

UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA E FISIOTERAPIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENVELHECIMENTO HUMANO

Experiências de Idosos Hospitalizados
A compreensão do fenômeno da autonomia

Marisa Basegio Carretta

Passo Fundo
2011

Marisa Basegio Carretta

Experiências de Idosos Hospitalizados

A compreensão do fenômeno da autonomia

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo, como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Envelhecimento Humano.

Orientador:

Prof. Dr. Luiz Antonio Bettinelli

Passo Fundo
2011

CIP – Catalogação na Publicação

C315e Carretta, Marisa Basegio

Experiências de Idosos Hospitalizados: A compreensão do fenômeno da autonomia / Marisa Basegio Carretta. – 2011.

150 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) – Universidade de Passo Fundo, 2011.

Orientação: Dr. Luiz Antonio Bettinelli.

1. Idosos – Cuidados médicos. 2. Idosos dependentes. 3. Autonomia (Psicologia) em idosos. 4. Idosos – Assistência hospitalar. I. Bettinelli, Luiz Antonio, orientador. II. Título.

CDU : 613.98

Catalogação: Bibliotecária Schirlei T. da Silva Vaz - CRB 10/1364

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO



ATA DE DEFESA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DA ALUNA


Marisa Basegio Carreta

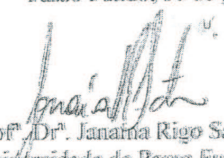
Ao primeiro dia do mês de julho do ano dois mil e onze, às quatorze horas, realizou-se, na Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo, a sessão pública de defesa da Dissertação: "Experiências de Idosos Hospitalizados: A compreensão do fenômeno da autonomia", apresentada pela mestrandia Marisa Basegio Carreta, que concluiu os créditos exigidos para a obtenção do título de Mestre em Envelhecimento Humano. Segundo os encaminhamentos do Conselho de Pós-Graduação (CPG) do Mestrado em Envelhecimento Humano e dos registros existentes nos arquivos da Secretaria do Programa, a aluna preencheu todos os requisitos necessários para a defesa. A banca foi composta pelos professores doutores Luiz Antônio Bettinelli - orientador e presidente da banca examinadora (UPF), Agostinho Both, Janaina Rigo Santin, Cláudio Almir Dalbosco, Alacoque Lorenzini Erdmann e Leocir Pessini. Após a apresentação e a arguição da dissertação, a banca examinadora considerou a candidata APROVADA, em conformidade com o disposto na Resolução Consun Nº 07/2010.

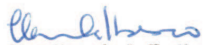
A banca recomenda a consideração dos pareceres, a realização dos ajustes sugeridos e a divulgação do trabalho em eventos científicos e em publicações.

Encerrados os trabalhos de defesa e proclamados os resultados, eu, Prof. Dr. Luiz Antônio Bettinelli, presidente, dou por encerrada a sessão pela banca.

Passo Fundo, 01 de julho de 2011.



Prof. Dr. Luiz Antonio Bettinelli
Orientador e Presidente da Banca Examinadora


Prof. Dr. Janaina Rigo Santin
Universidade de Passo Fundo


Prof. Dr. Claudio Almir Dalbosco
Universidade de Passo Fundo


Prof. Dr. Agostinho Both
Banca Externa

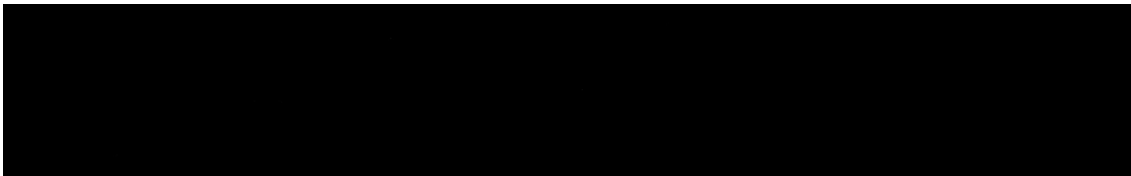
Prof. Dr. Leocir Pessini
Banca Externa


Prof. Dr. Alacoque Lorenzini Erdmann
Banca Externa

ADENDO DE ATA

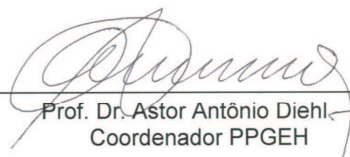
Atendendo a solicitação de correção do nome da aluna **Marisa Basegio Caretta**, onde consta “**Marisa Basegio Carreta**” passa a ter o seguinte nome “**Marisa Basegio Carretta**”. Sendo este último que consta na versão ora enviada para homologação.

Passo Fundo, 01 de dezembro de 2011.

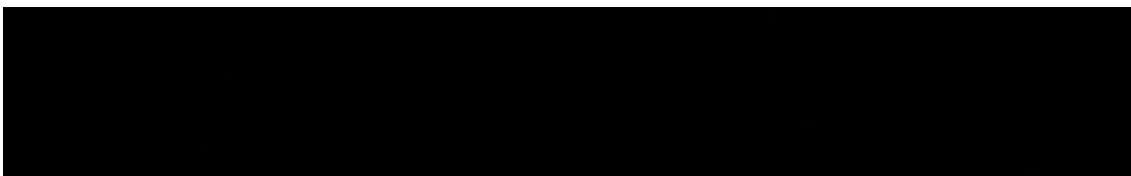




Prof. Dr. Luiz Antonio Bettinelli
Orientador



Prof. Dr. Astor Antônio Diehl
Coordenador PPGEH



DEDICATÓRIA

A Deus, fonte de minha vida e saúde. Pela luz e proteção. Se hoje estou aqui, é somente pelo Teu desejo.

À minha mãe Neuza Maria, que vibrou comigo no início desta jornada, mas não conseguiu alcançar o dia de hoje. Te amo para sempre, mãe!

AGRADECIMENTOS

Ao meu pai, presença sempre forte e protetora. Sem tua ajuda e teu amparo, esta realidade não seria possível. Devo muito a ti por esta conquista. Obrigada, pai!

Ao meu esposo Paulo, pelas horas de solidão que enfrentaste, pela paciência e cumplicidade, tolerando sempre minhas ausências e angústias.

Ao meu amado filho Pedro Henrique – companheiro, ajudante dedicado e torcedor fiel. Teu amor e tua vida são, para mim, a força para viver.

Aos meus anjos Lucas e Bernardo. Mesmo sem entender muito, vocês trazem sentido à minha vida. Seus abraços e sorrisos me impulsionam para frente.

À minha irmã Gabriela, por entender meu ideal e respeitá-lo.

Ao meu eterno mestre, Professor Dr. Luiz Antonio Bettinelli. Mais do que sua orientação, sua compreensão, sua dedicação e seu suporte possibilitaram que este caminho não fosse interrompido. Obrigada, doutor!

À minha amiga Elice Bolzani Locattelli. Seu incentivo e sua torcida marcaram esta trajetória, mesmo nos momentos mais difíceis.

À minha colega de profissão, Janete Rodegheri. Por resgatar minha condição profissional, minha eterna gratidão.

RESUMO

Carretta, Marisa Basegio. **Experiências de Idosos Hospitalizados**: A compreensão do fenômeno da autonomia. 2011. 150 f. Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) – Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, 2011.

A hospitalização, de um modo geral, apresenta-se como um evento ímpar no percurso da vida do ser humano. Quando isso ocorre com o idoso, tal situação gera um impacto ainda maior. Relacionado a essa questão, o presente estudo, de natureza qualitativa, seguiu a abordagem fenomenológica e teve como sujeitos participantes nove idosos que estiveram hospitalizados por mais de cinco dias em duas instituições hospitalares de grande porte da região norte do estado do Rio Grande do Sul no período de abril/outubro de 2010. A opção pela fenomenologia deveu-se ao objetivo de compreender as experiências do idoso hospitalizado em relação a sua autonomia durante a internação. Utilizou-se a entrevista fenomenológica, tendo como questão norteadora: o que significa para o ser idoso o exercício da sua autonomia na experiência da hospitalização? As entrevistas foram realizadas nos domicílios das pessoas que aceitaram participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Com base na análise dos dados, foram construídas as seguintes categorias: *vivenciando a vulnerabilidade, convivendo com o paternalismo profissional e conscientizando-se da autonomia relativa*. A importância dos dados obtidos neste estudo instiga os profissionais que atuam em instituições hospitalares a buscarem novas estratégias de cuidado, a fim de permitir que o idoso internado exerça a sua autonomia.

Palavras-chave: 1. Idoso. 2. Autonomia. 3. Hospitalização.

ABSTRACT

Carretta, Marisa Basegio. **Experiências de Idosos Hospitalizados**: A compreensão do fenômeno da autonomia. 2011. 150 f. Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) – Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, 2011.

The hospitalization, in a general way, is showed as a single event during the life of the human being. When this happens with the elderly, such situation creates an impact which is even bigger. Related to this question, the present study, which has a qualitative nature, followed the phenomenal approach and had as participants nine elderly people who were hospitalized for more than five days in two big hospitals of the north region in the state of Rio Grande do Sul in April/October 2010. The phenomenology was based in the comprehension of the experiences of the hospitalized elderly related to his or her autonomy during the period in the hospital. It is used the phenomenological interview, having as a main question: What do the elderly think about his or her right of autonomy during his or her hospitalization period? The interviews were accomplished in the houses of the people who participate of the study and they also signed the Term of Free and Clarified Acquiescence. Based in the collect data, the following categories were build: *living the exposure*, living together with the professional paternalism and being conscious of the relative autonomy. The importance of the obtained data in this study instigates the professionals who work in hospitalized institutions to search for new care strategies, aiming at allowing that the hospitalized elderly can exercise his or her autonomy.

Key words: **1. Elderly. 2. Autonomy. 3. Hospitalization.**

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Relação entre sujeitos da pesquisa, categorias e subcategorias.

46

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
1.1 O DESPERTAR PARA A TEMÁTICA: O DESCONFORTO QUE ORIGINA UM OBJETIVO	12
1.2. JUSTIFICANDO O TEMA ESCOLHIDO	14
2. REVISANDO O REFERENCIAL TEÓRICO E CONCEITUAL	16
2.1. ENVELHECIMENTO: CONTEXTUALIZANDO UMA REALIDADE IMPACTANTE	17
2.2. HOSPITALIZAÇÃO: EVENTO ÍMPAR NA VIDA DO SER	21
2.3. AUTONOMIA: DO CONCEITO À PROBLEMATIZAÇÃO CONTEXTUAL	24
3. DIRECIONANDO-SE À ABORDAGEM METODOLÓGICA	30
3.1. FENOMENOLOGIA: UM REFERENCIAL QUE INDUZ AO PENSAMENTO	30
3.1.1. CONTRIBUIÇÕES PONTYANAS	32
3.2. CENÁRIOS DAS VIVÊNCIAS DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO	36
3.3. DEPOIMENTOS: O CAMINHO PERCORRIDO	38
3.4. DESCREVENDO OS PASSOS DA COMPREENSÃO E DA INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	39
3.4.1. LEITURA INTEGRADORA	40
3.4.2. IDENTIFICAÇÃO DOS POSSÍVEIS SENTIDOS	40
3.4.3. DETECÇÃO DOS ELEMENTOS TEMÁTICOS	40
3.4.4. RELEITURA DAS EXPRESSÕES SIGNIFICANTES	41
3.4.5. EXTRAÇÃO DOS SIGNIFICADOS	41
3.4.6. DESVELAMENTO DO FENÔMENO	41
3.5. QUESTÕES ÉTICAS	41
4. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	43
4.1. PARTICIPANTES: UMA PEQUENA CARACTERIZAÇÃO INDIVIDUAL	43
4.2. PROCURANDO A COMPREENSÃO DOS DISCURSOS	46
4.2.1. VIVENCIANDO A VULNERABILIDADE	47
4.2.2. CONVIVENDO COM O PATERNALISMO PROFISSIONAL	52
4.2.3. CONSCIENTIZANDO-SE DA AUTONOMIA RELATIVA	56
5. DELINEANDO AS CONSIDERAÇÕES FINAIS: NECESSITANDO SER CUIDADO	61
REFERÊNCIAS	67
ANEXOS	72
ANEXO A. PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	73
APÊNDICES	75
APÊNDICE A. SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DEFERIDA – HOSPITAL DA CIDADE	76
APÊNDICE B. SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DEFERIDA – HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO	78
APÊNDICE C. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	80
APÊNDICE D. ROTEIRO NORTEADOR	83
APÊNDICE E. ENTREVISTAS TRANSCRITAS NA ÍNTEGRA	85
APÊNDICE F. SUBCATEGORIAS E CATEGORIAS	149

1. INTRODUÇÃO

1.1 O DESPERTAR PARA A TEMÁTICA: O DESCONFORTO QUE ORIGINA UM OBJETIVO

Inúmeras são as possibilidades de discussão acerca da autonomia e da dependência do idoso. Especificamente no ambiente hospitalar, a capacidade decisória do paciente idoso pode ser cerceada por questões administrativas e burocráticas inerentes a esse contexto institucional. A complexidade técnica que permeia o cuidado, nesse domínio, produz uma realidade diferente e nova ao paciente. A relação do cuidado acontece de forma assimétrica, pois o idoso, já fragilizado pela doença, sente-se impotente diante dessa característica do ambiente hospitalar, o que enseja a sua dependência em relação ao profissional. A fragilidade do ser humano acometido por alguma enfermidade que o leva a necessitar de cuidados de outros potencializa ainda mais a dificuldade de tomar decisões autônomas. Assim, está nas atitudes dos provedores do cuidado hospitalar a oportunidade de transformar o paciente em sujeito, deixando da condição de objeto, para ser tratado como uma pessoa com necessidades, valores, experiências e intenções próprias.

A integração e a participação efetiva do paciente idoso hospitalizado em seu plano terapêutico revertem em mudanças sociais, estruturais e nas relações de poder estabelecidas nas instituições de saúde a partir do momento da hospitalização. O idoso hospitalizado, ao manter suas características prévias, as quais necessitam ser respeitadas e preservadas, é colocado como o “objeto” de atenção do sistema, e não o contrário. Desse modo, o cuidado ao idoso hospitalizado pode ocorrer norteado por relativa autonomia, desafiando as estruturas hospitalares a presenciar e a viver um novo horizonte de atenção integral, no qual os princípios éticos alcancem uma dimensão mais ampla e efetiva, buscando a ampliação da qualidade do cuidado.

Embora o envelhecimento populacional global constitua um fenômeno que já vem sendo estimado há algumas décadas, a sociedade tem revelado importantes dificuldades no manejo dessa população crescente. Atualmente, há cerca de seiscentos milhões de idosos no mundo. Conforme dados do IBGE (2000), o montante dessa população perfaz 8,6% do total de habitantes nacionais, e estimativas apontam um aumento de 15% para 2020. Octogenários correspondem a 11% do total de idosos, e a projeção para 2050 comporta 19% nessa faixa etária.

Nesse cenário, o Rio Grande do Sul se destaca como um dos estados com maior expectativa de vida do Brasil, tendo tendência ao aumento da longevidade. No estado, a expectativa média de vida ao nascer passou de 63,6 anos, em 1971, para 69,2, em 2004, para os homens; e de 70,0, em 1971, para 77,4, em 2004, para as mulheres. Quanto aos indicadores de mortalidade do idoso, cresceram de 45,4% das mortes acima dos 60 anos em 1980 para 66,0% em 2005. (RIO GRANDE DO SUL, 2006).

As mudanças no padrão reprodutivo, com a redução da fertilidade, somadas à diminuição das taxas de mortalidade e ao aumento da expectativa de vida, trazem como consequência o envelhecimento populacional. A substituição de doenças infecciosas por crônico-degenerativas, conjuntamente, também promove essa mudança demográfica. (DALY, 2004).

Colaborando com os dados e as referências citados, o mesmo CEVS-RS (RIO GRANDE DO SUL, 2006) aborda os aspectos das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), as quais, em nível mundial, são responsáveis por 59% dos óbitos e 46% do número total de doenças globais. Nos países em desenvolvimento, o impacto produzido por essas doenças é acentuado, uma vez que a estrutura social em envelhecimento não se preparou para o enfrentamento comportamental e econômico de tal situação.

Ainda segundo o CEVS-RS (RIO GRANDE DO SUL, 2006), no que se refere ao Rio Grande do Sul, a população em geral apresenta a chamada “polaridade epidemiológica”, resultado do processo de industrialização e urbanização, da diminuição da mortalidade infantil, das mudanças de hábito e estilo de vida, com incorporação de fatores de risco comportamental e ocupacional. Essa polaridade traz como consequência um aumento dos custos da assistência à saúde, decorrentes de doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas e causas externas.

Consideráveis implicações sociais, políticas e econômicas envolvem esse patamar de longevidade que se apresenta. Nesse contexto, a institucionalização do idoso no ambiente hospitalar surge como uma constante na sociedade que envelhece. Como um dos aspectos implicados nessa questão, a autonomia sugere tomada de decisão livre, preservação da integridade e individualidade, baseada em aspirações, valores, crenças e objetivos particulares de cada ser.

A oportunidade da manifestação da vontade e necessidade individual, em nível hospitalar, determina uma clara dissociação entre rotinas preestabelecidas e invariavelmente inflexíveis e a autonomia do paciente idoso. Ao mesmo tempo, a

hierarquização do cuidado e o empoderamento dos saberes em torno do processo saúde e doença, acrescidos das deliberações dos códigos de ética e deontologia, cerceiam a tomada de decisão do paciente idoso, colocando-o em uma situação de passividade culturalmente determinada e aceita.

O envolvimento do conteúdo teórico-conceitual com a prática da autonomia do idoso hospitalizado engloba verificar a possibilidade da utilização das capacidades e habilidades prévias inerentes ao ser idoso com o paternalismo profissional-social pertinente ao cuidado hospitalar. O conflito estabelecido oferece um antagonismo notável entre a teoria e a prática diária do cuidado hospitalar. Afinal, a racionalidade da tomada de decisão competente posiciona-se, invariavelmente, em um lado apenas do binômio paciente idoso-instituição hospitalar, de modo que a articulação dessa estrutura acaba por demonstrar dificuldades de integração que somente podem ser superadas com a diminuição do distanciamento dos sujeitos envolvidos no processo do cuidado.

Em muitas situações, os pacientes idosos hospitalizados são tratados como “objetos”, seres passivos, opinando muito pouco ou quase nada sobre a abordagem e as condutas do seu cuidado e do seu tratamento. Dentro do contexto do cuidado ao idoso hospitalizado, observa-se que em poucos momentos ele pode tomar decisões e exercer a sua autonomia.

É importante notar que essa vulnerabilidade do paciente idoso pode induzir a um sentimento de perda da individualidade, muito comum nessa situação, dificultando ainda mais o exercício da autonomia e da tomada de decisão sobre o seu cuidado e o seu tratamento. Portanto, emerge a necessidade de rever as práticas profissionais e as relações de poder estabelecidas nas instituições hospitalares.

Com base nessas ponderações iniciais, entende-se pertinente a seguinte questão desencadeadora deste estudo: **o que significa para o ser idoso o exercício da sua autonomia na experiência da hospitalização?**

1.2. JUSTIFICANDO O TEMA ESCOLHIDO

A constatação da explosão demográfica em nível global e nacional, relativa ao envelhecimento humano, provoca a necessidade de estudos acerca das possibilidades de um rearranjo social e educacional que permita ao idoso o alcance e a melhoria de sua qualidade de vida.

Dentro dessa proposta, a Política Nacional do Idoso (PNI) tem como objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, entre os quais a promoção de sua autonomia (BRASIL, 1996). Contudo, quando hospitalizado, o idoso tem sua autonomia relegada a um plano praticamente imperceptível, em decorrência da hierarquização do cuidado e do biopoder estabelecido nas instituições. A situação de fragilidade inerente ao processo de internamento em instituições hospitalares restringe o idoso em suas atividades de vida diária, além de reduzir drasticamente sua capacidade de decisão, pois, sendo o hospital altamente tecnológico, priorizam-se procedimentos e rotinas necessárias ao pleno funcionamento da instituição.

Nesse contexto, a interação com o paciente idoso é objetivamente pouco avaliada, parecendo natural que o cuidado seja de responsabilidade de outro. Assim, de um lado, o profissional sente-se autorizado a decidir, orientar, prover e administrar sozinho a vida do paciente idoso hospitalizado; e de outro lado, a fragilização da saúde conduz à diminuição da autonomia e da tomada de decisão por parte do idoso, que, ao não exercitar sua capacidade decisória, não se sente responsável pelos seus problemas de saúde, transferindo-a para o profissional.

Minha vida profissional como enfermeira assistencial e docente, há alguns anos, pode ser subdividida em dois momentos: o momento inicial, quando acreditava ter o poder de decisão ético acerca dos caminhos que julgava corretos e necessários à manutenção da qualidade de vida de meus pacientes; e o momento da percepção de que o paciente idoso, ainda que hospitalizado, permanece sujeito de si, exigindo que se tenha um equacionamento do processo decisório delineador de uma situação que envolve uma via de mão dupla.

Cabe salientar que atitudes estereotipadas com relação à dependência plena e total do idoso hospitalizado repercutem socialmente, pois, uma vez retirada a autonomia do idoso, contribui-se para a determinação da incompetência do ser humano acometido e já fragilizado pela doença. Dessa forma, anda-se na contramão do princípio da humanização, norteador de inúmeros questionamentos e debates atuais.

Várias são as dúvidas no que concerne à problemática exposta, entre as quais a possibilidade de alterações burocráticas institucionais, promovendo a coparticipação do idoso na elaboração das rotinas que envolvem seu atendimento. Compreender esse processo e investigar a expectativa do idoso nesse contexto possibilitará o levantamento de argumentos para uma mudança dos parâmetros na condução do cuidado hospitalar.

Além disso, questiona-se se o paciente percebe essa falta de autonomia e se isso o incomoda, se existe possibilidade de gerenciamento direto do cuidado autônomo, quais são os riscos relativos e qual será a responsabilização das partes envolvidas.

A tarefa de responder a essas indagações e a outras que poderão surgir, no decorrer da investigação, convergirá para reflexões acerca do cuidado e de seu planejamento em nível hospitalar, bem como dos vários fatores que interferem no desafiador cenário da autonomia e dependência do paciente idoso internado.

Assim, parto em busca do alcance do objetivo de compreender as experiências do idoso hospitalizado em relação a sua autonomia durante a internação. Para tal, o presente trabalho está estruturado em cinco capítulos. O primeiro capítulo, chamado de introdução, aborda a justificativa pela temática escolhida. A seguir, apresenta-se o referencial teórico e conceitual, com destaques ao envelhecimento, à hospitalização e à autonomia. No terceiro capítulo, informa-se a abordagem metodológica escolhida, com uma breve revisão da fenomenologia existencialista de Ponty, além da descrição dos passos da compreensão e interpretação dos dados.

O quarto capítulo, por sua vez, apresenta a análise e interpretação dos dados obtidos. Neste momento, surgem as categorias encontradas, ou seja: “vivenciando a vulnerabilidade”, “convivendo com o paternalismo profissional” e “conscientizando-se da autonomia relativa”. Para finalizar, o último capítulo delinea as considerações finais. Como parte integrante e de fundamental importância no entendimento do tema proposto, este estudo traz, ainda, um anexo e seis apêndices condutores do processo.

1.3. REVISANDO O REFERENCIAL TEÓRICO E CONCEITUAL

Em virtude do atual cenário demográfico que se apresenta à sociedade, o envelhecimento humano demanda diversas alterações estruturais nos mais diferentes níveis de atendimento à saúde do idoso. Tal cenário também suscita a necessidade de reavaliar condutas e princípios norteadores da prática da internação hospitalar, buscando planejar rotinas, normas e procedimentos que objetivem o melhor atendimento possível a uma população que requer um cuidado que vai além, que conjugue o atendimento às necessidades agudas de sua moléstia com um cuidado específico, relacionado à manutenção de sua autonomia e à minimização de sua dependência. Para tanto, a articulação dessas realidades passa a ser sustentada por preceitos éticos e de conduta que devem ser amplamente discutidos.

1.4. ENVELHECIMENTO: CONTEXTUALIZANDO UMA REALIDADE IMPACTANTE

A partir da década de 1960, constatou-se, demograficamente, uma gradual e expressiva queda da fecundidade, que, somada ao declínio da mortalidade, promoveu uma impactante transformação social, até então não percebida e valorizada: o envelhecimento populacional.

A proporção de idosos, na comparação com a população geral, em 2000, era de 8,6%, projetando-se um perfil demográfico que contabilizará, em 2020, 15% da população brasileira. Esse dado concretiza praticamente o dobro de idosos na pirâmide populacional. O mesmo censo vislumbra um significativo aumento de octogenários: de 11%, em 2000, para 19%, em 2050. (IBGE, 2000).

Em termos de morbidade hospitalar, o CEVS-RS (RIO GRANDE DO SUL, 2006) destaca as doenças do aparelho respiratório, com 19,2%, seguidas por problemas gestacionais, de parto e puerpério, com 16,9%, e, em terceiro lugar, as doenças do aparelho circulatório (DAC), que representam 70% dos óbitos relacionados a doenças isquêmicas cardíacas e cerebrovasculares. Relativamente às doenças respiratórias, enfatizam-se as pneumonias, a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e a asma, que juntas perfazem em torno de 62,9% dos motivos de internação hospitalar. Essas são as doenças prevalentes no idoso, atingindo o coeficiente máximo de morte depois dos oitenta anos.

Para ilustrar o exposto, o referido censo situa o Rio Grande do Sul em segundo lugar no coeficiente de internação por doença cardiovascular e respiratória no país, e o mesmo coeficiente para neoplasia salta para o primeiro lugar. Os indicadores demográficos apontam, ainda, para um aumento da mortalidade por diabetes mellitus e pneumonia em idosos, classificando o estado como o primeiro em mortalidade por doenças crônicas, também prevalentes nessa faixa etária.

Com a aceleração do crescimento demográfico de idosos, impõe-se o aumento da prevalência de doenças crônicas e da necessidade de cuidados à saúde com a hospitalização, o que implica a urgência de priorizar a prevenção em todos os países, além de buscar alternativas para o internamento de pessoas idosas nas instituições hospitalares. A literatura sustenta que 85% dos problemas de saúde podem e devem ser resolvidos na rede primária, porém, na prática, o que se percebe é a falta de leitos e a superlotação das emergências dos hospitais públicos e privados.

Por sua vez, os profissionais da saúde necessitam rever a forma de abordagem, tratamento e cuidado das pessoas com doenças crônico-degenerativas. Nesse cenário, a sociedade se depara com uma assustadora perspectiva de aumento da fragilidade e das comorbidades, gerando inquietudes entre os idosos, que estão em busca de um cuidado digno à sua saúde.

Carvalho e Garcia (2003) apontam que o processo de envelhecimento populacional tem início assim que se estabelece o declínio sustentado das taxas de fecundidade de uma população. Desse modo, o declínio da mortalidade já não atua sozinho na indicação do estreitamento progressivo da base da pirâmide. A tendência nacional é a produção de um crescimento nulo da população, uma vez que a taxa de fecundidade se aproxima daquela referente à reposição populacional.

Essa alteração na estrutura etária populacional deve promover mudanças nos âmbitos econômico, político, ambiental e cultural, entre outros. Portanto, a sustentação desse processo – que pressupõe o fortalecimento de ações baseadas em determinantes sociais e coletivos especialmente voltados à população idosa – se torna um desafio constante na busca de oportunidades para o enfrentamento racional da situação posta.

Um fator relevante, e que traz como consequência lógica dificuldades no processo do envelhecer, é o fato de que, em se tratando de países do Terceiro Mundo, o envelhecimento populacional ocorreu antes de se concretizar uma real melhoria da qualidade de vida da população em geral (KALACHE, 2008). Nesse sentido, o domínio dos conhecimentos acerca do processo do envelhecimento ocorre em uma dimensão biopsicossocial, envolvendo, portanto, inúmeras áreas determinantes do nível da qualidade de vida, que é, claramente, o objetivo de excelência na vida de todo ser humano. Saúde física e emocional, suporte social adequado, ruptura de estereótipos que circundam a velhice, relações interpessoais preservadas e manutenção da funcionalidade dinâmica são indicadores de qualidade de vida no envelhecimento humano.

Surge, nesse contexto, a necessidade da implementação de um “pacto de solidariedade social”, com bases intergeracionais e internacionais, o qual engloba temas sobre o trabalho na vida do idoso e as questões de previdência e habitação. A reestruturação do mercado de trabalho, com vistas a manter o idoso com sua capacidade laboral dignamente preservada, é uma temática que demanda ações políticas, sociais e econômicas profundas, com destaque na previdência. A solidez dessa estruturação resulta em bem-estar social, que tem como consequência a oferta de oportunidades para

o desenvolvimento pessoal. Contudo, uma abordagem faz-se necessária para complementar a ideia de solidariedade social: o preparo das gerações que cresceram em uma sociedade pós-industrial, a fim de valorizar e determinar um espaço de respeito ao idoso, o que inclui ações educacionais intergeracionais construídas e legitimadas por cidadãos postos em ambos os lados do poder. (KALACHE, 2008).

A complexidade e a dificuldade de integração dos indicadores de qualidade de vida geram, muitas vezes, implicações na área da saúde que conduzem aos mais variados tipos de patologias agudas e crônicas. Para a resolução da problemática citada, ou, pelo menos, para a sua adaptabilidade, existem, hoje, os serviços de saúde com cunho curativo, extremamente fortalecidos e amplamente utilizados por idosos, os quais, porém, conduzem ao processo de cura em detrimento da prevenção.

Em nível de Brasil, as estratégias (entendidas, aqui, como cenário de ações) voltadas à saúde do idoso têm como base a Portaria nº 1.395/GM, de 10 de dezembro de 1999, que intenciona alcançar parâmetros de atenção integral à população idosa que cresce. A articulação intersetorial almeja estabelecer e desenvolver ações na área do envelhecimento humano.

Não se podem abordar os aspectos que envolvem a saúde do idoso, sem antes contextualizar a família em que ele está inserido, a qual, como estrutura social, é culturalmente responsabilizada pelo seu efetivo apoio. Todavia, a estrutura familiar tem sofrido mudanças radicais, de modo que é comum encontrarem-se três ou quatro gerações vivendo em um mesmo tempo, mas em espaços diferentes, o que vem a caracterizar uma diferenciação no núcleo familiar. Em contrapartida, hoje o idoso é, eventualmente, o provedor do sustento da família, concretizando outro extremo, visto que várias gerações dependem de seu provento.

Isso posto, questiona-se o que a família pode oferecer de suporte para o idoso manter otimizados aspectos como saúde física e emocional. Quando o sistema de apoio familiar se fragiliza, a questão do envelhecer saudável extrapola essa esfera para suscitar auxílio em âmbito público. Nesse sentido, as diretrizes essenciais do Plano Nacional de Saúde do Idoso abarcam a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção da capacidade funcional, a assistência às necessidades de saúde do idoso, a reabilitação da capacidade funcional comprometida, a capacitação de recursos humanos especializados, o apoio e desenvolvimento de cuidadores informais e o apoio ao estudo

e à pesquisa. Tais diretrizes contemplam, em sua totalidade, os requisitos anteriormente nomeados para o alcance da qualidade de vida do idoso.

Nessa esteira, em 1º de outubro de 2003, decretou-se e sancionou-se a Lei nº 10.741, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso. Vários são os artigos, postos em seus títulos, que promovem a proteção integral do idoso contra quaisquer aspectos relativos à violência física, moral e à discriminação social. No capítulo IV, “Do Direito à Saúde”, estabelece-se prioridade de atendimento tanto em nível domiciliar quanto em nível de internação. Questões concernentes a educação, cultura, profissionalização, previdência social, habitação, transporte, medidas de proteção e fiscalização, entre outros, estão amplamente descritos e meticulosamente explanados, a fim de promover ao idoso, nas mais diferentes situações de vida, qualidade e dignidade no envelhecer.

Em se tratando de dignidade, o resgate da ética em uma perspectiva de envelhecimento digno perpassa diversas discussões na sociedade que envelhece. Nesses debates, a dissociação entre o discurso e a prática não deve encontrar espaço, a fim de garantir o alcance dos objetivos intencionados na legislação, e, para tanto, inúmeras inovações fazem-se necessárias. Entende-se que o processo do envelhecimento não envolve somente os idosos, mas toda a sociedade. Daí resulta que o poder público e os cidadãos precisam atuar em sintonia, consolidando ações práticas que reportem a uma verdadeira mudança de conceitos e atitudes.

Segundo Demo, “o Estado é ao mesmo tempo concentração de força e concentração de poder” (2002, p. 25). Diante disso, valores ideológicos partidários e vontade política voltada à população mais necessitada e vulnerável devem englobar ações que possibilitem políticas sociais justas e factíveis de serem implementadas com efetividade, atingindo os objetivos que permeiam o processo de prevenção da doença no idoso.

A proteção à família (conjuntamente com a maternidade, a infância, a adolescência e a velhice), o amparo às crianças, a integração no mercado de trabalho e a atenção às pessoas portadoras de deficiências são tarefas da assistência social (BRASIL, 2006). Nessa instância, há de ocorrer integração entre ações de iniciativa público-governamental e da sociedade civil, com a finalidade de interferir não apenas em situações-limite ou de risco, mas também em nível preventivo.

Entre outras, essas ações conjuntas resultam em melhoria da qualidade de vida, que, por sua vez, mantém uma relação direta com a velhice saudável. O idoso presente

nesse contexto vive hoje com a perspectiva de ações sociais que somente se concretizarão no futuro. As dificuldades inerentes a esse processo dinâmico não ocorrem com consequências individuais tão somente, pois atingem uma sociedade que ainda não alcança êxito no atendimento às necessidades básicas da população que envelhece.

Embora constitucionalmente garantida e assegurada como dever do Estado, a atenção formal à saúde do idoso permanece bastante diminuta. O Estado aparece como um parceiro pontual e eventual, com responsabilidades reduzidas, ainda atribuindo à família o “encargo” maior pelos cuidados desenvolvidos em casa a um idoso na dependência de outra pessoa. (KARSCH, 2003).

Karsch (2003) assinala que as estruturas de suporte social se mostram frágeis e não constituem redes de apoio organizadas, de forma que o cuidador principal continua sendo o familiar, o qual se encontra desprovido de orientações para suas ações e necessidades individuais e coletivas. Por esse motivo, o manejo do binômio saúde-doença no idoso torna-se difícil e com uma perspectiva de inquietação entre os envolvidos nesse processo. Nesse contexto, surgem determinantes propiciadores de estados de doenças agudas e crônicas que acometem idosos em uma perspectiva de necessidade de tratamento curativo, eventualmente oneroso e passível de ser transferido, com frequência, às instituições hospitalares, participantes desse sistema.

Uma transição demográfica impactante como a que está ocorrendo vem sempre acompanhada de alterações emergentes do perfil epidemiológico populacional. Doenças crônico-degenerativas colaboram para a institucionalização do idoso diante do despreparo das estruturas envolvidas anteriormente nomeadas. Fortalece-se, então, o aparecimento de um cenário de atendimento à saúde do idoso com características e funcionalidade específicas: o hospital.

1.5. HOSPITALIZAÇÃO: EVENTO ÍMPAR NA VIDA DO SER

O idoso é apontado como um dos principais usuários dos serviços de saúde no que tange à hospitalização (BRASIL, 2002). Nessa mesma linha, o CEVS-RS (RIO GRANDE DO SUL, 2006) afirma que ele é o maior consumidor dos serviços de saúde, necessitando de internações mais frequentes, produzindo ocupação de leito por mais tempo, sem ter o benefício à saúde certamente garantido.

Nesse ambiente, o idoso tem acesso ao atendimento multiprofissional, que se faz necessário para o resgate de sua condição de saúde. Por sua vez, a internação hospitalar pode ser considerada um fator de desestruturação físico-emocional ao paciente idoso, visto que ações e interações ocorrem de acordo com um vínculo estabelecido por força situacional e estrutural. Os aspectos que suportam essa relação – que tende a ser muito próxima e complexa – estão cercados, de um lado, por necessidades urgentes de atendimento e, de outro, por uma atividade profissional hierarquicamente determinada e dimensionada.

Para melhor abordar o tema da hospitalização, faz-se necessário um entendimento sobre a trajetória que o ser humano acometido por uma doença traçou até chegar ao hospital, que, somente ao final do século XVIII, surgiu como ambiente terapêutico, na medida em que, até essa data, era um espaço reservado aos desassistidos que se encontravam à margem da sociedade.

Na vigência da Revolução Industrial, os profissionais da medicina passaram a utilizar o ambiente do hospital para procedimentos de diagnóstico e tratamento (NIGHTGALE, 1989). Com o engajamento de outras profissões, a função do hospital expandiu-se, integralizando, em sua base administrativa, funções médico-sociais, educacionais, de capacitação de recursos humanos e pesquisa em saúde (BRASIL, 2002). Essa estrutura, que objetiva recuperar a saúde do paciente idoso, possui bastidores rigorosamente formatados segundo normas, rotinas e regimentos padronizados, nem sempre com características de flexibilidade. A filosofia instituída na maioria das instituições hospitalares é baseada em um modelo que gira em torno de suas normatizações e de seus profissionais.

Para ilustrar tal situação, Dalbosco afirma:

Esse, talvez, seja um dos problemas mais sérios, porque, com o avanço das ciências médicas, com a “secularização da alma” e a “dessacralização do corpo”, abre-se espaço para uma investigação cada vez mais especializada, mas também fragmentada do corpo, levando a que o profissional não tenha mais em vista, em sua atuação cotidiana, a dimensão de totalidade na qual o “corpo doente” se insere. (2006, p. 22).

A complexidade assistencial hospitalar abarca padronizações que tendem a conectar o paciente ao domínio da instituição de saúde em detrimento da personalização do cuidado. Circunstâncias regimentais impostas massificam procedimentos e

orientações com a finalidade de obter resultados específicos que atendam à demanda dos serviços em primeiro lugar. Obviamente, o objetivo de toda essa estrutura está calcado no ideal da recuperação da saúde do paciente.

O cenário de fronteira entre o paciente idoso internado e a estrutura administrativa hospitalar necessita ter suas amarras flexibilizadas, a fim de proporcionar crescimento mútuo aos envolvidos, evitando os efeitos deletérios que perpassam, eventualmente, o processo da internação. Essa transformação da estrutura do fazer o trabalho terapêutico não visa a transcender normas, mas a dinamizar e a sustentar as práticas, focalizando o paciente idoso como o sujeito que originou todo esse processo. Assim, é oportuno questionar: quem é este paciente que se está cuidando?

Este Tu (**paciente idoso**) não é qualquer coisa indefinida. É concretamente um rosto com olhar e fisionomia. O rosto do outro (**paciente idoso**) torna impossível a indiferença. O rosto do outro me obriga a tomar posição porque fala, “pro-voca”, “e-voca” e “com-voca”. Especialmente o rosto do empobrecido, marginalizado e excluído. (SCHWANKE; CRUZ, 2005, p. 268, grifo nosso).

Nesse sentido, o cotidiano das relações do cuidado nas instituições hospitalares, muitas vezes indiferente, mecânico e automatizado, não facilita a percepção do outro, tornando massificada a atuação profissional. Esses aspectos favorecem a despersonalização do ser humano, o que, por conseguinte, põe em risco a manutenção de sua dignidade.

Os vínculos terapêuticos estabelecidos nesse ambiente estão fundamentados em uma relação entre um indivíduo “incapacitado” e um profissional que ocupa um papel socialmente reconhecido, o qual deve funcionar como agente provedor do cuidado. Como resultado dessa equação, espera-se alcançar a melhoria das condições de saúde do indivíduo sofredor. Assim, essa prática terapêutica se posiciona como pano de fundo da relação e determina que o papel do doente esteja intimamente arrolado a uma alienação inevitável. (AGICH, 2008).

Para reforçar essa referência, menciona-se o paternalismo profissional gerado no ambiente hospitalar, que oferece certa possibilidade de se tomar decisões pelos outros (entendam-se “outros” por pacientes). A tomada de decisão acerca do processo da saúde do outro é um direito não concedido, porém executado rotineiramente. Agich (2008, p.

133) ressalta que a única indagação acerca da tomada de decisão é sobre quem tem autoridade para fazê-lo por outra pessoa.

A respeito do tema do paternalismo profissional, Engelhardt (2001) destaca que o fortalecimento das relações entre paciente/profissional/familiar deve superar a dimensão paternalista, no sentido de permitir que essas relações sejam benéficas para o alcance de melhores resultados para o cuidado e para a saúde. Como resultado disso, constitui-se a ampliação da autonomia do paciente durante o processo terapêutico.

No entanto, a prática do cuidado, em nível hospitalar, vem acompanhada de posições hierárquicas específicas ocupadas por determinadas profissões na rede do cuidado ao paciente idoso. Cada meta a ser atingida engloba a atividade racional e efetiva de cada componente dessas posições. Protocolos rigorosos compartilham o atendimento humanizado pretendido, com ações facetadas e designadas uniformemente a todos os pacientes, ou seja, automatizadas. Assim, a racionalidade terapêutica, invariavelmente, ocupa seu espaço, ordenando, fragmentando e despersonalizando as ações do cuidado.

Segundo Beauchamp e Childress, “o valor de uma vida é principalmente (ainda que não exclusivamente) o valor que ela tem para a pessoa que a possui” (2002, p. 206). Com base no pressuposto de que os profissionais da saúde trabalham com a vida do outro, surge a necessidade de se reavaliar os limites das ações no espaço organizacional do cuidado e de se discutir a possibilidade de ofertar esse cuidado com respeito à inclusão da autonomia do ser humano que requer o atendimento hospitalar.

1.6. AUTONOMIA: DO CONCEITO À PROBLEMATIZAÇÃO CONTEXTUAL

A autonomia, direito incondicional de todas as pessoas, tem sua violação consumada quando as pessoas são tratadas como meio e não como fim (KANT, 1964). O termo tem origem no grego, da palavra formada pelo adjetivo pronominal *autos* – que significa, ao mesmo tempo, “o mesmo”, “ele mesmo” e “por si mesmo” – e *nomos* – que significa “compartilhamento”, “lei do compartilhar”, “instituição”, “uso”, “lei”, “convenção”. Nesse sentido, autonomia significa, propriamente, a competência humana de “dar-se suas próprias leis”. (MACHADO, 2006).

Em 1979, foi promulgada a Carta do Usuário do Hospital, afirmando, dentre outros, o direito à autodeterminação, ao consentimento ou à recusa aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, bem como a informações sobre todos os fatos referentes ao

seu estado de saúde. Em 1999, surgiu, no país, o Código de Defesa do Consumidor, pela lei nº 8.078. Anteriormente, em 1995, fora constituído o Fórum de Patologia do Estado de São Paulo, que propôs discutir os direitos dos pacientes. Em 1997, o Conselho de Saúde do Estado de São Paulo emitira a Cartilha dos Direitos dos Pacientes, que enfatiza o direito à informação esclarecedora, ao consentimento informado, à segurança e ao livre arbítrio. (MACHADO, 2006).

A autonomia ocorre quando as pessoas, capazes cognitivamente, têm o direito de tomar decisões a respeito do tratamento de saúde no que tange a exames, condutas e a cuidados a que se submeterão. É comum, na geriatria, pacientes com idade avançada, junto com seus familiares, enfrentarem decisões importantes e terem conflitos entre duas opções de tratamentos, como autorizar a realização de cirurgia, internar ou não numa Unidade de Terapia Intensiva (UTI), dentre outros. Além disso, frequentemente, o paciente idoso é “incapaz” de manifestar sua opinião em momentos de crise, razão pela qual muitas pessoas optam por elaborar documentos quando estão longe de situações estressantes, registrando suas vontades acerca de atitudes que devam ser adotadas diante de risco. Essa é uma alternativa palpável e prática que auxilia no exercício da autonomia em decisões futuras. Denota-se, assim, que o exercício da autonomia exige competência e liberdade das pessoas. Por seu turno, a velhice, muitas vezes, pode levar o ser humano a um estado de vulnerabilidade em relação à sua autonomia, pois existe o estigma de que o processo de envelhecimento possa diminuir a sua capacidade de discernimento e de poder de decisão. (MACHADO, 2006).

Relativamente à autonomia, pode-se afirmar ainda:

A capacidade de tomar decisões e a de autogoverno podem ser comprometidas por doenças físicas e mentais ou por restrições econômicas educacionais. Infelizmente, é muito frequente observar que, na vigência de situações de dependência, a autonomia da pessoa idosa tende a não ser considerada. Parece ser erroneamente aceitável que, uma vez que ele não é parcial ou totalmente capaz de executar uma ação (em termos físicos), ele também não é capaz de decidir sobre a mesma. Tal observação ocorre tanto no contexto familiar como no institucional. A condição de dependência é a que mais amedronta os idosos. A principal consequência da associação entre velhice e dependência é o desenvolvimento de atitudes negativas em relação às pessoas idosas. (BRASIL, 2006, p. 40).

No âmbito da assistência à saúde, o conceito de autonomia tem sido relacionado com a possibilidade da tomada de decisão executada pelo paciente. Nesse momento,

pode-se intuir a concretização da partilha de decisões. Para isso ocorrer, é fundamental rever a relação contratual firmada pelos envolvidos em tal ação. Na condição de contratante, o paciente necessita ter explicitado claramente a sua posição como pessoa reconhecida, possuidora de direitos sobre as decisões acerca de seu tratamento. (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Em contrapartida, Agich (2008) expõe que indivíduos que não detêm qualidades de autonomia (entre eles os doentes ou debilitados) estão sujeitos a decisões delegadas por outros, as quais têm papel importantíssimo no que concerne aos cuidados com a saúde, uma vez que estão fundamentadas no pensamento legalista da ética médica. Essa dissociação propõe um paradoxo relacional que deve estar alicerçado no âmbito legal e nos direitos humanos. Os limites desse alicerce estão, obviamente, envoltos pelo princípio da autonomia, “que se refere ao respeito devido aos direitos fundamentais do homem” (SGRECCIA, 2002, p. 167). Incorporar a autonomia nesse contexto traz à luz a necessidade de revisão conceitual em torno desse princípio.

A autonomia aqui referida não pode ser entendida como poder absoluto e ilimitado, uma vez que este induziria à autossuficiência, que não encontra espaço nessa relação. Há de haver uma compatibilidade entre o poder individual e os demais poderes que circundam o contexto da hospitalização do idoso.

Deliberar e escolher são entendimentos, segundo Beauchamp e Childress (2002), significantes para a autonomia. Ao deliberar, planejam-se meios adequados para atingir determinado fim. Por sua vez, escolher denota possibilidade de opção entre os caminhos oferecidos. Campi (2004) estabelece condições para a realização de uma opção autônoma: agir com intencionalidade, com conhecimento de causa e sem influências controladoras. Com base nesse entendimento, problematiza-se a situação posta em um ambiente hospitalar sistematicamente estruturado em rotinas e padrões preestabelecidos de acordo com a racionalidade profissional. Existiria, efetivamente, a possibilidade da realização de uma opção autônoma nesse ambiente?

Both, Pasqualotti e Portella (2008) ressaltam que o idoso passivo resume-se a um “mito” imposto pela sociedade em geral. Os autores avaliam que o ser humano mais velho deve manter uma atitude de controle ativo sobre o meio em que está inserido. Coloca-se em questão, no presente estudo, a possibilidade da manutenção dessa atitude no ambiente hospitalar.

Diferentes indivíduos em diferentes momentos e circunstâncias serão competentes ou incompetentes em diferentes áreas e diferentes graus. Tal afirmação pode reportar a questões como a autonomia restringida, conceito que revela a capacidade de escolher diminuída pelas condições em que se encontra o sujeito. Uma vez que o paciente está em um ambiente normalmente desconhecido, a hospitalização pode induzi-lo a uma sensação de restrição de autonomia (ENGHELHARDT, 2001). Esse paradoxo prático permite a seguinte percepção: mesmo competente, um sujeito comum eventualmente não apresenta o entendimento necessário para decidir o que é melhor para si naquela situação, o que ratifica as questões de biopoder e relativiza a ação autônoma do paciente.

Diante da relatividade da ação autônoma, deve-se levar em consideração o respeito ao direito e à vontade do outro. Goldim (2000) esclarece que o princípio da autonomia pode ser renomeado pelo princípio do respeito à pessoa, ou, ainda, pelo princípio do consentimento, de acordo com o autor e a época de referência. Qualquer que seja a nomenclatura determinada, a base teórica não pode deixar de citar Kant.

Kant propôs a autonomia, partindo de um critério de universalidade. Ele assim conceitua a autonomia da vontade:

É a constituição da vontade, pela qual ela é para si mesma uma lei – independentemente de como forem constituídos os objetos do querer. O princípio da autonomia é, pois, não escolher de outro modo, mas sim deste: que as máximas da escolha, no próprio querer, sejam ao mesmo tempo incluídas como lei universal. (1964, p. 70).

O autor menciona, ainda, que a autonomia, como “competência da vontade humana”, deve poder se adequar a uma lei universal. A racionalidade da tomada de decisão consciente e aplicável universalmente sugere o respeito à autonomia como prerrogativa de um cuidado ético estabelecido entre o profissional da saúde e o paciente idoso, devidamente orientado e informado sobre as intervenções dessa natureza a serem executadas durante seu internamento hospitalar.

Redimensionando o conceito de autonomia, emerge o princípio do consentimento, como estratégia moral e solidamente fundamentada por conceitos legais. Mais do que um trâmite burocrático, esse princípio assegura a autonomia, uma vez que somente pode ocorrer após instrução e orientação adequadas. Por sua vez, os

determinantes circunstanciais que asseguram o entendimento por parte dos envolvidos são relativos e nem sempre seguros.

O ato de renomear o princípio da autonomia como consentimento revela que aquilo que se pretende alcançar não reverte em valor de posse autonômica, mas sim no reconhecimento de que o consentimento envolve decisões em comum e que caminham para benefício de ambos. (ENGELHARDT, 2001).

Contextualizando o ser humano adoecido, destaca-se a seguinte situação: as pessoas saudáveis têm controle sobre seu comportamento, podem tomar iniciativas e realizar mudanças. Escolha, controle, iniciativa, concepção de alternativas, tomada de decisão, responsabilidades são elementos constitutivos do potencial humano. Entretanto, quando doentes, essas potencialidades características são ameaçadas, tendo em vista que a doença estreita as possibilidades, e os pacientes simplesmente não podem usar seu poder de reação, não podem decidir sozinhos ou agir de modo decisivo em seu próprio interesse como faziam antes. (DRANE; PESSINI, 2005).

Há de ser levantada, ainda, a questão da heterogeneidade do envelhecimento humano. O sujeito que envelhece, mesmo que esteja acometido por doença e que necessite de cuidados de outros, deve ser abordado como um ser que passa por mais uma fase no curso de sua vida, em contínuo desenvolvimento. Essa afirmação está calcada na teoria do percurso da vida e sugere a necessidade de promover estratégias para a manutenção da autonomia do idoso, respeitando as suas capacidades e os seus limites individuais. Não se pode esquecer, nesse sentido, que as relações de dependência estão presentes em todo o percurso da vida, em diferentes graus. Essa dependência relativa não impede, no entanto, que a autonomia esteja presente em maior ou menor intensidade.

Promover segurança e fortalecer a proteção no ambiente hospitalar conduz o idoso ao exercício da sua autonomia. Para tanto, o ambiente deve se mostrar relativamente flexível e com equilíbrio entre o permitido e o plausível de ser executado, facilitando a possibilidade de tomada de decisão por parte do idoso hospitalizado. Todavia, a realidade da maioria das instituições hospitalares brasileiras oferece ao paciente idoso uma rotina desconhecida e arbitrária, a qual dificulta o acesso a informações capazes de possibilitar a tomada de decisão lógica e racional por parte do paciente.

Por fim, relacionando o ambiente oferecido com a autonomia do idoso, retomase Caldas (2003), que enfatiza a necessidade de se oferecer ambiente e assistência adequados, a fim de que o processo de dependência possa se modificar no sentido de sua redução ou prevenção.

2. DIRECIONANDO-SE À ABORDAGEM METODOLÓGICA

Como enfermeira assistencial e docente, encontrei lacuna no que tange ao tema da autonomia de idosos hospitalizados. Por prezar pela qualidade de vida do paciente idoso hospitalizado, presumo que a relação do cuidado, fundamentada na confiança e no respeito, requer, como condição fundante, que a autonomia deva ser considerada. Porém, ainda permaneço com muitas inquietudes no que se refere ao assunto. A compreensão do significado da autonomia, na visão do paciente idoso hospitalizado, constitui, para mim, um importante desafio profissional e pessoal. Por isso, busco, com o apoio da fenomenologia, a essência da autonomia na sua multidimensionalidade no contexto do cuidado ao idoso hospitalizado.

A fenomenologia se apresenta como uma abordagem significativa na busca da compreensão dos fenômenos que cercam o ser humano. Sua abordagem permite situar o ser no mundo em sua totalidade vivida. Pensar sobre o ser e a existência com o enfoque fenomenológico possibilita, portanto, a ampliação da construção do conhecimento.

2.1. FENOMENOLOGIA: UM REFERENCIAL QUE INDUZ AO PENSAMENTO

A palavra “fenomenologia”, do ponto de vista etimológico, significa “o que se mostra”, propondo, assim, a leitura da realidade que se apresenta. A fenomenologia passou a ser fortemente reconhecida a partir da expansão do conhecimento da corrente filosófica de Husserl, no século XX. A “volta às coisas mesmas” define seu fundamento. Aparece aqui a intencionalidade, como forma concreta do que aparece à consciência.

Esse movimento filosófico intenta descrever o fenômeno exatamente como ele aparece, nunca deixando de lado a essência do ser e suas relações. Essa abordagem afirma que tais fenômenos ocorrem dentro de um determinado tempo e espaço, devendo ser mostradas, a fim de se alcançar a compreensão do vivido.

No início deste estudo, e mais especificamente no decorrer do período dedicado à sua produção, muitos foram os questionamentos e as recordações envolvidas, e maior ainda foi o intento de obter respostas em torno do tema proposto. Os questionamentos que emergiram naquele momento conduziram à tentativa de aprofundar o entorno do processo da autonomia do paciente idoso hospitalizado.

O referencial fenomenológico, como método, pode contribuir na compreensão do ser humano do qual se cuida, “sujeito” desse processo. Salienta-se que a compreensão do significado da autonomia para o paciente idoso hospitalizado não deve partir de teorias preconcebidas ou de pressupostos já estabelecidos. Entrar no mundo dos sujeitos idosos que vivenciam essa experiência pode desvelar necessidades e significados ocultos e, como tal, não reconhecidos no cotidiano do cuidado hospitalar. (SILVA, 2007).

Dessa forma, a fenomenologia foi entendida como o caminho mais adequado para se obter as respostas necessárias à compreensão do fenômeno, permitindo o alcance do objetivo deste estudo.

Von Zuben afirma que

as experiências, as vivências não devem constituir simples momentos na vida de um sujeito: precisam ser por ele apreendidas, adquirir uma significação, ter seu sentido revelado. Tal revelação se alcança pela aplicação do método fenomenológico, que consiste em ir às coisas mesmas, aos fenômenos, ao que aparece à consciência, que se manifesta em si mesmo, que se dá como objeto intencional. (2007, p. 55-56).

Conforme Abbagnano (2004), a fenomenologia representa um pensar sobre a volta às coisas mesmas, superando construções previamente estabelecidas, conceitos anteriormente concebidos acerca do fenômeno e das questões aparentes que se apresentam. Colaborando com essa ideia, Ojeda acrescenta:

[...] essência do fenômeno, tendo a “epoché”, significando colocar entre parênteses as crenças, pressupostos e teorias a respeito do que está sendo interrogado. O fenômeno é então, colocado em suspensão, sendo buscado por aquilo que se mostra. Não é preciso insistir que se veja com os próprios olhos, mas, sim, que se deixe ver uma interpretação que os preconceitos impõem aos sujeitos. (2007, p. 49).

Por sua vez, Bicudo aponta que “a fenomenologia tem por meta ir-à-coisa-mesma, tal como ela se manifesta, afastando-se em um primeiro momento de pressupostos teóricos e de um método de investigação que, por si só, conduza à verdade” (2000, p. 71). Desse modo, a inexistência de uma verdade única – ou a existência de verdades temporais e históricas – baseia a fenomenologia. Portanto, a rigorosidade, a profundidade e a imparcialidade são requisitos essenciais a quem

pretende utilizar o método fenomenológico com o intento de descrever a experiência vivida e o seu significado em um momento específico.

A fenomenologia foi fundada pelo filósofo alemão Edmund Husserl, que por isso ficou conhecido como o “pai da fenomenologia”. Segundo Cobra,

Husserl achava que os filósofos estavam complicando a teoria do conhecimento em lugar de considerarem com objetividade o fenômeno da consciência como é experimentada pelo homem. O que importava para ele era o que se passava na experiência da consciência, através de uma descrição precisa do fenômeno. Essa descrição precisa do fenômeno para Husserl só é possível por meio do que chamou de “redução transcendental”. (2001).

De acordo com o autor, isso significa retirar a experiência de uma visão teórica eventualmente preconcebida para tomar conhecimento dela de modo preciso e objetivo.

Em sua crise filosófica, o positivismo enfrentou questionamentos que extrapolavam os limites da compreensão das ciências humanas. Nesse contexto, Husserl refundamentou os conceitos e demonstrou novas possibilidades, utilizando a compreensão do que se mostra para reconstruir o conhecimento. (COLTRO, 2000).

A fenomenologia é conduzida por passos que se ratificam com a exigência de um procedimento rigoroso para a elucidação do fenômeno. Vista como método da crítica do conhecimento universal das essências, a fenomenologia é o caminho (método) que tem por “meta” a constituição da ciência da essência do conhecimento, ou seja, a doutrina universal das essências. (GALEFFI, 2000).

Entre outros filósofos contemporâneos seguidores de Husserl que desenvolveram novas abordagens fenomenológicas, destacam-se Martin Heidegger, com a fenomenologia hermenêutica, questionando o ser-no-mundo-existencialista; Jean Paul Sartre, também existencialista; e Maurice Merleau-Ponty, que trata da percepção existencial, recolocando a essência do fenômeno na existência humana.

2.1.1. CONTRIBUIÇÕES PONTYANAS

Utilizou-se, neste estudo, a fenomenologia existencialista pautada no discurso fenomenológico de Maurice Merleau-Ponty¹, cujo centro está na percepção do ponto de

¹ Escritor e filósofo, foi líder do pensamento fenomenológico francês. Nasceu no dia 14 de março de 1908, na cidade de Rochefort, e faleceu em 4 de maio de 1961. Em Paris, estudou na École Normale Supérieure, graduando-se em filosofia no ano de 1931. Lecionou em vários Liceus, antes da Segunda

vista de quem vive a experiência. De acordo com o autor, pensar no mundo da vida, vivendo-a não fora dele, é, de todas, a reflexão mais adequada. A noção de ambiguidade do mundo em que se está inserido constrói o pensamento de Ponty.

Em suas obras, Merleau-Ponty trata do corpo, o corpo vivido, a partir do qual “eu” posso “estar no mundo” em relação com os outros e com as coisas. Assim, ultrapassando a concepção materialista do corpo, que o considera como objeto, “eu não tenho um corpo”, mas “eu sou o meu corpo”. Ponty foi um filósofo que trabalhou com as questões do corpo inserido no mundo, com a subjetividade e com a expressividade da fala.

Reconhecido como seguidor de Husserl, reviu muitos de seus pensamentos, oferecendo a possibilidade de um novo olhar sobre temas como a redução e a intencionalidade. Nesse contexto, Ponty coloca a percepção como o fundo sobre o qual todos os atos se libertam, sendo entendida como um campo de revelação do mundo. Sua visão propõe a redução fenomenológica como uma tentativa lógica para o alcance da realidade, embora reconheça que esta nunca é completa. Uma vez que romper a familiaridade com o mundo torna-se uma impossibilidade, a redução nunca será total, pois está mediada pela questão existencial, fortemente arraigada no homem. Na concepção pontyana, o pesquisador, a redução estão aqui para duvidar do mundo e, então, dar-se conta dele. (COBRA, 2001).

Ponty traz, ainda, a definição da fenomenologia como o estudo das ciências, dos significados articulados no discurso em que o fenômeno vai-se mostrar. Também a descreve como a filosofia para a qual não se pode compreender o homem e o mundo a não ser a partir de sua facticidade, citada como caráter próprio da condição humana pelo qual cada homem se encontra comprometido com uma situação não escolhida. (MURAMATSU, 2001).

A ideia de utilizar Maurice Merleau-Ponty como base para compreender o significado da autonomia para o idoso hospitalizado fortaleceu-se com o conhecimento de sua fundamentação filosófica. A temática selecionada para estudo instiga o aprofundamento de questões que perpassam a esfera assistencial e embocam em situações de delicado desvelamento. Diante disso, o respaldo da fundamentação

Guerra, durante a qual serviu como oficial do exército francês. Em 1945, foi nomeado professor de Filosofia da Universidade de Lyon e, em 1949, chamado para lecionar na Sorbonne, em Paris. Em 1952, ganhou a cadeira de Filosofia no Collège de France. De 1945 a 1952, foi codiretor (com Jean Paul Sartre) do jornal *Lês temps modernes*. Suas obras mais importantes foram *La structure du comportement* (1942) e *Phénomologie de la perception* (1945). (COBRA, 2001).

pontyana ilustra a percepção necessária ao encontro dos resultados, muitas vezes incertos e inesperados, na medida em que são baseados na subjetividade existencial.

Merleau-Ponty procurou atingir uma autêntica reflexão fenomenológica que fosse capaz de servir como meio de tomar consciência de nossa relação com o mundo. Ele não entendeu que a finalidade da redução seja a de nos retirar do mundo para uma consciência pura, e sim que a redução não deve ser considerada como um empreendimento idealista, senão como uma fórmula de uma filosofia existencial.

Ao fugir do pensamento cristalizado, Ponty não se limita à explicação, instigando, ao contrário, a repensar valores postos como corretos e certezas tidas como concretas. Para tanto, o filósofo restabelece a relação entre os fenômenos e nossas experiências. (TERRA, 2007).

O desvelamento das sensações que envolvem a totalidade corpo-alma revela o que está desconhecido, e essa revelação conduz a uma melhor compreensão do ser humano e de sua existência. O fenômeno da autonomia está apropriado nessa unidade subjetiva que se sugere compreender. Com ênfase na subjetividade, o filósofo pretende compreender o que se manifesta na consciência e tornar essa compreensão visível.

Com a fenomenologia existencial, Merleau-Ponty distancia-se de Husserl, por trazer como preocupação principal o tratamento da intencionalidade vinculada à percepção. Logo, a fenomenologia existencialista busca o sentido do objeto da experiência para a consciência e a intencionalidade do outro para reposicioná-la no mundo (TERRA, 2007). Trata-se, segundo Sena (2006), da noção de que estamos inseridos em um mundo que se concretiza pela ambiguidade, em um campo fenomenal; isto é, ao mesmo tempo em que sou uma pessoa, trago comigo uma impessoalidade, aspecto presente na literatura, no cinema, enfim, na vida cotidiana. O mesmo autor ratifica, ainda, a insuficiência dos conceitos preestabelecidos, ao discorrer sobre o mundo em que estamos inseridos, o qual está em constante construção, portanto inacabado e não objetivado. Na visão de Merleau-Ponty, o espaço em que o ser humano está inserido passa a ser o espaço existencial, onde o homem vive a sua existência, uma vez que “ser corpo é estar atado no mundo, e o nosso corpo não está no espaço, ele é no espaço”. (1999, p. 59).

Benincá refere-se à fenomenologia de Maurice Merleau-Ponty, relacionando um ato comunicativo com a experiência consciente:

Estuda-se a experiência consciente como um ato comunicativo de um corpo situado em um determinado ambiente, que especifica um modo de ser e de relacionar-se com o mundo. A experiência apresenta-se como objeto da consciência através da percepção; a consciência, por sua vez, transforma-se em experiência através de uma ação expressiva. A consciência da experiência se constitui e se manifesta no momento reversivo de percepção e expressão, identificando e atualizando a intencionalidade (direção e sentido) da ação. (2002, p. 25).

Merleau-Ponty entende ser necessário evitar a cristalização do pensamento. Com esse entendimento, busca-se estabelecer o ponto de contato entre os fenômenos e nossas experiências. Ao discursar, o ser humano exterioriza ações, gestos, expressões que atuam como mediadores entre a experiência e a consciência. Há que se ponderar, igualmente, que os silêncios e as lacunas também dizem algo. (MERLEAU-PONTY, 1999).

Preocupado com as experiências do ser humano, Ponty buscava um ser que existisse no mundo da vida real, considerando a percepção como elo com o outro e com o mundo. Nesse sentido, a fim de concretizar a fenomenologia existencial, categorizou três momentos distintos: a percepção, a descrição e a intencionalidade.

Na primeira fase, a **percepção**, Ponty descreve o mundo vivenciado pelo sujeito exatamente como ele se apresenta, sem o desejo de oferecer explicações abusivas. Nesse momento, concretiza-se a descrição da experiência consciente vivida. O ser que “existe no mundo” e está “inserido no mundo” vive sua “consciência”, compreendida em sua significação existencial própria relacionada ao mundo em que vive (CAPABLO, 1996). Assim sendo, para se descrever o real, é preciso compreender que o ser humano está inserido no mundo e que é nele que o homem se conhece. (MERLEAU-PONTY, 1999).

Com relação à experiência consciente vivida, a consciência surge como um elemento pontual da fenomenologia de Merleau-Ponty. Ela não se apresenta distanciada do mundo, mas integrada ao ser humano como ser-no-mundo, e com o mundo deve coexistir; por ela ocorre o seu meio de realização. Nessa perspectiva, toda consciência é consciência de algo, de modo que tudo o que é percebido pela consciência é compreendido pela fenomenologia como fenômeno, ao qual é designado um sentido num dado momento pela consciência doadora de sentido. (GONÇALVES, 2005).

Na segunda fase, a **descrição**, Merleau-Ponty oferece a percepção anteriormente realizada, que é a experiência do mundo vivido pelo ser, e busca compreendê-la exatamente em sua realização e não suas causas. Cabe aqui destacar que Ponty se contrapôs à redução fenomenológica, assumindo a postura de estar aberto, de estar no

tempo, contemplando cada momento como significativo e único. “É usar a liberdade de ser para pôr-se em situação, afirmar o existir”. (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 6).

Relativamente à **intencionalidade**, seu último momento, Ponty não se limita a defini-la, porque nela se menciona uma determinada maneira de ser e de relacionar-se com o mundo. Ressalta-se, neste ponto, que a fenomenologia existencial compreende a experiência consciente como uma visão de mundo. Portanto, não é simplesmente uma descrição **passiva** das situações vividas, mas uma descrição feita para compreender como elas acontecem e unem o ser humano ao mundo. (TERRA, 2007).

Terra, acerca da **intencionalidade**, esclarece que

este conhecimento permite compreender por que o ser humano é singular e com múltiplas possibilidades consigo e com o outro. Seu comportamento cria significações, e a fala é somente uma entre as outras [...]. As coisas e o outro são percebidos pelo meu corpo, e este as acolhe e também as suas ações e gestos que desenham um sentido para mim. A linguagem é fundamental na percepção que se tem do outro como comportamento expressivo. Todo ser humano, falante, sensível, tem uma expressão e um jeito de habitar o mundo que lhe é próprio. A sua expressão cria um mundo intersubjetivo e estabelece um solo comum entre mim e o outro. (2007, p. 84).

Gonçalves (2005) acrescenta que a intencionalidade se manifesta como um ato de atribuir sentido, permitindo a constatação de que o mundo não é puramente exterioridade, assim como o sujeito não é puramente interioridade. Com isso, a saída de si para o mundo ganha uma significação própria.

Muramatsu (2001) afirma que a consciência do ser é sempre de alguma coisa intencional. A intencionalidade, por sua vez, se abre para o mundo, determinando o agir da consciência voltada para o universo que a cerca.

2.2. CENÁRIOS DAS VIVÊNCIAS DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Foram entrevistados idosos que estiveram internados em duas instituições hospitalares do norte do estado do Rio Grande do Sul. A abordagem inicial deu-se durante o período de internação do idoso, o qual não poderia ser menor que cinco dias. Definiu-se que esse tempo de internação seria suficiente para proporcionar ao idoso a possibilidade de manter uma interação com os profissionais que atuam nesse contexto, conhecendo as rotinas, normas, formas de cuidado, e fazer alguma escolha.

Os nove idosos participantes deste estudo estavam lúcidos e coerentes em seus pensamentos. Não foram levados em consideração o sexo, a escolaridade e o nível socioeconômico.

Na abordagem inicial, foi explicado ao idoso como o processo seria desenvolvido, sua finalidade, as partes envolvidas e os procedimentos adotados. O idoso teve total liberdade para participar ou não, o que não implicou em nenhum tipo de constrangimento pessoal. As entrevistas foram realizadas no domicílio dos pacientes, após a alta, sendo acordados data e horário pelos envolvidos nesse processo.

Os cenários do estudo foram dois hospitais. O primeiro, geral de grande porte, referência do SUS e de alta complexidade, atende a uma população de aproximadamente dois milhões de habitantes, totalizando 590 leitos para internação, assim divididos por especialidade: 239 leitos cirúrgicos, 157 leitos clínicos, 70 leitos pediátricos, 33 leitos obstétricos, nove leitos crônicos e quatro leitos psiquiátricos. Possui três unidades de internamento intensivo, subdivididas em 34 leitos adultos, 21 leitos neonatais e 13 leitos infantis. Possui, ainda, uma unidade intermediária com disponibilidade de 10 leitos. (DE DAVID, 2008).

As unidades de internação estão classificadas, numericamente, de 1 a 19, com exceção dos números 13 e 14. As unidades classificadas entre 1 e 8 possuem enfermarias coletivas, quartos semiprivativos e privativos; as unidades 9, 10, 17, 18 e 19 possuem somente quartos individuais; as demais unidades, 14 e 15, possuem quartos semiprivativos e privativos. As acomodações são, em sua maioria, amplas e direcionadas ao pleno funcionamento do trabalho hospitalar. As unidades de internação possuem, individualmente, gerência de enfermagem e profissionais de nível técnico, assim como uma equipe multiprofissional que suporta o atendimento ao paciente internado.

Já o segundo hospital, de médio porte, é centro de referência regional e atende a uma demanda de pacientes oriundos de Passo Fundo e da região norte do estado do Rio Grande do Sul e de Santa Catarina. Possui 364 leitos, distribuídos entre diversos serviços de assistência hospitalar, os quais incluem hospital psiquiátrico, unidade de emergências médicas, pronto-atendimento, internação hospitalar (clínica e cirúrgica), CTI adulto e pediátrico, oncologia, entre outros. As unidades de internação geral estão subdivididas, numericamente, em 1 (internamento geral clínico), 2 (pediatria), 3 (oncologia), 4 e 5 (clínica e cirurgia), 6 (maternidade), 9 e 10 (clínica médica e

cirúrgica). Mantém programas de ensino e pesquisa, sendo campo de estágio para diversos cursos da área da saúde.

As unidades de internação geral possuem gerência de enfermagem e pessoal técnico para a assistência aos pacientes, assim como os serviços de apoio multiprofissional para promover a assistência aos internados. No último ano, 12 mil pacientes foram internados em sua totalidade. No que se refere à faixa etária que comporta 60 anos ou mais, a instituição vem atendendo uma média mensal de, aproximadamente, 390 idosos nas diversas especialidades.

2.3. DEPOIMENTOS: O CAMINHO PERCORRIDO

A abordagem inicial ocorreu no processo do cuidado, durante a internação e com a autorização das instituições (APÊNDICES A e B). Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C), do qual o paciente ficou com uma cópia, a entrevista foi realizada, de forma individual, nos domicílios, mediante agendamento da visita, em horário que não implicou em mudanças significativas na rotina do idoso e com duração aproximada de 60 minutos. A entrevista deu-se seguindo um roteiro com questões desencadeadoras para desvelar o fenômeno (APÊNDICE D). O roteiro semiestruturado foi escolhido por possibilitar ao pesquisador liberdade de ação e ao entrevistado, um maior envolvimento com o estudo. O roteiro apresentou, num primeiro momento, perguntas estruturadas relativas aos dados de identificação do entrevistado e, num segundo momento, uma questão norteadora semiestruturada que antecedeu as demais questões condutoras. Tal estratégia teve a finalidade de permitir o alcance da flexibilidade necessária para se obterem respostas enriquecedoras, no sentido de compreender o significado do fenômeno apontado.

As entrevistas foram gravadas após uma conversa inicial para aprofundar a interação iniciada durante o cuidado no ambiente hospitalar. Optou-se pela entrevista gravada, posteriormente decodificada e transcrita na íntegra (APÊNDICE E). Utilizou-se, ainda, um diário de notas, a fim de possibilitar ao entrevistador a inserção, por escrito, do conteúdo não verbal observado durante o processo.

A decisão a respeito do tamanho da amostra ou do número de participantes do estudo é de autonomia do pesquisador. Apesar de haver diferenças entre os diversos métodos que vêm sendo discutidos, a adequação do emprego de amostras menores nas pesquisas qualitativas é consensual. Números de participantes são raramente estipulados

a priori, na medida em que o principal critério empregado para determinar se as entrevistas realizadas são suficientes para a investigação de um dado assunto é o da saturação da informação. Porém, é necessário ter uma perspectiva de quantos sujeitos serão entrevistados.

No estudo em pauta, entrevistados nove idosos, houve a saturação dos dados. A saturação da informação, ou “ponto de saturação”, é entendida quando, após certo número de entrevistas, o entrevistador começa a ouvir de novos entrevistados relatos muito semelhantes àqueles que já ouviu, havendo uma rarefação de informações novas. (TURATO, 2003).

Na fase posterior às entrevistas e à busca dos fatos, ocorreu a leitura integradora, a pré- compreensão dos dados, a detecção dos elementos temáticos, a releitura das expressões significantes, a extração dos significados e, por fim, o desvelamento do fenômeno da autonomia do idoso hospitalizado.

2.4. DESCREVENDO OS PASSOS DA COMPREENSÃO E DA INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

A pesquisa fenomenológica direciona-se à descoberta dos significados da experiência a partir de revelações advindas da percepção que os participantes têm acerca do vivido. Cabe ressaltar que esta análise não se finda em si mesma, mas procura destacar a essência do fenômeno que promove a possibilidade de trazer à luz o seu desvelamento.

Merleau-Ponty foi além da fenomenologia de Husserl, quando expôs que a redução fenomenológica não basta por si só para o alcance da essência da consciência, pois revela a essência do mundo assim como ele é. Em suas palavras, “o mundo é não aquilo que eu penso, mas aquilo que eu vivo; estou aberto ao mundo, comunico-me indubitavelmente com ele, mas não o possuo, ele é inesgotável”. (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 14).

Tendo essa ideia como premissa, descrevem-se, a seguir, os procedimentos da análise dos dados, sendo realizada a leitura integradora e identificação de significados para o desvelamento do fenômeno autonomia, na experiência vivida pelos idosos hospitalizados. Com base nas leituras de Terra (2007), Sena (2006) e Delgado (2003), construiu-se o caminho para a busca da compreensão e interpretação das falas dos participantes do estudo.

2.4.1. LEITURA INTEGRADORA

Cada entrevista foi lida de forma exaustiva, buscando-se ampliar e/ou completar a pré-compreensão global do material obtido. Essa etapa teve início no momento da realização das entrevistas, continuando na sua transcrição.

Em cada uma dessas instâncias, a pré-compreensão foi parcializada. Tal abordagem integradora permitiu reviver todos os momentos da relação estabelecida com cada entrevistado, objetivando uma pré-compreensão da experiência vivida na hospitalização. Nessa etapa, veio à tona a imagem da internação, por meio das expressões verbais e não verbais dos sujeitos, cuja reprodução foi a mais fiel possível, evitando a interferência dos preconceitos. A leitura integradora caracterizou-se pela tentativa de compreender a linguagem do sujeito, sem buscar ainda qualquer interpretação do exposto.

2.4.2. IDENTIFICAÇÃO DOS POSSÍVEIS SENTIDOS

Nesse processo, realizou-se uma leitura interpretativa completa do texto resultante de cada entrevista, obtendo-se uma compreensão geral, cujo conteúdo foi tomado como descrição da vivência durante a internação hospitalar. Buscaram-se os significados contidos em cada expressão, sem procurar relacioná-los entre si ou com o referencial teórico selecionado. Nessa etapa, emergiram significados vinculados a sentimentos, percepções e pensamentos que o idoso expressou em relação à sua experiência de hospitalização.

2.4.3. DETECÇÃO DOS ELEMENTOS TEMÁTICOS

Nos significados que cada entrevistado expressou em seu discurso foram identificados elementos temáticos que se destacaram por aparecerem com frequência, por sua excepcionalidade, ou, ainda, por se referirem às dimensões concretas da experiência da autonomia na hospitalização. Esse processo permitiu identificar temáticas comuns.

Para a identificação desses elementos temáticos, organizou-se uma lista de significados recorrentes em todas as entrevistas, a fim de se obter uma visualização global de todos eles (APÊNDICE F). Essa etapa da investigação fenomenológica do idoso consistiu em condição imprescindível à análise do ser (dimensão ontológica) e de

sua experiência vivida. Por meio da reflexão e da intuição, o pesquisador procura obter, nesse momento, os “elementos temáticos”. A partir de então, o inter-relacionamento das fases propostas acontece de forma a exigir uma nova releitura, a fim de se construir, na linguagem do pesquisador, expressões significantes capazes de levar ao desvelamento do fenômeno.

2.4.4. RELEITURA DAS EXPRESSÕES SIGNIFICANTES

Nessa etapa, foram construídas as unidades de significado da autonomia do ser idoso na experiência da hospitalização, buscando-se aprofundar a compreensão do mundo do idoso na sua experiência vivenciada no hospital. Completada essa interpretação e compreendidas as diferenças e as coincidências, partiu-se à organização de subcategorias que propusessem a aproximação do desvelamento da autonomia.

2.4.5. EXTRAÇÃO DOS SIGNIFICADOS

Por meio da interpretação e da compreensão, formaram-se estruturas fundamentais, para, logo após, dar-se início à detecção dos elementos que puderam ser apropriados pelo idoso quando de sua hospitalização. Nessa instância, foram detectadas as categorias que expressaram a essência ou a estrutura básica do fenômeno.

2.4.6. DESVELAMENTO DO FENÔMENO

Com as estruturas significativas, chegou-se à última etapa do desvelamento da autonomia para o idoso durante a hospitalização. A compreensão dos significados, realizada à luz do pensamento de Merleau-Ponty, permitiu a construção de uma abordagem integradora do fenômeno selecionado como objeto de estudo.

2.5. QUESTÕES ÉTICAS

Este estudo, que segue as Diretrizes da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, atendeu aos seguintes aspectos éticos:

- a) da instituição: o projeto foi, inicialmente, inserido no Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (SISNEP); após ser encaminhada a documentação, conforme normas do referido Sistema,

- ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo, obteve-se o Parecer Consubstanciado (ANEXO A). Somente então foi iniciada a coleta de dados. Cabe salientar que, antes dessa etapa, o sujeito que concordou participar da pesquisa assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
- b) da coleta de dados: essa tarefa seguiu o protocolo anteriormente mencionado, mantendo-se o anonimato das informações;
 - c) dos sujeitos: por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os sujeitos idosos autorizaram sua participação voluntária na pesquisa, tendo lhes sido assegurado o direito de retirarem o consentimento, em qualquer fase do estudo, sem nenhuma penalização ou prejuízo. Além disso, foram detalhados os objetivos, as finalidades e o método utilizado para a coleta dos dados. Também se assegurou aos pesquisadores o direito de publicar os resultados do estudo em forma de dissertação e de artigo em periódico indexado nacional;
 - d) do sigilo e anonimato: os sujeitos tiveram assegurada a sua privacidade quanto aos dados confidenciais da pesquisa;
 - e) dos benefícios: os resultados da pesquisa poderão contribuir para a melhoria das condições de saúde da população de idosos do município, preservando-se sempre a imagem e a autoestima dos participantes do estudo. Ressalta-se que o tempo da entrevista e da convivência foi aproveitado para orientar as pessoas sobre os fatores de risco à saúde do idoso e a importância da adesão a um estilo de vida saudável, envolvendo questões como prática de exercícios, alimentação adequada, entre outras;
 - f) da propriedade intelectual dos dados e divulgação dos resultados: o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido resguarda ao autor do projeto a propriedade intelectual dos dados e a divulgação pública dos resultados.

3. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Durante a realização das entrevistas, pretendeu-se interagir com o sujeito, com vistas a criar um ambiente propício para que este realmente pudesse descrever o significado e a vivência de sua hospitalização, permitindo compreender o processo da autonomia. Foi observado e anotado o modo como o sujeito expressava os fatos vividos durante a hospitalização, procurando desvelar e discernir os significados mais profundos desse fenômeno. É importante salientar que, no papel de pesquisadora, procurei ser discreta durante toda a entrevista, familiarizando-me com as formas de verbalização do sujeito, anotando fatos relevantes à descrição da experiência vivida.

Reforça-se, igualmente, que as descrições obtidas pelos depoimentos transcritos na íntegra foram enriquecidas pelos aspectos não verbais presentes no momento do encontro, no qual os sujeitos entrevistados atribuíram um significado às suas vivências. Com base na subtração desses significados e nas evidências transcritas, foi possível apreender aqueles de real significância. Ressalta-se, portanto, que esse rigor metodológico evidenciou os aspectos mais relevantes da experiência vivida.

3.1. PARTICIPANTES: UMA PEQUENA CARACTERIZAÇÃO INDIVIDUAL

A seguir, procede-se a uma contextualização dos participantes do estudo, a fim de possibilitar uma maior compreensão acerca do significado de cada discurso individualmente, uma vez que as características pessoais dos sujeitos atribuem um significado único às suas falas.

Observa-se que, ao final das caracterizações, será oferecida ao leitor a possibilidade de conhecer a situação atual de saúde de cada participante da pesquisa, o que é possível pelo fato de o contato com essas pessoas não ter se findado com o término da pesquisa. Afinal, o vínculo estabelecido ao longo de seu desenvolvimento concretizou-se em relações verdadeiras e duradouras.

Participante 1 - E. B. L²: Professora aposentada, 78 anos, pós-graduada em Letras. Viúva, tem três filhas, das quais somente uma mora em sua cidade. Metódica e exigente, é estudiosa e mantém-se em constante atualização. Mora sozinha, mas é acompanhada por cuidadoras que lhe assistem durante as 24 horas do dia. A causa de sua internação foi um distúrbio metabólico decorrente de uma infecção abrupta que acometeu seu

² Optou-se por utilizar apenas as iniciais do nome dos participantes, a fim de garantir seu anonimato.

organismo. Permaneceu internada por 12 dias. Recuperou-se totalmente desse episódio e hoje está saudável e estudando. A experiência vivida em virtude da hospitalização representou, segundo seu relato posterior, um “divisor de águas” em sua vida.

Participante 2 - G. B. K.: Trabalhador aposentado, 62 anos. Durante toda sua vida, dividiu suas tarefas profissionais entre as funções de mecânico e transportador de resíduos hospitalares, além de motorista de ambulância. Homem rigoroso em suas atitudes, exigente, considera-se “teimoso e mal educado”. É casado e pai de um casal. Um de seus filhos reside em sua casa, juntamente com um neto. Verbaliza ter muito orgulho de ter conseguido educar os filhos e proporcionar-lhes vida digna, mas hoje se sente só e pouco amparado pela família. Uma oclusão arterial foi a causa de sua internação, pelo período de 20 dias. Após a entrevista, esteve internado por outras duas vezes devido ao mesmo problema de saúde, momento em que tive a oportunidade de revê-lo, a fim de conversar longamente sobre sua vida, fortalecendo-se, ainda mais, a confiança recíproca entre nós.

Participante 3 - A. M. M. B.: Manicure aposentada, 66 anos. Mãe de dois filhos que moram longe, ficou viúva aos 40 anos (seu esposo faleceu em decorrência de um câncer de esôfago), tendo se casado, novamente, seis anos após. Mulher guerreira, organizada e extremamente caprichosa consigo mesma e com o seu entorno. Luta contra um câncer hepático e gástrico há cinco anos. Essa internação deu-se devido à necessidade de uma cirurgia de gastrectomia radical (retirada total do estômago), em razão da qual permaneceu internada por 15 dias. Nos dias atuais, continua em constante observação médica, porém seu quadro de saúde é estável.

Participante 4 - L. C.: Agricultor, 66 anos. Viúvo, é pai de duas filhas, uma das quais mora com ele, juntamente com seu esposo e filhos. Demonstra ser ativo, rigoroso, independente e extremamente preocupado com o bem-estar de suas filhas e de seus netos, mas refere ter medo da solidão. Esteve internado por seis dias em decorrência de uma síncope, e nesse período foi diagnosticada uma insuficiência valvar. Mantém-se na ativa, trabalhando em suas terras, e sua condição de saúde permanece estável.

Participante 5 - V. Q. D.: Dona de casa, 74 anos, aposentada. É viúva e tem dois filhos, dos quais um reside no mesmo terreno que o seu, porém em casa separada. Mulher simples e alegre, gosta de arrumar-se e de passear. Passa a maior parte do dia fora de casa, para evitar sentir-se sozinha. Auxilia na criação de dois netos. Esteve internada por seis dias para a realização de uma cirurgia de tireoidectomia (retirada da

tireoide), devido a uma tumoração no local. Após a análise patológica, o resultado foi de benignidade. Permanece saudável, realizando suas atividades normalmente.

Participante 6 - H. B. F.: Funcionário público aposentado, 66 anos. Orgulha-se de ter sido encarregado de uma grande empresa estatal e de conhecer muitas pessoas na cidade em que vive. É casado e tem uma filha. Vítima de insuficiência renal crônica, conhece como poucos a rotina hospitalar. Passou por um transplante renal malsucedido. Nessa internação, permaneceu por nove dias no hospital em virtude de complicações de saúde (pneumonia). Alegre e autoritário, luta pelos seus direitos. Gosta muito de conversar e de observar o que acontece em sua volta. Tem sempre algo a dizer a respeito de tudo sobre o que é inquirido. Hoje, dialisa três vezes por semana, e seu quadro de saúde está estável.

Participante 7 - J. A. S.: Policial aposentado, 72 anos. É casado e tem dois filhos. Exigente, apresenta a rigorosidade que caracteriza sua profissão. Orgulhoso de sua vida profissional e pessoal, faz questão de “não dar trabalho a ninguém”. Esteve internado por nove dias, vítima de uma pneumonia. Demonstra expressivo respeito aos profissionais da saúde. Atualmente, encontra-se com sua saúde recuperada e exercendo atividades de restauração em seu lar.

Participante 8 - P. Q.: Funcionário público aposentado, 69 anos. É casado e tem dois filhos, que moram longe. Mantém-se na ativa, trabalhando como autônomo (possui comércio em outra cidade). Tranquilo e ciente de seus direitos, maneja bem a situação decorrente da doença que o acometeu. Esteve internado em virtude de uma pneumonia, permanecendo no hospital por oito dias. Recuperou sua saúde e, atualmente, está em visita a um dos seus filhos na Bahia.

Participante 9 - G. C. S.: Advogado, 62 anos, na ativa. Casado, tem um casal de filhos, que ainda residem em sua casa e seguem sua mesma profissão. Mostra-se exigente e preocupado com sua saúde, porém refere acreditar que sua morte ocorrerá em breve. Menciona que é comum apresentar atitudes de agressividade em seu dia a dia (não presenciados durante a entrevista). Leitor assíduo, presenteou a pesquisadora com um livro de sua autoria. Esteve internado por seis dias em decorrência de complicações de uma prostatectomia (cirurgia de retirada de próstata). No momento, encontra-se saudável e trabalhando.

3.2. PROCURANDO A COMPREENSÃO DOS DISCURSOS

[...] toda expressão me aparece sempre como um vestígio, todas as ideias me são dadas apenas em transparência, e todo esforço para pegar na mão o pensamento que habita a palavra não deixa entre os dedos senão um pouco de material verbal.
(MERLEAU-PONTY, 1991, p. 95).

No processo de compreensão do fenômeno, empreendido com base na análise dos discursos, pretendeu-se desvelar o significado da vivência da autonomia no ambiente hospitalar. Por meio dessa compreensão, entende-se ser possível voltar às coisas mesmas, clarear e retirar o encobrimento do oculto. A experiência da autonomia na hospitalização para o idoso emerge do próprio discurso, trazendo à tona o significado do vivido.

Foram apreendidas 11 subcategorias após diversas releituras das expressões significantes extraídas da falas interpretativas e após a pré-compreensão dos discursos. A partir deste momento, a análise de cada discurso é realizada com o cuidado de se manterem fiéis os significados essenciais das falas dos participantes. Descrevem-se, a seguir, as três categorias oriundas desta análise, conforme se visualiza abaixo.

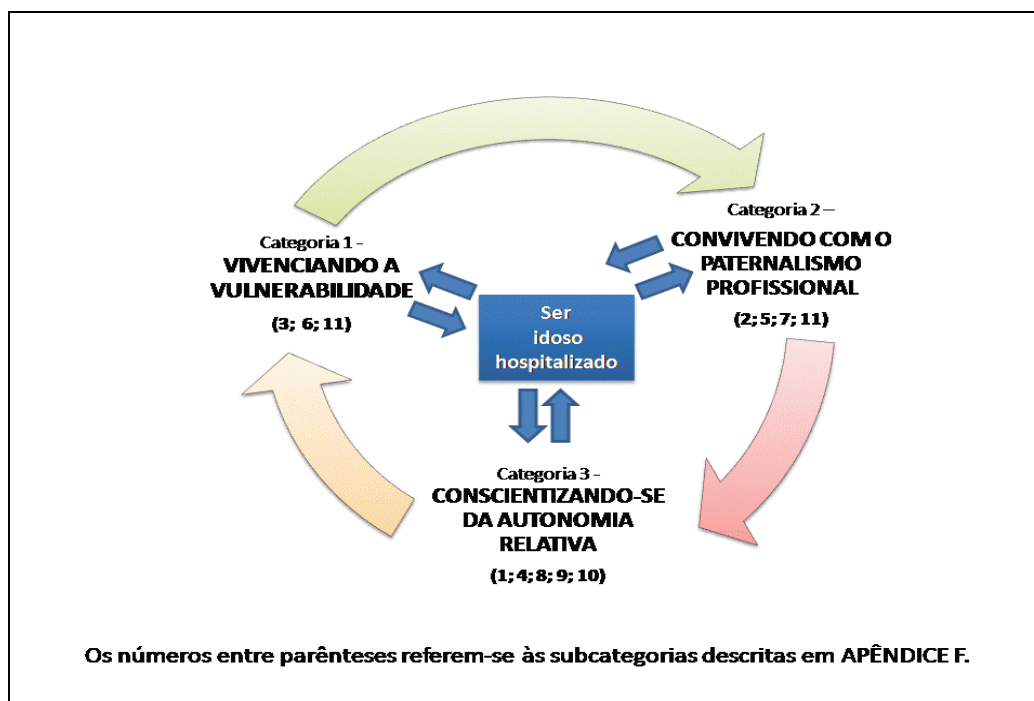


Figura 1 - Relação entre sujeitos da pesquisa, categorias e subcategorias.

3.2.1. VIVENCIANDO A VULNERABILIDADE

Ayres (2007) afirma que a vulnerabilidade deveria ser entendida como algo contingente ao próprio fato de estar vivo, algo, portanto, que vai além de uma situação ou condição específica para se avizinhar dos processos ora mais amenos, ora mais intensos ou abruptos que levam a que a vida se desenvolva em um *continuum* atravessado por aspectos biológicos, afetivos, emocionais, genéticos, políticos, subjetivos, em uma multiplicidade de dimensões que não podem ser separadas ou fragmentadas em categorias, seja para facilitar a sua análise, seja para reduzi-las em setores pouco articulados entre si. Dessa forma, entende-se que a vulnerabilidade é pertinente ao processo vital, acompanhando o ser humano em todos os momentos, inclusive – e sobretudo – durante o período de hospitalização.

É comum observar-se, em nível hospitalar, a inclusão de grandes doses de dependência ao paciente que necessita ser cuidado. Entende-se que a vulnerabilidade do ser humano adoecido fomenta essa atitude. Nesse ambiente, então, ações que poderiam acontecer **com** o paciente, acontecem **para** o paciente. (GANDOLPHO; FERRARI, 2006, grifo nosso).

Ao ser internado, o idoso passa a fazer parte de uma sociedade específica, rigorosa e limitada, na qual a dependência física e, muitas vezes, emocional torna-se contingente à situação vivida. Existem profissionais especializados para cuidar do ser humano hospitalizado em um espaço físico limitado, marcado pela distância de objetos pessoais e por vestes que impõem vulnerabilidade, determinando, entre outras, a diminuição da privacidade. A sistematização do cuidado, a normatização institucional e as dificuldades que surgem no ambiente hospitalar propiciam possíveis limitações que contribuem na redução da autonomia do paciente.

Segundo Waldow e Borges (2008), a doença, a incapacidade e o sofrimento são algumas das circunstâncias que conferem estado de vulnerabilidade. Quando o ser humano adoce, quando não é capaz de desenvolver o ritmo habitual e, eventualmente, necessita ser internado em uma instituição hospitalar, é que se mostra capaz de perceber a sua real vulnerabilidade. A partir do momento em que se conscientiza dessa situação, pode aceitar melhor sua condição de dependência. Mesmo assim, contudo, a hospitalização é entendida (e sentida) como uma circunstância extremamente disruptiva e, como tal, envolta de ansiedades e fragilidades.

Os mesmos autores reforçam a questão da vulnerabilidade quando citam que

O paciente, ao ser cuidado, vivencia uma experiência única, tanto em relação à sua enfermidade quanto em relação à hospitalização. O sentir-se doente ou estar doente ocasiona ruptura na relação do ser humano com o mundo. Ele se defronta com uma ameaça (da doença, do sofrimento, incapacidade e morte), com o desconhecido (de sua situação, seu destino, do ambiente estranho e pessoas estranhas) e com sua temporária ou definitiva desestruturação. Todos esses aspectos exacerbam a **vulnerabilidade** do paciente, tornando-o mais frágil; sua experiência de viver encontra-se interrompida, desarticulada, fora do seu ritmo normal. A relação do paciente com os outros também se encontra comprometida, sua intimidade, privacidade são invadidas, seu papel social se modifica e o paciente se sente oprimido, tolhido em seus movimentos e pensamentos, humilhado, dependente. (2008, p. 67, grifo nosso).

Neste estudo, é possível apreender, em diversos discursos destacados, a vulnerabilidade vivida pelo idoso internado. Nesses discursos, emergem a fragilidade, oriunda do desconhecimento do processo, e a insegurança vivida, as quais demonstram a pouca autonomia durante o período de hospitalização. As manifestações dos participantes sobre as suas vivências e a expressão de sua vulnerabilidade podem ser percebidas nas falas a seguir:

Mas a gente não pode decidir. O paciente sozinho se sente mais incapaz, mais frágil, ele tá sempre dependendo, ele sabe que tem as enfermeiras ali, mas a gente também não quer ser totalmente dependente. Então, se tem o familiar mais perto da gente...

[Participante 2]

Aqui, revelam-se a fragilidade e o sentimento de incapacidade inerentes à situação de doença.

O estado que eu tava não tinha mais jeito, eu precisava de uma solução. Tudo o que ele decidiu tava certo. Depois da cirurgia eu fiquei na recuperação e eu me lembro que tinha uma senhora que vomitou muito do meu lado. Lembro que esse ambiente era grande e tinha muitas camas. Lembro que vi meus familiares na porta lá longe. Eu não pedi para ir para o quarto, nunca pedi para ir embora.

[Participante 3]

Nessa fala, fortalece-se e ratifica-se a ideia de que a situação de doença induz o paciente a aceitar as decisões dos outros.

Nunca tive explicação nenhuma sobre o que estava me acontecendo, acho que explicavam para minha filha e ela me explicava. Eu pedi uma vez, duas ou três o que tinha acontecido e até hoje tenho dúvidas. Não falaram e pronto. Com certeza, eu gostaria de saber mais coisas.

[Participante 4]

³ Embora a presente dissertação tenha sido submetida a um processo de revisão linguística, buscou-se manter, nas falas dos entrevistados, as marcas de oralidade e as formas individuais de expressão.

Nesse discurso, o idoso afirma que, no ambiente hospitalar, ocorre uma “despersonalização”, colocando-se à disposição de outros para a tomada de decisão.

Lá naquele ambiente as minhas características pessoais morreram todas, não existem. Não adianta eu querer decidir sobre uma coisa que tu vai fazer, eu posso até discutir alguma coisinha, mas não adianta. Quem sabe faz, quem não sabe fica à disposição do outro.
[Participante 4]

Nas falas acima, pode ser destacada a percepção vivida pelos participantes acerca da vivência experimentada. Souza e Erdmann (2003) resgatam Ponty, ao considerarem que, sempre que percebemos algo, emitimos opiniões e julgamos o ocorrido. Os autores acrescentam que o filósofo francês procura compreender a união entre o sentido e a experiência que ocorre com o ser humano (neste caso, na condição de idoso e vulnerável). De acordo com essa perspectiva, é preciso mergulhar no pensamento pontyano:

[perceber] significa navegar em mares nem sempre calmos, mas extremamente instigantes. Entretanto, quando este toma a si a tarefa de reconhecer a experiência do sujeito como possibilidade de compreensão e conhecimento, retomando o sentido ontológico do ser, embrenhando-se no entendimento da percepção, o resultado é uma obra que nos convida a refletir e a repensar a forma de pensamento pela qual observamos o mundo. (SOUZA; ERDMANN, 2003, p. 77).

*Só no dia da internação que me disseram que a cirurgia era naquele dia, e eu fiquei desde a meia-noite sem comer e só fui operada às sete horas da noite. Já achava que não iria ser operada mais, e ninguém dizia nada. **Dá vontade de ir embora, mas não dá, né?***
[Participante 5]

A paciente reforça, aqui, que sua vontade pode não ser respeitada de forma relativamente natural.

*De outro lado, tinha a enfermeira M.⁴, que era uma carrasca. **Fazia com a gente o que queria.** Às vezes eu chegava de manhã cedo, e ela me colocava dialisar só à tarde, pelo simples fato de que eu era daqui [da cidade] e podia esperar. Claro, um dia de minha vida para ela não é nada, mas para mim é.*
[Participante 6]

A presente fala demonstra que o paciente sente estar sendo tratado como um objeto manipulável, sem valor, sensação implícita ao viver a rotina do dia a dia na hemodiálise.

⁴ A fim de garantir o anonimato dos profissionais citados, emprega-se, no lugar do nome, uma letra escolhida aleatoriamente.

Essa é a percepção do ser condicionado ao lugar de “objeto” na estrutura em que se encontra. Procurando dar significado a essa experiência, encontra-se em Ponty a base do entendimento. Segundo o autor, ao falar sobre a significação do percebido, retomam-se as questões referentes ao significado que o mundo tem para nós. Nesse momento, *“aquilo que chamamos de sensação é apenas a mais simples das percepções e, enquanto modalidade da existência, ela não pode, assim como nenhuma percepção, separar-se de um fundo que, enfim, é o mundo”*. (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 324, grifo do autor).

Dentro desse contexto, é importante ressaltar que o conhecimento científico (que, muitas vezes, transforma o paciente em “objeto” do cuidado) possui formas e instrumentos que podem avaliar a evolução da doença, porém, dificilmente conseguem fazer o mesmo quando se trata da solidão e do sofrimento do ser humano. Assim, o profissional precisa encontrar meios que ofereçam conforto, tranquilidade e segurança àquele que está vulnerável. (SCHILLER, 2000).

Os pacientes vulneráveis que estão inseguros e que sofrem, quase sempre calados, não buscam somente a técnica, o procedimento, mas também a verdadeira presença do profissional, que está a seu lado, demonstrando respeito, por meio de uma escuta atenta, que cria e fortalece, a cada encontro, vínculos imprescindíveis no processo do cuidado. Por isso, conhecimentos fragmentados, fracionados, compartimentados, como os existentes nas ciências da saúde, não abarcam um pensamento capaz de compreender a situação humana em um contexto amplo sobre o significado da vida. Por outro lado, o profissional também precisa ser respeitado em sua autoridade, em seu saber no processo de cuidado no ambiente hospitalar. Sobre isso Cury (2003) menciona que a verdadeira autoridade e o sólido respeito nascem por meio do diálogo.

Ainda de acordo com essa visão, o conhecimento científico representa um elemento ativo que controla ou condiciona um modo de agir técnico. O doente, em contrapartida, surge passivo, condicionado que, diante de sua vulnerabilidade, não tem como tomar decisões e ser autônomo sobre si e seu corpo. Torna-se realmente um ser manipulável, à mercê dos profissionais da saúde.

Segundo Castro (2005), porém, em uma relação de cuidado (terapêutica), não se estabelece somente uma prestação de serviço, tampouco a troca de informações técnicas, como respostas ao tratamento anátomo-fisiológico proposto. Na relação do

cuidado como processo terapêutico, a demanda se estabelece, igualmente, pela troca de vivências e experiências, demonstração de insegurança/medos, pelo aflorar de desejos, emoções e necessidades, possibilitando a criação de vínculos que poderão ser duradouros entre profissional e paciente. Os processos no cuidado à saúde e na doença envolvem, pois, mais do que o fator puramente biológico, tendo uma multidimensionalidade que pode ser maior do que o conhecimento objetivo e tecnicista.

Na área da saúde, com sua influência mecanicista e determinista, os fenômenos biológicos costumam apresentar um caráter autônomo, com vida própria. As doenças, normalmente, são catalogadas, classificadas, separadas e compartimentadas por sistemas, excluindo-se desse processo o ser humano como sujeito (ARRUDA, 2005). Assim, as pessoas internadas, doentes e vulneráveis não possuem autonomia, na medida em que costuma se tratar a doença e não o doente. Este, por sua vez, busca a recuperação da saúde, mas também necessita de atenção, carinho, respeito à sua dignidade.

Nas falas, evidencia-se a relação da vulnerabilidade com a autonomia. Na circunstância de o ser humano necessitar ser cuidado, a vulnerabilidade implícita impõe limitações à autonomia. A capacidade de tomada de decisão no ambiente hospitalar passa a ser condicionada por situações externas e determinantes de alternativas. Ao adoecer, o ser, circundado pela dor e pelo sofrimento, entende sua autonomia reduzida ou coibida circunstancialmente.

O idoso internado pode vivenciar sua condição de autonomia alterada em razão de fatores como desconhecimento da situação de doença que o acomete, urgências médicas, poder socioeconômico, entre outros. A relação estabelecida entre os temas vulnerabilidade e autonomia do idoso hospitalizado passa por profundos arranjos do processo de cuidar em nível hospitalar e influencia, drasticamente, questões dinâmicas e presentes no dia a dia dessas instituições.

Conforme se observou no discurso do Paciente 4, no ambiente hospitalar, as características pessoais podem “morrer” ou deixar de existir, visto o peso institucional e a rígida sistematização do cuidado. O idoso pode perder sua autonomia em decorrência de sua fragilidade e dependência.

As discussões sobre a relação vulnerabilidade e autonomia do idoso hospitalizado extrapolam a esfera biológica da vida humana. Necessita-se, pois, conduzir a situação de forma a contemplar os diversos domínios envolvidos no tema. O

empreendimento profissional, nesse sentido, implica vislumbrar mais claramente a necessidade da incorporação de diversas propostas no nível do cuidado hospitalar ao idoso.

3.2.2. CONVIVENDO COM O PATERNALISMO PROFISSIONAL

Beauchamp e Childress (2002) mencionam que o paternalismo profissional pode ser entendido como a interferência do profissional de saúde sobre a vontade da pessoa autônoma. Isso se dá mediante ação justificada por razões referidas, exclusivamente, ao bem-estar, à alegria, às necessidades, aos interesses ou valores da pessoa que está sendo tratada, ou seja, o paciente hospitalizado. O paternalismo que ocorre na interação médico-paciente é concebido como uma característica relacional básica, que também distingue o contrato médico de outras relações contratuais. Ao ser estendido aos demais profissionais da saúde, esse entendimento justificaria diversas ações e atitudes que ocorrem no cuidado ao ser doente.

De uma forma geral, os profissionais da saúde, em sua prática de cuidado, deparam-se com situações que determinam a utilização de um poder inerente ao conhecimento que lhes é concebido: o poder de decisão das condutas a serem realizadas em nível hospitalar. Não obstante, tais decisões envolvem confronto de valores não somente com o paciente, mas também com familiares, entre outros. Assim, as ações de cuidado são, geralmente, determinadas por fatores relativos à conduta profissional e às normatizações a serem seguidas na relação do sujeito que toma a decisão com o paciente que as “aceita”, passivamente ou não.

O espaço reservado ao cuidado em nível hospitalar, ocasionalmente, proporciona a valorização excessiva dos aspectos técnicos, o que promove atitudes paternalistas no que concerne ao paciente. Em contrapartida, preservar a autonomia deste supõe o respeito à sua vontade, assim como o respeito às suas crenças e aos seus valores morais.

A relação estabelecida nesse contexto sugere, ainda, certa cautela. Os discursos destacados a seguir reforçam a interferência do paternalismo profissional na autonomia do paciente.

Eu não, eu não tinha noção do que eu tinha, nem [sabia] o nome da minha doença. Autonomia a gente tem quando a gente é informada, que alguém chegue e te diga: “olha, você tem isso, você vai ser tratada para isso e nós vamos ter que te cuidar de tal forma, te administrar tais medicamentos”. Não foi assim, nunca foi detalhado nada, eles tateavam e tateavam e tampouco me diziam as coisas. O paciente, eles demoram para dizer as coisas, nem todos, mas a maioria.

[Participante 1]

Nesse discurso, o paternalismo profissional refere-se ao fato de não se proporcionar ao paciente as informações básicas acerca do processo de doença que envolve seu ser.

Para nortear, criteriosamente, a análise relativa ao mundo que rodeia o paciente idoso internado, retoma-se Polak, ao afirmar que “a percepção possibilita a apreensão e interpretação das coisas e do mundo que nos rodeia, abrindo-nos a possibilidade de entrarmos no mundo do cliente, conhecê-lo e orientá-lo durante o cuidar, possibilitando que o outro nos perceba” (1996, p. 33). De acordo com esse raciocínio, a percepção passa a guiar o processo de cuidar, possibilitando “trazer ao desvelamento” sentimentos e necessidades do ser que está sendo cuidado.

À medida que as relações do cuidado são analisadas para se verificar as suas dimensões e os seus significados, verifica-se que, ao existir um sujeito a ser cuidado, existirá um indivíduo que cuida. Ao tentar compreender o significado da experiência de cuidar e ser cuidado, é preciso ouvir aqueles que vivenciaram tal situação. (PESSINI; BERTACHINI, 2004).

Não, não foi me dada nenhuma opção. Ele disse que não iria fazer biópsia pra não me judiar e que a situação ali era de fazer cirurgia pra ontem. Quando ele disse isso, eu respondi: “De novo!”. E eu comecei a chorar. Eu perguntei se dava tempo de os meus filhos virem.

[Participante 3]

No trecho acima, destaca-se a decisão unilateral exercida pelo profissional de saúde no ambiente hospitalar, fortalecendo o paternalismo e enfraquecendo a possibilidade de tomada de decisão. Para ilustrar o exposto, traz-se a ideia de Soares (2002), que, ao falar da contribuição pontyana no estudo da percepção, revela que o saber científico dos profissionais da saúde pode gerar um sentimento de desvalorização do ser cuidado em relação ao seu próprio saber, o que pode gerar medo e afronta. Assim sendo, o ser humano adoecido sofre o impacto do paternalismo profissional, de tal sorte a coibir sua tomada de decisão.

Para que haja um avanço nas discussões sobre o paternalismo profissional e seu impacto no cuidado em nível hospitalar, é necessário que os profissionais passem a

adotar outra postura, colocando-se no lugar do ser que é cuidado, para sentir quais são suas reais necessidades. Consequentemente, talvez ocorra uma reorganização institucional, garantindo segurança, resolutividade e uma normatização voltada aos protagonistas do cuidado, ou seja, o ser que cuida e o ser que é cuidado. Uma vez permitida a expressão das ideias do paciente, pode ser estabelecido um espaço capaz de possibilitar o encaminhamento para a convivência não danosa entre a autonomia do ser e o paternalismo profissional. (PESSINI; BERTACHINI, 2004).

Na hora de internar, não me comunicaram, e sim à minha filha. Apesar de eu estar consciente, não me disseram nada. Mais tarde me disseram o que eu estava fazendo ali. Nunca me disseram por que eu internei, eu não lembro disso. Parece que eu tinha que fazer uns exames mais sofisticados, sei lá eu o quê. Sei lá! Como em princípio eu tenho plano de saúde, então fica tudo já predeterminado, qual quarto, tipo de acomodação, tudo certo. Eu acho isso bom, porque não precisa “ah! eu quero isto, eu quero aquilo”. Já tem o que precisa. Dentro daquelas normas, eu já tenho o quarto, eu já tenho o médico, eu já tenho tudo. Isso é ótimo.

[Participante 4]

Nesse caso, o paternalismo profissional parece ser bem aceito pelo paciente, conferindo-lhe uma relativa segurança.

Mas lá dentro, não, eu não sabia de nada. Me davam as coisas certas, eu acho. Banho que elas mandaram eu tomar só de paninho, para não molhar o curativo, eu só tomei banho em casa. Sempre precisava de uma pessoa e daí nunca tinha na hora do banho.

[Participante 5]

Aqui, o discurso propõe e torna concreta a decisão unilateral existente no cuidado, a qual diminui a autonomia do idoso hospitalizado.

Ele decide os rumos do meu tratamento, e eu acho que isso não é da minha alçada. Cada um no seu ramo de competência. Então, eu aceito e somente exijo ser tratado com respeito, dentro de minha privacidade...

[Participante 7]

Conforme sua fala, o idoso aceita o paternalismo profissional, situando-se em uma zona de conforto.

Os outros sabem o que é melhor, ou não, o que a gente precisa para melhorar da doença. Mas isso, nem sempre, no momento, é o melhor para a gente, ou para o que a gente gostaria. Bem, eu disse que era difícil de explicar, a gente sente, eu me lembro, a gente gosta. É como se fosse criança, o pai e a mãe dizendo que isto era bom e a gente não gostando muito, mas tendo que aceitar. É para o nosso bem. Claro [tem que aceitar], eu não sou médico, nem enfermeira, não adianta nada eu ser empresário. Aqui eu entendo muito pouco, é a minha vida que está nas mãos dos outros, então eu tenho que aceitar a ideia de quem entende mais que eu do assunto, isso é fundamental. O hospital tem normas, e elas devem ser seguidas, porque se não vira uma confusão, uma bagunça. O que seria maravilhoso era poder contemplar todos com suas vontades, mas isso é impossível, todos ficariam loucos tentando.

[Participante 8]

Nessa fala, o idoso reforça a necessidade das normatizações institucionais e o conflito que estas podem estabelecer com prováveis vontades pessoais, salientando, também, a importância do conhecimento de causa para a tomada de decisão no processo de doença que o acomete. Além disso, reforça a ideia da vulnerabilidade como mediadora da autonomia.

Nos discursos destacados, observa-se que as ações do cuidado, constituídas na hospitalização do idoso, devem ser conduzidas para o respeito à autonomia, porém, na prática, nem sempre isso é levado em consideração. O paciente, sua dor e sua doença, supostamente, pertencem ao profissional, e, portanto, o poder de decisão é justificado em seu fim, de modo que o paciente (ser humano) torna-se um meio, e não um fim.

A relação de dependência do paciente com o profissional da saúde se fortalece na medida em que a falta de informação sobre o processo de saúde, as diferenças de saberes e o poder da estrutura organizacional do cuidado recaem sobre o “doente” de tal forma que acabam por coibir a sua autonomia.

Relembrando o Código Civil brasileiro, pode-se citar, neste íterim, a “boa fé contratual” (artigo 422), também conhecida como boa fé psicológica. Esta diz respeito ao conhecimento ou à ignorância da pessoa (no caso, o idoso hospitalizado), relativo a certos fatos. Aqui, a informação concedida ou não transmite uma errônea impressão de um amparo legal ao cuidador que na verdade não existe.

Entende-se a informação como elemento fundamental no processo de autonomia do paciente. A relação assimétrica que se estabelece por meio do paternalismo profissional é fortalecida pelas lacunas de comunicação (vide discurso da Participante 1). No cotidiano do cuidado hospitalar, percebe-se que, muitas vezes, as informações vêm sendo negligenciadas por profissionais que nem sempre valorizam o momento do cuidado como uma oportunidade única de interação e de troca de informações que possibilitariam uma maior autonomia do paciente.

Segundo Soares (2003), a ação profissional deve favorecer ao cliente a busca e a valorização do conhecimento de si, da sua realidade, por meio da informação, da orientação, uma vez que, quanto mais informado ele estiver, mais opções terá ao decidir o que é melhor para si. O paternalismo profissional, ao contrário, não possibilita a informação concreta e acessível aos diversos saberes dos pacientes, impedindo que o processo decisório ocorra em uma via de mão dupla.

O ato paternalista pode ser definido como sendo a desconsideração intencional das preferências ou atitudes conhecidas de alguém por outra pessoa, onde aquele que desconsidera justifica sua ação pela intenção de propiciar um benefício ou de evitar um risco à pessoa que foi alvo de sua ação. (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 274).

De acordo com a citação acima, o paternalismo médico pode ser conceituado como a conduta que tem por intenção beneficiar o paciente, ainda que sem o seu consentimento. Um ato paternalista pode, também, estar relacionado à omissão, ou, mesmo, à distorção das informações, com o objetivo de não causar ao paciente sofrimento psicológico. Estendendo-se o paternalismo médico aos demais profissionais da saúde, conduz-se a hospitalização a um patamar de dificuldade no processo de tomada de decisão por parte do paciente. Ousando, pode-se pensar em uma “apropriação” do ser hospitalizado como base e sustentáculo das ações profissionais.

Faz-se necessário, entretanto, destacar que o paternalismo profissional inerente ao cuidado hospitalar tem sido repensado pelas diversas categorias de cuidadores, e a assimetria histórica do processo decisório tende a tomar rumos diversos daqueles, até então, entendidos como únicos. A autonomia considerada possível de acontecer em um ambiente mediado pelo paternalismo seria regulada por normatizações baseadas em parâmetros pré-estabelecidos. A seguir, discute-se a questão da autonomia relativa, extraída de diversos discursos.

3.2.3. CONSCIENTIZANDO-SE DA AUTONOMIA RELATIVA

Soares e Lunardi (2002) destacam a autonomia como o descolamento de qualquer determinação exterior à vontade, à crença e aos valores morais do paciente. Diante de tal conceito, somente existe autonomia quando existe a imputabilidade, isto é, quando se atribui a alguém a responsabilidade decisional. Nesse sentido, a autonomia do paciente no ambiente hospitalar ocorre de forma aparentemente simples. No entanto, esta é aceita desde que as decisões do paciente coincidam com as dos profissionais. Ao se instalar discordância de pensamentos e vontades, a validade da decisão do paciente é normalmente colocada em dúvida. Na prática, são poucas as alternativas oferecidas, a não ser aquela normatizada. Então, a atitude autônoma pode deixar de existir. A relativização da autonomia é, dessa forma, quase inerente à hospitalização, sendo um

aspecto importante a se considerar na ética do cuidado, que decorre da fundamentação das ações profissionais.

Ao se dirigir as ações do cuidado, em nível de hospitalização, estabelece-se uma relação com e para alguém, um alguém que sugere dependência, uma vez que está vulnerável frente a uma doença. A pré-julgada dependência reafirma o paternalismo profissional e, nesse momento, a responsabilidade pelo cuidado pode se tornar verticalizada.

Nas palavras de Boff, cuidar é “mais que um ato, é uma atitude de preocupação, de ocupação, de responsabilização e de envolvimento com o outro” (1999, p. 38), implicando acolher e respeitar o outro. Ele afirma, ainda, que essa relação deve ser não de sujeito-objeto, mas de sujeito-sujeito, pois o cuidado humano não pode ser entendido como uma intervenção sobre o paciente. Resgatar o cuidado em sua essência significa mais do que isso; significa colocar-se ao lado do ser cuidado, para conduzi-lo ao melhor caminho para a solução de suas demandas. Uma ideia que traduz, de maneira expressiva, a concepção do cuidado em nível hospitalar está expressa em Gandolpho e Ferrari (2006), para quem cuidar é oferecer ao outro, em forma de serviços, aquilo que o cuidador tem como talentos, preparos e escolhas.

De acordo com Bettinelli, Waskiewicz e Erdmann (2003), apreender o significado da vida no processo do cuidado corresponde a extrapolar as condições técnicas e se fortalecer na percepção da compreensão do ser humano e do modo como ele constrói a sua própria existência. O cuidado em nível hospitalar, portanto, não deve se apresentar desvinculado deste contexto.

Então, a construção desse modelo de cuidado deve requerer a busca da integração com o ser doente, autorizando pensar a autonomia sem excluir a possibilidade de escolha, com respeito a ambos os envolvidos (cuidador e ser cuidado). Os discursos transcritos a seguir demonstram o manejo delicado das situações de autonomia relativa mediada pela força institucional.

*(...) para que ele saiba também o que está sendo feito com ele, qual é a rotina. Às vezes, a gente não sabe se aquele é o enfermeiro, é o auxiliar, se é uma pessoa da sanitização, você não sabe. Eles entram e saem do teu quarto sem você pedir, vão lá, te olham, falam, e você não sabe nem o que foram fazer lá dentro. **Como autonomia assim?** Principalmente no turno da noite, apareciam pessoas bem diferentes, acho que eram pessoas que faziam ronda à noite nos quartos, mas a gente não conhecia. **Acho eu que sejam mais alguns que nos chamam por números, porque dificilmente me chamaram pelo nome. Eu não sei, a gente não sabe, ele está lá internado, simplesmente internado, mas ele não muda a rotina do hospital.***

[Participante 1]

Autonomia depende do tipo de problema que tu tá tendo, porque tem a pessoa que tem algum tipo de esclarecimento. Aquela pode dizer ‘eu quero assim, ou eu quero assado’. Tem aquela que não tem esclarecimento algum, esta não entende nada, não sabe nada, não pode dizer nada. Não existe este tipo de coisa. A pessoa que tem esclarecimento, com certeza, tem mais autonomia, sim. Não é fácil exercer essa autonomia em um ambiente assim, desconhecido. Existem normas, né, regras a seguir e um comportamento, para cada tipo de problema se segue os caminhos já definidos. Eu acho que a autonomia de quem está doente é muito pouca, ou nada, talvez
[Participante 4]

Em outra parte do discurso, o mesmo participante retoma as questões de autonomia relativa:

Eu tive uma oportunidade onde uma familiar decidiu ao contrário do médico e eu fiquei muito inseguro, por mim eu teria seguido a ordem médica, para o bem dela. No meu ponto de vista, o parecer do médico é muito importante. Dependendo o médico, devem-se seguir as orientações; se a gente tem bastante confiança, eu acho que as ordens devem ser seguidas; se não, não. Eu sou uma pessoa que aceita muito as coisas nesse tipo de problema [...] [porque] nesse lugar eu não entendo. Agora, se é no meu trabalho, daí é diferente, eu entendo mais, daí vamos discutir, vamos conversar. Se eu entender do que se trata, vamos discutir, vamos ver qual opinião prevalece, qual é a melhor saída.
[Participante 4]

Nessa fala, de uma forma bastante clara, evidencia-se a relatividade da autonomia do ser, quando este se encontra em uma situação de desconhecimento de causa, afastado de seu *status quo*. O participante continua relativizando a autonomia no trecho abaixo:

Esse exercício da autonomia pode acontecer, mas não deve interferir no andamento da coisa... Eu acho que a tua pesquisa vai divergir muito de pessoa para pessoa, depende da personalidade de cada uma. Cada caso é um caso, cada paciente é um paciente. Eu por um lado sou muito duro, por outro sei de meus limites; não existem regras, cada situação é uma situação. O que está certo e o que está errado? Não sei. Será que está certo esconder, ou não dizer nada? Não sei. Às vezes a omissão não é assim tão grave.
[Participante 4]

Sobre a percepção quanto à própria autonomia, tem-se a seguinte fala:

Acho que eu consigo tomar decisões dentro do hospital, mas é difícil saber como, a gente não tem chance.
[Participante 5]

Nesse discurso, o paciente acredita poder tomar decisões, mas não considera viável, pois não aparecem oportunidades. Além da relativização da autonomia, surgem, novamente, o paternalismo profissional e a força da estrutura hospitalar como entraves nesse exercício. Ao relatar “não ter chance”, o participante deixa implícita a noção de “ser objeto”. Acerca dessa questão, Bouyer (2009) lembra Ponty, quando discorre que a percepção não deve ser vista somente pelo viés objetivista, visão que sobrepõe o

conhecimento instrumental em detrimento e/ou indiferentemente do agente. Porém, quem percebe o mundo tem consciência e interage com ele, sendo essa a essência que se busca conhecer.

Nesse sentido, é relevante ressaltar que os seres humanos possuem capacidades, potencialidades que permitem reagir às normatizações e rotinas fortemente arraigadas nas instituições hospitalares, para que, num futuro próximo – quem sabe –, os padrões existentes possam ser modificados, tornando o processo de cuidado mais flexível e adaptável a cada situação.

Bettinelli, Waskiewicz e Erdmann (2003) ilustram, brilhantemente, o acima exposto quando afirmam que “os profissionais da saúde, dentro de um contexto de complexidade crescente verificado nas instituições de saúde, estão à procura de respostas que brotam de sua própria consciência, e nem sempre são encontradas no cotidiano”. (2003, p. 234).

Dentro desse contexto, acredita-se que um profissional reflexivo aceita ser parte de um problema, fazendo uma reflexão sobre sua própria relação com o saber, com as pessoas, com o poder, com as instituições, com as tecnologias, com a cooperação, a fim de encontrar estratégias para descobrir novos caminhos e superar limites. (PERRENOUD, 2002).

Eu não decido nada, faço tudo que me mandam. Esses dias, eu baixei hospital, dia 1º de maio, de emergência. Cheguei com umas dores na barriga, e a Dr^a. Y disse que não era nada bom e que tinha que operar imediatamente. Mas como eu tomo anticoagulante, eu tive que dizer para eles cancelarem a cirurgia. Então, eles trocaram de anticoagulante, que eu não sabia que tinha mais que um tipo, para eu fazer a cirurgia.

[Participante 6]

Em seu discurso, o paciente refere não decidir nada, mas, devido ao conhecimento de causa que possui, tem a possibilidade de exercer sua autonomia plena; em outro momento, no entanto, relativiza a autonomia e reforça a necessidade da informação externa para o processo de decisão.

Na tentativa de definir autonomia, um dos participantes expõe:

É a capacidade de fazer as coisas por conta própria, decidir o que fazer. Quando eu me aposentei, fui chamado para trabalhar de novo. Decidi não ir. Sou muito orgulhoso pelo que fiz a vida inteira, mas não quero mais. Isso é autonomia: poder decidir. Mas a gente só pode decidir se não tem alguma coisa te pressionando para isso. Por exemplo: se eu estivesse passando fome, eu teria que trabalhar. No hospital é assim: a gente está aqui em busca de recuperar a saúde. E pra isso não temos muitas opções. A gente se mandando, não tendo mais ninguém que te mande, é outra história. Mas no hospital não é assim. Para mim, num hospital, é fácil seguir determinações, porque sou muito disciplinado.

[Participante 7]

Novamente, está presente a noção de que o ambiente hospitalar interfere na possibilidade de tomada de decisão. Sem opções e com alguém que “mande”, a única alternativa é seguir uma “disciplina”, entendida como necessária ao bom andamento do cuidado.

Nota-se, com base no que foi registrado, que exercer a autonomia relativa no ambiente hospitalar envolve confronto de ideias, valores e normas que, eventualmente, não concorrem para um fechamento harmonioso das necessidades do entorno do binômio cuidador-ser cuidado. Entretanto, diferentes possibilidades de transformações, circundadas por normas e rotinas, podem promover um novo arranjo estrutural. Para tanto, há a necessidade de se conceber o ambiente hospitalar como uma estrutura não isolada (e por isso não independente) do contexto onde o ser está inserido. Há de se encontrar, juntamente com o paciente idoso, uma maneira de manter a autonomia nas relações de cuidado, assim como os princípios da bioética norteadores desse processo.

Verifica-se, por meio dos discursos, que o paciente idoso hospitalizado percebe possível sua ação autônoma, porém com limites impostos. A expectativa de obter informações acerca do processo de tomada de decisão traduz-se pela referência à lacuna existente quanto a tais elementos nas falas dos participantes. Assim, fica inferida a autonomia relativa existente nos processos de hospitalização do idoso.

4. DELINEANDO AS CONSIDERAÇÕES FINAIS: NECESSITANDO SER CUIDADO

Parte-se, neste momento, para a tentativa de finalização de um processo e do encontro de novos conhecimentos. Vale ressaltar que a noção de verdade, para Merleau-Ponty, caminha na direção do sentido que aparece e desaparece na subjetividade vivida. Em se falando de verdades, pode-se dizer, seguindo o pesquisador, que ela é um mistério. Por isso, os significados aqui encontrados não são verdades estanques; estão em contínuo fazer e desfazer. Os conhecimentos ora adquiridos propõem processos inacabados, em constante atualização.

Ao longo desta trajetória, a escolha da fenomenologia mostrou-se fundamental, possibilitando o suporte necessário para chegar mais perto da compreensão do fenômeno estudado. Dessa forma, conseguimos ampliar a magnitude do mundo vivido dos idosos hospitalizados, cuja percepção, dentro da complexidade da instituição hospitalar, permite que se façam muitas reflexões, percebendo-se a ambiguidade e as contradições no processo de cuidado. Essa experiência perceptiva consente afirmar que primeiro precisamos compreender o ser humano, suas potencialidades, suas capacidades, suas limitações, para posteriormente cuidá-lo.

A busca pela compreensão das experiências de idosos sobre o fenômeno da autonomia, durante a sua hospitalização, estimulou a reflexão, quase constante, sobre a estruturação do sistema de cuidados e sobre os seus significados para esses seres humanos/pacientes. Essa experiência comporta a manifestação de que existem outras formas/maneiras de cuidar em nível hospitalar.

A análise das três categorias finais possibilitou perceber a estreita e delicada relação estabelecida entre o ser humano idoso hospitalizado e a sua autonomia. Tal tema, complexo e rico em subjetividades, não se finaliza neste momento e tampouco pode ser concluído. De modo bastante claro, a inter-relação das três categorias migra para uma realidade implícita no processo de hospitalização: necessitando ser cuidado. Assim, se discorre a seguir sobre a necessidade de ser cuidado para orientar esta reflexão final.

Mesmo após inúmeros debates éticos acerca da autonomia do ser humano hospitalizado, a condução das práticas do cuidado, no ambiente hospitalar, é permeada por incertezas. Diante da vulnerabilidade implícita ao ser doente, deparamo-nos com o paternalismo do profissional convivendo com o respeito à autonomia do ser.

Entendemos que a presença da vulnerabilidade dos pacientes implica uma atitude terapêutica de mais autoridade – o paternalismo profissional –, o qual, por sua vez, implica a relativização da autonomia, realidade que estabelece um círculo de causa e efeito contínuo, determinante de um difícil impasse bioético. Nesse contexto, a vulnerabilidade pode ser compreendida, entre outras definições, como a suscetibilidade do ser em condições de desigualdade. Sob um ponto de vista da hospitalização, a vulnerabilidade fica destacada pelas condições limitantes do meio que o cerca.

Compreendemos que o cuidado destinado ao paciente vulnerável perpassa a esfera técnica e, necessariamente, precisa resgatar a dignidade do ser idoso doente de tal forma a lhe conceder a segurança imprescindível para o rompimento de estigmas que conferem plenos poderes ao cuidador. Confiança e respeito bilaterais são necessários para o alcance desse rompimento.

Diante de tais manifestações, a fenomenologia concedeu-nos a possibilidade de compreender um pouco mais o sentimento de vulnerabilidade imbuído no processo da hospitalização. Entendemos que a compreensão desse sentimento pode direcionar ações profissionais e pessoais que tenham congruência para uma relação bem equacionada pela reciprocidade e o equilíbrio entre obrigações e direitos bilaterais.

A percepção da vulnerabilidade, muitas vezes, acaba conduzindo o ser doente a se posicionar em modelos fechados e reduzindo, por conseguinte, sua possibilidade de atuação como fim e não como meio. Em alguns momentos, isso até mesmo lhe confere uma relativa segurança e certo conforto, casos em que o próprio paciente proporciona o cenário ideal para o estabelecimento do paternalismo profissional.

Para ilustrar, é importante lembrar, mesmo sem a intenção de adentrar nessa discussão (podendo ser tema de estudo posterior), que o respeito pelas pessoas (autonomia) incorpora duas convicções éticas: a de que elas devam ser tratadas com autonomia e a de que aqueles cuja autonomia está diminuída, que estão **vulneráveis**, deverão ser protegidos. Essa é a base do princípalismo, com os seus quatro princípios: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Ao se falar em paternalismo profissional, é preciso ressaltar que essa categoria emergiu das falas dos pacientes, quando estes, indiretamente, atribuíram uma força especial à estrutura e ao poder profissional. Nesse momento, observamos que os

profissionais, a rigor, agem de forma paternalista ao tomar decisões para os pacientes, sem consultar suas preferências, eventualmente supondo o que é melhor para eles.

O problema, no entanto, está em delimitar em que medida e como se justifica o paternalismo. Aqui, mais um dos princípios básicos da bioética reforça a atitude paternalista: a beneficência. Ousamos questionar a quem se dirige a beneficência, base desse conceito. O domínio técnico do conhecimento fortalece e justifica, por si só, o paternalismo para a maioria dos pesquisados. Em contrapartida, em alguns momentos, essa prática não foi totalmente aceita, fazendo emergir o sentimento de manipulação. Embora sem conhecer os conceitos de paternalismo, os idosos acreditam que buscar esse entendimento (entre as partes) é necessário para se alcançar uma mudança de comportamento que objetive e permita a participação do idoso hospitalizado no processo de tomada de decisão.

Na condição de pesquisadores, percebemos a necessidade (e a possibilidade) de o paternalismo profissional e a autonomia do paciente virem a se complementar mutuamente. Acreditamos que um elemento possa estar “a serviço” do outro, procurando manter, dessa forma, o paciente idoso como foco da atenção. Ainda, podemos destacar que os mais vulneráveis (em questões que extrapolam as da doença, como nível cultural e socioeconômico) têm dificuldades em expressar as suas necessidades e fazer valer as suas vontades, “entendendo” o paternalismo profissional como absoluto e indispensável.

Pensamos que o paternalismo profissional não seja, necessariamente, a origem de conflitos danosos ao paciente e pode ser conduzido de modo a proporcionar segurança e efetividade das ações em nível hospitalar. Resta estabelecer limites aceitáveis para ambos os lados da relação, sem esquecer que são raras as situações em que o paciente está livre de influências externas. Ainda assim, deve-se desencadear uma abertura para o novo, a fim de se conviver com o paternalismo profissional de maneira não danosa. Para tanto, há de se promover possibilidades de existência de elementos de opção ao paciente, indo ao encontro de suas necessidades e de sua vontade, como ficou implícito em seus discursos.

Acreditamos que as informações acerca da condução de seu tratamento e do funcionamento da estrutura hospitalar são de importância ímpar para o paciente, pois o levam a “reconhecer” o ambiente em que se encontra, conferindo-lhe segurança ao necessitar ser cuidado. Aqui, **o paciente existe neste mundo.**

Compreendemos que o paciente aceita o paternalismo, mas está em uma busca considerável de seu espaço no mundo da hospitalização. Percebemos, ainda, que os profissionais almejam, igualmente, esse equilíbrio, mas possuem dificuldades no ajuste da medida certa nas suas atitudes. Para finalizar esta fala, determinamo-nos a afirmar que o paternalismo profissional não se sustenta de forma independente, pois necessita interagir com a realidade da vulnerabilidade e da autonomia do paciente, caso contrário essas categorias não passariam de conceitos abstratos e utópicos.

Diante das colocações anteriores, emerge a categoria que diz respeito à autonomia relativa do paciente. Por que relativa? Conforme Gracia:

É um fato comprovado que quando a autonomia é levada ao extremo é convertida num princípio absoluto e sem exceções que conduz a aberrações não menores do que as do paternalismo beneficentista. O paternalismo está para a beneficência, como o anarquismo para a autonomia. O bem comum exige pôr limite às decisões livres dos indivíduos. Por isso, só com o princípio de autonomia não se pode construir uma ética coerente. A razão, às vezes, está do lado da beneficência e não do lado da autonomia. E, muitas outras vezes, encontra-se entre estes dois princípios, entre a pura beneficência e a pura autonomia. Daí a necessidade de um terceiro princípio que, qual novo Salomão, faça a mediação entre ambos. Este princípio é o da justiça. (2008, p. 259).

Entendemos que essa citação ilustra, sobretudo, aquilo que foi possível captar das questões do cuidado em nível hospitalar no que se refere à autonomia do paciente idoso hospitalizado. Não pretendemos, nesta reflexão, discorrer sobre princípios, porém entendo que o equilíbrio mencionado pode ser visto como um “norteamento de ações” nesse cuidado executado.

A maior proposta deste trabalho consiste em oferecer um espaço à reflexão, sem pretensão de alcançar algum objetivo previamente estabelecido. Trazer à luz um debate sobre o sentimento vivido pelo idoso quanto a sua autonomia durante a hospitalização pode nos inquietar e desacomodar. Pode, além disso, trazer desconforto e insegurança aos que cuidam. Mas pode, acima de tudo, instigar a inserção de novos modelos de cuidado, de novas perspectivas no manejo de nossos idosos adoecidos e, ainda mais, deve colaborar para a incansável busca da manutenção da dignidade do ser humano idoso hospitalizado. Dentro desse contexto, **a compreensão do significado do viver experienciado** pelos idosos internados pode contribuir para a compreensão de mundo, bem como para alicerçar a construção de estratégias de cuidado dos profissionais.

Um dos mais profundos anseios do ser humano é ser reconhecido e sentir-se valorizado. Na experiência da hospitalização, esse anseio é ainda maior, pois a internação costuma ser permeada por desconhecimento, dúvidas, medos e incertezas. Assim, os profissionais da saúde que atuam na rede hospitalar enfrentam o desafio de repensar e valorizar o princípio da autonomia das pessoas.

Há um longo caminho a ser percorrido para, quem sabe, ressignificar o processo de cuidado, das relações, dos sentimentos e do respeito à dignidade humana nos hospitais. Em determinadas circunstâncias, temos que aprender a recomeçar. Esse recomeço perpassa pela mudança de atitude, pelo cuidado responsável, sensível e ético, que tem como propósito a valorização da vida do ser humano que está sendo cuidado.

Ao humanizar o nosso olhar de profissional, poderemos estar reeducando a nossa sensibilidade, flexibilidade, imaginação, nossas formas de questionamentos, no diálogo simétrico e reflexivo, ampliando a nossa potencialidade na criação de vínculos com os idosos que necessitam de cuidado no ambiente hospitalar. Esses aspectos permitirão que se vislumbrem novos caminhos e novas estratégias de cuidado.

Estamos convencidos da necessidade de repensar as relações do cuidado, encorajando as pessoas a serem mais autônomas e solidárias e, por fim, compreenderem que existe uma série de tensões entre autonomia e dependência no ambiente hospitalar, mas que ambas fazem parte do processo do cuidado. Afinal, todos precisamos de cuidado para viver e sobreviver.

Ao sugerir a existência da “emancipação” do idoso hospitalizado, lembra-se o processo de tomada de decisão voluntária fundamentada em adequada informação. A competência da vontade humana induz à capacidade de deliberação e à aceitação das propostas de cuidado. A qualidade dessa tarefa deve passar pelo critério de enxergar-se o paciente como cidadão que, naquele determinado momento, necessita do cuidado especializado.

Seguindo o pensamento de Ponty, percebemos que, de acordo com o mundo em que se insere o ser (neste caso, o hospital), se alcança uma concepção e percepção própria e única. Cada trajetória vivida pelo paciente idoso hospitalizado é vista através de uma lente exclusiva, o que transforma cada vivência em uma experiência ímpar e especial. Desvelar o processo dessa experiência oportunizou a compreensão do caminho percorrido pelo paciente idoso hospitalizado. Cada expressão espontânea desocultada revelou os verdadeiros significados dessas vivências. Em meio a esse exercício,

apreendemos que a autonomia, no âmbito da hospitalização, ocorre em momentos pontuais, mas sempre cerceada por determinações exteriores. Desvelar o sentimento que acompanha essa situação foi de extrema riqueza e real significância, uma vez que possibilitou a reflexão acerca das atitudes que envolvem o cuidar em nível hospitalar.

Na finalização deste estudo, e sem a pretensão de dissertar sobre a formação pedagógica dos profissionais em saúde, deixam-se alguns questionamentos que circundam este assunto, como a relativa incapacidade dos profissionais da área da saúde em aprimorar ou flexibilizar seus saberes. Ao processo educativo necessitam ser incorporadas atividades voltadas para além das questões biomédicas, assim como se observa a urgência em extrapolar os enfrentamentos teóricos determinantes da assimetria característica do biopoder.

Para os profissionais da saúde que cuidam do paciente idoso hospitalizado, o entendimento dessa perspectiva converte-se em uma mudança comportamental e em uma conseqüente alteração na forma de executar seu trabalho. Como profissionais e executores do cuidado, podemos incorporar, em nosso dia a dia, a atitude fenomenológica. As lentes de observação do mundo que cerca o idoso hospitalizado necessitam ser modificadas. Identificar a percepção do paciente acerca dessa experiência deixou de ser somente um objetivo acadêmico e extrapolou a esfera teórica para estes pesquisadores. Este talvez seja o maior objetivo e também o maior ganho do estudo que agora se finaliza.

REFERÊNCIAS

- ABBAGNANO, N. *Diccionario de filosofia*. México: Ed. Fondo de Cultura Económica, 2004.
- AGICH, J. G. *Dependência e autonomia na velhice: um modelo ético para o cuidado de longo prazo*. São Paulo: Loyola; Centro Universitário São Camilo, 2008.
- ARRUDA, L. P. O profissional da saúde e os dois lados da doença: da exclusão ao empoderamento do sujeito. *Revista Texto & Contexto*, Florianópolis, n. 4, ano IV, p. 1-16, 2005.
- AYRES, J. R. C. M. Uma concepção hermenêutica de saúde. *Revista de Saúde Coletiva*, v. 10, n. 3, p. 549-560, 2007.
- BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. *Princípios de ética biomédica*. São Paulo: Loyola, 2002.
- BENINCÁ, C. R. *Apoio psicológico à enfermagem diante da morte: estudo fenomenológico*. 2002. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.
- BETTINELLI, L. A.; WASKIEVICZ, J.; ERDMANN, A. L. Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 27, n. 27, p. 231-239, 2003.
- BICUDO, M. A. V. *Fenomenologia: confrontos e avanços*. São Paulo: Cortez, 2000.
- BOUYER, G. C. Percepção e trabalho na fenomenologia de Merleau-Ponty. *Revista Ciências & Cognição*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 59-73, 2009.
- BOTH, A.; PASQUALOTTI, A.; PORTELLA, M. R. *Meta-avaliando: percepção dos fundamentos sociais e educacionais no controle de processos depressivos em idosos*. Passo Fundo: EDIUPF, 2008.
- BOFF, L. *Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes, 1999.
- BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Seminário Internacional de Envelhecimento Populacional, 1996, Brasília. *Anais do Ministério da Previdência e Assistência à Saúde*. Brasília: MPAS, 1996.
- _____. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 196/96*. Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos, 1996. Disponível Em: <conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/Reso196.doc>. Acesso em: 10 jun. 2010.
- _____. *Portaria 1395, de 09 de dezembro de 1999*. Aprova a Política Nacional do Idoso e determina competências. D.O. 237-E de 13/12/1999. Disponível em: <http://www.sjcdh.ba.gov.br/conselho_def_idoso/pdf/federal/Portaria%201395.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2009.

_____. Ministério da Saúde. *Programas e projetos*. Saúde do idoso. 2002. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/programa/idoso/resprg.htm>>. Acesso em: 15 jul. 2009.

_____. *Lei nº 10.741/2003*. Estatuto do Idoso. Brasília: Senado, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. *Código Civil*. Disponível em: <<http://www.010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/17/1973/5869.htm>>. Acesso em: 10 ago. 2011.

BUSHATSKY, M. *Princípio da autonomia do conhecimento à práxis na oncologia pediátrica*. 2005. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2005.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 777-781, maio/jun. 2003.

CAMPI, S. *O valor intrínseco da vida e a autonomia: reflexões sobre a eutanásia*. 2004. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

CAPABLO, C. *Fenomenologia e ciências humanas*. 3. ed. Londrina: UEL, 1996.

CARVALHO, A. S. *Metodologia da entrevista: uma abordagem fenomenológica*. Rio de Janeiro: Agir, 1987.

CARVALHO, J. A.; GARCIA, R. A. O envelhecimento demográfico da população brasileira: um enfoque possível. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 725-33, jun. 2003.

CARVALHO, J. L.; VERGARA, C. S. A fenomenologia e a pesquisa nos espaços de serviços. *Revista de Administração de Empresas (RAE)*, Atlas, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 78-91, jul./set. 2002.

CASTRO, E. D. Inscrições da relação terapeuta-paciente no campo da terapia ocupacional. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 14-21, 2005.

COBRA, R. Q. *Edmund Husserl: filosofia contemporânea*. 2001. Disponível em: <<http://www.cobra.pages.com.br>>. Acesso em: 19 ago. 2008.

COLTRO, A. A fenomenologia: um enfoque metodológico para além da modernidade. *Caderno de Pesquisa em Administração*, São Paulo, v. 1, n. 11, 1. trim. 2000.

CURY, A. *Pais brilhantes, professores fascinantes*. Rio de Janeiro: Sextante, 2003.

DALBOSCO, C. A. Corpo e alma na velhice: significações ético-pedagógicas do “cuidado de si mesmo”. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, Passo Fundo, EDIUPF, v. 3, n. 1, p. 22-37, jan./jun. 2006.

- DALY, M. P. *Promoção da saúde e prevenção da doença*. Rio de Janeiro: Revinter, 2004.
- DE DAVID, I. J. *Relatório social Hospital São Vicente de Paulo*. Marau: MaraGRAF, 2008.
- DELGADO, J. A. *Aproximação à compreensão ontológica da família baseada no pensamento de Heidegger*. Florianópolis: Ed. da Universidade Federal de Santa Catarina, 2003.
- DEMO, P. *Politicidade: razão humana*. Campinas: Papyrus, 2002.
- DRANE, J.; PESSINI, L. *Bioética medicina e tecnologia: desafios éticos na fronteira do conhecimento humano*. São Paulo: Loyola; São Camilo, 2005.
- ENGELHARDT, H. T. The many faces of autonomy. *Health Care Analysis*, Houston, Texas, v. 9, p. 283-287, 2001.
- FREIRE, P. *Conscientização: teoria e prática da libertação – uma introdução ao pensamento de Paulo Freire*. São Paulo: Moraes, 1980.
- GALEFFI, D. A. O que é isto?: a fenomenologia de Husserl. *Ideação*, Feira de Santana, Bahia, n. 5, p. 13-36, jan./jun. 2000.
- GANDOLPHO, M. A.; FERRARI, M. A. C. A enfermagem cuidando do idoso: reflexões bioéticas. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, ano 30, v. 30, n. 3, jul./set. 2006.
- GOLDIM, J. L. *Bioética: uma visão panorâmica – rompendo os limites entre a ética e a ciência*. Porto Alegre: Episteme, 2000.
- GONÇALVES, R. *Vivenciando o climatério: o corpo em seu percurso existencial à luz da fenomenologia*. 2005. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.
- GRACIA, D. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Editora Triacastela, 2008.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. *Censo demográfico: Brasil, 2000*. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.
- KALACHE, A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, v. 13, n. 4, jul./ago. 2008.
- KANT, I. *Filosofia de la historia*. 2. ed. Buenos Aires: Editorial Nova, 1964.
- KARSCH, U. M. Idosos dependentes: família e cuidadores. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 861-866, maio/jun. 2003.
- LOPES, R. L. et al. Fenomenologia e a pesquisa em enfermagem. *Revista de Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 49-52, maio 1995.

MACHADO, J. M. T. *Tomada de decisão na atenção ao paciente muito idoso hospitalizado*. 2006. Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

MACHADO, M. V. P. *A transição do ser adolescente puérpera ao papel materno sob o enfoque do cuidado de enfermagem*. 2004. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2004.

MARIOLI, A. P. *O método fenomenológico na comunicação*. São Paulo: USP, 2008.

MERLEAU-PONTY, M. *Fenomenologia da percepção*. Trad. de Carlos Alberto Moura. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

MÜLLER, M. *Merleau-Ponty: acerca da expressão*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2001.

MURAMATSU, C. H. *Convivendo com a síndrome da tensão pré-menstrual: um enfoque da fenomenologia existencial*. 2001. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, 2001.

NIGHTGALE, F. *Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é*. São Paulo: Cortez, 1989.

OJEDA, V. G. *Vivências de enfermeiro no cuidado do idoso moribundo hospitalizado: a perspectiva fenomenológica*. 2007. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

PERRENOUD, P. *A prática reflexiva no ofício do professor: profissional e razão pedagógica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (Org.). *Humanização e cuidados paliativos*. São Paulo: Loyola, 2004.

POLAK, Y. N. de S. *A corporeidade como resgate humano na enfermagem*. 1996. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1996.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. *A saúde da população do estado do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: CEVS, 2006.

SCHILLER, P. *A vertigem da imortalidade*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

SCHWANKE, C. H. A.; CRUZ, I. B. M. *Ética do cuidado na sociedade que envelhece: contribuições ao debate*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2005.

SENA, E. L. S. *A experiência do outro nas relações do cuidado: uma visão merleau-pontyana sobre as vivências de familiares cuidadores de pessoas com doença de Alzheimer*. 2006. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

SGRECCIA, E. *Manual de bioética: fundamentos e ética biomédica*. São Paulo: Loyola, 2002.

SILVA, M. da G. de A. *Vivência do envelhecer: sentidos e significados para a prática da enfermagem*. 2007. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

SOARES, N. V.; LUNARDI, V. L. Communication: the information as a possibility for reducing the asymmetry between the health professional and the client. In: BRAZILIAN NURSING COMMUNICATION SYMPOSIUM, 8, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, São Paulo, 2002. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000052002000100027&lng=en&nrm=abn>. Acesso em: 06 mar. 2011.

SOUZA, A. I. J.; ERDMANN, A. L. Percepção: uma reflexão teórica a partir da filosofia de Maurice Merleau-Ponty. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, v. 18, n. 1/2, jan./ago. 2003.

TERRA, M. G. *Significados da sensibilidade para o ser docente-enfermeiro/a no ensinar e aprender a ser e fazer enfermagem à luz da fenomenologia de Maurice Merleau-Ponty*. 2007. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

TURATO, E. R. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis: Vozes, 2003.

VON ZUBEN, N. A. *Fenomenologia e existência: uma leitura de Merleau-Ponty*. São Paulo: Oraes, 2007.

WALDOW, V. R.; BORGES, R. F. The caregiving process in the vulnerability perspective. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 16, n. 4, p. 765-71, jul./ago. 2008.

ANEXOS

Anexo A. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO
VICE-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER 258/2009

O Comitê de Ética em Pesquisa – UPF, em reunião no dia 25/11/09, analisou o projeto de pesquisa “**Autonomia do idoso hospitalizado**”, CAAE nº 4814.0.000.398-09 de responsabilidade da pesquisadora **Marisa Basegio Carretta**.

O projeto tem como objetivo compreender as experiências do idoso hospitalizado em relação a sua autonomia durante a internação. Para isto, a pesquisadora fará um estudo de natureza qualitativa, segundo a abordagem fenomenológica, tendo como participantes 25 idosos tiverem sido internados, por mais de cinco dias, nos Hospitais São Vicente de Paulo e Hospital da Cidade, no município de Passo Fundo-RS, no período de janeiro a abril de 2010. Será feita uma entrevista, agendada com antecedência e realizada na residência do idoso, a partir de um roteiro semi-estruturado. O roteiro contém perguntas relativas aos dados de identificação do entrevistado e uma questão norteadora semi-estruturada que antecede outras questões condutoras. A entrevista pautada pelo roteiro norteador será realizada de forma individual com duração aproximada de 60 minutos. Serão feitas anotações sobre a forma em que o sujeito expressa os fatos vividos durante a hospitalização, procurando desvelar e discernir os significados mais profundos desse fenômeno.

Os direitos fundamentais dos participantes foram garantidos no projeto e no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresentado. O protocolo foi instruído e apresentado de maneira completa e adequada. Os compromissos da pesquisadora e das instituições envolvidas estavam presentes.

Diante do exposto, este Comitê, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa na forma como foi proposto.

A pesquisadora deverá apresentar relatórios a este CEP ao final do estudo.

Situação: PROTOCOLO APROVADO

Passo Fundo, 11 de dezembro de 2009.

APÊNDICES

Apêndice A. Solicitação de autorização deferida – Hospital da Cidade

Termo de Autorização do HC

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Prezado Sr. Dr. Antonio Augusto Pretto

Membro da Junta Administrativa do Hospital da Cidade – Passo Fundo

Hospital da Cidade

Passo Fundo – RS

Pelo presente solicitamos a Vossa Senhoria autorização para o desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado “autonomia do idoso hospitalizado”, de autoria de Marisa Basegio Carretta e Luiz Antonio Bettinelli. O estudo tem como objetivo compreender as experiências do idoso hospitalizado em relação a sua autonomia durante a internação.

Para alcançar os objetivos propostos solicitamos a permissão para realizar a pesquisa com pacientes internados nessa instituição. Requeremos a autorização para fazer a primeira abordagem do paciente idoso internado, momento em que será explicado o objetivo do estudo. Faremos esse contato após a autorização da direção do hospital e do enfermeiro responsável pelo setor de internação do paciente. A abordagem acontecerá em um momento que não alterará a rotina do cuidado aos pacientes.

As entrevistas dos pacientes que aceitarem participar do estudo serão realizadas nas suas residências e após o agendamento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. –

Sendo o que tínhamos,

Cordialmente


HOSPITAL DA CIDADE DE PASSO FUNDO


ANTONIO AUGUSTO PRETTO - C.D.
MEMBRO JUNTA ADMINISTRATIVA


Marisa Basegio Carretta


Luiz Antônio Bettinelli

Apêndice B.Solicitação de autorização deferida – Hospital São Vicente de Paulo

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Ao setor administrativo HSVP

Hospital São Vicente de Paulo.

Passo Fundo – RS

Pelo presente solicitamos a Vossa Senhoria autorização para o desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado “autonomia do idoso hospitalizado”, de autoria de Marisa Basegio Carretta e Luiz Antonio Bettinelli. O estudo tem como objetivo compreender as experiências do idoso hospitalizado em relação a sua autonomia durante a internação.

Para alcançar os objetivos propostos solicitamos a permissão para realizar a pesquisa com pacientes internados nessa instituição. Requeremos a autorização para fazer a primeira abordagem do paciente idoso internado, momento em que será explicado o objetivo do estudo. Faremos esse contato após a autorização da direção do hospital e do enfermeiro responsável pelo setor de internação do paciente. A abordagem acontecerá em um momento que não alterará a rotina do cuidado aos pacientes.

As entrevistas dos pacientes que aceitarem participar do estudo serão realizadas nas suas residências e após o agendamento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Sendo o que tínhamos,

Cordialmente

Diego S. Dylla
Enfermeiro
Cofen 225779
Lic. 202/2019

Marisa Carretta
Marisa Basegio Carretta

Luiz Antonio Bettinelli
Luiz Antônio Bettinelli

Apêndice C. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar da pesquisa sobre “Experiências de Idosos Hospitalizados: A compreensão do fenômeno da autonomia”. Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

O objetivo desta pesquisa é compreender as experiências do idoso hospitalizado em relação a sua autonomia durante a internação.

Sua participação nesta pesquisa será feita através de uma entrevista com duração aproximada de 60 minutos, a ser realizada em sua residência após agendamento e a assinatura desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, uma ficando com o participante do estudo e outra com os pesquisadores. As suas respostas serão registradas no roteiro da entrevista. O (a) senhor (a) participará de uma entrevista individual, tendo como roteiro quatro perguntas sobre a sua experiência na hospitalização. Será assegurada sua privacidade quanto às possíveis informações confidenciais, bem como o sigilo e o anonimato.

O consentimento é livre e sua participação nessa pesquisa é voluntária, o que lhe assegura o direito de participar ou não, além de retirar seu consentimento em qualquer fase da mesma.

A entrevista individual será gravada e depois transcrita pela pesquisadora, de maneira a resguardar a fidedignidade dos dados. Após a transcrição, as fitas K-7 serão destruídas pela pesquisadora. Os relatos verbalizados serão respeitados, mantidos inalterados quanto ao conteúdo e às informações. Os resultados poderão ser publicados e demonstrados em eventos científicos, observando sempre o anonimato e a confiabilidade das informações.

Os resultados desta pesquisa poderão auxiliar os idosos no exercício da autonomia durante a internação hospitalar. Serão criados grupos de debates entre os profissionais das instituições hospitalares, visando a criar estratégias para a humanização do cuidado e o apoio para que os idosos possam participar de decisões sobre a sua saúde.

O (A) senhor (a) terá a garantia de receber esclarecimento a qualquer pergunta ou dúvida relacionada ao estudo e liberdade de acesso aos dados em qualquer etapa.

Para qualquer pergunta sobre meus direitos como participante deste estudo, ou se penso que fui prejudicado (a) pela minha participação, posso chamar Marisa Baseggio Carretta – (54) 8405-1514 e/ou (54)3045-6867 – e o professor Luiz Antonio Bettinelli – (54) 3316-8520 e/ou 3601-1737 – ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo (UPF) – (54) 3316 8370.

Assim sendo, esperamos contar com vossa preciosa colaboração, que certamente irá enriquecer esse trabalho, ficando claro também que não haverá custos financeiros para ambas as partes. Os dados não serão divulgados de modo que permitam a sua identificação. As falas serão enumeradas em ordem crescente conforme cada entrevista for sendo realizada. Na entrevista, somente iremos inserir as iniciais do nome de cada participante. Você receberá uma cópia deste termo, onde constam o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação a qualquer momento. As informações obtidas com esta pesquisa serão confidenciais e será mantido sigilo sobre sua participação.

Dessa forma, agradecemos sua colaboração e solicitamos sua autorização.

Marisa Baseggio Carretta

Rua Uruguai, 31. Passo Fundo - RS - CEP 99010-110, (54) 8405-1514 e/ou (54)-3045-6867.

Luiz Antonio Bettinelli

Rua Marcelino Ramos, 111/903, Passo Fundo – RS CEP 99010-160, 3601 – 1737 e/ou 3316 -8520.

Nome do (a) participante:

Assinatura:

Apêndice D. Roteiro norteador

Roteiro norteador

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

- 1 - Nome: _____ Iniciais: _____
- 2 - Idade (anos) _____
- 3 - Sexo: Masculino () Feminino ()
- 4 - Constituição da família: _____
- 5 - Em qual o hospital o (a) senhor (a) internou: HSVP () HC ()
- 6 - Quantos dias o senhor (a) ficou internado (a): _____
- 7 - Diagnóstico da internação: _____

ROTEIRO DA ENTREVISTA

Questão desencadeadora:

Vamos conversar sobre sua hospitalização, suas experiências vivenciadas, sobre os cuidados executados e a sua participação nesse processo.

O que significa para o (a) senhor (a) o exercício de sua autonomia na experiência da hospitalização?

1. Como foi a sua experiência da hospitalização? O que significou a hospitalização?
2. O que significa para o (a) senhor (senhora) a autonomia do paciente durante a hospitalização?
3. Como aconteceram as decisões sobre as alternativas de tratamento de sua doença durante a hospitalização?
4. O (A) senhor (senhora) pôde fazer escolhas sobre o tratamento e cuidados dos profissionais durante a hospitalização? Quais?

Apêndice E. Entrevistas transcritas na íntegra

À esquerda: entrevistas na íntegra

À direita: leitura interpretativa do pesquisador/ pré-compreensão dos dados

ENTREVISTA 1 (E.B.L.)

A ideia inicial nossa, agora, é conversarmos sobre a sua internação, como foi a sua internação, como ocorreram os fatos para que a senhora tenha chegado até o hospital, e dali para frente como a Sr^a. se sentiu dentro da instituição hospitalar, qual foi a sua participação como sujeito, como pessoa dentro deste processo de doença que se estabeleceu com a senhora e no qual a senhora teve que lançar mão de uma instituição hospitalar para sua recuperação. Como foi este caminho.

E- Na realidade esta internação foi causada por um distúrbio, após um fim de semana sem conseguir chamar meu médico assistente, sem conseguir conversar com o médico responsável por mim, eu tive que ser internada, eu estava muito ruim, relato dos que me transportaram ao hospital, os familiares que me transportaram ao hospital. Eu demorei para ter uma noção [sobre] onde eu estava e descobrir o que eu estava fazendo naquele local. Eu não tinha noção do tempo, eu só sabia que eu estava hospitalizada, só me dei conta quando comecei a reconhecer as pessoas que estavam ao meu redor, me cuidando, médicos, enfermeiros, aí eu comecei a me dar conta, no início foi muito confuso. Barulhos desconhecidos, mas na realidade, do que provinham aqueles barulhos, que eram de uma sala próxima à CTI que eu me encontrava. Estes barulhos vinham junto com as pessoas que entravam e saíam, e eu não tinha uma noção clara das coisas.

1- Relata a dificuldade de interpretar o ocorrido, fragilidade frente a uma situação nova e desconhecida.

Então a senhora se encontrava em um determinado ambiente hospitalar denominado CTI.

Neste ambiente, tinham pessoas hospitalizadas com diversas doenças diferentes da minha, uma que deram os medicamentos que estavam sendo administrados via endovenosa que perturbavam e outros que tossiam indiscriminadamente, todos numa mesma sala, deu para eu notar. Eu senti e fazia perguntas. O que me causou mais estranheza foi ouvir as pessoas que tossiam ao meu redor, foi uma coisa que me angustiou muito, e eu fazia perguntas. “Estes que estão tossindo quem são?”. A resposta foi dada pelo enfermeiro ou enfermeira, eu não lembro o sexo, que aqueles eram os que haviam fumado a vida inteira. E estavam ali tossindo. Este fato me levou a questionar também a validade deste ambiente onde estão internadas as pessoas para sua recuperação, juntamente com pessoas que fumaram a vida inteira e têm problemas respiratórios.

Esta foi uma experiência vivenciada pela senhora...

Muito ruim. Eu constatei a fragilidade destes ambientes coletivos onde colocam as pessoas como se fossem números; vamos ver quantos cabem aqui e vamos colocando. Isso passou na minha cabeça. Eu senti isso porque os meus familiares diziam que estavam aguardando um quarto, e sempre eu ouvia um “zum-zum” de que quartos que tinham lá eram reservados para quem tinha alguma influência ou dinheiro para pagar. Nesta situação eu fiquei dias

2- Evidencia a vulnerabilidade de estar doente e dependente da estrutura hospitalar.

3- Expressa a despersonalização do paciente internado. Evidencia a força da estrutura hospitalar.

ainda somente presenciando fatos.

Se eu lhe fizesse a pergunta “o que significa para a senhora exercer o exercício de sua autonomia neste ambiente”, o que a senhora poderia me dizer?

As pessoas não têm autonomia dentro de um ambiente destes; não existe autonomia, não existe isso. A autonomia é muito restrita neste ambiente. Num quarto de hospital, numa CTI, a pessoa é um doente sem ação nenhuma.

E no quarto, a situação melhorou?

Um pouco, ao menos eu tinha a presença das pessoas de fora que vinham fazer visitas e eu tinha mais possibilidade de pedir as coisas; eu recebia visitas mais frequentes, inclusive do meu médico particular.

Eu passei dias sentada numa poltrona, um tempão. À noite me punham na cama; de dia me punham sentada... Um dia um médico conhecido perguntou: “o que a senhora está fazendo aí, dona E.? Isto não faz bem para a senhora”! Aí eu respondi: “Eu estou aprendendo bastante, já vi saírem alguns ‘presuntos’ daqui, estou aprendendo, estou tendo um grande aprendizado aqui”. Além dos ‘presuntos’, eu vi os que fumavam a vida inteira, então isto é um aprendizado enorme. Agora eu sei que se for para uma CTI a gente vai ser misturada com as doenças mais variadas, possíveis e imagináveis. Por isso que muitas pessoas pedem, imploram para que não sejam levadas a estes lugares.

4- Manifesta a inexistência da autonomia.

5- Comenta novamente a vulnerabilidade e a manipulação do paciente frente às normas e rotinas institucionais.

E isso passa a ser uma decisão que envolve a autonomia da pessoa...

Eu até não sei, eu quero me informar se eu tenho este direito de não ir nunca mais para uma CTI, um centro de tratamento intensivo, nestas salas grandes. Ainda diziam os médicos que aquele era o melhor centro de tratamento intensivo da cidade.

Frente a sua alta para o quarto, a senhora teve alguma possibilidade de tomar decisões a respeito do seu tratamento?

Eu não, eu não tinha noção do que eu tinha, nem [sabia] o nome da minha doença. Autonomia a gente tem quando a gente é informada; que alguém chegue e te diga: “olha, você tem isso, você vai ser tratada para isso e nós vamos ter que te cuidar de tal forma, te administrar tais medicamentos”. Não foi assim. Nunca foi detalhado nada, eles tateavam e tateavam e tampouco me diziam as coisas. O paciente, eles demoram para dizer as coisas, nem todos, mas a maioria.

A senhora teve possibilidade de obter alguma escolha relativa ao seu cuidado? A respeito de banho, horário de refeições, tipo de acomodações...

Não, eles me puseram num quarto que eu não conseguia dormir, porque tinha choro de criança por perto, e aí eu falei com uma enfermeira que eu não tomava banho. Então, ela resolveu me dar banho, porque neste hospital ninguém tinha me dado banho.

6- Considera a informação ao paciente como fator mediador da autonomia.

7- Expressa a inexistência da autonomia frente à estrutura e às normas e rotinas institucionais.

Então ela resolveu me dar banho, mas eu que fui, eu que pedi... A minha filha ajudava bastante.

O que significou para a senhora ter pedido para alguém lhe dar banho?

Eu achei muito desrespeito. Também as refeições eram servidas... Por exemplo, o café da manhã era servido tarde, quando elas podiam, não quando a gente necessitava. Tinha que esperar, esperar, esperar. E eu ficava... Eu também não fui consultada sobre outros médicos que se agregaram em meu tratamento. Nesta estrutura atual que eu conheço, dependendo do paciente, ele pode até solicitar alguns cuidados, mas daí a ser atendido, não sei, não. Estas coisas são muito difíceis. Depende da iniciativa do paciente e da instituição, das pessoas. Acho que se eu não tivesse solicitado banho, por exemplo, talvez ninguém tivesse se lembrado disso, ninguém tinha me dado. Não sei qual é a norma do hospital também, alguns hospitais têm algumas normas que eu não concordo com elas, por exemplo, de não trocar roupa de cama, ah, só de vez em quando, porque gasta muito, porque a roupa estraga, e isto às vezes vem contra o hábito da pessoa de se manter limpa. Em um hospital que adota este sistema, eu tive oportunidade de reclamar porque tinha roupa sobrando, mas não era para ser utilizada, tinha que ficar na rouparia. Por que eu não sei...

A senhora entende como válido informar o paciente sobre as normas e rotinas da instituição em que se encontra?

Eu acho que seria bom, porque aí o paciente poderia

8- Reforça a inexistência da autonomia frente à estrutura e às normas e rotinas institucionais.

9- Estabelece relação de desrespeito com o paciente frente às atitudes dos profissionais.

entender, colaborar mais sobre determinadas coisas e isto reverteria em conforto para o paciente e também segurança. Para que ele saiba também o que está sendo feito com ele, qual é a rotina. Às vezes, a gente não sabe se aquele é o enfermeiro, é o auxiliar, se é uma pessoa da sanitização, você não sabe, eles entram e saem do teu quarto sem você pedir, vão lá, te olham, falam, e você não sabe nem o que foram fazer lá dentro. Como autonomia assim? Principalmente no turno da noite, apareciam pessoas bem diferentes, acho que eram pessoas que faziam ronda à noite nos quartos, mas a gente não conhecia. Acho eu que sejam mais alguns que nos chamam por números, porque dificilmente me chamaram pelo nome. Eu não sei, a gente não sabe, ele está lá internado, simplesmente internado, mas ele não muda a rotina do hospital.

Para fazer os exames, a gente andava e andava de maca. Um dia, o aparelho não funcionava e tive que ficar esperando... Daí eu, de pé, encostada na parede, bem complicado, eu e os outros que arrumavam o aparelho, sem escolha. Esta é a realidade do paciente.

Eu já falei que não quero mais ir a este local, então espero que não precise mais. Mas não se sabe...

E quanto às suas decisões...

Ah, sim! Eu pedi para vir para casa, eu solicitei que eu queria vir para casa, depois de alguns dias eu recebi alta. Mas nesta armadilha eu não quero mais cair. Misturada com pessoas com problemas contagiosos, sendo que eu não tinha uma doença

10- Considera a informação como fator mediador da autonomia durante a hospitalização.

11- Evidencia a vulnerabilidade frente ao desconhecido.

12- Manifesta a inexistência da autonomia frente à estrutura hospitalar.

13- Revela medo e fragilidade

<p>contagiosa, é muito difícil. Na realidade, eu não sabia bem o que eu tinha, só que aquela tosse das pessoas me apavorou muito.</p> <p>Frente a isso, a senhora solicitou alguma saída para esta situação?</p> <p>Não, eu não tive esta iniciativa, e não foi me oferecido nada de solução. Foi lamentável, vários dias nesta situação, a gente perde a privacidade, a gente não tem...</p> <p>A senhora tentou estabelecer algum diálogo?</p> <p>Não, não tentei e não consegui.</p> <p>A senhora parece cansada...</p> <p>Falar dessas coisas mexe um pouco.</p> <p>Eu queria lhe agradecer muito, suas palavras foram de extrema valia para nossa pesquisa...</p> <p>Tomara que sirva para muitas pessoas. Para algumas coisas, basta boa vontade das instituições feitas por pessoas. Estamos num tempo onde os animais valem mais do que as pessoas; não que eu queira desmerecer os animais, mas os cães, por exemplo, muitas vezes tem um tratamento muito melhor e mais digno que as pessoas.</p> <p>A senhora acha que ser idoso e hospitalizado nesse momento...</p> <p>É muito complicado nos dias de hoje, porque o idoso não é visto como um patrimônio de cultura que ajudou a construir a sociedade; ele é considerado, o</p>	<p>relacionada ao vivido.</p> <p>14- Explicita falta de privacidade, bloqueando a iniciativa.</p> <p>15- Afirma necessidade de mudança comportamental e estrutural da instituição.</p> <p>16- Cita ausência de comunicação durante a hospitalização.</p>
---	--

idoso é considerado um empecilho aos órgãos de previdência para certos governos.

E a senhora acha que isso se reflete na hospitalização do idoso?

Se reflete, porque daí não tem quarto, daí, daí, daí, não mas esse velho aí, eu acho que sim. Não sei, eu não posso julgar isso, mas se reflete, sim. Os governos que não dão verba para determinadas coisas, e daí o idoso perde autonomia, porque ele fica lá determinados dias e então ele tem que pagar. Se ele não pagar, ou o seu convênio, ele não tem mais chance de ficar no hospital. Não importa qual convênio seja, ele tem que sair da CTI, ou ele tem que sair do seu quarto e tem que dar o lugar para outro, mesmo que ele precisasse ficar lá. Eu tenho amigos que já passaram por isso. Na minha família, com relação à autonomia, em função de o paciente querer seu médico de confiança, teve-se que desembolsar dinheiro para satisfazer sua vontade.

A medicação também não se consegue, a gente tem que correr. As farmácias tentam assaltar os idosos de todas as formas. Fiscalização, onde está a fiscalização dos preços ao consumidor? Qual é o órgão que faz isso? Eu pergunto: “Qual é o órgão?”. O idoso tem autonomia, ele faz pesquisa, ele vai atrás, ele pergunta, mas sendo usurpado não tem como comprar a medicação, nada adianta. Isso é muito grave, gravíssimo.

Esta é mais uma das promessas não cumpridas que desrespeitam o idoso, fica só na conversa. Como é que o idoso vai ter autonomia em termos de vida,

17- Expõe inversão de valores humanos, estabelece relação de desrespeito ao idoso hospitalizado.

18- Narra diversas dificuldades que o idoso, hospitalizado ou não, enfrenta no exercício de sua autonomia, incluindo questões governamentais.

19- Comenta que o fator financeiro interfere na capacidade de tomada de decisão.

qualidade de vida, se ele não tem com o quê. É difícil. São coisas que a gente fala e gostaria que fosse divulgado, porque todas as pessoas deviam dizer o que estão sentindo, o que estão passando. Pode ser que para o futuro as coisas mudem, estejam melhores. Eu sei que existem países que promovem estudos. Eu li agora o Relatório Lugano, o qual diz que os governos têm que preparar suas políticas de eliminação, porque nós vamos ter falta de comida, então vamos eliminar quem, os idosos, as crianças, quem vamos eliminar? Quem os governos vão eliminar? Faz pouco tempo que eu li: Relatório Lugano. Quem quiser ler, está à disposição na biblioteca do SESC de Passo Fundo.

Fechamos com seu desabafo, mas um desabafo com fundamento. É importante sua fala, só assim podemos pensar em modificar uma realidade...

É, porque, por mais boa vontade que se tenha, não se consegue resolver todos os problemas. Um pouco se ajuda e se consegue resolver os problemas financeiros ocasionados por um governo que não se preocupa com seu povo idoso.

Mais alguma coisa que a senhora gostaria de falar?

Não, por hoje vamos encerrar nossa entrevista, acho que já falei bastante.

Obrigada.

20- Refere a possibilidade de necessidade de diminuir a massa humana idosa.

ENTREVISTA 2 (G.B.K.)

Eu quero começar falando, seu G., sobre como foi sua internação, como foi para o senhor se internar e o que lhe levou a esta internação...

Ah, o que me levou a internar, você sabe, era para o desentupimento de veias por causa do cigarro, foi o cigarro que me levou a internar. Eu tinha muita dor, dor para caminhar. Este foi o motivo principal, eu quase não caminhava mais. Eu fui consultar, e aí o doutor me pediu exames, foi quando constatou a oclusão da artéria. Então eu cheguei no H X de Passo Fundo, internei. No início, lá na entrada, deu problema, não com a enfermagem, eu estou acusando o atendimento no momento que começou a minha internação.

O que aconteceu na internação?

A minha internação começou lá na parte nova, começou já por causa de convênio, por causa disso, por causa daquilo, e não dá isso e faz aquilo, e a [...]. Tem gente que disse assim: “A [...] não tá dando nada, e tu tem que ir pra [...]”. Mas agora eu sei que é a mesma coisa. Chegando lá, eu vi que o “troço”, assim... Parece que não me atendiam com boa vontade. Que eu tava ali, mas eu tava caminhando, eu tava bem e não tinha necessidade assim tão urgente. Como se lá pra dentro pudesse passar só quem tivesse morrendo. Outra coisa que eu fiquei dias e dias e dias parado, esperando, esperando, esperando, esperando, e eu podia estar em casa,

21- Relata a causa e as dificuldades no processo de internação.

22-Relata, novamente, dificuldades e a fragilidade do sistema de saúde. Estabelece relação de desrespeito ao paciente.

dependendo de papéis, que não é culpa minha nem tua. Aí disseram que a [...] não mandava, não mandava, não mandava, não mandava a resposta, isso e aquilo. Mas na verdade a [...] nem sabia que eu tava lá precisando daquilo. Inclusive, geralmente quando a gente interna, o convênio já autoriza mais ou menos os dias certos. Aí, se dá uma complicação, se pede a prorrogação. Mas, no meu caso, a coitada da [...] nem sabia.

E neste período, alguém que estava de posse destes papéis lhe procurou para lhe dar alguma informação? Ou o senhor não sabia de nada?

Não. Foi no dia que eu falei com a enfermeira, eu acho que até meio sério, que eu não sabia o que estava acontecendo comigo. Então ela foi atrás, que nem é papel dela, ninguém falou nada, se existiu fala foi entre eu e a enfermeira, que acabou descobrindo também por acaso. A informação que a enfermeira tinha era que os papéis estavam presos no convênio, mas na realidade eles não tinham saído do hospital.

Então, como o senhor se sentiu no que a enfermeira chegou de volta e disse que os papéis não tinham sido encaminhados, estavam presos no orçamento?

Foi... Eu pensei... Eu digo, olha, o próprio plano está sendo enganado, porque uma internação que deveria ser de seis a oito dias, dependendo da gravidade do caso. Eu pensei assim, eu podia

23- Cita ausência ou fragilidade de comunicação entre as partes.

24- Considera a falha de comunicação como fator desencadeador de dificuldades.

25- Evidencia a vulnerabilidade do paciente internado. Estabelece relação de desrespeito ao paciente.

estar em casa e os meus papéis ainda não foram. Eu tô comendo, bebendo e tirando o lugar de outro, que pode estar pior que eu. Porque eu caminhava, eu andava, eu só não podia ir longe. Eu achei assim, eu fiquei assim impotente com a situação. Eu não me senti desrespeitado, porque entendi que foi um esquecimento da secretária, só acho estranho, que não é capacidade minha julgar as pessoas. Tinha uma pessoa por trás do papel, e essa pessoa estava ali internada. Assim me diziam: “de certo amanhã tá aí...”. E eu ia ficando lá.

Nesse período todo que o senhor ficou internado, o senhor se sentiu com autonomia para alguma coisa?

Não. Eu fiquei de mãos amarradas. Como é que tu vai ter autonomia para alguma coisa, se tu não sabe nem onde estão teus papéis? Se eu fosse assim, mais grosseiro do que já sou, eu iria me encher de razão, mas eu não sabia. Mas todo mundo me tratava tão bem lá, que eu não podia fazer nada. Isso tudo não me deixou marcas por causa do atendimento, que é excelente. Eu não tenho palavras que possam dizer o quanto a equipe foi boa. Em qualquer parte do H X, eu me criei dentro do hospital, trazendo restos de comida pra uma chacinha de porco aqui perto. Desde o Dr. X, Dr. Y, eu conheci toda aquela gente, Tio B., que era enfermeiro, o seu N.; eu me criei com aquela turma, então, o H X eu conheço como a palma da minha mão. Em outra vez que estive internado, eu fiz uma drenagem

26- Manifesta a inexistência da autonomia.

27- Narra história de vida relacionada ao hospital.

28- Considera a falha na comunicação como danosa às relações paciente-estrutura hospitalar.

no pulmão. Aconteceu a mesma coisa que agora, não vinha a autorização, e já fazia quinze dias que eu tava lá esperando. Então um familiar meu foi na [...], e lá na [...], a enfermeira lá disse: “sim, mas eu tenho os papéis aqui, que a secretária me mandou, e aqui diz que o seu G. já fez a cirurgia e até deu alta. Aquele dia nós ficamos indignados. Agora, tem uma coisa, né? O meu filho foi lá na secretária e disse: “Escuta aqui ó, eu não vou sair daqui enquanto você não resolver este problema, porque se na [...] meu pai já fez cirurgia e deu alta, eu quero que tu vá lá em casa fazer os curativos nele”. Então ela quis os papéis que nos deram na [...], mas nós não demos pra ela.

FALA DA ESPOSA: *Eu não me contive, eu estava explodindo, eu acho que isso não é normal, porque, além de ele estar tirando o lugar de outro paciente, o problema dele não estava sendo resolvido. O médico também tava aguardando. Tive que subir até o administrador e em cinco minutos marcaram a cirurgia.*

As coisas só se resolveram porque meu filho e minha esposa foram atrás. A ideia que passa é que o ser humano que está ali é esquecido e não é valorizado. O doente não é nada porque ele tá numa cama, ele não pode sair dali pra resolver nada. Se não fosse minha família, eu estava mofando ali dentro.

FALA DA ESPOSA: *Quem administra a parte burocrática não tem o traquejo humano com o*

29- Familiar estabelece limite de tolerância.

30- Expõe inversão de valores humanos.

31- Manifesta a inexistência da autonomia.

32- Familiar e paciente expressam falta de humanização nos serviços burocráticos do hospital.

paciente que está ali esperando, com os familiares, que estão angustiados. Acho que falta interesse.

O que está acontecendo com o paciente, ou não, não interessa a ninguém. Eu tava lá... Claramente, este é um problema das pessoas, é falta de preparo, falta de humanidade com as pessoas que estão ali, e só se pensa na instituição, e não nas pessoas. Mas eu quero que vocês vejam, fora isso, como tratam a gente bem nesse hospital. Não precisa nem dar remédio que a gente fica bom. O médico também trata a gente como gente, mas mais uma vez a gente se enrosca na questão dos papéis.

O senhor teve alguma opção para decidir sobre seu tratamento?

Não. O médico chegou e disse: “nós vamos fazer a cirurgia. Pro teu caso não tem mais outra possibilidade”. Inclusive, talvez eu tenha que fazer tudo de novo. O problema mesmo é só onde tem papéis. Estas pessoas olham aqui e olham do outro lado e só veem números. Eu ia falar com o administrador, porque eu acho que a gente tem que ser gente, mas eu ia abrir uma boca tão grande...

Da próxima vez, vou usar da minha autonomia, vou chegar e vou dizer: “companheiro, os papéis estão aqui, faço contigo ou faço com o administrador?”. E eu tenho coragem de fazer isto. Eu já fiz isso com um doutor que é doutor, e eu ia surrar ele. Aí, então, ele virou meu amigo

33- Paciente reforça a falta de humanização nos serviços burocráticos do hospital.

34- Alude a possibilidade de tomada de decisão.

35- Considera o médico a autoridade máxima relacionada aos seus problemas de saúde.

36- Comenta o fator financeiro

íntimo. Agora, eu com dor, com tudo, o médico me dizendo o que eu tinha que fazer, será que quem tá fazendo os papéis lá em baixo sabe mais que o doutor? Ou por que eu sou pobre? Mas daí sim! Sou pobre, não sei, sou burro. Não tenho conversa, não tenho nada, só tenho duas mãos pra me defender. Eu não tenho medo de nada, se chega uma guria e me pica várias vezes, eu só digo: “ó, vê se tu acha alguém com mais sorte”. Assim mesmo eu não posso dizer que ela não é capaz, mas...

E no dia a dia dentro do hospital, como foi a sua adaptação às rotinas?

Só tinha uma rotina que eu não gostava e tive que aceitar, eu não fumava dentro do hospital. Ficar num quarto semiprivativo tem um lado bom, a companhia, agora, a gente não escolhe as pessoas. As que vão morrer ou não. Só de ver a situação de algumas pessoas, como, por exemplo, a de um senhor que estava morrendo, me deixava muito abalado. Porque eu tenho pena dos outros. Eu acho, assim, que ficava ruim em tudo, porque ele era bacana. Ele gostava de assistir o noticiário, e eu gostava de assistir o jogo. Mas a gente se comunicava. Precisa ter uma compreensão e conversa. Eu podia caminhar, então quando chegavam as enfermeiras para dar banho, eu ia fumar lá fora. Quando eu voltava, já tinha sido tudo limpo, até meu quarto. Eu não ficava cuidando delas, porque eu não gosto de ficar em cima das pessoas. No hospital a gente tem obrigação de ir e visitar os

como divisor de valores.

37- Explicita a falta de privacidade.

38-Conta ter que aceitar uma rotina institucional (não fumar).

39-Manifesta a inexistência da autonomia.

40- Evidencia a vulnerabilidade.

doentes, mas tem gente que vai pra esculhambar. Tem gente que chega lá e faz de conta que é mais que o doente, faz o que bem quiser. Esta parte eu acho bem incomodativa. Eu sempre fui contra limitar horário de visitas, porque para o paciente, se ele tem acompanhante, ele fica melhor. Mas a gente não pode decidir. O paciente sozinho se sente mais incapaz, mais frágil, ele tá sempre dependendo, ele sabe que tem as enfermeiras ali, mas a gente também não quer ser totalmente dependente. Então, se tem o familiar mais perto da gente...

Na sala de recuperação eu acho horrível, se a gente tiver um pouco assim, a gente morre. Porque a gente tá precisando, tem um monte de gente ali que elas não vão dar conta, eu pensei isso: “não adianta eu dizer ai, se outros dez já disseram ai antes de mim...”. Eu sentia um malestar. Tinha televisão, tinha tudo, mas olhava pro lado e não tinha quem te atendesse. Ali a gente fica totalmente sozinho, e eu achei pouca gente. No posto eu também acho que em todos os turnos tem que ter uma pessoa a mais, porque o pessoal não para e não consegue atender todo mundo. Na hora que eu precisei, não foi me negado atendimento, mas elas não tinham condições de largar os pacientes mais graves para me atender. Não é falta de capacidade, é falta de gente.

Mais alguma coisa, seu G.?

Não, eu acho que é só isso.

41- Revela medo e fragilidade.

42- Afirma a necessidade de mudanças estruturais.

ENTREVISTA 3 (A.M.B.M)

Dona A., vamos começar falando sobre sua hospitalização, como foi, o que envolveu essa situação, para depois podermos falar sobre o exercício da autonomia enquanto internada.

Bom, pra começar, depois da cirurgia, a primeira vez que o Dr. entrou no meu quarto, eu disse: “Dr., uma pergunta e uma queixa”. “Então vamos começar pela queixa”, ele disse. Ele só olhava pra mim, o marido e o filho que estavam ali não são nada. Eles levantaram e ficaram ao lado da minha cama. “Então vamos à queixa. Dr. eu não posso tomar morfina, eu fico em nada, tem fogo na minha cama, eu quero pular da cama, e eu não vou mais tomar morfina”. Então ele disse: “Não! Tiramos já essa morfina, porque existem muitas drogas no lugar dela”. Nesse momento ele respeitou a minha autonomia. Porque eu fico alucinada. É uma coisa horrível, a segunda noite que eu passei isso, por isso que quando ele entrou no quarto eu falei isso para ele. O engraçado é que o médico só olhava para mim. Os familiares não existem. E a pergunta foi sobre a biópsia: “o senhor já tem a resposta?”. Ele disse que já, e eu fiquei olhando para ele. Foi quando ele me disse que continua tudo igual. Ele não quis aprofundar mais aquilo, e eu também não quis mexer. Isso é muita dor, essas coisas ainda me machucam. Aí ele me examinou, olhou, e falou para o menino que auxilia ele: “eu quero um curativo por dia feito por você e dois

43- Relata possibilidade de tomada de decisão a respeito do uso de medicações.

44- Descreve o desrespeito com os familiares dentro da estrutura hospitalar.

45- Afirma não querer aprofundar-se no que diz respeito à sua doença.

pelas enfermeiras”. Quando ele saiu, meu filho foi atrás deles, e eu disse para deixar para lá. Na volta meu filho disse que não precisava falar nada, que o importante é que eu estava viva e aí com ele. Eu decidi não querer saber mais nada. Tem gente que quer mais, mais e mais, eu, naquele momento, não queria saber muito. Eu queria saber qual o medicamento que estavam me dando, as injeções que estavam me dando, eu dizia: “eu não tomo se eu não souber o que é isso!”. E dizia para as enfermeiras que eu não faria se eu não soubesse o que era. Aí elas explicavam, diziam: “esta medicação é tal, o Dr. mandou para tal finalidade”.

Um dia uma menina foi me administrar uma medicação pela boca, e eu falei para ela que eu não podia tomar nada pela boca. “Tu não está vendo, criatura?”. Pobrezinha, ela era sem experiência. Nessa situação eu fiquei braba. Mas como se eu nem tomava água? Como é que eu vou engolir uma medicação? Eu tinha uma pessoa que me cuidava e que me passava muita segurança. Quando eu estava melhor, resolvi encerrar com o banho. As minhas toalhas eram coloridas, uma era cor de rosa, uma era amarela e uma era não sei de que cor. E eu decidi que eu não queria mais tomar banho com aquelas toalhas, eu queria um conjunto branco do hospital e esterilizado. E eu não tenho lá em casa, não adianta tentar buscar, eu quero do hospital. Imediatamente foi providenciado essas toalhas. Às cinco da manhã eu queria tomar banho. As enfermeiras adoravam, pois quando

46- Relata, mais uma vez, a possibilidade de tomada de decisão a respeito do uso de medicações.

47- Relata falhas na estrutura hospitalar.

48- Ficou braba com a situação.

49- Relata a possibilidade de tomada de decisão dentro da estrutura hospitalar e a melhoria da qualidade de vida advinda destas decisões.

elas entravam no quarto eu já tava de banho tomado, perfumada. Eu fazia trocar minha cama todos os dias, apesar de saber que não é norma do hospital. Nunca ninguém disse que não era pra trocar.

Dona A., como foi em relação à sua doença, a partir do momento de sua internação no hospital? Você teve alguma possibilidade? Foi te oferecida alguma opção de tratamento?

Não, não foi me dada nenhuma opção. Ele disse que não iria fazer biopsia pra não me judiar e que a situação ali era de fazer cirurgia pra ontem. Quando ele disse isso, eu respondi: “De novo!” E eu comecei a chorar. Eu perguntei se dava tempo de os meus filhos virem. O médico disse que sim. Eu queria meus dois filhos juntos. Meu filho mais novo tentou arranjar uma desculpa para não vir no momento da cirurgia, coisa que eu não aceitei nunca. Eu tava tão mal que eu aceitava qualquer coisa, eu queria uma coisa que eu melhorasse, eu tava mal, mal e tinha certeza que ia morrer. Eu deixei uma carta escrita, a caixa com a minha roupa, o meu sapato, a calcinha e o sutiã, um manto de renda e o rosário que minha amiga me deu. Muito lindo o rosário. Junto com os documentos do túmulo. Eu botei nas mãos do médico a minha vida e eu senti segurança nele. O estado que eu tava não tinha mais jeito, eu precisava de uma solução. Tudo o que ele decidisse tava certo. Depois da cirurgia eu fiquei na recuperação e eu me lembro que tinha uma senhora que vomitou muito do meu

50- Manifesta a inexistência da autonomia frente às decisões médicas.

51- Revela medo e fragilidade.

52- Evidencia a vulnerabilidade e a fragilidade do ser doente.

lado. Lembro que esse ambiente era grande e tinha muitas camas. Lembro que vi meus familiares na porta lá longe. Eu não pedi para ir para o quarto, nunca pedi para ir embora. Na véspera do Dia das Mães, o Dr. entrou no quarto, o meu filho estava me penteando e eu, chorando. O Dr. achou que eu estava com dor e pediu por que eu estava chorando. Eu disse que não era nada, mas que tinha vontade de chorar, e meu filho não queria. O Dr. disse para ele que eu podia, sim, chorar, que eu havia feito uma investigação ao vivo, uma cirurgia de grande porte e que eu nunca havia me queixado. Então eu poderia chorar, sim.

Como que essa pessoa batalhadora e guerreira se sente dentro de um hospital? Como você conviveu com as rotinas e normas hospitalares?

Não é nada fácil, eu sou muito difícil. Se eu achar que eu quero alguma coisa, eu quero, e pra me provar o contrário eu sou difícil. Eu faço o que tu me mandar, mas se eu concordar. Eu tive no hospital uma história muito chata. O diretor desse hospital é amigo do meu marido. A tampa do vaso do banheiro do meu quarto estava quebrada e me machucava toda a vez que eu ia usar o vaso. Todo o dia eu pedia para arrumar. Até que um dia eu fiquei louca e mandei chamar a enfermeira-chefe, e expliquei pra ela a situação, além de argumentar que aquilo ia me trazer micróbio para a cirurgia. Ela me disse que já pediu, já pediu, já pediu e ia pedir de novo.

53- Revela sofrimento frente à doença.

Passava mais um dia, depois de três dias, eu pedi para ele se eu precisaria chamar o diretor do hospital que é amigo do meu marido para ele mesmo trocar a tampa do vaso. Acredito que isso teria sido uma vergonha. Nessa situação ela ficou quieta e em cinco minutos a situação do vaso foi resolvida.

Me entenda, eu já tava com medo de tudo e cada vez que eu sentava eu ficava com mais medo ainda. No geral, o pessoal era muito dedicado, a enfermagem, a limpeza... As nutricionistas ofereciam-me várias opções de alimentação quando eu comecei a comer. O médico não me deixava comer na cama, porque ele dizia que minha cabeça e meu estômago tinham que saber que aquela era a hora de comer. Como eu achava que aquilo era certo e que ele queria me ajudar, eu sentava. Ele queria que eu caminhasse até o final do corredor e voltasse. Eu dizia que eu ficava tremendo e caía, mas ele não me deu opção, disse que eu não ia cair, não. Quando eu comecei a melhorar eu comecei a ficar mais ranzinza, as pessoas insistiam para eu comer, mas eu só comia quando eu achava que podia. As pessoas nunca desrespeitaram minha opinião.

Quanto à decisão de dar alta, partiu exclusivamente do Dr. Ele chegou uma noite e disse: “Amanhã vai pra casa”. Eu disse: “Ai, que bom!”. No outro dia ele chegou às oito horas, uma hora atrasado. Eu cobre dele que eu estava esperando por uma hora. Quando eu cheguei em casa comecei a chorar, e meu filho disse que iria

54- Revela dificuldades em adaptar-se às rotinas hospitalares.

55- Afirma necessidade de mudanças estruturais e comportamentais.

56- Estabelece relação de desrespeito ao paciente.

me levar de volta.

Os meus filhos me amam muito, meus netos me amam e me respeitam muito. Tive provas disso. Agora eu pedi para que o dia que eu me for não tenha confusão, escândalo ou [que fiquem] gritando. Eu já deixei uma pessoa com tudo certo sobre o que fazer, isso é autonomia.

Dentro desse contexto de hospitalização...

Quando eu vim da recuperação muito ruinzinha, qualquer coisa me servia, tudo tava bom, não enxergava, não ouvia. Quando comecei a melhorar fiquei dona de mim. E não fique pra ver; fazem o que querem. Como é que vão dar remédio pela boca se eu não posso tomar? Uma noite que eu comecei a comer pela sonda eu comecei a vomitar. A enfermagem tinha que seguir com a rotina do hospital, mas eu não. Eu peguei o telefone e liguei para o médico, para tomar a decisão.

Então você tomou uma decisão por conta própria, porque...

A estrutura não funcionou. A menina voltou para fazer outro Plasil em mim e eu não deixei porque já havia falado com o médico e passei para ela o que ele havia me orientado: desligar a dieta e chamar o plantão. Eu tinha sede, e uma vez meu irmão entrou no quarto tomando Coca-Cola, então meu filho mandou ele retirar-se.

A., você acha que seria importante ou não

57- Revela aceitar o que considerava certo, no período de recuperação. Presença de autonomia relativa.

alguma forma de orientação a respeito das normas e rotinas da instituição hospitalar?

Faz muita diferença a gente ser orientada, tanto para uma pessoa esclarecida quanto para uma menos esclarecida. O hospital é um ambiente muito grande, muito difícil, e de repente a gente se vê incapaz de decidir qualquer coisa, porque não sabe direito onde está pisando. Se tu não for um pouquinho esperta, tu perece lá.

Explique melhor isso...

Quando foi para eu internar – o meu plano de saúde é ótimo –, a menina disse: “tal hora a senhora pode vir”. E nós fomos naquela hora. Fiquei duas horas sentada, em maio, no frio, esperando o tal de quarto. Uma passava pra outra, a outra ligava pra outra e o tal de quarto, nada. Eu mal, eu ia morrer, eu tava morrendo sentada lá. Ah, não! Aí, quando foi uma hora, duas, o meu filho levantou, então ele teve que abrir um bocão lá, chegaram a chamar o segurança pra me ajudar. Então se tu é uma pessoa menos esclarecida, tu vai ficando lá, ficando lá, ficando lá, o que que é isso! Falta de respeito? Sou uma mulher com mais de sessenta anos. Dentro do hospital a gente não sabe nem onde é que pega uma água. Tem tudo lá, mas as pessoas não conhecem a realidade. Como podem ter autonomia? Eu acho que as orientações deveriam ser priorizadas, é de primeira necessidade. Se a pessoa é esclarecida, vai entender melhor, e se não é, vai entender um

58- Revela a vulnerabilidade como fator mediador da autonomia.

59- Relata possibilidade de tomada de decisão a respeito da condução de seu tratamento.

60- Considera a informação como fator mediador da autonomia.

pouco. Por exemplo, eu achei que eu não tinha direito a uma toalha do hospital, quando o paciente começa a melhorar, ele começa a querer coisas. E ele não obedece. Quando eu precisei de médico, eu nem sabia que tinha médico plantonista no hospital que poderia me atender. Em outra situação, meu esposo estava internado e passou uma noite inteira com dor, e ficou aguardando alguma atitude a respeito. Ninguém fez nada. Quando eu cheguei, imediatamente, solicitei medicação para dor, que foi administrada, e o problema se resolveu. Meu esposo não havia falado para ninguém de sua dor. Não se sentiu com este direito. Eu acho que esse teu trabalho vai ser muito importante para os pacientes e para as instituições hospitalares. Os hospitais têm que acordar para esse tipo de coisa.

A forma de chegar no paciente também é importante; as pessoas têm que saber como os pacientes estão. Frases como: “bom dia!”, “como está?”, ou “está com uma carinha melhor!”, depois de uma noite cheia de alucinações, não combinam. Até música cantavam pra mim. Nunca recebi ninguém com cara feia. O que me deixou muito incomodada foi a tampa do vaso. O que pode parecer bobagem para os outros pro paciente é muito importante. Quando eu tava mal, nunca ninguém me lavou o cabelo, afinal eu tava quase morrendo, eu não preciso. Só que em casa eu lavo o cabelo todo o dia, morrendo ou não. Eu queria receber o médico lavada, perfumada e com creme. Um dia eu chorei

61- Estabelece relação de desrespeito com o paciente idoso.

62- Explicita as dificuldades advindas da falta de conhecimento da estrutura hospitalar.

63- Reforça a vulnerabilidade como mediador do processo da autonomia.

64- Cita as necessidades de mudanças nas relações estabelecidas entre profissional e paciente.

porque a parte de baixo do pijama não combinava com a parte de cima. A gente fica muito frágil, qualquer coisa faz diferença.

Esse trabalho que você está fazendo é muito importante, porque as pessoas, além de doentes, se estão desorientadas, ficam perdidas e não têm noção do que está acontecendo. Comigo as coisas não são fáceis, eu falo mesmo e abro um bocão. As pessoas que me orientem, que me digam. Eu não ia mais sentar naquele vaso se não trocassem aquele assento. E não era pedir demais! Eu fiquei sabendo da morfina quando eu pedi para o rapaz qual era o último remédio que ele me dava. Se não fosse assim, eu não ficaria sabendo e não teria autonomia para tomar a decisão.

Mais alguma coisa que a senhora gostaria de falar?

Não, Marisa. Te agradeço muito...

Eu me coloco à disposição...

Você tá no caminho certo, isso é muito importante! Obrigada.

65- Estabelece a importância do respeito à condição do paciente e aos seus valores e costumes.

66- Considera a possibilidade de tomada de decisão e a importância da comunicação.

ENTREVISTA 4 (L.C.)

A nossa ideia é conversarmos sobre a sua hospitalização, e, neste contexto, o que o senhor entende de a pessoa com mais de sessenta anos vivenciar a experiência da autonomia durante a hospitalização. Para isto podemos conversar sobre como a hospitalização ocorreu.

Me aconteceu que eu me senti mal, um mal-estar. Fui de um sofá para outro e apaguei, simplesmente, mas eu não apaguei totalmente, mas 98%, eu tinha alguma coisa de sensibilidade ainda. Eu senti alguma coisa diferente, assim, mas não sabia o que estava acontecendo. Eu cheguei no hospital e me colocaram em um leito da emergência. Eu simplesmente não dei muita bola para o que estava acontecendo, porque eu tinha minha filha na frente, e ela sabia o que estava acontecendo. Eu não precisei falar nada, minha filha já falava; eu não disse nada, minha filha já dizia.

Na hora de internar, não me comunicaram, e sim à minha filha; apesar de eu estar consciente, não me disseram nada. Mais tarde, me disseram o que eu estava fazendo ali. Nunca me disseram por que que eu internei, eu não lembro disso. Parece que eu tinha que fazer uns exames mais sofisticados, sei lá eu o quê. Sei lá! Como em princípio eu tenho plano de saúde, então fica tudo já predeterminado, qual quarto, tipo de acomodação, tudo certo. Eu acho isto bom,

67- Afirma não se interessar em aprofundar-se sobre a sua situação – delegou para outro.

68- Cita a inexistência da comunicação com o paciente.

69- Manifesta a inexistência da autonomia frente à estrutura hospitalar, mas isso não parece incomodá-lo. Surge como um fator positivo, determina

porque não precisa “ah!, eu quero isto, eu quero aquilo”. Já tem o que precisa. Dentro daquelas normas eu já tenho o quarto, eu já tenho o médico, eu já tenho tudo. Isto é ótimo.

O que o senhor acha que significa exercer a autonomia enquanto internado?

Autonomia depende do tipo de problema que tu tá tendo, porque tem a pessoa que tem algum tipo de esclarecimento. Aquela pode dizer “eu quero assim ou eu quero assado”. Tem aquela que não tem esclarecimento algum. Esta não entende nada, não sabe nada, não pode dizer nada. Não existe este tipo de coisa. A pessoa que tem esclarecimento, com certeza, tem mais autonomia, sim. Não é fácil exercer esta autonomia em um ambiente assim, desconhecido. Existem normas, né, regras a seguir e um comportamento; para cada tipo de problema se segue os caminhos já definidos. Eu acho que a autonomia de quem está doente é muito pouca, ou nada talvez.

E como o senhor entende isso, a falta de autonomia?

Como uma forma de até proteção ao paciente. Se eu não sei nada, tu sabe mais do que eu, como é que eu vou exigir coisas que eu não sei? Eu posso dizer “não, eu vou fazer assim!”. E você vai me dizer “não, tu está errado!”

Nunca tive explicação nenhuma sobre o que estava me acontecendo, acho que explicavam

segurança.

70- Considera a informação e o conhecimento de causa como fator mediador da autonomia.

71- Aceita as normas e rotinas hospitalares, coibindo a autonomia.

72- Aceita o paternalismo profissional.

73-Evidencia a vulnerabilidade e a falta de comunicação com o

para minha filha, e ela me explicava. Eu pedi uma vez, duas ou três o que tinha acontecido e até hoje tenho dúvidas. Não falaram e pronto. Com certeza, eu gostaria de saber mais coisas. Me sentia vulnerável, mas não com medo.

O que significou esta hospitalização em sua vida? E como aconteciam as decisões sobre o seu tratamento?

Eu fui avisado que seriam chamados um neurologista e um gastro, mas eu não sabia quem. Eles chegaram e falaram o que iriam fazer, e eu simplesmente aceitei e pronto. Eu tive uma oportunidade onde uma familiar decidiu ao contrário do médico e eu fiquei muito inseguro, por mim eu teria seguido a ordem médica, para o bem dela. No meu ponto de vista, o parecer do médico é muito importante.

Dependendo o médico, devem-se seguir as orientações; se a gente tem bastante confiança, eu acho que as ordens devem ser seguidas, se não, não. Eu sou uma pessoa que aceita muito as coisas neste tipo de problema.

Por que “neste tipo de problema”...

Sim, neste lugar eu não entendo. Agora, se é no meu trabalho, daí é diferente, eu entendo mais, daí vamos discutir, vamos conversar. Se eu entender do que se trata, vamos discutir, vamos ver qual opinião prevalece, qual é a melhor saída.

paciente.

74- Aceita o paternalismo profissional.

75- Considera novamente a informação e o conhecimento de causa como fator mediador da autonomia.

O que o senhor entende sobre autonomia?

Eu penso assim: tu faz o que acha que deve fazer, se tu souber o que fazer. Num hospital, o médico vai tomar a decisão sobre a minha vida, como eu não entendo nada, eu tenho que aceitar. De repente ouvir a opinião de um médico, dois ou três... Apesar disso, dentro do hospital eu me sinto, quando doente, mais seguro. Para a pessoa doente o hospital é o ambiente ideal. Naquele momento da doença, em casa pode ser maravilhoso, mas tu não faz nada, não resolve teu problema.

Apesar de eu ser extremamente determinado, eu fico tranquilo em deixar os outros decidirem dentro do hospital. Lá naquele ambiente as minhas características pessoais morreram todas, não existem. Não adianta eu querer decidir sobre uma coisa que tu vai fazer, eu posso até discutir alguma coisinha, mas não adianta. Quem sabe faz, quem não sabe fica à disposição do outro.

O senhor teve alguma dificuldade em se adaptar às rotinas e normas hospitalares?

Como eu não “dou bola” para estas coisas de horários, se dá para almoçar ao meio dia eu almoço, se dá para almoçar às três horas eu almoço... Sem problema.

Como o senhor enxerga o exercício da autonomia durante a hospitalização, em resumo?

76- Aceita novamente o paternalismo profissional.

77- Expressa a despersonalização do paciente.

78- Aceita as normas e rotinas hospitalares, coibindo a autonomia.

Quando não se sabe sobre o que está acontecendo, é melhor pôr as decisões nas mãos de quem sabe, e isso não faz mal para ninguém, pelo menos eu penso assim, para mim, sim. Em uma outra situação de cirurgia, eu tive um problema de sangramento, que foi grave. Eu achava que aquilo estava demais, até um ponto eu achei normal, mas quando a sonda trancou, aí, sim, eu vi as estrelas e sabia que alguém tinha que agir rápido para eu não morrer de dor. Chamaram outro médico para resolver o problema, mas não me avisaram, somente na hora de pagar é que percebi. Tem médicos que são muito bacanas, te explicam, outros chegam, te fazem o procedimento e “tchau e bênção”. Um esclarecimento seria sempre importante, embora não se entenda muito, mas pelo menos tu fica ciente do problema, o que vão fazer ou o que não vão fazer, isto é muito bom. Mesmo que a gente não interfira. Este exercício da autonomia pode acontecer mas não deve interferir no andamento da coisa... Eu acho que a tua pesquisa vai divergir muito de pessoa para pessoa, depende da personalidade de cada uma. Cada caso é um caso, cada paciente é um paciente. Eu por um lado sou muito duro, por outro sei de meus limites; não existem regras, cada situação é uma situação. O que está certo e o que está errado? Não sei. Será que está certo esconder ou não dizer nada? Não sei. Às vezes a omissão não é assim tão grave.

Mais alguma coisa que o senhor gostaria de

79- Estabelece relação de desrespeito ao paciente.

80- Considera novamente a informação e o conhecimento de causa como fator mediador da autonomia.

81- Expõe que a autonomia do paciente internado deve ser relativa.

dizer?

Não, se precisar [de] mais alguma coisa... Muito obrigado.

Obrigada ao senhor.

ENTREVISTA 5 (V.Q.D.)

Para nós começarmos a conversar sobre a autonomia do paciente idoso hospitalizado, gostaria de falarmos sobre a sua hospitalização, como foi que ocorreu, o que aconteceu...

Eu fiquei três dias na recuperação depois de uma cirurgia de tireoide para depois ir para o quarto. Eu fiquei porque tinha que ficar, né? Me trataram superbem, eu não tenho o que falar. Depois deu umas complicações, e eu fiquei mais alguns dias no quarto. Quando eu entrei na cirurgia, eu não vi nada, graças a Deus, e só fui acordar quando estava entrando na recuperação, daí eu já vi as gurias e eu fiquei bem cuidada. Tinha só rapazes de noite, mas me trataram superbem, me levavam até a porta do banheiro, me ajudavam a subir de volta na cama.

O ruim é que a gente não sabia nada de ninguém da família...

Isto lhe deixava insegura?

Não, nem um pouco, eu estava bem e eles sabiam que eu estava sendo cuidada. Só eu não comia, não conseguia, eu não tinha vontade de comer nada, eu não podia nem ver a comida de lá. Não sei por quê. Eles ofereciam lanche de noite também, mas não era isso, eu não queria. Eu pedi uma sopa, mas não deu também. A sopa é muito boa de lá, bem grossa, cheia de legumes.

82- Aceita o paternalismo profissional.

83- Evidencia a vulnerabilidade do paciente na estrutura hospitalar.

84- Refere segurança no ambiente hospitalar, mesmo longe da família.

Mas eu comecei a comer no dia que eu saí do hospital.

Como a senhora se sentia sendo cuidada por estranhos, sem ninguém de sua família por perto?

A gente se sente ruim, até por depender dos outros, e olha que eu sou bastante independente, isso é difícil. Não é fácil, eu fiquei de mãos amarradas, dependendo dos outros para tudo. De noite era só homem, tinha poucas gurias. Eles ficavam por ali sempre. Eu queria ir para o quarto, mas não pedi, eu entendo que é assim.

Alguém lhe orientava sobre isso?

Não, acho que não. Eles me trocavam de lugar todos os dias, eu nunca sabia onde iam me botar. Acho que os operados mais recentes ficavam perto e a gente mais longe. Eles chegavam e trocavam, diziam “tá cheio, tá cheio”. Eu ficava tranquila, porque eu enxergava tudo. Até que um dia o médico disse que eu iria para um quarto, e veio a moça com o papel mandando bastante gente para o quarto, eu fui junto. Aí elas pediram se tinha familiares ali. Eu disse: “tinha, mas agora não tem mais, já foram embora”. Lá no quarto eu achei mais ruim do que na recuperação.

Por quê?

No quarto, para levantar era ruim, a cama era ruim, eu não gostei. Atendiam a gente de cara

85- Evidencia a vulnerabilidade do paciente na estrutura hospitalar.

86- Explicita a falta de privacidade.

feia, eu não podia ou não tinha coragem de dizer nada. De jeito nenhum eu me ajeitava, levantava, deitava e nada... Elas vinham dar remédio, “tirar” a pressão, então não podia estar chamando. Mas passou tudo, graças a Deus.

Como foram as decisões acerca do teu tratamento, enquanto internada?

O Dr. disse antes de internar: “vamos fazer a cirurgia?”. Eu disse: “vamos, doutor”. “A senhora quer fazer?”. “Quero”. Mas lá dentro, não, eu não sabia de nada. Me davam as coisas certas, eu acho. Banho que elas mandaram eu tomar só de paninho, para não molhar o curativo, eu só tomei banho em casa. Sempre precisava de uma pessoa e daí nunca tinha na hora do banho.

Como aconteciam as explicações acerca do seu tratamento?

Nunca me explicavam nada, a não ser o remédio da pressão. Os outros, não. No dia da alta, o Dr. chegou e disse: “vamos dar alta?”. Eu disse que não estava bem, então fiquei mais um dia. O dreno ele também tirou no outro dia. Mas o respeito com a gente é ótimo.

Só no dia da internação que me disseram que a cirurgia era naquele dia, e eu fiquei desde a meia-noite sem comer e só fui operada às sete horas da noite, já achava que não iria ser operada mais, e ninguém dizia nada. Dá vontade de ir embora, mas não dá, né?

87- Cita a ausência de comunicação entre instituição (profissionais) e paciente.

88- Evidencia a vulnerabilidade e estabelece relação de desrespeito ao paciente.

89- Manifesta a inexistência da autonomia.

90- Evidencia novamente a vulnerabilidade.

91- Manifesta a inexistência da autonomia.

<p>Deixam a gente sentada o dia inteiro ali esperando, isso é ruim. A gente fica angustiada. Ninguém vinha dizer nada.</p> <p>Em resumo...</p> <p>Acho que eu consigo tomar decisões dentro do hospital, mas é difícil saber como, a gente não tem chance.</p> <p>Mais alguma coisa que gostaria de dizer?</p> <p>Não, nada, tá tudo bom, obrigada.</p> <p>Obrigada a você.</p>	<p>92- Cita a ausência de comunicação entre instituição (profissionais) e paciente.</p> <p>93- Manifesta a inexistência da autonomia.</p> <p>94- Manifesta a inexistência da autonomia dentro da estrutura hospitalar.</p>
--	---

ENTREVISTA 6 (H.B.F.)

Eu queria começar conversando com o senhor, primeiramente sobre sua doença, sobre como tudo começou e desde quando o senhor está nessas idas e vindas aos hospitais...

Começou tudo em 1989, com um problema de ouvido. Eu procurei um otorrino, e ele disse que no ouvido eu não tinha nada. Aí depois mandou fazer um exame de sangue, que não deu bom. Ele disse: “Olha, isso aqui não cabe a mim. É bom tu procurar um clínico geral pra ver o que ele diz”. Então, eu procurei o clínico geral, ele olhou e disse para fazer outro exame, mais aperfeiçoado que aquele. Também não deu bom. Aí, depois de três dias, fiz outro exame e não deu bom. Assim foi indo uns trinta dias. Aí então ele disse: Olha, teu problema é rim, aparentemente tu tem problema de rins. Aí ele mandou uma cartinha para o Dr. X. Ele não conhecia o Dr. X, mas ele tinha uma residente que disse pra ele pedir para este médico me avaliar.

Aí que começou. O Dr. X mandou eu fazer um exame de sangue e de urina. Aí eu levei todos os exames que eu tinha feito. O outro não deu nada bom. E ele me disse que eu tinha coisa grave nos rins. Aí ele mandou eu fazer um ultrassom. No ultrassom apareceu um rim só do lado direito. Do lado esquerdo aparecia uma massa escura, que não dava pra dizer que era rim. “Taí o problema”, ele disse. “Tu te cuida, porque logo

95- Relata a descoberta de sua doença crônica, mediada por decisões médicas.

96- Desconsiderou a gravidade da doença e usou de sua autonomia fora do hospital.

tu vai pra máquina”. Me deram o tratamento, por dois dias eu me cuidava, por outros, não... E ia indo. Aí ele pediu para eu retornar em seis meses. Eu voltei, e ele disse que não melhorou, mas não piorou. Mandou eu voltar depois de um ano. Eu voltei dali a um ano, e piorou. Então ele mandou eu voltar dali a seis meses. Eu voltei, depois da piorada não melhorou, mas não piorou de novo. Mandou eu voltar depois de um ano. Foi indo, foi indo, foi indo... Passou dez anos, em 1999, ele me disse que estava preocupado e que eu tinha que fazer a fístula para uma emergência. Eu disse que voltava dali uns dias para nós conversarmos.

O senhor não quis fazer a fístula? Por quê?

Não, não fiz. Eu disse que dali a alguns dias eu voltava e me mandei. Usei de minha autonomia. Passou mais um ano, nessa época o Dr. X tinha uma clínica numa outra cidade, e ele estava lá. Então eu vim consultar com a Dr^a. Y . Ela disse para eu fazer a fístula imediatamente.

Por que o senhor não quis fazer antes?

De medo. Mas nesse momento eu decidi procurar outra opinião. Fui procurar outro, o Dr. Z. Eu levei alguns exames, ele me disse pra eu passar na sexta-feira (era terça). Na outra segunda-feira, eu fui ao outro médico, e ele disse: “Daqui tu baixa e eu te levo pro hospital agora. Não tem fugir, vamos pro hospital agora!”. Ele me levou pro hospital na hora, não me deixou nem pensar. Eu aceitei porque foi na

97- Continuou desconsiderando a gravidade da doença e usando de sua autonomia fora do hospital.

98- Narra o pleno exercício de sua autonomia, fora ainda do ambiente hospitalar.

99- Afirma ter sido obrigado a enfrentar uma situação desconhecida, porém necessária.

marra. Fizemos a dita fístula. Nesta internação, na hora de vir embora, eu quebrei o colo do Fêmur, dentro do quarto. As moças tavam limpando o meu quarto, e eu resvalei. Eu fui dar espaço pra elas limparem, e, ao fazer a curva na cama, resvalei e cai. Aí elas chamaram o médico da traumato e ficaram com os olhos arregalados. Acharam que eu ia entrar na justiça contra o hospital. Eu disse que não iria entrar, porque iriam demitir a moça. E elas precisam de serviço. Depois disso, passou quatro meses eu caminhando manco. Eu morava bem na frente do Dr. X, que era o primeiro que tinha pedido para eu fazer a fístula. Isso já era junho de 2000. No mês de dezembro, eu precisava tirar os parafusos. Fiz os exames pré-operatórios, o médico me disse que não iria me operar daquele jeito. E disse: “procura o médico X”. A Dr^a. Y que me atendeu, porque o Dr. X não tinha voltado ainda. Eu expliquei tudo para ela, e ela me liberou para a cirurgia. Em setembro de 2001, o Dr. X me mandou reiniciar os controles, e marcou para mim [sic] iniciar a hemodiálise. Eu não apareci de novo. Então, dia 21 de outubro de 2001, eu me senti mal em casa. Mal mesmo. O Dr. X me disse: “Viu? Agora tá mal. Vamos pra máquina agora, não tem depois. Vamos agora”. Aí eu tive que ir, não tinha saída.

Eu comecei a hemodiálise, e eu tinha lido uns artigos que diziam que após algumas sessões o rim pode voltar a funcionar sozinho. Mas a minha esperança nunca veio a se concretizar.

100- Relata situação de tomada de decisão pessoal frente ao acontecido na instituição hospitalar.

101- Teve sua autonomia coibida diante da gravidade de sua situação de saúde.

102- Revela a tristeza de não conseguir livrar-se do tratamento.

Hoje me sinto bem, tô bem dialisado.

Durante esse período todo, você teve que internar diversas vezes...

Eu sim, e eu gosto. Gosto das enfermeiras, brinco com as enfermeiras, elas me atendem bem, eu gosto delas. Eu faço elas darem risada, faço elas correrem de vez em quando. Faço elas correrem atrás da máquina pra mim.

E quanto ao processo de tomada de decisão dentro de um hospital, como isso ocorre com o senhor?

Eu não decido nada, faço tudo que me mandam. Esses dias eu baixei hospital, dia 1º de maio, de emergência. Cheguei com umas dores na barriga, e a Drª. Y disse que não era nada bom, e que tinha que operar imediatamente. Mas como eu tomo anticoagulante, eu tive que dizer para eles cancelarem a cirurgia. Então eles trocaram de anticoagulante, que eu não sabia que tinha mais que um tipo, para eu fazer a cirurgia. Na terça-feira, o cirurgião disse que ia operar na quarta pela manhã. Mas naquela noite eles olharam o ultrassom e decidiram operar-me imediatamente. Estava por um fio para estourar a vesícula. Eu disse para o Dr. fazer o que tiver que fazer. Que noite sofrida! Eu vim para o quarto. Que noite mal dormida! Depois o médico me explicou que por vídeo ou aberta a dor é a mesma. Só que por vídeo passa mais rápido. Eu fiz por vídeo. Não dormi a noite inteira de dor, mas, também, chegaram às dez horas da manhã, as gurias me

103- Relata satisfação frente ao atendimento hospitalar, por parte da enfermagem.

104- Manifesta não exercer a autonomia, mas relata tomada de decisão.

105- Relata, novamente, a tristeza de não conseguir livrar-

medicaram, e a dor foi embora. Parecia que eu não tinha operado. Além da pedra na vesícula, a vesícula estava inflamada.

E essa internação atual foi por que motivo?

Falta de ar e dor na região do transplante.

O senhor fez transplante, seu H.?

Sim. Faz cinco anos. E deu trombose. Não, eu vou falar cientificamente: o rim declosou, a trombose foi na hora do implante. Os médicos entraram às sete da manhã e saíram às cinco da tarde. A doadora foi minha mãe. Ai... Voltar para a máquina.

Nessa hora não se tem autonomia: ou volta, ou morre. Nossa! É muito difícil! Mas eu tô indo... De vez em quando eu brigo e digo: “enfermeira, eu quero sair mais cedo! Ela me diz para eu ficar quieto e fazer as quatro horas, porque ela vê que eu quero sair da máquina sem motivo para ela”. Isso é quando ela vê que eu estou bem. Esses dias eu tava mal mesmo, aí eu chamei a enfermeira e disse pra ela que eu não estava bem e eu queria ver o que ela iria fazer. Ela virou as costas, pegou as luvas e me retirou da máquina na hora. Porque ela viu que eu estava mal mesmo. Outro belo dia, de novo! Eu não tô bem, eu não tô bem, eu não tô bem! Faltava meia hora. “Eu tô te pedindo, me tire”. Aí ela me tirou. De vez em quando eu discuto com a enfermeira, ela não fica quieta, e eu também não.

se do tratamento.

106- Explícita impotência e resignação frente à doença.

107- Revela a impossibilidade de autonomia diante da gravidade de sua doença.

108- Narra a capacidade relativa de tomada de decisão na estrutura hospitalar.

109- Considera o conhecimento de causa como fator mediador da autonomia dentro da estrutura hospitalar.

O que o senhor discute com ela?

Eu discuto quanto ao horário. Por exemplo: se eu entro na sala às três horas, elas colocam o início da sessão às três, e não é, porque tem que ligar a máquina primeiro, e isso demora alguns minutos. Eu acho que eu estou certo. Ela me diz: “não, seu H., aqui quem manda sou eu!”. Mas de vez em quando eu faço uns agradados, porque a gente tem que tratar bem quem cuida da gente. Todo mundo gosta de um agrado. Algumas pessoas dizem: “eu não dou nada, pois elas estão ganhando para isso”. Concordo perfeitamente, pois eles escolheram a profissão, é uma profissão boa, mas desgastante. Muito desgastante! Então, por que que eu não posso dar, por exemplo, uma balinha, para quem me cuida? Elas não podem aceitar bala, pois é ordem do hospital. Se o administrador chega a saber, é capaz de mandar pra rua a funcionária. Agora, me sinto bem na hemodiálise, de resto eu me sinto bem. Só no final de semana eu tomo um pouquinho mais de água...

Quanto o senhor pode ingerir de líquido por dia?

800 ml a cada vinte e quatro horas. Sempre que eu interno eu procuro o Dr. X. Não deixo outro me pôr a mão sem avisar. Mas não fico ligando para ele toda a hora. Os médicos já me conhecem e ligam para ele. E ele prescreve por telefone. Eu só ligo para ele três vezes por ano: no Dia do Médico, no aniversário dele e no Natal. Esses

110- Explicita o paternalismo profissional, mas não o aceita.

111- Afirma não concordar com determinações administrativas hospitalares.

112- Relata a autonomia plena.

113- Estabelece relação de respeito e agradecimento aos profissionais médicos, porém mantendo a distância.

tempos, no Natal, ele estava em Florianópolis. Eu vi que ele não atendeu o telefone. Ele pegou o número, ligou e disse: “só pode ser o seu H.” A Dr^a. Y, também, no Dia do Médico e no Natal. Eu não ligo pra eles, posso estar morrendo. Eu venho para o hospital. E olha que eu tenho o celular dele.

Você acha que os pacientes, de uma forma geral, conseguem tomar decisões dentro de um hospital?

Não. É muito difícil. Imagina a senhora se todos os pacientes forem fazer o que querem, o corpo de enfermagem não tem como se organizar. Então tem que botar normas, regras, que precisam ser seguidas.

E como é se adaptar às rotinas?

Eu me acostumei já. E aceito bem, só que, de vez em quando, a gente fica meio desgostoso. Sozinho aqui não é fácil! Minha família é pequena, e todo mundo tem o que fazer. Só eu moro em Passo Fundo.

Quando eu fazia diálise no Hospital X, eu incomodava todo mundo, até da administração. Tinha um enfermeiro, parece que era L ou A o nome dele, que corria atrás de algumas coisas para nós. De outro lado, tinha a enfermeira M, que era uma carrasca. Fazia com a gente o que queria. Às vezes, eu chegava de manhã cedo, e ela me colocava dialisar só à tardinha, pelo simples fato de que eu era daqui e podia esperar.

114- Aceita as normas e rotinas como limitadoras da autonomia dos pacientes internados, mas necessárias.

115- Comenta a fragilidade do paciente no ambiente hospitalar.

116- Evidencia a vulnerabilidade do paciente diante da estrutura hospitalar.

117- Estabelece relação de desrespeito ao paciente e à sua vida.

Claro, um dia de minha vida para ela não é nada,
mas para mim é.

O que mais o senhor gostaria de falar, seu H.?

Acho que por enquanto é só, fico à disposição.

Obrigada, seu H.

Obrigado você, Marisa.

ENTREVISTA 7 (J.A.S.)

A nossa ideia, então, senhor J., é começarmos a conversar com o senhor sobre sua internação... O que houve com o senhor e o que lhe trouxe aqui para o hospital, e o que aconteceu desde então?

O meu problema é a bronquite, que eu tenho há muito tempo. Eu fui ao médico, como eu faço normalmente, e ele disse que estava na hora de eu fazer uma limpeza nos pulmões. Eu fui ao médico, então, vim até o hospital, agendei a internação, e me chamaram quando tinha quarto. Quando eu cheguei no leito que me deram, daí tinha problema no leito. Queriam me botar num quarto que eu não aceitei. Eu queria aqui no posto X. Não é à toa que eu pago plano de saúde. A gente precisa se respeitar.

Então, como o senhor procedeu para resolver essa situação?

Eu disse que, se era pra eu ficar naquele quarto, eu não internava. Eu encontrei o meu médico e disse que eu não ficaria. Ele, então, me disse que eu tinha todo o direito e que era para ir atrás do melhor pra mim. Eu fui lá embaixo, enquanto ele ligou para a administração, e então me mandaram para cá.

O senhor acredita que, atualmente, as questões que envolvem autonomia do paciente hospitalizado acontecem de que forma? O que

118- Relata autonomia mediada por um direito adquirido.

119- Relata autonomia mediada por um direito adquirido e o funcionamento da estrutura focada no paciente.

120- Aceita o paternalismo profissional.

o senhor sente frente a isso?

Bom, eu não sei se é porque eu trato bem as pessoas, mas eu sempre fui bem tratado. Eu entendo que as meninas da enfermagem fazem aquilo que o médico determina. E o atendimento delas é excelente! Tem diferença entre umas e outras, e às vezes a gente se sente preocupado, tu sabe... Frente a algumas situações, a gente tem que tomar algumas atitudes, o que num hospital não é fácil. Mas, hoje em dia, a gente tem opção de escolha. Se você for mal tratado em algum lugar, você não volta mais. É como numa loja, estão te prestando serviço.

Dentro da estrutura hospitalar de hoje, que o senhor conhece, o paciente tem alguma condição de tomar alguma decisão sobre o seu tratamento?

Depende do entendimento de cada um. Aconteceu com o meu pai. Ele estava hospitalizado, totalmente consciente, meus irmãos me chamaram para decidir se meu pai deveria colocar um marcapasso. Não achei certo decidir pelo meu pai, já que ele era orientado. Então, chamei ele e pedi se ele queria botar o marcapasso. Ele disse que não. Então, eu chamei o médico e disse: “Então não vamos colocar...”. É isso aí! Por que que eu iria decidir pelo meu pai? Só por que ele estava hospitalizado? Ele tava consciente, com todas as condições de decidir. Quem tinha que decidir era ele, a vida era dele. Ele tinha uma saúde de ferro, como é

121- Afirma a dificuldade do exercício da autonomia no ambiente hospitalar.

122- Considera a possibilidade da tomada de decisão.

123- Considera o direito pleno ao exercício da autonomia do idoso, quando orientado, dentro do contexto hospitalar.

124- Estabelece relação de relatividade no exercício da autonomia, mediada pela gravidade da doença.

que nós iríamos decidir? Isso não tá certo. Eu acho que, quando a pessoa não tá consciente, ela tá ali, num estado de coma, propriamente dito, pode ser. Mas se tu tem uma condição de decidir, não é a idade que não vai permitir. Tem pessoas com cinquenta anos que já não podem decidir por si, mas muito idoso ainda pode. “A vida é dele, rapaz”, eu sempre dizia. Assim como a minha é minha. Já com a minha irmã aqui, a família teve que decidir para pôr um dreno. Ela não estava consciente, então a família decidiu, não foram os médicos, fomos nós. Nesta situação era outra história. Os médicos nos orientaram que ainda existia uma esperança. E nós decidimos nos agarrar a ela. Mas não deu. Ainda assim a autorização foi nossa, assim que tem que ser a autonomia no hospital. Nessas horas alguém tem que tomar uma atitude. Acho que só nessas horas o paciente não pode decidir; em todas as outras, sim. Minhas sobrinhas diziam: “Pelo amor de Deus, tio, não nos abandone. Nós não sabemos o que fazer...”. Aí eu tive que decidir. O que é pra gente tá reservado. Agora, não tire o que é dos outros aqui, que amanhã ou depois vem o troco. Isso é a coisa mais certa que tem. O que é importante nessa vida é tentar ser feliz...

Nessas suas internações, idas e vindas, alguma vez o senhor teve a oportunidade ou a necessidade de tomar decisões diferentes das predeterminadas pela instituição?

125- Considera o conhecimento de causa como mediador da autonomia e aceita o paternalismo profissional.

Não, até por que eu não sei [...]. A senhora conhece o Dr. X? Ele é muito mais ser humano do que médico. Sempre foi assim. Agradável e querido. Ele trata a gente como ser humano mesmo. Eu prefiro me tratar com ele a com um especialista na minha área, e assim eu faço. Ele cuida de toda minha família. Ele decide os rumos do meu tratamento, e eu acho que isso não é da minha alçada. Cada um no seu ramo de competência. Então, eu aceito e somente exijo ser tratado com respeito, dentro de minha privacidade. Confusão não leva a nada, então tu trata as pessoas como se deve, que as coisas certas acontecem... Eu não vou depender dos outros pra nada. Nem pra morrer. Meu seguro paga tudo...

O que o senhor entende por autonomia, seu J.?

É a capacidade de fazer as coisas por conta própria, decidir o que fazer. Quando eu me aposentei, fui chamado para trabalhar de novo. Decidi não ir. Sou muito orgulhoso pelo que fiz a vida inteira, mas não quero mais. Isto é autonomia: poder decidir. Mas a gente só pode decidir se não tem alguma coisa te pressionando para isso. Por exemplo: se eu estivesse passando fome, eu teria que trabalhar.

No hospital é assim, a gente está aqui em busca de recuperar a saúde, e pra isso não temos muitas opções. A gente se mandando, não tendo mais

126- Conceitua autonomia objetivamente.

127- Cita “autonomia situacional”.

128- Aceita as rotinas hospitalares e entende-as como necessárias.

ninguém que te mande, é outra história. Mas no hospital não é assim. Para mim, num hospital, é fácil seguir determinações, porque sou muito disciplinado. As coisas daqui acontecem tudo na hora, e eu sempre fui assim. Nunca gostei de ser chamado à atenção. Assim como na minha disciplina, o hospital tem regras, e elas têm de ser respeitadas. Se não, tudo vira uma bagunça. As pessoas têm manias e acham que as manias delas estão certas. Mas no hospital essas manias têm que sumir. Eu gosto de ajudar para as coisas acontecerem certas.

Uma vez, uma enfermeira que estava aprendendo veio aprender punccionar veia em mim. Me picou quatro vezes. Eu me queixei, e ela disse que eu teria que aguentar. Aí então eu usei de minha autonomia e disse que quem teria que aguentar era ela e que eu não estava ali para aguentar nada, e sim para ser tratado. Fincar agulha nos braços dos outros é fácil, mas ser fincado não é assim tão fácil, não! Eu não me sujeito a esse tipo de coisa. Não deixo! Para mim, isso é autonomia.

Então, o senhor me diz que algumas decisões, mesmo durante a hospitalização, podem acontecer?

Pode, sim, aquilo que diz respeito à gente, sim. Mas não se pode alterar as regras do hospital. Tem que entrar em concordância. Ontem eu tinha que fazer um ultrassom. Estava com a bexiga cheia, e não me chamavam. Fui até lá e

129- Estabelece relação de desrespeito ao paciente.

130- Manifesta a vulnerabilidade, mas mantém a possibilidade de autonomia.

131- Fortalece a autonomia relativa.

pedi providências. Imediatamente me chamaram. Certas coisas a gente tem que tomar frente, decidir. Não vou deixar para os outros tomarem por mim...

Eu me preocupo com o amanhã, pago o plano de saúde, um pecúlio e um seguro, para minha família ficar protegida. As pessoas não pensam no dia de amanhã, mas eu penso.

O que o senhor possui de informações que podem interferir na autonomia do paciente durante a hospitalização?

Eu só sei alguma coisa de alguma norma do hospital, sobre horários, sobre visitas. Eu acho que se uma pessoa vem para o hospital para visitar alguém, não é para passear. Uma coisa que me preocupa é a falta de segurança dentro do hospital. Qualquer um pode entrar quando quiser, e isso deixa a gente inseguro. Nem no canto da gente a gente se sente seguro. Eu já vivi tentativa de roubo no meu quarto. As pessoas que trabalham na recepção têm que ter traquejo, saber como lidar com os outros, têm que ter bom senso, quem chega aqui tá nervoso. Têm que ter muita educação. Quando se vem visitar alguém, não é favor, é um direito que tu tem. Mas tem que ter regras a serem seguidas. Nesse hospital aqui, é muito perigoso isso, porque tu entra por qualquer lado e sai por qualquer lado. Nesse momento a autonomia não é bem-vinda.

Bem, seu J., lhe agradeço muitíssimo. O senhor me disse coisas de extrema

132- Relata dificuldades frente à escassez de informação que o paciente recebe.

133- Evidencia a fragilidade do paciente internado.

134- Aceita as rotinas hospitalares, entendendo-as como necessárias.

135- Cita a autonomia relativa.

importância...

Eu que agradeço. Se puder ajudar, a gente tá sempre à disposição.

ENTREVISTA 8 (P.Q.)

Seu P., vamos começar falando sobre esta sua última internação, como foi, o que lhe levou a internar e como as coisas aconteceram.

Bem, eu possuo um problema pulmonar severo, e este ano piorei muito, me debilitei, como se diz. Então, decidiram deixar eu internado por mais ou menos 40 dias, para ver se me curam de uma vez.

Quem decidiu, seu P.?

Ah, foi meu médico junto com a minha família e eu. Só que eu não pensei que iria ser tão cansativo...

O que mais lhe cansa neste momento?

Tudo é cansativo, apesar das gentilezas do pessoal todo, eu me sinto preso. Aqui até parece um presídio com boas acomodações para dormir e boa comida para comer, mas até a fome e o sono aqui se perde, porque de noite as meninas vêm ver a gente sempre, estamos sempre à disposição do que elas precisam, né? Eu sei que é para o bem da gente, mas é difícil.

O senhor poderia explicar mais este sentimento?

Acho que sim. Vamos ver se consigo, é difícil explicar o que se sente quando se está doente, os outros sabem o que é melhor, ou não, o que a

136- Retrata o exercício da autonomia no momento da decisão.

137- Manifesta a impossibilidade do exercício da autonomia frente à estrutura hospitalar.

138- Narra dificuldades de adaptação às rotinas hospitalares.

139- Estabelece sentimento de dissociação entre o necessário e o agradável, no contexto da hospitalização.

140- Cita o paternalismo profissional.

gente precisa para melhorar da doença. Mas isto nem sempre no momento é o melhor para a gente, ou para o que a gente gostaria. Bem, eu disse que era difícil de se explicar o que a gente sente. É como se fosse criança, o pai e a mãe dizendo que isto era bom e a gente não gostando muito, mas tendo que aceitar, é para o nosso bem.

O senhor disse “a gente tendo que aceitar”...

Claro, eu não sou médico, nem enfermeira. Não adianta nada eu ser empresário, aqui eu entendo muito pouco. É a minha vida que está nas mãos dos outros, então eu tenho que aceitar a ideia de quem entende mais que eu no assunto, isto é fundamental. O hospital tem normas, e elas devem ser seguidas, porque se não vira uma confusão, uma bagunça. O que seria maravilhoso era poder contemplar todos com suas vontades, mas isto é impossível, todos ficariam loucos tentando. Desculpe o desabafo, mas eu acho que estou meio deprimido e acabo confundindo minhas vontades com as necessidades que tenho para me recuperar.

Seu P., o que o senhor entende por autonomia?

Autonomia é poder fazer aquilo que se quer, ser dono de sua vida, mas para isso a gente tem que saber o que está fazendo e como. É também possuir direitos para executar o que nos é de direito. Autonomia sem condições de fazer é

141- Considera o conhecimento de causa como fator mediador da autonomia.

142-Aceita normas e rotinas hospitalares.

143- Define autonomia como autodeterminação.

144- Estabelece relação de desrespeito ao paciente.

145- Afirma a necessidade de mudanças comportamentais e estruturais para o adequado atendimento ao paciente.

diffícil.

E a autonomia no ambiente hospitalar como o senhor vê?

Do paciente? Quase que nenhuma. Sabe? Comigo não aconteceu nada de sério ainda, mas estes dias eu ouvi uma menina dizendo para um paciente que “vamos ver quem manda aqui”. Eu acho que quem manda aqui deveria ser o paciente, claro que respeitando as normas. Às vezes eu acho que nos esquecem. Tudo tem que ser feito quando ou outros podem e acham que devem, nem sei onde está o doente nesses casos.

Eu tinha que fazer um exame estes dias e me prepararam duas vezes, porque, na primeira, depois do preparo, disseram que o aparelho estragou, assim do nada. Será que não poderia ter sido feito o exame em outro lugar, então? Para quem é o exame? Não sei, não... Tem alguma coisa errada aí...

Como eu disse antes, só se tem autonomia se tem direitos. Parece que, num hospital – repito –, apesar de bem tratados, as coisas não acontecem para nós pacientes, e sim para os outros, não sei se para o hospital ou para os médicos. Fica confuso, e na confusão as pessoas ficam quietas e aceitam. Autonomia aqui? Muito pouca.

Seguindo neste raciocínio, como aconteceram as decisões acerca de seu tratamento durante a hospitalização?

146- Evidencia a estrutura hospitalar voltada para outro, que não o paciente.

147- Cita a informação e a comunicação como mediadoras da autonomia.

O médico vem todos os dias me ver ou manda alguém que possa me avaliar no lugar dele e me comunica as decisões. A única coisa que eu participo é o tipo de quarto que me mandam, eu não aceito qualquer um, não. Eu não sei as vezes que tenho exames para fazer, as meninas que me dizem. Como a gente não entende muito as coisas, eu acho que até eles explicam e a gente não entende, ou o próprio ambiente do hospital nos deixa atrapalhado, sei lá! Eu aqui pareço outra pessoa, porque lá fora eu costumo tomar o rumo de minha vida.

Então, com relação à autonomia do paciente idoso hospitalizado...

No meu ver é limitada por falta de conhecimento das pessoas sobre a sua situação de saúde. O ambiente hospitalar deixa as pessoas indecisas e até com medo, sem desta forma poder tomar decisões. E, além disso, eu acho – posso estar enganado – que sempre que se está dentro de alguma instituição, se deve seguir normas. Assim é em um hotel, em uma festa, por que no hospital não? Quero deixar bem claro que eu só acho que a participação do paciente neste sentido deveria ser mais levada em consideração, porque o paciente merece toda a atenção, sem ele o hospital não existe, não adianta normas e pessoas sem ter a quem executar. Tem coisas pequenas que eu acredito que possam ser respeitadas, como a hora de tomar banho, trocar a roupa da cama, as pessoas dizem “é rotina”, fica complicado, pode surgir até um medo de não

148- Expressa a “força” das normas e rotinas institucionais, mas mantém a ideia de que o paciente deve ser o foco principal para a estrutura.

149- Revela medo frente à possibilidade de ruptura das rotinas hospitalares.

150- Considera a informação como fator mediador da relação paciente-estrutura hospitalar.

aceitarem mais a gente no hospital se começarmos a exigir muito. A gente, com mais idade, tem manias que são difíceis de serem deixadas para trás, agora... Na dependência dos outros, manda quem pode, obedece quem precisa.

E isso é muito difícil para o senhor?

Incomoda um pouco, mas aceito porque preciso e não entendo bem o que acontece. A gente é pouco informado sobre as coisas; se fôssemos mais informados, poderíamos opinar mais e colaborar mais. Sempre que a gente entra em uma estrutura diferente, a gente recebe orientações; aqui no hospital as pessoas parece que acham que a gente deve saber como acontece, mas a gente não sabe, não.

Então, o senhor acredita que as orientações dadas aos pacientes...

Deveriam ser mais próximas e diretas, para a gente entender e ajudar; se não a gente pode atrapalhar. Vem com nomes desconhecidos, a gente fica até com vergonha de perguntar. Já que a tua pesquisa é sobre autonomia, não dá para ter autonomia assim, não, e eu acho. Para finalizar, é que isto é que faz falta. Pensando bem, como tudo na vida, se conhecendo pouco, se incomoda pouco, né?

Como assim, seu P.? O senhor acha que isso é uma forma de...?

151- Reafirma o fator informação ao paciente como mediador da autonomia.

152- Afirma entender que o paciente pode ser manipulado caso compreenda pouco sobre o que está lhe acontecendo.

153- Expressa novamente a necessidade de o paciente ser o foco da atenção do atendimento hospitalar.

Manipulação? Claro, mesmo que inconsciente. Já pensou todo mundo entendendo de seus direitos e pedindo por eles? Ficaria sem possibilidade de administrar. Então, talvez – posso estar falando bobagem –, se explica pouco para ter menos problemas, assim como no governo, mas não quero falar disso, deixa assim. Mas isso tudo acontece sem a ideia de prejudicar ninguém, eu tenho certeza. É para funcionar as coisas mais facilmente, sim.

O que mais o senhor gostaria de falar?

Acho que falei demais, não me leve a mal. No fundo, eu só gostaria que as pessoas lembrassem mais do paciente, o resto está tudo bem, e pode contar comigo quando precisar, se eu puder ajudar.

Seu P., suas palavras foram importantíssimas e lhe ouvir foi muito gratificante. Muito obrigada...

Obrigada a você, Marisa.

ENTREVISTA 9 (G.C.S.)

Seu G., gostaria de iniciar nossa conversa sobre a sua internação, como ela ocorreu, para depois falarmos sobre o tema da autonomia.

Antigamente, Marisa, a gente não perguntava nada, a gente não podia perguntar. Desde o meu tempo, na década de 50-60, era como Balzac dizia: “três pessoas na sociedade usam roupas negras, o padre, o médico e o advogado, porque por eles passa a escória da humanidade”. O padre porque, na confissão, se tu não confessasses teus pecados, tu irias para o inferno; se para o médico tu não entregasses teu corpo, algo poderia estar acontecendo e você morreria; e o advogado porque ele monta toda tua defesa em cima do que você falou e se sua defesa for falha, você se condena. Estas atividades só têm valor dependendo da importância que você mesma der àquele tipo de atividade. Para o médico, antigamente, tu dizias tudo o que tu sentias, só o médico não te retribuía em nada, ele te auscultava, mandava tu tirar um RX e aí ele prescrevia um remédio e pronto. O máximo que acontecia era a gente perguntar o que tinha, e ele dizia “é tal coisa” e pronto. Se tu fosse questionar, ele te dizia, na maior cara de pau mesmo, assim: “você é médico ou sou eu?”. Acabou. E isto era legal, não era uma coisa assim excepcional, não. Eu não sei, mas me parece que tinha até uma lei onde não se podia contar para o

154- Narra a importância histórica do profissional médico, negando totalmente a possibilidade da autonomia do paciente, antigamente.

outro o que exatamente ele tinha, tipo a do sigilo profissional hoje.

Para o paciente hoje é lei, até os exames, eu tenho todos eles lá, guardadinhos. Uma vez o médico tinha uma ficha, tudo com ele, ele é que sabia da tua vida. Não havia especialistas, era tudo nas mãos das mesmas pessoas, e nem tinha muita possibilidade de escolha, eles sabiam tudo a nosso respeito. Até mais ou menos em 1970, para não exagerar, eu “tava” terminando o ginásio e ainda era mais ou menos assim. Aí começou uma abertura, porque havia mais profissionais no mercado; passou o tempo em que se sabia todos os nomes dos médicos e dos juízes... Naquela época podia errar, porque tu não sabia se era erro ou não, e ninguém depunha contra o outro. Que autonomia que a gente tinha? Nenhuma. Talvez a autonomia de escolher entre um médico ou outro, talvez.

E agora, doutor G., o senhor acha que isto mudou?

Ah! Agora mudou, porque, assim, é como comparar a década de 20, época do carvão, com hoje as usinas nucleares. Entendo que hoje a informação é muito maior em função dos meios de comunicação. Eu, nesta última cirurgia, assisti tudo no Youtube, a mesma cirurgia que fizeram em mim. Eu vi tudo aquilo que foi feito em mim. Eu também acabei diagnosticando meu problema e decidi resolver o quanto antes.

155-Mantém a narrativa sobre a importância histórica do profissional médico, negando totalmente a possibilidade da autonomia do paciente, antigamente.

156- Entende que, atualmente, mediado pela informação e por boas práticas de atendimento, iniciou-se o processo de autonomia.

Como o senhor descobriu o seu problema?

Foi fazendo o controle da próstata que eu descobri em um ultrassom. O médico que operou a minha próstata disse para eu voltar em seis meses, mas eu achei muito tempo, eu fui fazendo, usando de minha autonomia fora do hospital, controles da creatinina e US, onde descobri este outro problema.

A informação eu acho que, na verdade, nos libertou. Nos deu poder. Eu fui orientado que esta pedra na vesícula, enquanto não se mexesse, tudo bem, mas se inflamasse eu me veria mal, então eu decidi retirar logo. Decidi isso em função de uma experiência que tive com minha esposa, que se acidentou na fronteira do país e para eu conseguir um leito, pagando, tive que lançar mão de um revólver na emergência do hospital. Primeiro o médico lá do hospital da fronteira não queria liberar porque ela corria risco e dava morfina e morfina... Eu disse: “mas doutor, não quero me meter na sua área, mas o senhor não acha que se tivesse algum órgão perfurado ou derrame interno ela já tinha morrido só recebendo morfina?”. Então ele liberou para virmos para cá, sem enfermeiro, nem nada. Achei que não iríamos resistir. Veja bem! Aí chega aqui, três horas da tarde, o hospital botando gente pelo ladrão, vai e volta para outra instituição, até que eu resolvi no revólver. Tá certo que então ela foi para a sala dos horrores, mas pelo menos tava dentro. No mesmo momento, na segunda-feira, minha mãe

157- Exerceu sua autonomia fora do contexto hospitalar.

158- Considera a informação como fator mediador da autonomia.

159- Sugere o fator financeiro como divisor de limites da autonomia e reforça o paternalismo profissional.

morreu, porque levaram ela da casa de repouso que ela estava para o hospital, e o aparelho de ultrasson estava quebrado e demoraram 5 dias para fazer o diagnóstico. Eu paguei 500 “pila” para conseguir um leito para a mãe, mas ela não resistiu à cirurgia. E claro, com 86 anos e esperando cinco dias por um diagnóstico... Eu não pude nem velar a minha mãe, nem coisa nenhuma, tive que enterrar logo...

Então, tu veja bem, a mãe, por exemplo, a mãe não tinha autonomia nenhuma, 86 anos, eu quebrado, e ela só no soro. Ela não podia sair do hospital que estava com o aparelho quebrado para o outro porque não tinha vaga. Não é possível isso. Eu disse: “eu quero o quarto do presidente, eu pago! Quanto custa?”. E ela disse que não adiantava, que não tinha leito. Nossa autonomia passa por questões burocráticas, não temos nem direito aos leitos que são dados a outros municípios. O anestesista me explicou – na verdade, o que “seria” meu anestesista, porque na hora veio uma anestesista que não sei quem é. Passo Fundo, Porto Alegre e Curitiba... É tudo igual.

Agora, vamos voltar à autonomia. Eu entendo que nesta estrutura atual local ela é fragilíssima. Juridicamente, como eu definiria a autonomia de um doente: somente existiria se pudesse se ter um contrato de exclusividade entre os médicos e a estrutura hospitalar e o paciente. Nem eu nem ninguém pode dizer que tem autonomia sobre a sua saúde, considerando esses fatores estruturais.

160- Expõe ato limítrofe na condição de ser paciente e necessitar de atendimento em uma estrutura pouco efetiva.

161-Comenta novamente o fator financeiro como divisor de limites da autonomia e reforça o paternalismo profissional.

162- Afirma a necessidade de mudanças estruturais para o exercício da autonomia.

163- Exerceu sua autonomia plena.

Além de que os médicos acham que podem decidir pela gente. O meu último cirurgião chegou a dizer que eu não precisaria operar, porque “não sei quem” levou trinta anos para operar o mesmo problema. E eu com isso? Eu tenho o direito de retirar aquilo que não me serve e está incomodando no meu corpo.

O que a autonomia significa para o senhor?

A autonomia que não existe me causa raiva e tristeza. Porque autonomia nos dá a possibilidade de resolver os problemas que nos cercam, mas a estrutura não permite. Para os muito ricos ainda pode-se ter uma autonomia relativa. O ser humano é a única espécie viva que fala. Então, eu acho que ele deveria se ajudar entre si, e não competir. Mas isso não acontece. Vivemos em uma competição de poderes, e quando estamos doentes, isso piora; competimos para sobreviver, para chegar antes, para sermos ouvidos, para conseguirmos acomodações, remédios que não sejam falsificados, e o mais interessante é que tudo isso é protegido pela lei.

Mas nem tudo é ruim. Aqui eu fiquei cinco dias internado e já me chamavam pelo nome, virei gente. Mas fora do hospital, tendo condições financeiras, a gente pode ir atrás e ter autonomia frente às suas necessidades de saúde; dentro dele, nem sempre ou quase nunca.

Com certeza, sem condições financeiras, eu deveria esperar as coisas piorarem para ser operado, atendido por emergência. Que

164- Evidencia as dificuldades e a fragilidade do ser humano doente frente ao funcionamento das estruturas de saúde.

165- Expressa a despersonalização do ser.

166- Retoma o fator financeiro como divisor de limites da autonomia e reforça o paternalismo profissional.

167- Manifesta dificuldade de comunicação entre paciente-profissional.

autonomia é essa?

Dr. G., no dia a dia dentro do hospital, o senhor pôde participar de alguma decisão sobre seu tratamento ou atendimento?

Bem, foram experiências difíceis neste sentido. Na segunda-feira, na sala de recuperação, quando eu entrei tinha dez pessoas; quando eu saí tinha mais de 40. Tinha três enfermeiras, sendo que a chefe ficava tentando resolver as coisas... E para tu conseguires alguma coisa, tu falava para um, ele tinha que pedir para ela, e aí ela estava ocupada e não te atendia. O rapaz que estava do meu lado ficou pedindo o seu celular desde a 1h da tarde para avisar sua família que estava vivo, e eu avisar que estava bem, e mais ou menos umas 200 vezes pedimos os aparelhos e não fomos atendidos. Eu cheguei na recuperação às 9h50min da manhã e já era 4h da tarde e não saía, eu queria avisar minha esposa. Eu não conseguia – nem eu nem os outros – comunicação com esses enfermeiros. Teve uma hora que tinha 12 pessoas atendendo uma emergência lá dentro, mas nenhum para nós. Um descaso total, uma ignorância total. Eu estava ali, mas eu só estava, para os enfermeiros eu não deveria existir, eu acho, porque eu fazia sinal, chamava, mas ninguém me atendia. Não fui atendido. Somente quando o médico chegou é que providenciaram de me transferir para o quarto. Então, recebi a informação que eu tinha leito e que a comida já estava liberada.

168- Expõe a fragilidade do paciente e as dificuldades em ser atendido em uma estrutura pouco funcional.

169- Estabelece relação de desrespeito ao paciente. Expõe inversão de valores humanos.

170- Cita a falha na comunicação como fator coibitivo da autonomia do paciente.

Então, consegui falar com minha esposa, e ela teve que ir atrás de me transferirem para o quarto. Mandei, então, vir comida para mim da lancheria, porque demoraram demais para trazerem minha comida. Com relação ao resto, acho penoso quando dizem que vão resolver sua situação e não te dão retorno. Assim, a autonomia, que é relativa, vira em nada, porque tu ficas amarrado. Eu acho que é isso, fica muito difícil.

Mais algum comentário, senhor G.?

Não, mas me ponho à disposição para qualquer outra necessidade sua, Marisa.

Obrigada, senhor G.

Obrigada a você. Boa sorte em seu trabalho.

Obrigada.

Apêndice F. Subcategorias e categorias

**LISTA DE SIGNIFICADOS RECORRENTES EM TODAS AS
ENTREVISTAS: SUBCATEGORIAS E CATEGORIAS**

Subcategorias	Categorias
1-Comunicação como mediadora da autonomia no ambiente hospitalar.	<p>1. VIVENCIANDO A VULNERABILIDADE</p> <p style="text-align: center;">(3; 6; 11)</p> <p>2. CONVIVENDO COM O PATERNALISMO PROFISSIONAL</p> <p style="text-align: center;">(2; 5; 7; 11)</p> <p>3. CONCIENTIZANDO-SE DA AUTONOMIA RELATIVA</p> <p style="text-align: center;">(1; 4; 8; 9; 10)</p>
2-Normas e rotinas institucionais fortalecendo o biopoder e o paternalismo profissional.	
3-Ambiguidade nas situações de doença.	
4-Conhecimento de si e da situação da doença: percepção sobre si mesmo ao necessitar ser cuidado.	
5-Contingências das situações que envolvem o processo de hospitalização-força institucional.	
6-Fragilização na vigência da doença-vulnerabilidade.	
7-Processo de internação hospitalar nem sempre focado no paciente	
8-Relativização do exercício da autonomia no ambiente hospitalar.	
9-Direitos do paciente idoso como fator condicionante da autonomia.	
10- Fator financeiro determinante da autonomia.	
11-Passividade do paciente frente à instituição hospitalar.	

