de enfermagem: da sujeição dos corpos à autonomia do sujeito. **Cogitare Enferm** 1997; 2 (1):25-8.

171. . Zoboli ELCP. Bioética do cuidar: a ênfase na dimensão relacional. **Revista Estima** 2003; 1 (1): 38-40.

172. . Zoboli ELCP, Massarollo MCKB. Bioética e consentimento: uma reflexão para a prática da enfermagem. **O Mundo da Saúde** 2002; 26 (1): 65-70.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- . Castro JO. Enquete: Relação Enfermeiro X Paciente - o que devemos estar atentos? Trabalhar da maneira mais humanizada possível. . **Nursing** 2001; 42: 12.
- . Gruskin S. The health and the human rights approach: concepts and action. **Promotion & Education** 2001; Supplement 2: 10-13.
- . Guedes SL. Uma visão antropológica das categorias de idade. In: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. **Caminhos do envelhecer**. Rio de Janeiro: Revinter; 1994. p. 7-10.
- . Pires ZRS, Silva MJ. Autonomia e capacidade decisória dos idosos de baixa renda: uma problemática a ser considerada na saúde do idoso. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [periódico on line] 2001; 3, (2). Disponível em <URL: <http://www.fe.ufg.br/revista>> [2004 Set 26]
- . Segre M. Definição de Bioética e sua relação com a ética, a deontologia e a diceologia. In: Segre M, Cohen C. **Bioética**. São Paulo, Editora da Universidade de São Paulo , 1999. p. 23 - 29.
- . Sousa L, Galante H, Figueiredo D. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. **Rev. Saúde Pública** 2003; 37 (3): 364-71.

Anexo I - Lei nº 10.241, de 17 de março de 1999 - Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e ações de saúde no Estado e dá outras providências.

Artigo 1º - A prestação dos serviços e ações de saúde aos usuários de qualquer natureza ou condição , no âmbito do estado de São Paulo, será universal e igualitária, nos termos do artigo 2º da Lei complementar nº 791 de 9 de Março de 1995.

Artigo 2º - São direitos dos usuários dos serviços de saúde no Estado de São Paulo:

I - ter atendimento digno, atencioso e respeitoso;

II - ser identificado e tratado pelo seu nome e sobrenome;

III - não ser identificado ou tratado por:

- a) números;
- b) códigos; ou
- c) de modo genérico, desrespeitoso ou preconceituoso;

IV - ter resguardado o segredo sobre seus dados pessoais, através da manutenção do sigilo profissional, desde que não acarrete riscos à terceiros ou à saúde pública;

V - poder identificar as pessoas responsáveis direta e indiretamente por sua assistência através de crachás, visíveis, legíveis e que contenham:

- a) nome completo;
- b) função;
- c) cargo; e
- d) nome da instituição;

VI - receber informações claras, objetivas e compreensíveis sobre:

- a) hipóteses diagnósticas;
- b) diagnósticos realizados;
- c) exames solicitados;
- d) ações terapêuticas;
- e) riscos, benefícios e inconvenientes das medidas diagnósticas e terapêuticas propostas;
- f) duração prevista do tratamento proposto;
- g) no caso de procedimentos diagnósticos terapêuticos invasivos, a necessidade ou não de anestesia, o tipo de anestesia a ser aplicada, o instrumental a ser utilizado, as partes do corpo afetadas, os efeitos colaterais, os riscos e as conseqüências indesejáveis e a duração esperada do procedimento.
- h) exames e condutas a que será submetido;
- i) a finalidade dos materiais coletados para exame;

j) alternativas de diagnósticos e terapêuticas existentes no serviço de atendimento ou em outros serviços: e

k) o que julgara necessário;

VII - consentir ou recusar de forma livre, voluntária e esclarecida, com adequada informação, procedimentos diagnósticos ou terapêuticos a serem nele realizados:

VIII - acessar, a qualquer momento, o seu prontuário médico, nos termos do artigo 3º da Lei Complementar nº 791 de 9 de março de 1995:

IX - receber por escrito o diagnóstico e o tratamento indicado, com a identificação do nome do profissional e o seu número de registro no órgão de regulamentação e controle da profissão;

X - vetado;

XI - receber as receitas;

a) com nome genérico das substâncias prescritas;

b) datilografadas ou em caligrafia legível;

c) sem a utilização de códigos ou abreviaturas;

d) como nome do profissional e seu número de registro no órgão de controle e regulamentação da profissão; e

e) com a assinatura do profissional;

XII - conhecer a procedência do sangue e dos hemoderivados e poder verificar, antes de recebê-los, os carimbos que atestaram a origem, sorologias efetuadas e prazo de validade;

XIII - ter anotado em seu prontuário, principalmente se inconsciente durante o seu atendimento:

a) todas as medicações com suas dosagens utilizadas;

b) registro e qualidade de sangue recebido e dos dados que permitam identificar sua origem, sorologias e prazo de validade;

XIV - ter assegurado durante as consultas, internações, procedimentos diagnósticos e terapêuticos e na satisfação de suas necessidades fisiológicas:

a) a sua integridade física

b) a privacidade;

c) a individualidade;

d) o respeito aos seus valores éticos e culturais;

e) a confidencialidade de toda e qualquer informação pessoal; e

f) a segurança do procedimento;

XV - ser acompanhado, se assim o desejar, nas consultas e internações por pessoas por ele indicada;

XVI - ter a presença do pai aos exames pré-natais e no momento do parto;

XVII - vetado

XVIII - receber do profissional adequado presente no local, auxílio imediato e oportuno para a melhoria do conforto e bem estar;

XIX - ter um local digno e adequado para o atendimento;

XX - receber ou recusar assistência moral, psicológica, social ou religiosa;

XXI - ser prévia e expressamente informado quando o tratamento proposto for experimental ou fizer parte de pesquisa;

XXII- receber anestesia em todas as situações indicadas;

XXIII - recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida ; e

XXIV - optar pelo local de morte.

& 1º - A criança ao ser internada terá em seu prontuário a relação de pessoas que poderão acompanhá-la integralmente durante o período de internação.

&2º - A internação psiquiátrica observará o disposto na Seção III do Capítulo IV do Título I da segunda parte da Lei complementar nº 791 de março de 1995.

Artigos 3º, 4º, 5º - vetados.

Governador Mário Covas

Entrevista n°

- Observações:**

Anexo III - Roteiro de questões para entrevista com pacientes idosos

Questão desencadeadora:

- Como está sendo seu atendimento pela Enfermagem? Conte como cuidam do Sr./a.?

Como o Sr./a. considera que foi seu atendimento por parte da Enfermagem?

Áreas a serem pesquisadas:

Psicobiológico

- ✓ - Houve alguma situação que o Sr./a. sentiu vergonha?
- ✓ - O que a Enfermagem fala para o Sr./a.? (Algum profissional falou ou fez algo que o Sr./a. não compreendeu? O Sr./a. pediu explicações? Quem esclareceu o Sr./a. sobre essa/ s dúvidas?)
- ✓ - Que medicações está tomando? Para quê servem?
- ✓ - O Sr./a. sabe como está sua pressão?
- ✓ - O Sr./a. recebeu sangue durante esta internação? Alguém lhe contou de onde vinha o sangue?

Psicosocial

- ✓ - Como a Enfermagem chama o Sr/ a?
- ✓ - O Sr./a. teve tratamento da mesma forma dos outros pacientes da enfermaria?
- ✓ - O Sr./a. tem acompanhante?
- ✓ - O pessoal de Enfermagem apresentou-se para o Sr./a.? Eles têm crachá?
- ✓ - O Sr./a.ou a sua família viram seu prontuário (aquilo que escrevem sobre o Sr./a.)? Foi atendido/ a?
- ✓ - O Sr./a. contou algo que pediu segredo? Respeitaram sua vontade?

Psicoespiritual

- ✓ - Algum representante da sua religião já veio lhe visitar? Foi o Sr./a. que pediu?
- ✓ - Alguma psicóloga veio lhe atender?

Anexo IV - Termo de consentimento livre e esclarecido para pacientes

Tema da pesquisa: “Direitos de idosos identificados na hospitalização durante a assistência de enfermagem”.

A população brasileira hoje atravessa uma mudança em termos de envelhecimento populacional. O aumento do número de idosos nas instituições de saúde reflete esta realidade e os profissionais de saúde estão tendo que se deparar com aspectos de assistência que são particulares aos idosos.

Este estudo tem por objetivo analisar o atendimento aos direitos dos pacientes idosos hospitalizados na assistência de enfermagem. Será marcado horário para entrevista que não comprometa seu tratamento e cuidados que estiverem sendo prestados, num local previamente determinado que garanta privacidade e conforto. Todo o conteúdo da entrevista deverá ser gravado para depois ser transcrito e analisado. Serão mantidos em sigilo quaisquer dados que possam identificar as pessoas que colaboraram com a pesquisa. Não se vislumbram quaisquer danos ou desconfortos durante a coleta de dados para esta pesquisa. Os benefícios previstos são a médio e longo prazo, principalmente para a formação de profissionais enfermeiros, para os pacientes idosos cuidados por eles e para o aprimoramento dos profissionais no atendimento aos direitos dos idosos hospitalizados.

Este estudo está de acordo com as normas vigentes de Ética em Pesquisa e qualquer dúvida poderá ser encaminhada à Comissão de Ética em Pesquisa desta Instituição à Rua Dr. Cesário Motta Jr., 112, fone 3224-0122, ramal 5710, com Sra. Bernadete ou à Comissão de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/ USP), Avenida Dr. Arnaldo, 715, fone 3066 - 7734 Sra. Maria das Graças França.

Fui suficientemente esclarecido a respeito das informações que li descrevendo o estudo “Direitos de idosos identificados na hospitalização durante a assistência de enfermagem”.

Conversei com a Professora enfermeira Ana Maria Tucci G. B. Ferreira (COREN-SP 23.551), que poderá ser encontrada no Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo - Fundação Arnaldo Vieira de Carvalho, sobre a minha decisão de participar deste estudo, seus objetivos, de como será feito, da garantia do sigilo sobre minha identidade e esclarecimentos permanentes.

Concordo em participar deste estudo voluntariamente e poderei retirar este consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem sofrer qualquer penalidade, prejuízo ou perda de qualquer benefício no atendimento deste serviço. Estou ciente que não receberei nenhuma recompensa financeira pela minha participação neste estudo.

De acordo: _____ Data: _____
Nome: _____ RG: _____
Assinatura: _____