



CENTRO DE ARTES, HUMANIDADES E LETRAS – CAHL  
COLEGIADO DE SERVIÇO SOCIAL

TIAGO SILVA DOS SANTOS

**“SÓ PASSANDO PRA SABER”:**

os desafios enfrentados pelos acompanhantes de idosos hospitalizados.

CACHOEIRA - BA  
2018

TIAGO SILVA DOS SANTOS

**“SÓ PASSANDO PRA SABER”:**

os desafios enfrentados pelos acompanhantes de idosos hospitalizados.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Colegiado do Curso de Serviço Social, da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, como requisito parcial para obtenção do Grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Silvia de Oliveira Pereira  
Coorientadora: Prof<sup>ª</sup>. Ms. Marcela Mary José da Silva

CACHOEIRA - BA  
2018

TIAGO SILVA DOS SANTOS

**“SÓ PASSANDO PRA SABER”**: os desafios enfrentados pelos acompanhantes de idosos hospitalizados.

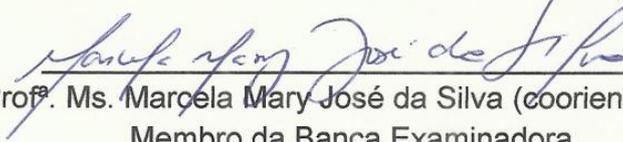
Cachoeira – BA, aprovado em 04 de abril de 2018

BANCA EXAMINADORA



---

Profª. Drª. Silvia de Oliveira Pereira  
Presidente da Banca Examinadora



---

Profª. Ms. Marcela Mary José da Silva (coorientadora)  
Membro da Banca Examinadora



---

Profª Dra. Heleni Duarte Dantas de Ávila  
Membro da Banca Examinadora



---

Profª Ms. Queli Nascimento Santos  
Membro da Banca Examinadora

*“Mar calmo nunca fez bom marinheiro.”  
(autor desconhecido). Dedico este trabalho a todas as pessoas que não me abandonaram em meio a esta tempestade. Aos idosos que fazem parte da minha história e aos próximos que estão por vim (mãe e pai - juntos somos mais fortes). Às famílias com idosos e às famílias de idosos.*

## AGRADECIMENTOS

Sou extremamente grato a Deus, por ser a minha maior âncora. Grato pela vida, pelos ensinamentos, pela perseverança e resiliência. Gratidão por todas as pessoas que fizeram e fazem parte de minha história. Sei que para tudo existe um propósito, Eis-me aqui!

Agradeço aos meus amados pais, Roseni e Marcos, por todo amor transmitido. Obrigado pela educação, confiança, paciência, determinação e incentivo. Sem vocês eu nada seria, eu nada serei. Eu amo vocês!

A minha irmã, Tainá, por aprendermos juntos que amar é também superar as piores brigas. Maior que tudo é o amor que nos une. Te amo!

A minha família consanguínea, pelo apoio e compreensão nos momentos de minha ausência. Vocês estão sempre comigo.

A minha prima, Sabrina, que foi de fundamental importância para o início da realização deste sonho. Não teria iniciado este curso, se não fosse o seu incentivo e cuidado.

A minha orientadora, Silvia Pereira, por toda dedicação, incentivo, por todo carinho e cuidado. Por ser minha âncora durante a construção deste estudo. Obrigado pelas oportunidades de aprendizado e por partilhar comigo momentos que jamais serão esquecidos. Sou grato pela linda amizade que construímos. Obrigado pela linda experiência e pela honra de ser seu “Amigo, Monitor, Estagiário, Genial/Genioso e Orientando – AMEGO” (PEREIRA, 2018) rsrs. Tenho orgulho do seu compromisso, seus valores e sua ética. És uma das minhas inspirações profissionais. Gratidão hoje e sempre.

A minha coorientadora, Marcela Silva, que mesmo em fase de conclusão do doutorado, contribuiu de forma singular e significativa para a construção deste estudo. Sou grato pelo cuidado, atenção e carinho. Além disto, agradeço por coordenar o grupo de pesquisa GTENPO, o qual faço parte e é um dos principais motivadores da temática deste presente estudo.

As professoras, Heleni Duarte e Queli Nascimento, por aceitarem contribuir com esse estudo.

A minha *best*, Geiza Araújo. Sou grato a Deus todos os dias pela linda e preciosa oportunidade de ter te conhecido e pela amizade, ou melhor, dizendo,

irmandade que construímos. Você foi e é o melhor presente que a “universidade” me proporcionou. Sua amizade me ensinou a ver o mundo com outros olhos. Obrigado pelo carinho, amor, fidelidade e lealdade. Obrigado por fazer parte de minha história. “(...) e a gente vive junto, e a gente se dá bem, não desejamos mal a quase ninguém.” Te amo!

A Halanna Leoparda, a boxeadora mais sensível que já conheci, sou grato pela amizade, carinho e por todo apoio recebido durante esta graduação. Por todos os desabafos, tristezas, alegrias e vitórias que pude compartilhar contigo. Obrigado por fazer parte de minha história.

A Sophia Sanches, pela irmandade construída e por aprendermos juntos que amizade o tempo não apaga e que a distancia não é capaz de separar.

A Carol Paz e Juliana Araújo, amigas desde o ensino médio, por juntos continuarmos partilhando dessa amizade linda e verdadeira. Sou grato por ter vocês em minha história.

Aos meus amigos, sou grato por todo amor e compreensão nos momentos de minha ausência. Agradeço em especial aos que não me abandonaram durante a tempestade que foi a realização deste TCC.

Aos docentes e colegas do Curso de Serviço Social, em especial a minha turma 2013.2. Conviver e compartilhar diariamente com todos, durante esses 04 anos, foi de uma imensa satisfação. Agora colegas de profissão, vamos a luta!

Ao Centro Acadêmico de Serviço Social Marina Cruz – CASSMAC, gestão Coletivo LUTEM, 2017-2018, o qual fiz parte no último semestre. Aprender com o coletivo foi de extrema importância para minha formação profissional e pessoal. Muito Obrigado!

Ao GTENPO – Grupo de Trabalho e Pesquisa sobre o Envelhecimento Populacional, o qual sou membro desde 2016. O referido grupo possui uma trajetória de pesquisa e intervenções no campo do envelhecimento no recôncavo da Bahia. Grupo coordenado pela professora Ms. Marcela Silva, que deu oportunidade para pessoas como eu, que além de estudar trabalhavam, com horários de reuniões e formar de organização diferenciada dos demais grupos. A todos os membros sou grato pela contribuição e participação na minha formação acadêmica.

Ao Hospital Regional de Santo Antonio de Jesus – HRSAJ, onde realizei meu estagio obrigatório I e II. Em especial a minha supervisora de campo Lucinda Lucena

e a Coordenadora do Serviço Social, Keylla Régis. Sou grato pela experiência compartilhada.

Ao Projeto CapacitaSUAS, pela grande oportunidade de estagiar e vivenciar um pouco da gestão do SUAS. Por todo o conhecimento e experiências adquiridos. Sou extremamente grato mais ainda pela aproximação e amizade a duas colegas de estágio e de curso.

A Camila Vieira, sou grato pela amizade e carinho, por todo cuidado e incentivo. Tenho orgulho dessa mulher corajosa e determinada. A Mariny Menezes, ops, Lylla, rsrs. Me aproximar de você na reta final desse curso de graduação não só foi de grande importância acadêmica e profissional mas também pessoal. Ganhei uma amiga em que sei que posso contar a qualquer momento, em qualquer situação. Obrigado por ser essa mulher sensacional, cativante e cuidadosa. Obrigado por fazerem parte de minha história. Ter vocês como amigas e parceiras de estágios foi maravilhoso e gratificante.

A Academia DNA, local onde trabalhei durante quase toda a graduação. Sou grato pela família de amigos que construir, pelo incentivo, pelas compreensões e pelo crescimento pessoal e profissional. Gratidão.

Enfim, não menos importante, sou eternamente grato aos participantes da pesquisa. Sabemos que é uma temática particular, íntima e para muitos um sinônimo de sofrimento. Obrigado por cederem suas histórias para compor este estudo.

*“A gente não pode ter tudo  
Qual seria a graça do mundo se fosse assim?  
Por isso eu prefiro sorrisos.  
E os presentes que a vida trouxe pra perto de mim”  
(Trem Bala - Ana Vilela)*

*Falar aos jovens sobre o que é velhice é um desafio muito estimulante. Quando se é jovem, o envelhecimento e a velhice parecem realidades muito distantes, muito longínquas. Imaginamos e fantasiamos que só os outros é que irão envelhecer e somente o ser ao nosso lado ficará velho e morrerá. Em verdade, porém, o processo de envelhecimento e a fase da velhice fazem parte de nossas experiências de ser vivo. Além disso, os idosos são "personagens" reais e também fictícios em nossa vida pessoal, afetiva e intelectual. Cada um deles nos transmite uma imagem pessoal e particular do que seja envelhecer. (MASCARO, 1997)*

SANTOS, Tiago Silva. **“Só passando pra saber”**: os desafios enfrentados pelos acompanhantes de idosos hospitalizados. 2018. 82p. Trabalho de Conclusão do Curso de Serviço Social, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – Centro de Artes Humanidades e Letras, Cachoeira.

## RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso, intitulado **“Só passando pra saber”**: os desafios enfrentados pelos acompanhantes de idosos hospitalizados, tem como objetivo identificar os desafios de ser acompanhante de idosos hospitalizados em hospitais, traçar o perfil dos acompanhantes, identificar as atividades realizadas pelos acompanhantes dos idosos hospitalizados, analisar a relação da equipe multidisciplinar com os acompanhantes e familiares dos idosos durante o processo de hospitalização. Podendo assim refletir sobre o direito do idoso hospitalizado e do seu acompanhamento. Esta pesquisa é fundamentada com estudo bibliográfico de artigos, livros, revistas utilizando as bases e bancos de processamentos de dados. Trata-se de um estudo de caráter exploratório, dada a necessidade de desvendar uma abordagem pouco presente na literatura: a visão da família sobre a experiência da hospitalização. O caráter descritivo analítico do estudo está ancorado nas correntes das teorias compreensivas do pensamento sociológico, que considera a ação dos sujeitos e a representação social de suas vivências. Como técnica específica para coletar estes dados, foram utilizados formulários do Google Docs, um pacote de aplicativos do Google, para aplicar os questionários, utilizando as redes sociais para realização de um convite e resposta com um link para realização da pesquisa. Realizou-se a coleta de dados em janeiro de 2018 e obteve-se um total de 50 participantes. Foi utilizado a análise de conteúdo como instrumentos de interpretação de dados da pesquisa. Conclui-se que ser acompanhante de um idoso hospitalizado revela que não é apenas exercer um papel de garantir uma melhor qualidade de vida, as experiências relatadas desse processo mostram dificuldades, necessidades, preocupações, conflitos e demandas. A realização deste estudo na perspectiva do referencial teórico do envelhecimento e do processo de hospitalização no Brasil possibilitou a construção da história das experiências dos familiares acompanhantes dos idosos em situação de internamento hospitalar e a compreensão dos núcleos temáticos deles extraídos. Os achados do presente estudo poderão subsidiar, juntamente com as demais produções que fazem as mesmas convergências, para o fortalecimento do processo de envelhecimento humano.

**Palavras-chave:** acompanhante de idoso hospitalizado; envelhecimento; processo de hospitalização; família e idoso.

SANTOS, Tiago Silva. "**Just passing by to know**": the challenges faced by the companions of hospitalized elderly. 2018. 82p. Completion of the Social Work Course, Federal University of Recôncavo da Bahia - Arts and Humanities Arts Center, Cachoeira.

### **ABSTRACT**

The present work of conclusion of course, entitled "Just passing by to know": the challenges faced by the accompanying elderly hospitalized patients, aims to identify the challenges of being a companion for hospitalized elderly people in hospitals, tracing the profile of the companions, identifying the activities performed by the companions of the hospitalized elderly, to analyze the relationship of the multidisciplinary team with the companions and relatives of the elderly during the hospitalization process. This may reflect on the right of the hospitalized elderly and their accompaniment. This research is based on a bibliographical study of articles, books, magazines using databases and databases. This is an exploratory study, given the need to uncover an approach that is not present in the literature: the family's view of the hospitalization experience. The analytical descriptive character of the study is anchored in the currents of the comprehensive theories of sociological thought, which considers the subjects' actions and the social representation of their experiences. As a specific technique for collecting this data, we used Google Docs forms, a package of Google applications, to apply the questionnaires, using the social networks to make an invitation and response with a link to conduct the research. Data were collected in January 2018 and a total of 50 participants were obtained. Content analysis was used as a means of interpreting research data. It is concluded that accompanying a hospitalized elderly person reveals that it is not only a role of ensuring a better quality of life, the experiences of this process show difficulties, needs, worries, conflicts and demands. The realization of this study in the perspective of the theoretical framework of aging and the hospitalization process in Brazil made it possible to construct the history of the experiences of the accompanying relatives of the elderly in hospitalization situation and the understanding of the thematic nuclei extracted from them. The findings of the present study may support, along with the other productions that make the same convergences, to strengthen the process of human aging.

**Keywords:** companion of hospitalized elderly; aging; hospitalization process; family and the elderly.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (1991).....	23
Figura 2 - Marcos legais das legislações relacionadas à proteção social e a pessoa idosa no Brasil. ....	26
Gráfico 1 - Idade dos participantes. ....	47
Gráfico 2 - Escolaridade dos participantes. ....	48
Gráfico 3 - Grau de parentesco do participante com o idoso hospitalizado.....	49
Gráfico 4 - Função do participante no processo de hospitalização do idoso.....	50
Gráfico 5 - Divisão dos acompanhantes do idoso .....	51
Gráfico 6 - Idade do idoso hospitalizado.....	54
Gráfico 7 - Estado civil do idoso hospitalizado.....	55
Gráfico 8 - Composição domiciliar do idoso hospitalizado. ....	56
Gráfico 9 - Origem da renda do idoso hospitalizado.....	57
Gráfico 10 - Tempo de hospitalização do idoso.....	58
Gráfico 11 - Motivos da hospitalização do idoso. ....	59
Gráfico 12 - Atividades exercidas pelos acompanhantes e/ou familiares. ....	60
Gráfico 13 - Desafios internos enfrentados pelos acompanhantes. ....	61
Gráfico 14 - Desafios externos enfrentados pelos acompanhantes.....	64
Gráfico 15 - Desfecho do idoso ao processo de hospitalização .....	65

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BPC	Benefício de Prestação Continuada
CNDI	Conselho Nacional dos Direitos dos Idosos
CNDSS	Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde
CRFB	Constituição da República Federativa do Brasil
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DSS	Determinantes Sociais Da Saúde
GTENPO	Grupo de Trabalho e Pesquisa sobre Envelhecimento Populacional
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PNI	Política Nacional do idoso
PNSI	Política Nacional de Saúde do Idoso
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>2. PESSOA IDOSA BRASILEIRA: O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E AS POLITICAS SOCIAIS</b> .....	19
2.1. Envelhecimento: aspectos demográficos e de saúde .....	19
2.2. Proteção Social e ampliação dos direitos da Pessoa Idosa Brasileira. ....	25
<b>3. OS HOSPITAIS E AS FAMÍLIAS: LUGARES DE DOENTES E DE OUTROS PERSONAGENS</b> .....	33
3.1. O processo de hospitalização: trajetórias e transformações .....	33
3.2. Família: universo de afeto e sobrevivência .....	37
<b>4. OS DESAFIOS EM SER ACOMPANHANTES DE IDOSOS HOSPITALIZADOS: APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	46
4.1. Perfil dos participantes da pesquisa de campo .....	47
4.2. O perfil dos Idosos hospitalizados .....	53
4.3. O processo de hospitalização: vivência dos familiares e/ou acompanhantes. ....	57
4.4. Processo de envelhecimento sob a ótica dos familiares participantes. ....	66
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	68
<b>6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	71
APÊNDICE A – CONVITE PARA PESQUISA .....	78
APÊNDICE B – RESPOSTA APÓS ACEITAÇÃO DO CONVITE .....	79
APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS .....	80

## 1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população brasileira é reflexo do aumento da expectativa de vida, devido a avanços no campo da saúde que afetam a longevidade. O processo de envelhecimento populacional pode ser compreendido a partir de vários aspectos, podendo ocorrer de modos diferentes.

O tratamento a ser dado a questão do envelhecimento é demarcado por pelo menos três transições que se articulam numa dimensão de totalidade: as mudanças demográficas, que revelam uma inversão na pirâmide populacional com o aumento da expectativa de vida e diminuição da taxa de natalidade; as mudanças epidemiológicas, presentes na raiz da transição demográfica, relacionadas aos avanços da medicina que interferem na qualidade de vida das pessoas e impacta no aumento da idade populacional; por último, mas não menos relevante, há a uma transição de ordem econômica e social que aponta para a revisão de políticas públicas, tanto na perspectiva de garantias de direitos dessa população que cresce quanto diante das exigências postas às famílias no amparo a pessoa idosa e os novos arranjos sociais.

Segundo Dias (2007), envelhecer é um processo multifatorial e subjetivo, ou seja, cada indivíduo tem sua maneira própria de envelhecer. Portanto deve-se levar em consideração também as condições biológicas, que está intimamente relacionada com a idade cronológica, traduzindo-se por um declínio harmônico de todo conjunto orgânico.

O envelhecimento tende a ser delicado e doloroso para muitos idosos. Percebe-se que com frequência, eles se veem frente às doenças físicas e biológicas e enfrentam também o isolamento, a falta de apoio social, a dificuldade em lidar com o próprio processo de envelhecimento, com a morte de familiares e amigos, o abandono familiar, as dificuldades para sobreviver financeiramente, o que pode desencadear tanto doenças físicas quanto as psíquicas. A própria transformação social dos últimos anos, incluindo os novos arranjos familiares, o grande número de separações, o avanço tecnológico e científico e as extenuantes cargas horárias de trabalho dos membros das famílias que impactam na ausência do lar de pessoas em condições de cuidar e/ou fazer companhia aos idosos, historicamente as mulheres, são fatores que perpassam intensamente vida dos idosos e possivelmente contribuem para as diversas modificações tornando-os idosos cada vez mais

adoecidos e dependentes e que pode se agravar levando a necessidade de uma hospitalização.

O processo de hospitalização demanda cuidados e responsabilidades que causa um impacto na família pela necessidade de um familiar para acompanhar o idoso durante a internação. Algumas vezes, essa tarefa recai sobre os que trabalham ou estudam, ou sobre outro idoso. Por isso, a escolha do familiar acompanhante às vezes é difícil, e quem acaba assumindo esse papel são as filhas e noras, que se dividem entre os cuidados com o idoso hospitalizado e os afazeres domésticos ou com outros membros da família (VIEIRA, ALVAREZ, & GIRONDI, 2011). Cuidar de uma pessoa hospitalizada, sendo em um hospital público ou privado, não é uma tarefa amena, principalmente considerando as dificuldades socioeconômicas em que vive a maior parcela da população brasileira, além da características e simbologias do lugar “hospital”.

O presente Trabalho de Conclusão de Curso, intitulado **“SÓ PASSANDO PRA SABER”**: os desafios enfrentados pelos acompanhantes de idosos hospitalizados, tem como objetivo identificar os desafios de ser acompanhante de idosos hospitalizados em hospitais públicos ou privados, traçando o perfil dos acompanhantes, identificando as atividades realizadas pelos acompanhantes dos idosos hospitalizados, analisando a relação da equipe multidisciplinar com os acompanhantes e familiares dos idosos durante o processo de hospitalização. Podendo assim refletir sobre o direito do idoso hospitalizado e do seu acompanhamento.

Destacamos que esse processo de hospitalização aqui refere-se ao internamento do idoso durante algum período em um hospital, sendo ele público ou privado.

Conforme Minayo (2003) a pesquisa é, a atividade básica da ciência na sua construção da realidade. A pesquisa qualitativa trata-se de uma atividade da ciência, que visa à construção da realidade, mas que se preocupa com as ciências sociais em um nível de realidade que não pode ser quantificado, trabalhando com o universo de crenças, valores, significados e outros construtos profundos das relações que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Assim, o presente estudo é predominantemente de natureza qualitativa.

A diferença entre qualitativo-quantitativo é de natureza. Enquanto cientistas sociais que trabalham com estatística apreendem dos fenômenos apenas a região “visível, ecológica, morfológica e concreta”, a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas (MINAYO, 2003).

Esta pesquisa é fundamentada com estudo bibliográfico de artigos, livros, revistas utilizando as bases e bancos de processamentos de dados os portais como SCIELLO, LILACS, DATASUS, BVS, IBGE e entre outros, onde está sendo utilizado os descritores: idosos, idosos hospitalizados, acompanhamento de idosos.

Trata-se de um estudo de caráter exploratório, dada a necessidade de desvendar uma abordagem pouco presente na literatura: a visão da família sobre a experiência da hospitalização. O caráter descritivo analítico do estudo está ancorado nas correntes das teorias compreensivas do pensamento sociológico, que considera a ação dos sujeitos e a representação social de suas vivências entendendo que “os agentes sociais dão significados a seus ambientes, relações e eventos de forma extremamente variada” (MINAYO, 2006, p. 99). Assim a relação entre envelhecimento, famílias e cuidados hospitalares é buscada a partir das representações dos agentes sociais denominados aqui como familiares.

Como técnica específica para coletar estes dados, foram utilizados formulários do Google Docs, um pacote de aplicativos do Google, para aplicar os questionários, utilizando as redes sociais para realização de um convite com a pergunta: “Você já vivenciou o processo de hospitalização de um idoso, entre os seus familiares mais próximos?” (ANEXO 01). Onde apenas as repostas positivas receberam um link para participar da pesquisa e após responderem todas as perguntas, enviaram suas respostas online. (ANEXO 02).

O interesse pela temática da pesquisa surgiu com a inserção no Grupo de Trabalho e Pesquisa sobre Envelhecimento Populacional – GTENPO, coordenado pela Prof<sup>a</sup> Ms. Marcela Mary José da Silva no Centro de Artes Humanidades e Letras – CAHL/UFRB o qual possui uma trajetória de pesquisa e intervenções no campo do envelhecimento, tendo como ações: atendimento às demandas dos grupos que atuam com idosos na região; articulação das políticas públicas locais; formação em conceitos básicos em gerontologia com os públicos que já atendem idosos na região; encontros da Terceira Idade congregando os grupos locais;

realização de pesquisas que visibilizem a riqueza cultural dos velhos do recôncavo. O referido grupo atua frente ao perfil de envelhecimento de Cachoeira e região.

Durante o processo de graduação em Serviço Social, sempre houve interesse por parte do pesquisador sobre a temática do idoso e envelhecimento. Com a inserção no campo de estágio, o qual foi realizado no setor do Serviço Social do Hospital Regional de Santo Antonio de Jesus – HRSAJ inicia-se o processo relacional entre o campo profissional (estágio) com a pesquisa acerca dos trabalhos já desenvolvidos sobre temáticas de saúde e envelhecimento. Além disto, contribuições de disciplinas como Serviço Social e Família e realizações de projetos de intervenções em outras disciplinas, consolidaram de forma significativa o recorte do presente trabalho de conclusão de curso.

Este trabalho está estruturado em três capítulos. O primeiro tem como objetivo contextualizar a questão do envelhecimento na contemporaneidade, buscando trazer os conceitos atribuídos ao envelhecimento apresentando as transformações demográficas, epidemiológicas e societárias ocorridas no Brasil. Traçar o campo da proteção social e a ampliação dos direitos da pessoa idosa brasileira. O segundo capítulo objetiva apresentar considerações relacionadas ao surgimento do hospital e o processo de hospitalização, trazendo assim um relato histórico, analisando e compreendendo as transformações ocorridas na trajetória do estabelecimento hospitalar. Faz-se presente nesta sessão algumas reflexões acerca da família e cuidado, alguns conceitos de família defendidos por renomados autores que nos alicerçaram. O terceiro e ultimo capítulo, em função dos objetivos deste trabalho, destina-se a apresentação e discussão dos resultados da pesquisa de campo realizada com pessoas que vivenciaram o processo de hospitalização de um familiar idoso.

Os aspectos éticos foram resguardados em todo o percurso da pesquisa. Não houve a identificação dos participantes. Ao aceitar participar os mesmos, foram submetidos a um link do formulário na plataforma Google Docs de forma sigilosa. Ao analisar e utilizar falas dos respondentes utilizou-se a palavra PARTICIPANTE para referencia-los de acordo com ordem das respostas recebidas.

Entende-se que por ter utilizado as redes sociais do próprio participante e de seus amigos que se disponibilizaram a compartilhar, a pesquisa limita-se em grau de escolaridade, acesso a internet e redes sociais.

O presente trabalho possibilita realizar uma reflexão acerca do processo de envelhecimento, as diversas formas de proteção social ao segmento idoso e como estão sendo amparados atualmente e o processo de hospitalização de um idoso e a inserção de um acompanhante como um direito. Refletindo também as diversas configurações de famílias na contemporaneidade.

Conforme evidenciado por alguns estudos a do processo de envelhecimento tem chamado cada vez mais a atenção dos profissionais de diferentes áreas de investigação científicas, bem como da própria sociedade. Pode-se dizer que nas últimas décadas, temos assistido a um aumento significativo do número da população idosa mundial. Porém percebe-se que há pouco conhecimento das demandas das necessidades de saúde dos idosos. A população idosa tem estado cada vez mais presente nos hospitais, sendo essas hospitalizações geralmente mais demoradas que as demais. Daí percebe-se a necessidade de trabalhar com as especificidades dessa população, tentando promover a garantia de seus direitos. Nesse sentido, percebe-se a importância da temática, tendo em vista que a atenção à pessoa idosa caracteriza-se como uma das políticas públicas fundamentais do Estado brasileiro.

Embora a legislação brasileira relativa aos cuidados da população idosa seja bastante explícita, a sua viabilidade prática ainda é muito insatisfatória. A necessidade da presença do acompanhante é reforçada por vários estudos, ao considerarem que o idoso é dependente dos seus familiares e que a hospitalização o distancia do convívio familiar. A presença de um membro da família no hospital é muito importante, não só para acompanhar o idoso, mas também para a sua recuperação durante a internação hospitalar e a garantia de direitos.

## **2. PESSOA IDOSA BRASILEIRA: O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E AS POLITICAS SOCIAIS.**

Este capítulo objetiva contextualizar a questão do envelhecimento na contemporaneidade. Para tanto, buscamos trazer os conceitos atribuídos ao envelhecimento apresentando as transformações demográficas, epidemiológicas e societárias ocorridas no Brasil demonstrando o processo de envelhecimento, traçando o campo da proteção social e a ampliação dos direitos da pessoa idosa brasileira.

### **2.1. Envelhecimento: aspectos demográficos e de saúde**

O envelhecimento é um fenômeno que atinge todos os seres humanos, independentemente, caracterizado como um processo dinâmico, progressivo e irreversível, ligados intimamente a fatores biológicos, psíquicos e sociais (BRITO e LITVOC, 2004).

Após nascer, o ser humano se desenvolve passando pela infância, puberdade, posteriormente a maturidade e a velhice. Aparentemente essa divisão demonstra ser simples, mas cada uma dessas fases carregam um conjunto de peculiaridades que as tornam singulares de per si, mas compõem a totalidade do curso da vida humana. O envelhecimento é um processo que ocorre durante a vida do ser humano. Inicia-se com o nascimento e termina com a morte<sup>1</sup>.

O envelhecer é definido quando se alcança certa idade, que varia muito de acordo com cada cultura. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define que a partir de 65 anos em países desenvolvidos e a partir de 60 anos nos países ainda em desenvolvimento, como é o caso do Brasil. As transformações demográficas ocorridas na sociedade brasileira se deram, entre outros fatores, pela redução da natalidade e o aumento da expectativa de vida.

De acordo com Neri (2001), “o envelhecimento populacional reflete a combinação de três fenômenos: redução da natalidade, redução da mortalidade e aumento da expectativa de vida na velhice”. Os avanços da medicina e as melhorias nas condições gerais de vida da população elevaram a média de vida do brasileiro.

---

<sup>1</sup> O homem, por ser diferenciado dos demais seres vivos, talvez seja o único a ter pleno conhecimento da sua morte.

As pessoas estão vivendo mais, conseqüentemente, os idosos tendem a compor uma porcentagem cada vez maior da população.

Camarano e Kanso (2009) afirmam que, sob o ponto de vista demográfico, o envelhecimento populacional é o resultado da manutenção - por um período de tempo razoavelmente longo - de taxas de crescimento da população idosa superiores às da população mais jovem. Ou seja, os baixos índices de fecundidade, somados à queda da mortalidade, levam o Brasil a igualar as faixas etárias de sua população.

O gráfico a seguir retrata a uma projeção do aumento da população mundial no período de 2010 até 2050 segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). De acordo com Magalhães (2016) possivelmente pode-se observar um “estreitamento da base da pirâmide e o alargamento do topo, isto é, a redução da população jovem e o aumento da população idosa, caracterizando o envelhecimento populacional” (p.15).

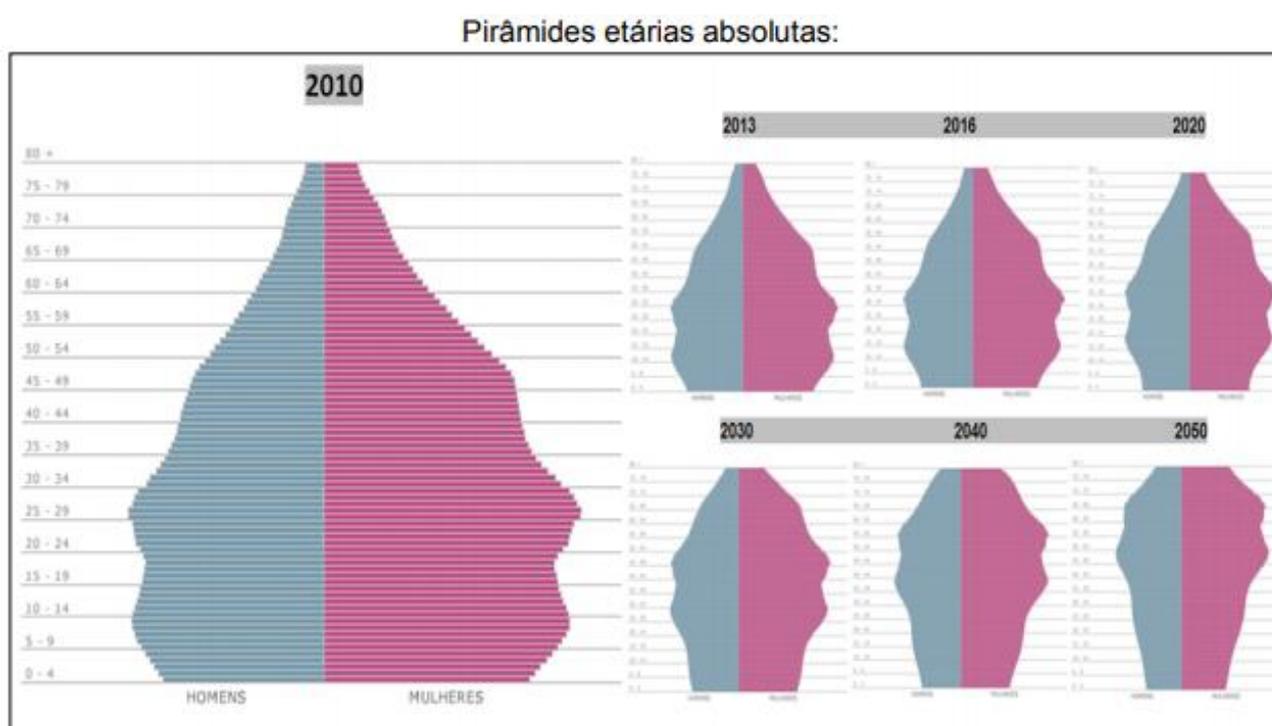


Figura 1 - Pirâmides etárias absolutas.  
Fonte: IBGE apud Magalhães, 2016.

Ainda conforme as conclusões de Magalhães (2016), para o Brasil “as projeções indicam que, em 2050, a população idosa será um montante equivalente à população infantil de 0 a 14 anos de idade” (p.16). Tais mudanças, são

consequências de diversas transformações, seja de ordem social, política, econômica, enfim. Segundo Minayo (2000) esses fatores pode ser,

(...) o controle de muitas doenças infecto-contagiosas e potencialmente fatais, sobretudo a partir da descoberta dos antibióticos, dos imunobiológicos e das políticas de vacinação em massa; diminuição das taxas de fecundidade; queda da mortalidade infantil, graças à ampliação de redes de abastecimento de água e esgoto e da cobertura da atenção básica à saúde; acelerada urbanização e mudanças nos processos produtivos, de organização do trabalho e da vida.

No Brasil, o número de idosos, com idade igual ou superior a 60 anos, passou de 03 milhões em 1960, para 07 milhões em 1975 e 14 milhões em 2002, um aumento de 600% em cinquenta anos, e estima-se que em 2020 esse quantitativo alcançará 32 milhões (LIMA-COSTA & VERAS, 2003). Segundo as projeções estatísticas da OMS, essas modificações nos colocará em termos absolutos como a sexta população de idosos do mundo.

O grupo de pessoas idosas brasileiras é, atualmente, um contingente populacional expressivo em termos absolutos e de crescente importância relativa no conjunto da sociedade brasileira, daí decorrendo uma série de novas exigências e demandas em termos de políticas públicas de saúde e inserção ativa dos idosos na vida social (IBGE, 2010). Este processo, denominado de envelhecimento populacional, vem sendo informado à sociedade, com base em pesquisas e estudos populacionais do IBGE, por meio de indicadores sociais e demográficos, ferramentas necessárias para entender a dinâmica da sociedade em um determinado período de tempo (CARVALHO, 2003; ALVES, 1994).

O envelhecimento não é um processo homogêneo e é determinado por um somatório de fatores que conforme Diogo, Neri e Cachioni (2006, p.45) podem ser classificados como:

Biológico: ocorre durante toda a vida, com mudanças do indivíduo e do organismo do mesmo, porém tem alguns órgãos que envelhecem mais rápido que outros.

Social: ocorre de forma diferenciada em cada ser humano, pois depende da cultura e da capacidade de reprodução de cada um.

Intelectual: percebem-se quando ocorrem falhas de memória, dificuldade de atenção e de concentração, dificultando os novos aprendizados.

Funcional: ocorre quando há dependência de outras pessoas para as necessidades básicas.

A saúde é impactada no decorrer da vida pelas características do contexto social, que conseqüentemente geram desigualdades nas exposições e vulnerabilidades. Atualmente, existe um forte movimento de impulsionar as políticas de saúdes que discorrem os Determinantes Sociais Da Saúde (DSS).

Criada no Brasil em 13 de março de 2006, por meio de um decreto presidencial, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), formada por um grupo interdisciplinar de atores sociais, possui o intuito de promover, em âmbito nacional, uma tomada de consciência sobre sua importância para a saúde de indivíduos e populações e sobre a necessidade do combate às iniquidades por eles geradas (CNDSS, 2008).

Com vistas à delimitação dos fatores condicionantes da saúde, o debate atual sobre os DSS se desenvolve, primordialmente, a partir das concepções compiladas por Buss e Pelegrini Filho (2007):

Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. A comissão homônima da Organização Mundial de Saúde (OMS) adota uma definição mais curta, segundo a qual os DSS são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham. Nancy Krieger (2001) introduz um elemento de intervenção, ao defini-los como os fatores e mecanismos através dos quais as condições sociais afetam a saúde e que potencialmente podem ser alterados através de ações baseadas em informação. Tarlov (1996) propõe, finalmente, uma definição bastante sintética, ao entendê-los como as características sociais dentro das quais a vida transcorre. (p.78).

A compreensão da saúde como um fenômeno social resulta de um longo processo histórico. Os determinantes sociais da Saúde abrangem as características específicas do contexto social que influem na saúde e o modo como as condições sociais afetam a saúde (KRIEGER, 2001). Para compreender os DSS, deve-se ter a noção das condições gerais socioeconômicas, culturais e ambientais de uma sociedade, e relacionam-se com as condições de vida e trabalho de seus membros, como habitação, saneamento, ambiente de trabalho, serviços de saúde e educação, incluindo também as redes sociais e comunitárias (CNDSS, 2008).

A aceleração no conhecimento sobre os DSS permitiu a criação de diversos modelos que procuram esquematizar o cenário entre as desigualdades e iniquidades sociais e os resultados na saúde. Entre estes modelos, a CNDSS adotou o de Dahlgren e Whitehead (1991), por sua simplicidade, fácil compreensão e clara visualização gráfica dos diversos DSS. O qual pode ser resumido conforme a figura a seguir:



Figura 2 - Modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (1991)  
Fonte: CNDSS, 2008, p.14

Em um esquema explicativo, o modelo proposto por Dahlgren e Whitehead (1991) permite visualizar as relações hierárquicas entres os diversos determinantes da saúde, inclui os DSS em diferentes camadas, desde uma camada mais próxima dos determinantes individuais até uma camada distal, onde se situam os macrodeterminantes.

Como se pode ver na figura 1, os indivíduos estão na base do modelo, com suas características individuais de idade, sexo e fatores genéticos que, evidentemente, exercem influência sobre seu potencial e suas condições de saúde. Na camada imediatamente externa aparecem o comportamento e os estilos de vida individuais. Esta camada está situada no limiar entre os fatores individuais e os DSS, já que os comportamentos, muitas vezes entendidos apenas como de responsabilidade individual, dependentes de opções feitas

pelo livre arbítrio das pessoas, na realidade podem também ser considerados parte dos DSS, já que essas opções estão fortemente condicionadas por determinantes sociais - como informações, propaganda, pressão dos pares, possibilidades de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer etc.

A camada seguinte destaca a influência das redes comunitárias e de apoio, cuja maior ou menor riqueza expressa o nível de coesão social que, como vimos, é de fundamental importância para a saúde da sociedade como um todo. No próximo nível estão representados os fatores relacionados a condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde e educação, indicando que as pessoas em desvantagem social correm um risco diferenciado, criado por condições habitacionais mais humildes, exposição a condições mais perigosas ou estressantes de trabalho e acesso menor aos serviços. Finalmente, no último nível estão situados os macrodeterminantes relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade e que possuem grande influência sobre as demais camadas. (BUSS & PELLEGRINI FILHO, 2007, p.83-84)

Considera-se fundamental a discussão sobre os determinantes sociais da saúde conforme propõe a CNDSS (2008). O modelo de Dahlgren e Whitehead destaca a importância dos fatores não-clínicos sobre a situação da saúde dos indivíduos e das populações. Permite assim, identificar pontos para intervenções de políticas, no sentido de minimizar os diferenciais de DSS originados pela posição social dos indivíduos e grupos.

Conforme Brêtas (2003, p. 298):

O envelhecimento é um processo complexo, pluridimensional, revestido por aquisições individuais e coletivas, fenômenos inseparáveis e simultâneos. Por mais que o ato de envelhecer seja individual, o ser humano vive na esfera coletiva e como tal, sofre as influências da sociedade. A vida não é só biológica, ela é social e culturalmente construída, portanto pode-se dizer que os estágios da vida apresentam diferentes significados e duração.

O processo de envelhecimento humano provoca no organismo intensas modificações tanto do ponto de vista biológico, quanto do psicológico as quais afetam e são afetadas pela vida e lugar social dos indivíduos. Desse modo, o processo de envelhecimento pode ser compreendido a partir de vários aspectos, podendo ocorrer de modos diferentes.

## 2.2. Proteção Social e ampliação dos direitos da Pessoa Idosa Brasileira.

O envelhecimento populacional é uma realidade crescente em todo o mundo e na América latina é celebrado como uma das maiores conquistas da humanidade. (SILVA e YAZBEK, 2014).

O envelhecimento é um direito personalíssimo<sup>2</sup> e a sua proteção um direito social, cabe ao Estado garantir à pessoa idosa a proteção a vida e a saúde. Nos últimos trinta anos, para atender tais expectativas, novos instrumentos legais passam a se estruturar no país na perspectiva de garantia de proteção social e ampliação dos direitos da pessoa idosa no Brasil.

Segundo Paiva (2006), há um gigantesco grupo de brasileiros que não tem acesso aos benefícios ou à proteção social e que demanda por um atendimento que seja não contributivo e incondicional para todos a quem dela necessitar.

Entende-se assim, por proteção social as formas “institucionalizadas que as sociedades constituem para proteger parte ou o conjunto de seus membros, tais sistemas decorrem de certas vicissitudes da vida natural ou social, tais como a velhice, a doença. [...]” (PNAS, 2004 p.25).

De acordo com Sposati (2013):

A proteção social, política pública de forte calibre humano, carrega marca genética que a torna um tanto distinta de outras políticas sociais. Seu campo de ação não se refere, propriamente, à provisão de condições de reprodução social para a restauração da força viva de trabalho humano. As atenções que produz constituem respostas a necessidades de dependência, fragilidade, vitimização de demanda universal, porque próprias da condição humana. Porém, o modo pelo qual essa demanda é reconhecida e incorporada, as respostas que obtém, no âmbito público ou privado, decorrem de valores, mais, ou menos, igualitários da sociedade para com seus cidadãos.

---

<sup>2</sup> Venosa (2007) afirma que “(...) direitos da personalidade ou personalíssimos relacionam-se com o Direito Natural, constituindo o mínimo necessário do conteúdo da própria personalidade”. Segundo Diniz “Os direitos da personalidade, se referem ao conjunto de direitos que surgem para a pessoa como decorrência de sua simples existência, tais como honra, privacidade, imagem, liberdade etc. É a aptidão para ser sujeito de direitos.”



Figura 3 - Marcos legais das legislações relacionadas à proteção social e a pessoa idosa no Brasil.

Fonte: Construção própria deste estudo.

No Brasil, a constituição de um sistema de proteção social envolveu dois grandes marcos históricos: o primeiro período pós 1930 pode ser considerado como a fase inicial da formação do sistema com o reconhecimento de direitos sociais, tanto na área trabalhista quanto previdenciária. O segundo marco situa-se pós Constituição de 1988, quando se amplia o padrão de proteção social com a incorporação da perspectiva da seguridade social. (SILVA e YAZBEK, 2014).

O Estado, por meio de articulações de suas variadas políticas públicas, é o responsável por responder pela proteção social, particularmente na política da assistência social, que dispõe de programas e serviços de proteção social básica ou especial atendendo às pessoas ou grupos que se encontrem mais vulneráveis. No entanto, a proteção social não tem se organizado em uma tarefa de fácil resolução. Baseando-se nos relatos históricos, as políticas públicas organizadas setorialmente, do ponto de vista de seu alcance social, demonstraram-se insuficientes em relação à atenção aos indivíduos e grupos socialmente vulneráveis. (GONÇALVES e GUARÁ, 2010)

A proteção social não está circunscrita apenas ao âmbito do Estado e apresenta-se originariamente nas relações da família e comunidade. Não obstante, o Estado tem entre suas responsabilidades fundamentais a de oferecer políticas sociais que garantam a proteção social como direito e deve fazê-lo em conjunto com a sociedade promovendo ações que focalizam as pessoas, as famílias e os grupos sociais que se encontram em situação de vulnerabilidade social. Essa vulnerabilidade pode ser decorrente da insuficiência ou ausência de renda, desemprego, trabalhos informais, doenças etc., dificuldades de acesso aos serviços das diferentes políticas públicas, ruptura ou fragilização dos vínculos de

pertencimento aos grupos sociais e familiares (GONÇALVES e GUARÁ, 2010 p.15).

Com a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil - CRFB de 1988 introduziu-se o conceito de seguridade social, fazendo com que a rede de proteção social saísse do contexto estritamente social-trabalhista e assistencialista e passasse a adquirir uma conotação de direito de cidadania. É um marco histórico no estabelecimento de prerrogativas relacionadas aos direitos, a partir desse momento, o idoso é reconhecido através da Constituição como um ser de direitos que dispõe nos artigos 229 e 230 que:

Art. 229. Os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade.

Art. 230. A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida.

§ 1º Os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares.

§ 2º Aos maiores de sessenta e cinco anos é garantida a gratuidade dos transportes coletivos urbanos.

Esta representa um marco na história da justiça social e da evolução política de reconhecimento dos direitos sociais do país. No entanto, não definem políticas de acordo com as especificidades da velhice e as principais medidas só se tornaram efetivas a partir da década de 1990.

Em 1994 reconhecendo a necessidade de intervenção do estado de modo a criar condições para assegurar a longevidade com qualidade de vida, surgiu a Política Nacional do idoso (PNI), regulamentada pelo Decreto nº 1.948, de 03 de julho de 1996, como um instrumento específico de proteção à pessoa idosa no País.

Através de instituições governamentais, organismos da sociedade civil e movimentos sociais, outras conquistas foram obtidas, como: a criação do Conselho Nacional dos Direitos dos Idosos (CNDI), 2002; Com a sanção da Lei nº 10.741, foi instituído em 2003 o Estatuto do Idoso como forma de instrumentalizar a proteção garantida pela Carta Magna, regulando os direitos da pessoa idosa.

A PNI, Lei n. 8.842, de 04 de janeiro, traz no seu artigo 1º como objetivo a necessidade de se “assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para

prover a sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade” (BRASIL, 2010), tendo a família, a sociedade e o Estado iguais responsabilidades na provisão de condições que permita a esse segmento social o exercício pleno de sua cidadania. Antes da promulgação da PNI, em 1993 a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), Lei, n. 8.742, de 07 de dezembro, já reconhecia a pessoa idosa como um dos seus segmentos de atenção prioritária. A LOAS estabelece no artigo 2º, que a assistência social tem entre os seus objetivos: “a garantia de um benefício mensal de um salário mínimo à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família” (BRASIL, 2010), realidade concretizada com o Benefício de Prestação Continuada (BPC).

Foi estabelecida em 1999, a Política Nacional de Saúde do Idoso - PNSI, mediante Portaria n. 1.395/1999 e regulamentada pela Portaria n. 2.528 de outubro de 2006 que a renomeou como Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSPI.

A finalidade primordial da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. É alvo desta política todo brasileiro com 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2006).

Esta Portaria, além de ser uma revisão da Portaria nº 1.395 e carregar a herança do histórico das regulamentações anteriores, representa um avanço na medida em que atualiza as diretrizes propostas em outras portarias, e faz um esclarecimento aos gestores do Sistema Único de Saúde - SUS em relação às prioridades para a melhoria da qualidade da atenção à saúde da população idosa. Concebendo uma oportunidade para reafirmar o princípio do SUS da integralidade (TELLES, 2007).

Para compreender ao que se propõe a PNSPI faz-se necessário conhecer as políticas e diretrizes que nela atravessam-se, com a finalidade de proporcionar ao idoso atendimento direcionado às suas questões.

A PNSPI articula-se a partir dos princípios do SUS, e surgiu como desdobramento da Lei Orgânica de Saúde, aprovada em 1990, Lei n. 8080/1990 que assegurou o direito universal e integral à saúde e pela Lei nº 8.142/1990, que refere

sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e transferências intergovernamentais de recursos financeiros.

As diretrizes da PNSPI relacionadas à promoção da saúde do idoso estão estabelecidas da seguinte maneira:

Promoção do envelhecimento ativo e saudável; Ação integral, integrada à saúde da população idosa; A implantação de serviços de atenção domiciliar; O acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitado o critério de risco; Estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à pessoa idosa; Estímulo à participação e fortalecimento do controle social; Formação e educação permanente dos profissionais de saúde; Divulgação e informação para os profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; Apoio ao desenvolvimento de estudo e pesquisa (BRASIL, 2006).

Um dos grandes diferenciais da PNSPI é a orientação dos serviços públicos de saúde em identificar o nível de dependência do idoso, conferindo acompanhamento diferenciado para cada situação, garantindo-lhe o atendimento através do SUS (BRASIL, 2006). Assim, a PNSPI é uma evolução na integralidade das políticas setoriais e preconiza uma gestão em rede intersetorial incorporada na garantia da efetivação dos direitos da pessoa idosa. Essa efetivação pode ser realizada na atenção básica à saúde por intermédio das unidades de estratégias da saúde da família - que surgiram para “reorganizar a base do SUS, descentralizando o modelo centrado no profissional médico, curativista e hospitalocêntrico” e inserindo os diversos profissionais de saúde com vistas a “realizar o acolhimento, a referência e a contrarreferência e com resolutividade dos problemas de saúde em âmbito coletivo, com o objetivo de promover a saúde da população.” (COSTA, 2009; WESTPHAL, 2009). Em face da relevância da Intersetorialidade das ações em saúde, Melo et al. (2009) descreve as ações coletivas como “estratégias eficazes para a melhoria da qualidade de vida da população, justamente quando essas se abalizam na intersetorialidade, na transdisciplinaridade e no desenvolvimento de autonomia dos sujeitos”, inclusive dos idosos.

Barletta (2014) destaca que não são poucos os direitos dos idosos, mas que sua concretização é algo ainda escasso. Entretanto, destaca-se que:

Por conta de o idoso estar mais exposto às agressões tanto biológicas, provocadas pelo tempo, quanto às de índole social que necessita enfrentar; pelo fato de as alterações biológicas sofridas desencadearem doenças físicas, psíquicas e neurológicas com mais facilidade e em maior pujança que na juventude, é imperioso que o direito à saúde na terceira idade seja concedido em ordem de prioridade, para salvaguarda do princípio constitucional da dignidade humana do qual emana o princípio do melhor interesse do idoso nas contingências especialíssimas da velhice.

Então, com o propósito de reorganizar a política de saúde para o idoso, foi concebida no Pacto pela Saúde<sup>3</sup> – Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006 – a saúde do idoso como objetivo do Pacto pela Vida. O documento faz referência aos aspectos prioritários que foram ocasionados após análise situacional da saúde e tem como uma de suas seis prioridades a saúde do idoso, tendo como seu objetivo a implantação da PNSPI e a lógica da atenção integral que deve ser disponibilizada para este público (BRASIL, 2006).

Como desdobramento e objetivo dos diversos documentos atravessados durante o período, a Portaria nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999 foi revogada, para entrar em vigor a Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. A nova Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa propõe que “a atenção à saúde do idoso seja realizada de forma adequada e digna, principalmente ao sujeito que teve em seu processo de envelhecimento agravos por doenças e limitações do seu bem-estar” (BRASIL, 2006).

Tão quão importante outra garantia foi concretizada com a criação, no Brasil em 2003, do Estatuto do Idoso, Lei n. 10.741, de 01 de outubro, que tem com objetivo de regular os direitos assegurados às pessoas idosas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos. O referido Estatuto prevê:

Artigo 2º que o idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta lei, assegurando-se-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para a preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social em condições de liberdade e dignidade. Artigo 3º. É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao

---

<sup>3</sup> “Um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2006).

esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2010).

Conforme a Política Nacional de Assistência Social – PNAS (2004) é necessário levar em consideração três vertentes de proteção social, quando se pensar na construção de uma política como pública e de direitos, sendo elas: as pessoas, as circunstâncias e dentre elas seu núcleo de apoio à família. A proteção social requer a capacidade de maior aproximação viável do cotidiano da vida das pessoas, pois é nele que riscos e vulnerabilidades se constituem.

Os marcos legais composto pelas legislações LOAS, PNI, PNSPI e Estatuto do Idoso, vem unir-se em 2004 a PNAS, em que ambas diretrizes passam a figurar-se a proteção social básica e proteção social especial, destinadas aos segmentos sociais prioritários entre os quais se inclui a pessoa idosa.

As ações caracterizadas por esses dois níveis de proteção são regulamentadas pelo Sistema Único de Assistência Social - SUAS, com atribuições e competências definidas em cada ente federativo e sob a supervisão geral do Ministério do Desenvolvimento Social (MDS). A PNAS vem concretizar o disposto no texto constitucional em relação a área da assistência social, política que integra junto a saúde e a previdência social o famoso tripé da seguridade social brasileira (SILVA e YAZBEK, 2014).

As três áreas que compõem as políticas de seguridade social se encontram permeadas pelas necessidades dos idosos enquanto sujeito social que transita pelas três políticas sociais conformando direitos. Na área da saúde lhes é assegurado a prevalência do atendimento fundamentado no princípio do direito universal; na assistência social é assegurada a proteção social básica e especial através de ações que tem por objetivo assegurar a provisão de suas condições de vida e garantir a sua defesa em situações de violação de direitos; na área da previdência social lhes é assegurado o benefício social diante de uma jornada laboral completada (SILVA, 2012, p.8).

Conforme a Constituição Brasileira essas três áreas que compõem as políticas de seguridade social: Saúde (artigos 196 a 200); Previdência Social (artigos 201 e 202) e Assistência Social (artigos 203 e 204), fornecem o reconhecimento de direito de cidadania e priorizam como público alvo os segmentos mais importantes da sociedade, as crianças e os adolescentes, idosos e deficientes, que não se auto-sustentam.

Diante de um legado em que os setores que compõem a Seguridade Social apresentam trajetórias e memórias técnicas diferentes, o desafio atual é criar formas e mecanismos inovadores que favoreçam a reconstrução do sistema de Seguridade Social, buscando resgatar o sentido de integração e transversalidade presente na ideia de sistemas e redes de proteção social.

Desta forma, as políticas públicas direcionadas aos idosos precisam primar não só pela doença, mas também pela prevenção e promoção em saúde, na busca da construção de possibilidades cotidianas, que potencializem o sujeito e proporcionem aos idosos diferentes percursos.

### 3. OS HOSPITAIS E AS FAMÍLIAS: LUGARES DE DOENTES E DE OUTROS PERSONAGENS

Este capítulo destina-se a apresentação de considerações relacionadas ao surgimento do hospital e o processo de hospitalização, trazendo assim um relato histórico analisando e compreendendo as transformações ocorridas na trajetória do estabelecimento hospitalar, o qual transformou-se de locais destinados ao abrigo e atendimento essencialmente espiritual de pobres e velhos a instituições de cura, formação e transmissão de saber. Faz-se presente algumas reflexões acerca da família e cuidado, alguns conceitos de família defendidos por renomados autores que nos alicerçaram, traduzindo a família como uma instituição historicamente condicionada, dialeticamente articulada com a sociedade, que tem como tarefas primordiais o cuidado, a proteção e a garantia aos seus membros, independentemente do arranjo familiar ou da forma como esteja estruturada.

#### 3.1. O processo de hospitalização: trajetórias e transformações

A palavra hospital vem do latim “hospes”, que significa hóspede, dando origem a “hospitalis” e a “hospitium” que designavam o lugar onde se hospedavam na Antiguidade, além de enfermos, viajantes e peregrinos. O hospital segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1977, p.9):

(...) é parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médica integral, curativa e preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento, inclusive o domiciliar, constituindo-se também em centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisas em saúde, bem como de encaminhamento de pacientes, cabendo-lhe supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculados tecnicamente.

Contudo há uma historicidade que refere o surgimento do hospital como um lugar de isolamento e que com o decorrer de anos adquire-se novos contornos e missões. Na Idade Média, os tratamentos médicos eram realizados nas próprias residências dos doentes. Para os ricos não existiria local melhor para permanecer nesta etapa da vida, sendo cuidado pela sua própria família e empregados. Quando

a situação se complicava se procurava um local apenas para morrer, os doentes pobres pediam abrigo para os monges católicos, em seus mosteiros (SILVA, 2010).

Os hospitais preservaram, durante a Idade Média, suas características de estabelecimentos de assistência aos pobres, como também de separação e exclusão. Nesse momento não se associa ao hospital, a função de cura, e nem mesmo a força de trabalho se faz presente de forma expressiva.

O personagem ideal do hospital, até o século XVIII, não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo. E alguém que deve ser assistido material e espiritualmente, alguém a quem se deve dar os últimos cuidados e o último sacramento. Esta é a função essencial do hospital. Dizia-se correntemente, nesta época, que o hospital era um morredouro, um lugar onde morrer. E o pessoal hospitalar não era fundamentalmente destinado a realizar a cura do doente, mas a conseguir sua própria salvação. Era um pessoal caritativo – religioso ou leigo – que estava no hospital para fazer uma obra de caridade que lhe assegurasse a salvação eterna. Assegurava-se, portanto, a salvação da alma do pobre no momento da morte e a salvação do pessoal hospitalar que cuidava dos pobres. Função de transição entre a vida e a morte, de salvação espiritual mais do que material, aliada à função de separação dos indivíduos perigosos para a saúde geral da população. (FOUCAULT, 1981 p.101-102).

Gonçalves (1983) retrata que outrora os primeiros hospitais conhecidos tinham apenas a função social: a de dar abrigo aos doentes que não tinham família ou cujas famílias não podiam deles cuidar. Essa característica está relacionada ao fato de que os conhecimentos da medicina ocidental eram limitados e as possibilidades terapêuticas eram mínimas para a maioria das doenças.

A partir do século XVIII, o século das luzes<sup>4</sup> e a revolução industrial<sup>5</sup>, têm-se uma nova visão do homem e da natureza. Esses movimentos ampliaram muito os conhecimentos da época, contribuindo para melhorar as condições sanitárias que

---

<sup>4</sup> Ou também conhecido como Iluminismo, representou, como afirma Marcondes (2007) um grande marco no contexto político e social da época, como um todo, mas também foi adquirindo características próprias de acordo com o país e com a época em que se manifestava. O século das luzes não se resumiu em uma única doutrina filosófica ou teórica, mas, na realidade, consistiu em um agrupamento de ideias e valores compartilhados por diferentes correntes com formas de expressão distintas nas ciências, nas letras e nas artes.

<sup>5</sup> A Revolução Industrial é um grande marco na história da humanidade, seus desdobramentos afetaram todo mundo. Foi um acontecimento extremamente importante para a humanidade, pois mudou o processo produtivo, ou seja, os produtos deixaram de ser manufaturados e passaram a ser maquinados, o permitiu uma produção em massa, permitindo assim colocar mais e mais produtos no mercado e a preços muito mais atrativos. Com isso a população ganhou ao longo do tempo maior poder de compra e melhoria na sua qualidade de vida.

foram intensificadas ao longo do século XIX. É no século XVIII, por volta de 1780, quando a doença passa a ser reconhecida como fato patológico, que o hospital se torna um instrumento destinado a curar (FOUCAULT, 1989). Nas palavras do próprio autor:

O hospital como instrumento terapêutico é uma invenção relativamente nova, que data do final do século XVIII. A consciência de que o hospital pode e deve ser um instrumento destinado a curar aparece claramente em torno de 1780 e é assinalada por uma nova prática: a visita e a observação sistemática e comparada dos hospitais (p.99).

Somente ao final do século XVIII o hospital transforma-se em um instrumento destinado a curar. Esta transformação é correlacionada pela realização de visitas com a observação sistemática e comparada dos hospitais. Já nesta época os hospitais são considerados “um objeto complexo de que se conhece mal os efeitos e as consequências, que age sobre as doença e é capaz de agravá-las, multiplicá-las ou atenuá-las” (FOUCAULT, 1996, p.100). O surgimento desses hospitais, conforme expõe Foucault (1984) significa “o começo de uma transição com a instituição hospitalar anterior onde o espaço, as rotinas, vão forjar-se em outro sentido – o domínio do corpo e da cura dos sujeitos, inaugurando um certo rompimento com o hospital exclusão.” Renova-se então a função do hospital: de estabelecimento de abrigo e cuidado torna-se, então, estabelecimento disciplinador.

No Brasil, o surgimento dos hospitais ocorre no período colonial com a ação catequizadora dos jesuítas, que instalaram os hospitais de modelo europeu, caracterizados como instituições religiosas de cuidados aos doentes. Naquela época, o hospital era um local para abrigar pobres e isolar da população as pessoas com doenças contagiosas. As atividades dos hospitais eram realizadas por pessoas interessadas em praticar boas ações, de cunho caritativo e religioso. Com o tempo, a função do hospital deixou de ter característica religiosa e passou a ser pública, atendendo também às pessoas que não tinham condições financeiras de serem tratadas por médicos, em suas casas (CASTELAR, 1995).

Segundo Campos (1995), a OMS classifica o hospital como parte integrante de um sistema coordenado de saúde, cuja função é dispensar à comunidade completa assistência médica, preventiva ou curativa, incluindo serviços extensivos à

família em seu domicílio e ainda funcionando como centro de formação dos que trabalham no campo da saúde, no desenvolvimento de pesquisas biopsicossociais.

Quando um indivíduo está hospitalizado, existe uma interrupção do seu ambiente habitual, alterando seus costumes, hábitos e sua capacidade de autorrealização e de cuidado pessoal (LÓPEZ, 1998). Frequentemente os pacientes são submetidos às condutas terapêuticas, tais como visitas, exames médicos, uso de medicamentos, rotinas rígidas de horários de alimentação, repouso e impossibilidade de locomoção (BARROS, 2009).

O adoecimento e a hospitalização provocam experiências emocionais intensas e complexas. A doença faz surgir um novo contexto, que exige a mobilização de recursos internos para a adaptação necessária à situação imposta pelo adoecer. Novas relações se estabelecem, e a equipe multiprofissional, o hospital passam a fazer parte desse novo contexto (LIMA, 2004; CAMPOS, 1995).

O processo de hospitalização é visto, portanto, como uma interrupção da produtividade do indivíduo. Esse processo é vivido, por vezes, como vergonhoso e limitante na medida em que o adoecer representa uma paralisação da sua vida normal e da sua família (ALBERNAZ, 2003).

O adoecer é um processo que escapa ao sujeito, deixando o paciente com a sensação de inércia, de incapacidade, de impotência. A doença surge como um inimigo que deve ser estudado, localizado e combatido, estar doente significa estar em situação de fraqueza e dependência. A doença neste sentido pode representar além do sofrimento orgânico, um sofrimento psicológico e social.

Conforme Antunes (1991 p.157), baseado nas análises de Foucault, os passos transformadores que levou a origem do hospital contemporâneo refere-se “a introdução de mecanismos disciplinares para reger as atividades dos hospitais e a conversão da disciplina resultante em disciplina médica.” Afirmar que estes “seriam ainda hoje seus principais traços descritivos, responsáveis por muitas de suas características atuais.” Os hospitais em que teremos acesso “continuaram sendo lugares diferenciados, especialmente ordenados pela sabedoria médica para cumprirem seus desígnios clínicos.” Com esta representação que delimita o tipo contemporâneo da organização hospitalar, os hospitais “atravessaram todas as mudanças posteriores nas concepções médicas e sociais a respeito das doenças e de seu tratamento,” sobrevivendo assim a diversas mudanças.

### 3.2. Família: universo de afeto e sobrevivência

“(…) a família pode ser definida como um núcleo de pessoas que convivem em determinado lugar, durante um lapso de tempo mais ou menos longo e que se acham unidas (ou não) por laços consanguíneos. Ela tem como tarefa primordial o cuidado e a proteção de seus membros, e se encontra dialeticamente articulada com a estrutura na qual está inserida.” (MIOTO, 1997, p.120).

O ambiente familiar sempre mostrou-se fundamental ao crescimento individual das pessoas. Com a evolução dos períodos históricos e com os valores presentes na sociedade, a família transitou por diversas formas de constituição e de regramento de seus componentes. Nesse sentido, se faz necessário retomar o conceito de família e, ao mesmo tempo, destacar alguns aspectos históricos que a influenciaram ao longo da sua existência.

De acordo com Pinheiro e Biasoli-Alves (2008), o termo família deriva do latim *famulus*, que significa o “conjunto de servos e dependentes de um chefe ou senhor”. Na verdade, entre os antigos gregos e romanos entendia-se que esposa, filhos, servos livres e escravos eram fâmulos de um patriarca. No entanto conforme Wagner (2002), “a família é, por um lado, um fenômeno fundado na natureza própria do homem e, por outro, uma instituição social, e, como tal, varia através da história e de uma cultura para outra”.

Rezende (2008) aponta que:

Até o século X a família não tinha expressão, inclusive em termos de patrimônio. A partir de então, em decorrência das oscilações do Estado, a concepção de linhagem ganha força tendo como uma das preocupações a não-divisão do patrimônio. Somente no século XV as crianças (especificamente os meninos) passam, gradativamente, a ser educadas em escolas e a família começa a se concentrar em torno delas. No século XIV, começam a se operar mudanças na família medieval, que vão se processar até o século XVII. Já no século XVIII há a separação entre família e sociedade, ou seja, público e privado. Cabe enfatizar que as mudanças da família medieval para a família do século XVIII e para a família moderna se limitavam às classes abastadas, entretanto, a partir do século XVIII, essas mudanças passam a abranger todas as camadas sociais. Mudanças importantes ocorreram a partir da segunda metade do século XIX levando a um questionamento do modelo patriarcal e desencadeando-se, então, o que se chamou de família conjugal moderna. Entretanto, a existência de traços da família patriarcal na

família conjugal moderna persiste até o século XX, pois o processo de modernização se realizou de forma não-linear (p. 48)

Em razão das inúmeras transformações ocorridas com o início da industrialização, o advento da urbanização, a abolição da escravidão e a organização da população provocam alterações nas feições familiares e sociais. A família criou uma grande capacidade de reorganizar-se, dando origem a vários arranjos familiares.

Bourdieu (1998) define que família é um conjunto de indivíduos com relação de parentesco, unidos pelo vínculo matrimonial ou estado de filiação, vivendo debaixo de um mesmo teto, aceitando-se, de forma excepcional, a adoção. Fraga (2011) afirma que essa definição deve ser considerada a partir das “análises das representações de que a sociedade entende por família, a qual desempenha um papel fundamental na questão da manutenção da ordem social,” onde não existe apenas a reprodução biológica, mas também a social, destacando principalmente na composição do “espaço social e das relações sociais pela acumulação e transmissão de privilégios diversos, como os econômicos, os culturais e os simbólicos.” Acrescenta que para Bourdieu a família é “um produto de um verdadeiro trabalho de instituição e seus ritos objetivam a constituição de união, unidade e estabilidade em face das flutuações dos sentimentos individuais, sendo um princípio da realidade social”.

Ao debater o tema família, Mioto (1997) ultrapassa os conceitos já existentes e apresentados a toda a sociedade expondo que a família contemporânea abrange uma heterogeneidade de arranjos familiares presentes atualmente na sociedade brasileira, e assim não podemos falar em um único conceito de família, mas sim de “famílias”.

Com o desenvolvimento dos direitos de cidadania promoveram-se alterações significativas na dimensão da legalidade do direito de famílias, pois é ampliada a concepção de família e, conseqüentemente, a proteção a ela destinada, de modo a contemplar os diferentes arranjos familiares. A aplicação e a concessão de tais direitos devem estar em consonância com a Constituição Federal, o Estatuto da Criança e do Adolescente e demais legislações ligadas aos assuntos pertinentes ao direito de família. Segundo Dias (2007),

“(...) é no direito das famílias onde mais se sente o reflexo dos princípios eleitos pela Constituição Federal, que consagrou como fundamentais valores sociais dominantes. Os princípios que regem o direito das famílias não podem distanciar-se da atual concepção da família dentro de sua feição desdobrada em múltiplas facetas.” (p. 50).

Ao referir-se a estes arranjos, compreendem-se as diferentes configurações familiares que emergem na sociedade e que têm o vínculo afetivo como sua principal característica, visto que não podemos usar qualquer predefinição ou formatação para designar definitivamente o que é a família hoje. Pode-se assim encontrá-la com variadas matizes: pais e filhos, filhos com apenas um dos pais, casais heterossexuais sem filhos; casais em relação homoafetiva com ou sem filhos, etc.

Para Ferrari e Kaloustian (2002):

“A família brasileira, em meio a discussões sobre a sua desagregação ou enfraquecimento, está presente e permanece enquanto espaço privilegiado de socialização, de prática de tolerância e divisão de responsabilidades, de busca coletiva de estratégias de sobrevivência e lugar inicial para o exercício da cidadania sob o parâmetro da igualdade, do respeito e dos direitos humanos. A família é o espaço indispensável para a garantia da sobrevivência de desenvolvimento e da proteção integral dos filhos e demais membros, independentemente do arranjo familiar ou da forma como vem se estruturando.” (p.11).

Dessa maneira pode-se conceber a família como uma instituição social, historicamente condicionada, dialeticamente articulada com a sociedade, tendo como tarefas primordiais o cuidado, a proteção e a garantia da sobrevivência dos seus membros, independentemente do arranjo familiar ou da forma como esteja organizada e se definindo de acordo com a classe social na qual esteja inserida.

Com base nos mecanismos, o direito à saúde, à alimentação, ao lazer, à cidadania, ao respeito e à convivência familiar e comunitária, dentre outros, é de especial destaque a família, sendo a primeira a ser invocada na ordem de cuidados, seguida pela sociedade e o Poder Público. No geral, a manutenção e promoção da qualidade de vida de um indivíduo é proporcionada por meio de redes sociais de apoio. Segundo Neri & Sommerhalder (2002), essas redes são “grupos hierarquizados de pessoas que mantém entre si laços e relações de dar e receber”. Tais redes sociais de apoio podem sofrer modificações em sua estrutura e função

em consequência das necessidades das pessoas em diferentes etapas e situações da vida.

Com todo volume da carga social presente sobre o núcleo familiar, o Estado, no Brasil, de forma perceptível e significativa, se 'esquiva' do compromisso e da responsabilidade com a proteção social da população brasileira. Com isso, a família, ocupa-se da responsabilidade pelos seus membros e, enfrenta uma série de consequências naturais da evolução do ser humano. Entre elas, destaca-se o envelhecimento e a atividade do cuidado com o idoso, sendo ele doente ou não.(BRASIL, 2010; FIGUEIREDO & MOSER, 2013)

Enquanto as pesquisas evidenciam o envelhecimento demográfico no País, faz-se necessário maior número de profissionais especializados para o cuidado dessas pessoas que envelhecem, contudo, pense-se, que a maior responsabilidade recaia sobre as famílias que convivem com esses idosos. Alguns idosos experimentam diversas fragilidades nessa fase da vida. Conforme Montezuma, Freitas e Monteiro (2008) adoecer:

(...) traz consigo um fator emocional de retrocesso, no sentido de acentuar sentimentos de fragilidade, dependência e insegurança. O estado de doença acarreta algumas repercussões psíquicas inevitáveis, como preocupações, angústias, medos, alterações na auto-imagem e dependência.

Goldani (1994) diz que para suprir essa demanda por serviços e atendimento na família, aos seus idosos, acomete-se uma sobrecarga principalmente na mulher, na condição de filha, companheira, nora, neta ou sobrinha que, geralmente, se encarrega dos cuidados com os idosos na família. Está havendo uma diminuição do número de membros potencialmente disponíveis para o atendimento daqueles, não só porque o tamanho da família vem diminuindo, mas também porque aumenta a participação deles no mercado de trabalho, em especial das mulheres, ainda que seja no mercado informal.

Elaborado em 2008, pelo Ministério da Saúde - MS, o Guia Prático do Cuidador surgiu com o objetivo de direcionar cuidadores na atenção à saúde de qualquer faixa etária e também explicar os pontos mais comuns no cuidado domiciliar, ressaltando a responsabilização da família. Com o Guia Prático do Cuidador é conceituado duas categorias de cuidadores, que podem ser classificadas a seguir em:

**Cuidador informal** – membro familiar, esposa(o), filha(o), irmã(ão), normalmente do sexo feminino, que é “escolhido” entre os familiares por ter melhor relacionamento ou intimidade com a pessoa idosa e por apresentar maior disponibilidade de tempo. Podemos colocar neste grupo a amiga ou vizinha, que mesmo não tendo laços de parentesco, cuida da pessoa idosa, sem receber pagamento, como voluntária.

**Cuidador formal** é o profissional, que recebeu um treinamento específico para a função e exerce a atividade de “cuidador” mediante uma remuneração, mantendo vínculos contratuais. Ele pode ser contratado para exercer suas funções na residência de uma família, em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), ou acompanhar a pessoa idosa em sua permanência em Unidades de Saúde (hospitais, clínicas, etc.) (BORN, 2008 p.54 e 55).

Dessa forma o cuidador informal surge das relações interpessoais e se estabelece no cotidiano social e familiar. Essa pessoa é escolhida pela família e, em diversas situações, com pouca ou nenhuma experiência de cuidar de pessoas doentes, mas com algum poder decisório. Já o cuidador formal presta cuidados ao usuário através de remuneração e possui o poder decisório reduzido, uma vez que exerce tarefas direcionadas pelos familiares (CHERNICHARO & FERREIRA, 2015).

Faz-se de grande importância identificar o que esses cuidadores informais e formais entendem sobre o cuidado ao idoso, além de analisar a sua participação nesse cuidado, pois, assim, é possível dialogar e criar estratégias para a construção de uma prática de cuidar que consiga suprir as necessidades e desejos dos usuários e também dos acompanhantes, no qual o sujeito pode acomodar ou negociar as ações de cuidado tornando o cuidado ao idoso mais seguro e efetivo. Sabe-se que o ato de cuidar e/ou acompanhar é muito complexo, pois, em certos momentos o acompanhante, neste caso refere-se ao cuidador informal, é tomado por sentimentos diversos, como raiva, cansaço, medo, angústia, e outros. Esta sobrecarga ou tensão pode acarretar problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros, que acabam por afetar o bem-estar do doente e do cuidador.

Além dos cuidadores formais e informais, faz-se distinção também entre os cuidadores primários, secundários e terciários. Segundo Vieira et. al. (2011):

Os cuidadores primários são os principais responsáveis pelo idoso e pelo cuidado e responsáveis pela maior parte das tarefas. Os secundários podem até realizar as mesmas tarefas, mas o que os diferencia dos primários é o fato de não terem o nível de responsabilidade e decisão, atuando quase sempre de forma pontual

em alguns cuidados básicos, revezando com o cuidador primário. Os cuidadores terciários são coadjuvantes e não têm responsabilidade pelo cuidado, substituindo o cuidador primário por curtos períodos e realizando, na maioria das vezes, tarefas específicas como compras, pagar contas e receber pensões.

Com isso, tornar-se cuidador pode ser por um processo imediato ou gradual. Em diversas famílias a função de cuidador é assumida por única pessoa, denominada cuidador principal e informar, seja pela cultura do cuidado (relacionando-se a questão de gênero), vontade, disponibilidade ou capacidade. Este(a) assume tarefas de cuidado, atendendo às necessidades do idoso e responsabilizando-se por elas. Além destes, outro fator determinante para o membro familiar se tornar cuidador é a obrigação e/ou dever que ele mesmo tem para com o idoso. Pode-se traduz naquela pessoa que já possui um vínculo maior, contínuo com idoso, um sentimento natural e subjetivo ligado a um compromisso constituído ao longo da convivência familiar (MONTEZUMA, FREITAS & MONTEIRO, 2008).

Goldani (1994) diz que a família brasileira é uma tradicional fonte de suporte econômico e afetivo dos seus idosos. Entretanto, no que se refere ao fator econômico houve transformações, pois de acordo com a pesquisa Perfil dos Idosos Responsáveis por Domicílio no Brasil (IBGE – Censo 2000) as pessoas com 60 anos ou mais constituem 8,6% da população. O estudo revela que os idosos chefes de família passaram de 60,4% em 1991, para 62,4%, em 2000. Sendo que esses números equivaleriam a 20% das residências brasileiras. No entanto, sua renda é menor que a dos chefes de família do resto do país.

Segundo os dados do o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), a razão de dependência de idosos, no Brasil, aumentou de 13,8 no ano de 2000 para 16,6 no ano de 2010. Aponta Chernicharo & Ferreira (2015) a importância de:

(...) uma atenção especializada para lidarem com as consequências sociais, econômicas e de saúde que envolvem o processo de envelhecer, incluindo as comorbidades, que podem levar a hospitalização e que tem potencial de impactar diretamente a qualidade de vida dos mais idosos e de seus familiares.

O processo de hospitalização, em um contexto geral, acarreta muito sofrimento, tanto para o usuário, neste caso o idoso, quanto para a seus familiares e

acompanhantes. O idoso, como qualquer outro ser humano, ao ser retirado de seu contexto social perde uma parte da sua autonomia, principalmente, em relação aos seus hábitos, condutas e rotinas, que são alterados e incompatíveis com a rotina hospitalar. O familiar e/ou acompanhante sofre por querer permanecer junto ao idoso no hospital, ou por insegurança, interesse no idoso, sentimento de corresponsabilidade pela recuperação do ente querido, oportunidade de aprender, obrigação, respeito e/ou simplesmente para estar junto.

Como já discutido anteriormente o Estatuto do Idoso, no capítulo IV, artigo 16, assegura ao idoso internado ou em observação o direito a acompanhante, com dever do órgão de saúde proporcionar condições, sendo elas adequadas, para a sua permanência em tempo integral, de acordo com o critério médico. A hospitalização causa um impacto na família pela necessidade de uma pessoa, sendo ela familiar ou alguém da comunidade (cuidador informal) ou um cuidador formal, para acompanhar o idoso durante a internação.

O acompanhante é a pessoa que acompanha; acompanhador, pessoa que faz companhia ou oferece assistência ao indivíduo doente, idoso, inválido. O acompanhar denota uma relação de afetividade e de compartilhar algo com o outro, ou seja, sofrimento, desgaste físico e emocional ou a insegurança (FERREIRA ET AL, 1986 apud SHIOTSU; TAKAHASHI, 2000).

Conforme Teixeira & Ferreira (2009) o acompanhante no momento em que se transforma em corresponsável pelo cuidado começa a se caracterizar como:

(...) parte da engrenagem da dinâmica hospitalar, podendo se tornar um aliado no processo de reivindicação por melhores condições da oferta de cuidados de enfermagem, e lança mão do conhecimento compartilhado com a equipe de enfermagem para proporcionar melhor cuidado ao idoso.(p.416)

O acompanhante além de ser um elo com a equipe e fonte de conforto e segurança para o doente, também é considerado uma ajuda potencial na assistência e uma oportunidade de educação em saúde ao familiar (MACIEL & SOUZA, 2006).

Com a efetivação das leis e portarias, a presença do acompanhante ao idoso hospitalizado mostrou-se de extrema relevância para o processo de hospitalização e melhora no quadro de doença dos mesmos. Fortalecendo essa discussão Nascimento, Almeida e Fillus (2008), explica que a presença de

acompanhantes/familiares na hospitalização colabora com a recuperação do paciente, fazendo com que o mesmo sintase apoiado e em segurança.

Diversos estudos mostram que o vínculo afetivo entre acompanhante e paciente faz com que o acompanhante possua muitas possibilidades de ajudar, escutar o paciente e até mesmo ajudar a equipe de saúde em relação à singularidade do paciente, sabendo que alguns pacientes podem ter a mesma patologia<sup>6</sup>, mas cada um lidará de uma forma diferente, e a proximidade do acompanhante, poderá funcionar como elo entre paciente e equipe de saúde (HENRIQUES, 2013). Além disso, durante a fase final da hospitalização, alta hospitalar, é de importância que o acompanhante seja visto não só como agente cuidador, mas como potente facilitador da evolução clínica e reinserção social do usuário. Portanto, a sua participação nessa fase deve ser reconhecida, incentivada e discutida coletivamente durante o processo da internação (SANCHES et al., 2013).

Segundo Collet e Rocha (2004) ocorre que, o hospital não foi devidamente planejado, do ponto de vista físico nem preparado no que tange à compreensão da dinâmica das relações sociais que ali acontecem.

A inserção do familiar acompanhante nesse contexto causa alterações ou transtornos tanto na caracterização física da instituição, quanto nas atitudes dos profissionais de saúde no que se refere a estabelecer formas de envolvimento desse familiar no cuidado e na própria qualidade da assistência. Enfatiza-se a equipe de enfermagem, em relação a uma prática competente para avaliação e intervenção nas situações de assistência à família, por meio de relacionamentos colaborativos entre a equipe e família. Esses aspectos resultam em demarcação de espaços e posições ocupados por cada qual no contexto hospitalar, profundamente marcados por suas características historicamente situadas.

Conforme Silva (2007) deve-se considerar que a “família não é um recipiente passivo de cuidado profissional mas sim um agente, sujeito ao seu próprio processo de viver.” A equipe multiprofissional deve “mobilizar-se no sentido de esclarecer, participar, ajudar, negociar e interagir.” Fazendo desta interação uma “troca de

---

<sup>6</sup> De acordo com o Dicionário de Saúde - Patologia “é o estudo das doenças com a finalidade de compreender a sua natureza e causas. A patologia clínica é a aplicação dos conhecimentos adquiridos no tratamento dos doentes.” No contexto citado, patologia refere-se ao tipo de doença ou causa da hospitalização.

conhecimentos e saberes”, propiciando situações nas quais a família e a equipe possam ser enriquecidas.

#### **4. OS DESAFIOS EM SER ACOMPANHANTES DE IDOSOS HOSPITALIZADOS: APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Em função do objetivo de identificar os desafios de ser acompanhante de idosos hospitalizados em hospitais públicos ou privados, este capítulo destina-se a apresentação e discussão dos resultados da pesquisa de campo.

Como critério para participação, era necessário que a pessoa já tivesse vivenciado, em algum período, o processo de hospitalização de um idoso, entre seus familiares mais próximos (ex: pai, mãe, irmãos, avos e tios). A participação foi de livre e voluntária adesão.

A coleta de dados foi realizada em janeiro de 2018, através do formulário online (APÊNDICE C) do Google Docs, e realizou-se o convite (APÊNDICE A) via redes sociais - facebook, instagram e whatsapp<sup>7</sup> – e posterior a aceitação do convite foi enviado um link (APÊNDICE B) para cada participante ter acesso a pesquisa e enviar suas respectivas respostas. Com a divulgação feita na rede do pesquisador e dos seus amigos obtivemos um total de 54 (cinquenta e quatro) formulários respondidos, 04 (quatro) desses foram descartados por não se encaixarem no perfil da pesquisa. Finalizamos com 50 (cinquenta) formulários aptos para à análise.

Divide-se assim, este capítulo em quatro sessões. A primeira tem por objetivo traçar o perfil dos participantes da pesquisa, analisando sob a ótica do gênero, vínculo afetivo, grau de escolaridade, idade e função que exerceu no processo de hospitalização do idoso. A segunda sessão é voltada para o perfil dos idosos hospitalizados na perspectiva socioeconômica entendendo quem era o idoso, motivos e tempo da internação e a família em que estava inserida; A terceira sessão são os relatos vivenciados pelos familiares durante o processo de hospitalização, identificando os principais desafios enfrentados; A quarta e ultima sessão é destinada a compreensão dos familiares participantes da pesquisa a respeito do processo de envelhecimento.

---

<sup>7</sup> A escolha dessas ferramentas para convite e resposta ao formulário se deu pela praticidade, possibilidade de grande alcance e custo zero (a pesquisa não teve financiamento). O envio dos convites pelo whatsapp se mostrou mais eficaz no sentido da velocidade da resposta do que as demais ferramentas. Ressaltamos que houve uma propagação da pesquisa, uma vez que outras pessoas compartilharam o convite, onde atingimos outras redes. Assim dos 50 participantes nem todos fazem parte da rede do pesquisador.

#### 4.1. Perfil dos participantes da pesquisa de campo

A pesquisa de campo resultou num total de 50 (cinquenta) respondentes. Ao analisar os dados obtidos, percebe-se que a maioria dos participantes é do sexo feminino. Sendo 46 (92%) mulheres e 04 (8%) homens. Estes números coincidem com os dados encontrados em alguns estudos nacionais e internacionais, os quais demonstram que há um predomínio de mulheres como cuidadoras/acompanhantes (PENA, 2002; CHERNICHARO & FERREIRA, 2015). O cuidar é definido no Dicionário Houaiss como fazer algo com atenção, cautela, tomar conta de outra pessoa ou de si próprio e prevenir-se (HOUAISS, 2001). Cabe ressaltar que a função de cuidar de seres humanos em situação de fragilidade não é natural do sexo feminino, ela foi atribuída historicamente às mulheres. Ao identificar-se com o ato de cuidar, a mulher, muitas vezes, distancia-se da possibilidade de outras escolhas, ou distancia-se dos próprios projetos. Cuidar do outro se torna o seu cotidiano. (GIACOMIN et al., 2005; GUEDES & DAROS 2009).

Questionou-se aos participantes sobre a sua idade na época da hospitalização, conforme apresenta-se no quadro a seguir.

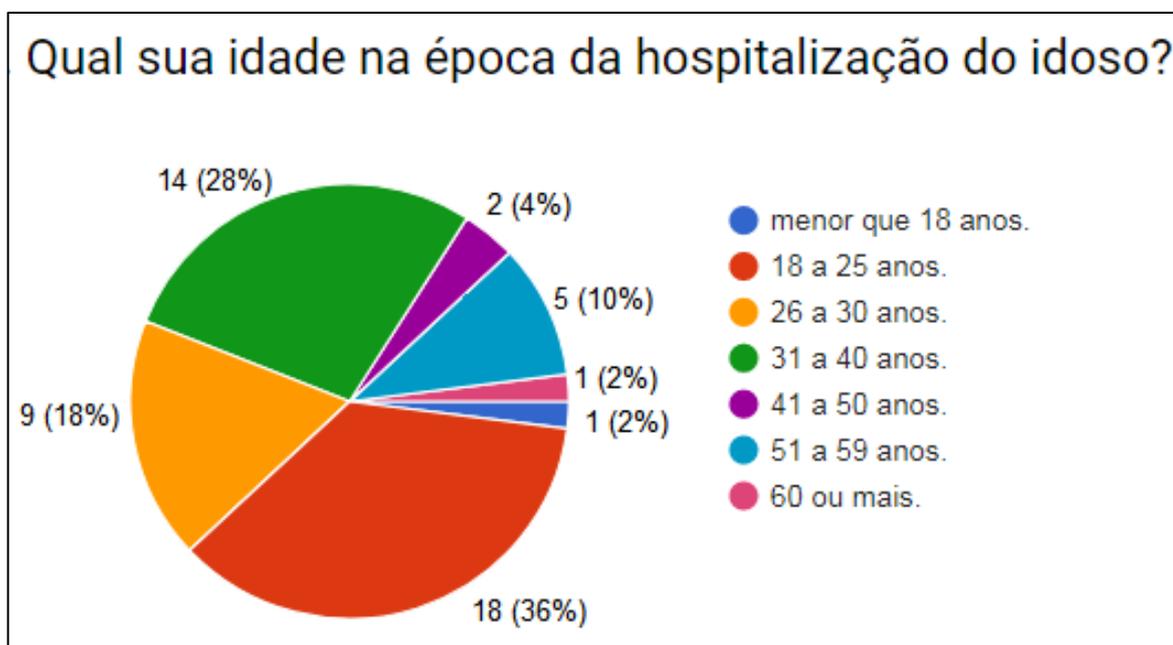


Gráfico 1 - Idade dos participantes.  
Fonte: produção própria deste estudo, 2018.

O gráfico acima mostra que durante o processo de hospitalização do idoso, a maioria dos participantes eram jovens e jovens adultos. Porém não se pode deixar

de enfatizar que dentre os participantes uma (2%) fazia parte da faixa etária de 60 anos ou mais, sendo ela definida então como idosa. Em outros estudos nacionais e internacionais esses dados são maiores e demonstram que a presença de idosos no cuidado de outros idosos é uma situação atual e que isso se deve à questão da longevidade.

Com relação à cor/raça, 27 (54%) dos participantes se descreveram como pardas, 19 (38%) negros e 04 (8%) afirmaram ser brancos. Essa configuração não difere muito da composição de declaração de cor/raça dos brasileiros, conforme o IBGE.

O gráfico a seguir mostra o grau de escolaridade dos participantes durante o processo de hospitalização do idoso familiar.

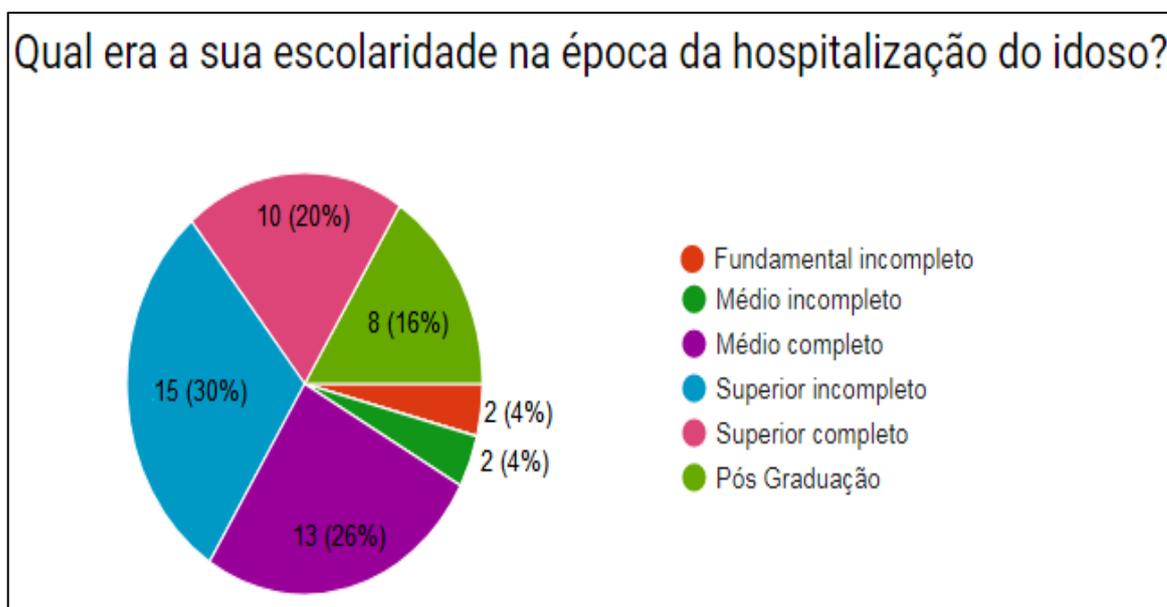


Gráfico 2 - Escolaridade dos participantes.

Fonte: produção própria deste estudo, 2018.

Pode-se perceber que a maioria concluiu ensino médio completo ou já estão no ensino superior realizando algum curso de graduação, podendo ser bacharelado, licenciatura ou tecnológico<sup>8</sup>. A escolaridade de acompanhantes é um dado relevante, visto que recebem as informações e orientações da equipe de saúde, e acompanham os idosos aos serviços de saúde. Segundo Pereira et al. (2013), a

<sup>8</sup> Como os participantes foram pessoas vinculadas à rede do pesquisador, e que é uma tendência nessas redes, que as pessoas possuem escolaridades semelhantes, não se pode assim generalizar que os acompanhantes de idosos hospitalizados são sempre pessoas com alto nível de escolaridade.

baixa escolaridade dificulta a compreensão dos cuidadores sobre os processos relacionados a hospitalização do paciente.

Com relação à ocupação, durante a hospitalização do idoso, dos participantes 18 (36%) responderam que eram empregados do setor público, 08 (16%) eram empregados do setor privado, 14 (28%) estudantes, 06 (12%) estavam desempregados(as), 01 (2%) era do lar, 01 (2%) aposentado(a), 01 (2%) autônomo(a)/liberal e 01 (2%) escolheu a opção outro e escreveu que “fazia bico”, pode-se assim classifica-lo também como autônomo(a)/liberal. Logo após perguntou-se qual era a renda em salário mínimo dos participantes no mesmo período da hospitalização do idoso. Dentre as respostas 13 (26%) pessoas não possuíam nenhuma renda, 04 (8%) recebiam menos de um salário mínimo, 09 (18%) recebiam na época um salário mínimo, 14 (28%) de dois a três salários mínimos, 06 (12%) de quatro a cinco salários mínimos, 02 (4%) recebiam acima de cinco salários mínimos e 02 (4%) não sabiam ou não lembravam. Esses dados comprovam que a maioria da população do estudo pertencia à classe socioeconômica menos favorecida.

No gráfico a seguir pode-se observar o grau de parentesco ou tipo de vínculo do participante com o idoso.

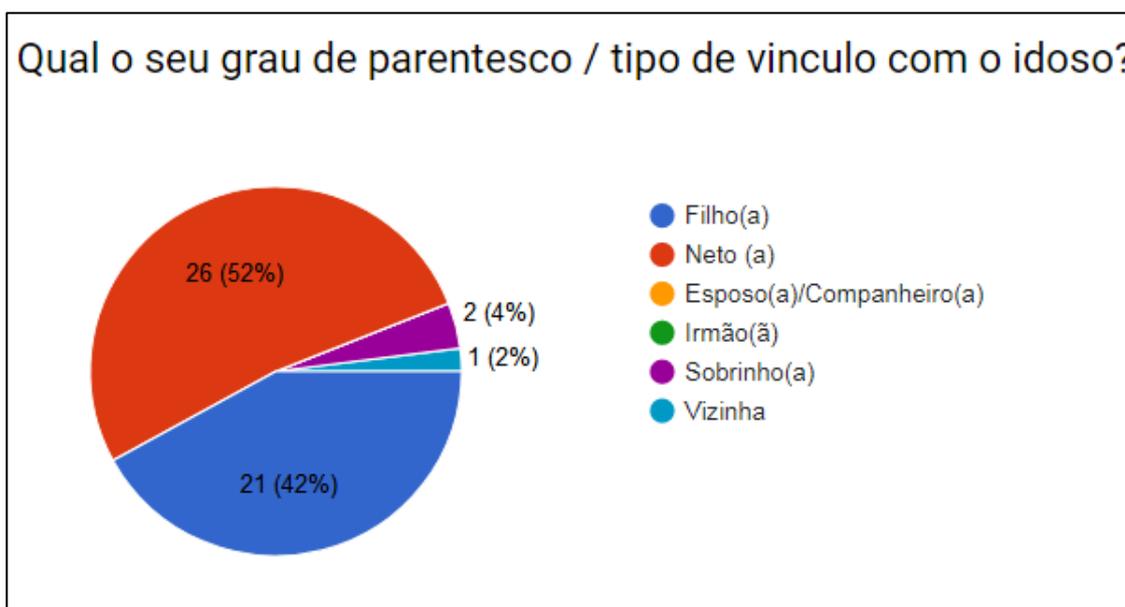


Gráfico 3 - Grau de parentesco do participante com o idoso hospitalizado.

Fonte: produção própria deste estudo, 2018.

A predominância de familiares que assumem a função de acompanhante em ambientes hospitalares também foi identificada nos estudos de Trentino, Damasceno

e Vieira, (2011) e Pereira et. al. (2013), tendo como predominância os familiares do sexo feminino. No caso de os acompanhantes/cuidadores serem representados principalmente por filhos e netos pode estar presente o sentimento de retribuição. Quando assumem a função de cuidadores, os filhos e netos, encontram uma forma de retribuir a oportunidade de terem sido também cuidados pelo idoso(a). (VIEIRA & FIALHO, 2012).

No que toca à família, pode-se compreender que os novos arranjos familiares implicam em pouca disponibilidade para o cuidado, é um momento de transição em que novas experiências são vividas no interior da família associadas a novas demandas sociais e econômicas. Gonçalves et. al. (2006) destacam que o convívio multigeracional mostra-se positivo, já que outros membros da família podem assumir o papel de cuidadores secundários, minimizando, assim, o estresse sobre o cuidador principal.

No próximo gráfico identificaremos quais foram os papéis assumidos pelos participantes da pesquisa, durante o processo de hospitalização do seu idoso familiar.

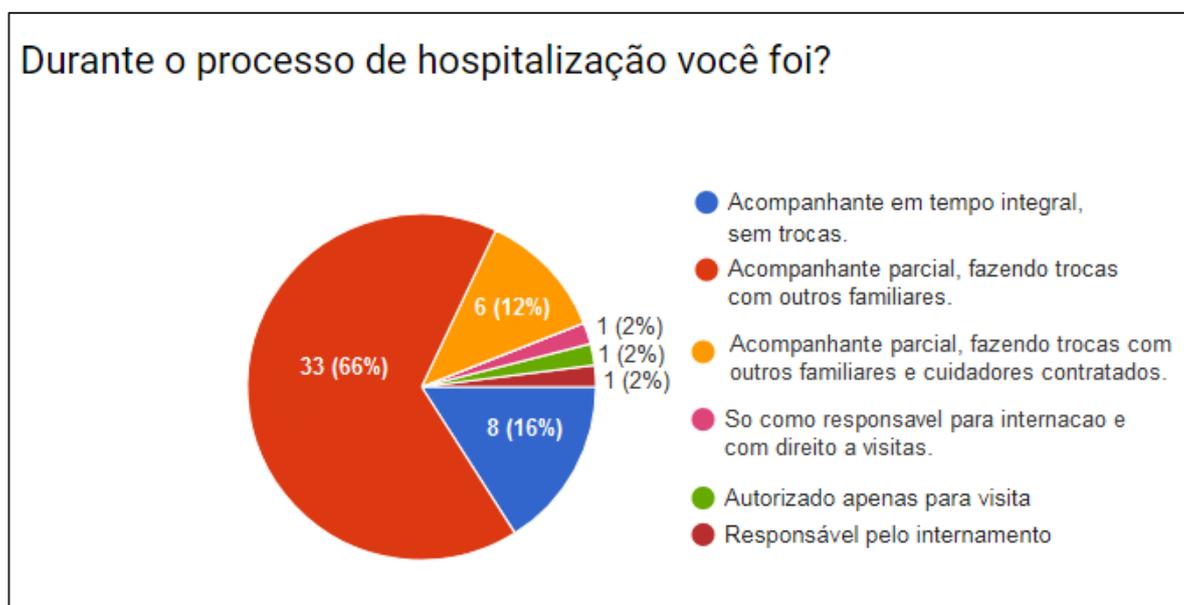


Gráfico 4 - Função do participante no processo de hospitalização do idoso.

Fonte: produção própria deste estudo, 2018.

Em relação ao processo de acompanhamento desses idosos 42 (84%) dos participantes responderam que realizaram revezamento com outras pessoas e 08 (16%) afirmaram que não houve o revezamento.

Como já relatado em capítulo anterior, Chernicharo e Ferreira (2015) relatam que:

O acompanhante pode ser um familiar ou alguém da comunidade (cuidador informal) ou um cuidador formal. O cuidador informal emerge das relações interpessoais e se constrói no cotidiano familiar e social. Esse indivíduo é eleito pela família e, normalmente, com pouca ou nenhuma experiência de cuidar de pessoas doentes, mas com algum poder decisório. O cuidador formal presta cuidados ao usuário com remuneração e com poder decisório reduzido, já que cumpre tarefas delegadas pela família. (p. 80)

Os mesmo responderam como se deu a escolha ou divisão das pessoas para serem acompanhantes do idoso hospitalizado. Como mostra o gráfico a seguir:

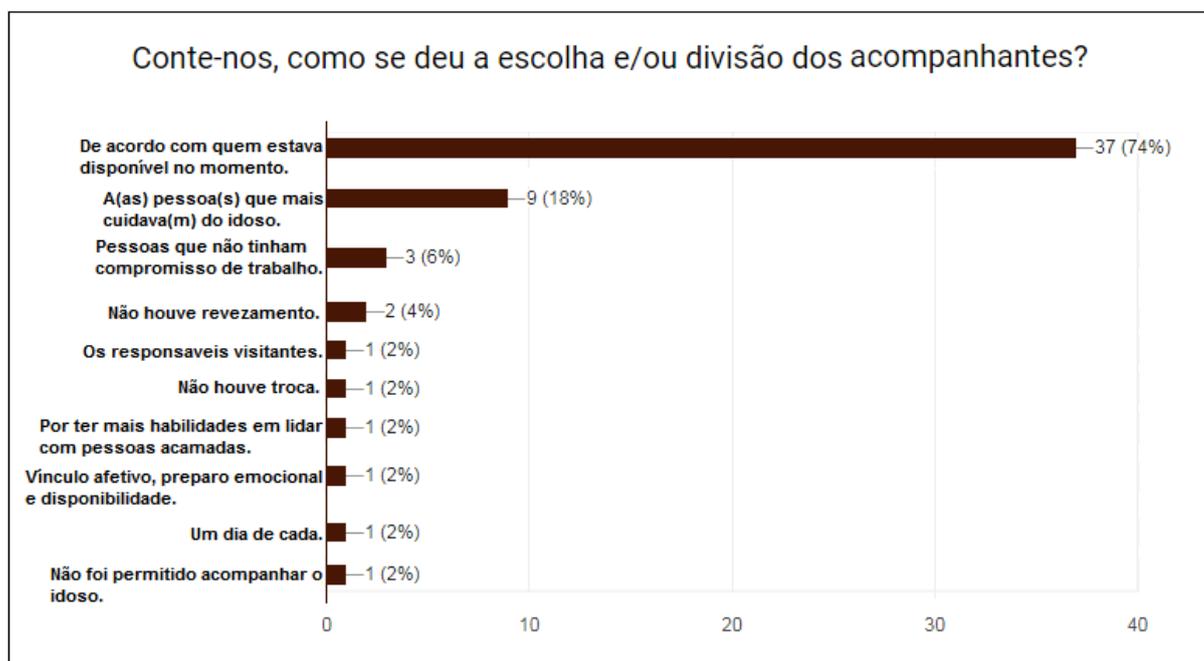


Gráfico 5 - Divisão dos acompanhantes do idoso

Fonte: produção própria deste estudo, 2018.

Conforme Alvarez e Gonçalves (2001) diversos motivos contribuem para que uma pessoa se torne cuidadora principal, dentre os quais se destacam: a obrigação moral alicerçada em aspectos culturais e religiosos; a condição de conjugalidade, o fato de ser esposo ou esposa; a ausência de outras pessoas para a tarefa do cuidar, caso em que o cuidador assume essa incumbência não por opção, mas, na maioria das vezes, por força das circunstâncias; as dificuldades financeiras como em caso de filhas desempregadas que cuidam dos pais em troca do sustento.

Os dados apresentados permitem interpretar que acompanhantes estão suscetíveis ou predispostos a desenvolver alto nível de estresse, devido às difíceis

circunstâncias que estão vivendo, mesmo sendo a grande maioria os acompanhantes que realizaram trocas com outras pessoas. Estudos demonstram que o termo estresse do cuidador/acompanhante é utilizado como sinônimo de sobrecarga (NERI, 2006).

Sabe-se que a presença do acompanhante durante a hospitalização do idoso foi assegurada pelo Ministério da Saúde, através da Portaria nº 280, de 07 de abril de 1999, ao considerar que o acompanhante pode contribuir para a melhoria da qualidade de vida do idoso (BRASIL, 2013). No entanto dados da pesquisa revelam que mesmo com a existência dessa garantia legal, familiares, e por conseguinte as pessoas idosas, enfrentaram a negação desses direitos. Identificou-se 03 (8%) familiares dentre o total dos participantes não foram autorizados a serem acompanhantes. Analisando separadamente os motivos relatados pode-se observar que 01 (um) familiar, do sexo masculino, foi autorizado a ficar apenas como visitante, pois se tratava de uma idosa, na faixa etária de 81 a 85 anos, e por ser hospitalizada na ala feminina, o hospital não aceitava homens como acompanhantes.

*“O principal (desafio) foi em relação ao gênero, pois como sou homem e o idoso em questão era uma mulher, não pude ficar com ela, pois ela ficava numa enfermagem feminina. [...] (em relação a escolhas dos acompanhantes) Uma das filhas não queria ficar com a mãe no hospital e algumas vezes amigos próximos se ofereceram pra ficar com ela.”. (PARTICIPANTE 38)*

Nesse contexto, refletindo sobre a presença da família no ambiente hospitalar, observamos que ela permanece nesses espaços não somente pela necessidade de acompanhamento, ou pela garantia de direitos, mas também pela solicitação e ou imposição da equipe multiprofissional, destacando a enfermagem, da instituição. O familiar acompanhante no ambiente de cuidado deveria ser inserido na dinâmica da unidade, num fazer voltado para a instrumentalização de suas ações que se baseiam na razão sensível, racionalidade aberta, ou seja, num movimento que tem a finalidade de preservar a vida do seu parente.

Os outros 02 (dois) familiares, eram do sexo feminino, foram responsáveis apenas pela internação do idoso, ambos idosos eram do sexo masculino tinham

mais de 91 anos e ficaram cerca de 15 dias internado. Ambas ao responder não infirmam a justificativa para a negação ao acompanhamento.

Conforme relatos a seguir

*“Não fui autorizada como acompanhante mas como responsável visitante. [...] um idoso de 91anos apresenta momentos dependência necessitando de um acompanhante na internação.[...](mesmo o hospital não autorizando o acompanhamento as visitas eram realizadas) de acordo com quem estava disponível no momento. Os responsáveis Visitantes.” (PARTICIPANTE 11)*

*“Resistência do hospital em aceitar o acompanhante. [...] Não nos permitiram acompanhar o idoso.” (PARTICIPANTE 43)*

#### 4.2. O perfil dos Idosos hospitalizados

Durante a pesquisa de campo os 50 participantes foram submetidos a uma sessão de perguntas relacionadas diretamente ao idoso, o qual enfrentou o processo de hospitalização, durante um curto ou longo período. Desta forma, delineando o perfil desses idosos, constatou-se que 38 (76%) foram do sexo feminino e 12 (24%) do sexo masculino.

O envelhecimento populacional apresenta uma característica importante, a feminização da velhice, segundo Nicodemo e Godoi (2010), as mulheres compõem a grande parcela da população idosa em todas as regiões do mundo, e as estatísticas afirmam que as mulheres vivem, em média, cinco a sete anos mais do que os homens. De acordo com os dados validados no Brasil, o contingente feminino de mais de 60 anos de idade passou de 2,2%, em 1940, para 4,7% em 2000; e 6% em 2010. (IBGE, 2010). Em geral, as mulheres são mais adeptas ao autocuidado e, por sua vez, mais atentas aos sinais e sintomas e utilizam mais os serviços de saúde, favorecendo o diagnóstico precoce e melhor prognóstico para as doenças crônicas (VERAS, et al. 2008).

Pode-se verificar no gráfico abaixo que o quantitativo de idosos relacionados à faixa etária.

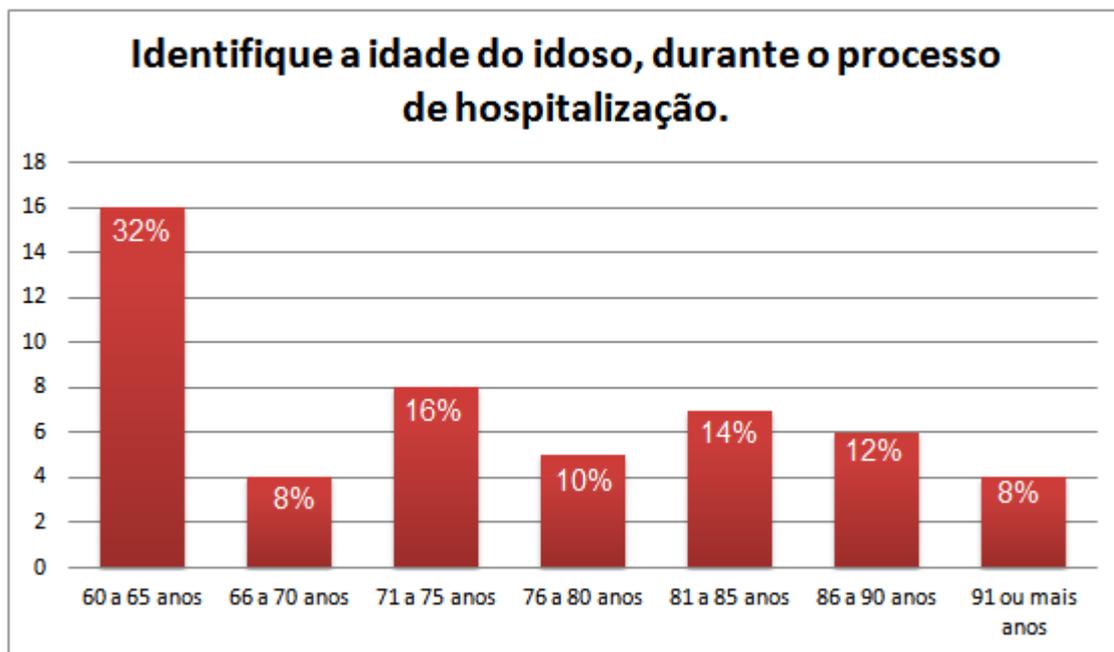


Gráfico 6 - Idade do idoso hospitalizado.

Fonte: produção própria deste estudo, 2018.

Observou-se que a faixa etária de 60 a 65 anos atingiu um percentual de 32%, sendo 16 idosos(as). Alguns estudos com a população idosa, como o de Sousa e Silver (2008), revelaram que existe uma maior concentração de idosos, homens e mulheres, na faixa etária de 60 a 69 anos. Essas autoras enfatizam que esse fato é uma característica do recente processo de envelhecimento brasileiro, que se diferenciava do que vinha ou vem ocorrendo nos países desenvolvidos, onde a concentração é maior no grupo de 80 anos ou mais.

No tocante estado civil dos idosos hospitalizados constatou-se a predominância de idosos casados(as) e viúvos(as). Como pode-se observar no gráfico a seguir:

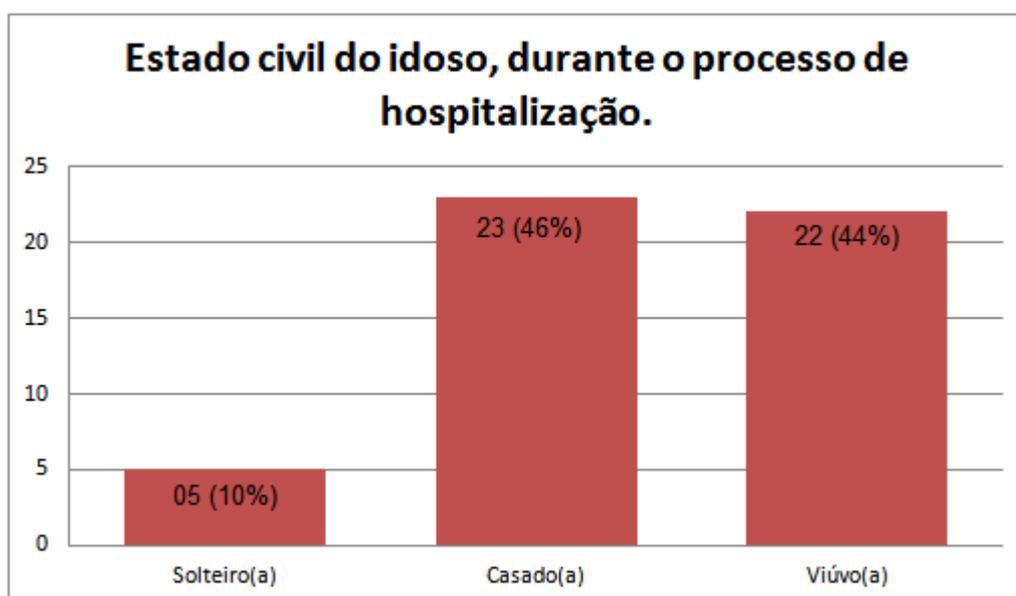


Gráfico 7 - Estado civil do idoso hospitalizado.

Fonte: produção própria deste estudo, 2018.

Ao analisar constatou-se que a maioria dos idosos casados eram do sexo masculino e que a maioria dos idosos viúvos eram do sexo feminino. Em seu estudo Camarano (2002) aponta que a predominância da viuvez para o sexo feminino ocorre por causa da alta expectativa de vida feminina e porque as mulheres, ao se tornarem viúvas, tendem a permanecer nessa situação. Os homens, por sua vez, ao perderem as parceiras, têm a tendência de se casar novamente. Os dados do IBGE (2010) indicam a elevação da taxa de nupcialidade dos homens em relação às mulheres de maior idade, com destaque para os de 60 anos e mais. Sousa e Silver (2008) destacam que as mulheres, quando ficam viúvas ou separadas, se “adaptam a essa nova condição, tornando-se independentes, e tal fato as leva, portanto, a assumir as responsabilidades financeiras decorrentes da vida sem cônjuge”.

Na avaliação da capacidade funcional, os participantes puderam classificar os idosos em independentes, parcialmente dependentes e totalmente dependentes, levando em considerações as atividades realizadas diariamente, anterior ao processo de hospitalização. Sendo assim, verificou-se que 26 (52%) eram idosos independentes, 19 (38%) eram idosos parcialmente dependentes e 05 (10%) eram idosos totalmente dependentes. Conforme Brito et. al. (2014) “a capacidade funcional é um dos indicadores mais importantes do estado de saúde da população idosa e surge, portanto, como um novo paradigma de saúde”. Ainda no mesmo estudo podemos observar que segundo os autores a avaliar a capacidade funcional

“é um desafio a ser enfrentado, tendo em vista a heterogeneidade do processo de envelhecimento e as influências dos diferentes fatores aos quais famílias, idosos e sociedade podem estar sujeitos”.

O gráfico a seguir pode expressar, quantitativamente, como se configura a relação familiar desses idosos. Sendo que 68% desses idosos residiam com dois ou quatro familiares e que nenhum dos idosos hospitalizados viviam em instituições de longa permanência, as conhecidas “casa abrigo” ou “lar dos idosos”.

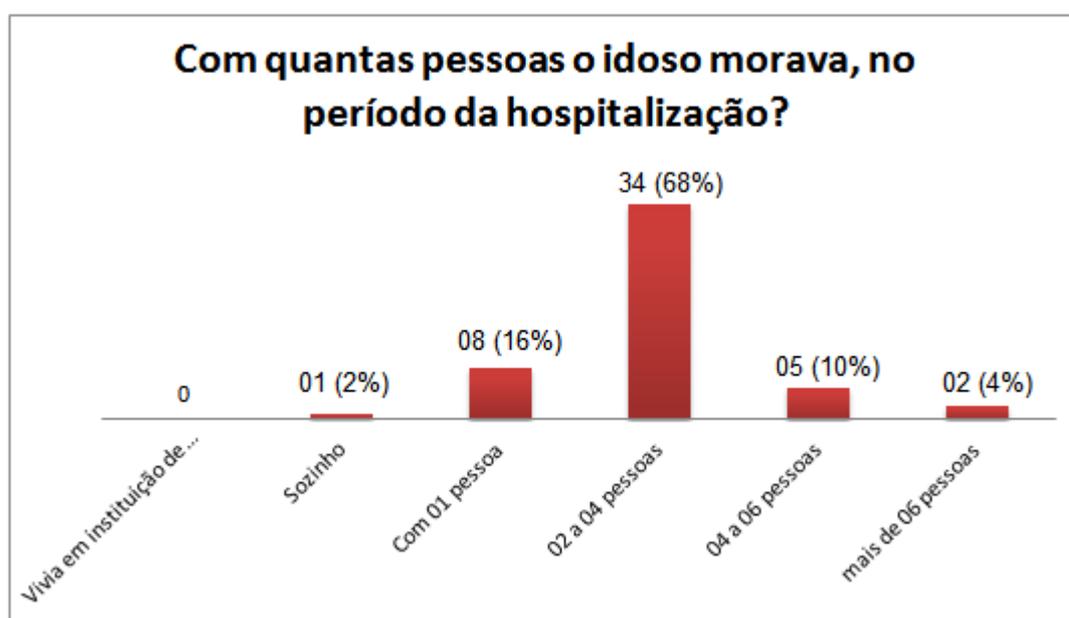


Gráfico 8 - Composição domiciliar do idoso hospitalizado.

Fonte: produção própria deste estudo, 2018.

No que diz respeito aos idosos, os arranjos familiares podem impactar o funcionamento das redes de suporte privado, assim como a dinâmica das contribuições financeiras dos idosos direcionadas a familiares mais desprovidos de renda. Percebeu-se na análise de dados que a grande maioria dos idosos residem com muitos familiares e conseqüentemente pode-se dizer que, mesmo com baixa renda, eles fazem parte manutenção econômica familiar.

No gráfico a seguir os dados coincidem pesquisas nacionais e internacionais, uma vez que 80% (oitenta por cento) dos participantes responderam que os idosos eram aposentados, pensionistas ou recebiam benefício assistencial.

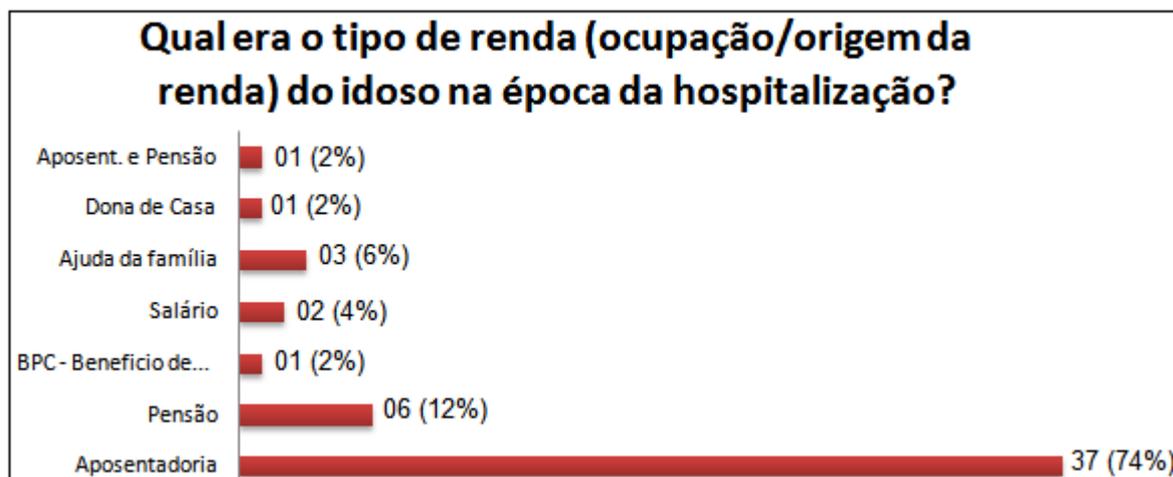


Gráfico 9 - Origem da renda do idoso hospitalizado.

Fonte: produção própria deste estudo, 2018.

A partir dos dados IBGE (2010) pode-se perceber que a contribuição dos idosos par o sustento familiar é significativamente importante, uma vez que eles representam mais da metade do total da renda domiciliar. Mais ainda, pois em termos de realidade social da primeira década do século XXI, apesar de fazerem parte da classe socioeconômica menos favorecida, estas pessoas idosas contribuem efetivamente para o sustento familiar, mesmo com seus pequenos recursos financeiros. Os idosos aposentados representam um dos segmentos sociais com maior estabilidade, e cresce o número de casos em que estes se responsabilizam pela manutenção de suas famílias.

Pode-se assim, enfatizar que não é apenas o perfil socioeconômico que caracteriza as condições de vida dos idosos. No atual contexto de envelhecimento populacional, com diversas mudanças nas famílias e nas políticas públicas de apoio aos idosos, é importante a compreensão da dinâmica de formação dos arranjos familiares dos idosos.

#### 4.3. O processo de hospitalização: vivência dos familiares e/ou acompanhantes.

No tocante ao percentual de permanência hospitalar dos idosos prevaleceu as internações com duração igual ou inferior a trinta dias, perfazendo um total de 74% das hospitalizações respondidas. Pode-se observa no gráfico abaixo.

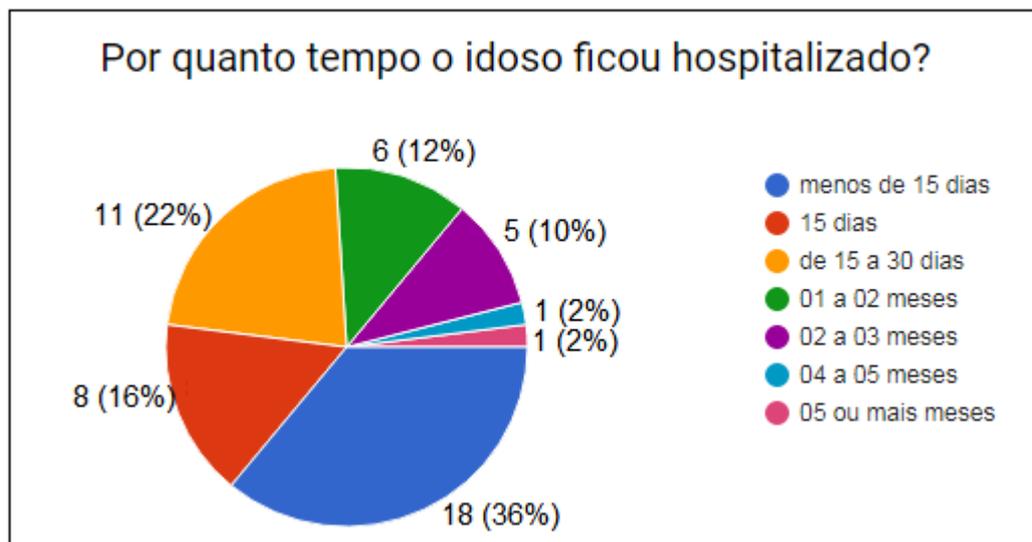


Gráfico 10 - Tempo de hospitalização do idoso.

Fonte: produção própria deste estudo, 2018.

Apesar dos dados citados acima, relacionados ao curto tempo de hospitalização dos idosos, pesquisa de Chaves, Sarges e Santos (2014) comprovam que os idosos consomem mais serviços de saúde, que seu processo de hospitalização é mais frequente, e que o tempo de ocupação do leito é maior do que o de outras faixas etárias, sem que isso se reverta em seu benefício. Ainda conforme os autores tendo em geral doenças crônicas e múltiplas, os idosos enfrentam por vários anos a exigência do acompanhamento médico e de equipes multidisciplinares permanentes para o tratamento dessas doenças. Algumas dessas doenças poderiam ser evitadas, diminuídas ou mesmo controladas em uma unidade básica de saúde e os gastos com internações seriam evidentemente menores, além de proporcionar aos idosos uma melhor qualidade de vida.

Para entender os motivos que levaram os idosos a internação hospitalar, os participantes responderem com suas próprias palavras as causas dos seus respectivos idosos. No entanto, ao analisar criou-se um gráfico com quatro categorias. Pesquisas apontam que a ocorrência de patologias em idosos é frequente, e provoca alterações em seu quadro funcional, culminando, muitas vezes, na necessidade de submissão aos processos de internação hospitalar e de acompanhamento familiar.



Gráfico 11 - Motivos da hospitalização do idoso.

Fonte: produção própria deste estudo, 2018.

Nos relatos dos participantes, cerca de quarenta e cinco internamentos foram causados por doenças crônicas, hereditárias e/ou genéticas sendo que em diversos casos essas doenças estavam sempre relacionadas entre si. Dentre as doenças citadas destacaram-se as doenças cerebrais, cardiovasculares e respiratórias, o câncer, a doença de chagas, o Acidente Vascular Cerebral (AVC), diabetes e crises hipertensivas. Conforme Sales e Santos (2007), a elevada prevalência de doenças crônicas, somada à ocorrência de duas ou mais doenças concomitantes, têm sido consideradas responsáveis pela necessidade de maior permanência hospitalar e pela progressiva perda de autonomia dos idosos. Dentre outras causas estão os processos cirúrgicos, que não foram especificados os motivos, e os acidentes destacando os domésticos (quedas da própria altura com e sem fraturas).

Agora já considerando os participantes como acompanhantes dos idosos e com a finalidade de identificar a função em que os mesmos exerciam dentro do hospital foram disponibilizadas três opções de resposta categorizadas em Companhia (fortalecimento de vínculo, redução de estresse e etc); Atividade de Cuidado direto (banho e trocas, apoio na administração de medicações e/ou

alimentos) e Observação do respeito aos direitos do meu familiar. O gráfico a seguir mostra as quantidades relacionadas a cada categoria.

### Qual das atividades abaixo você mais exerceu durante o processo de hospitalização deste idoso?

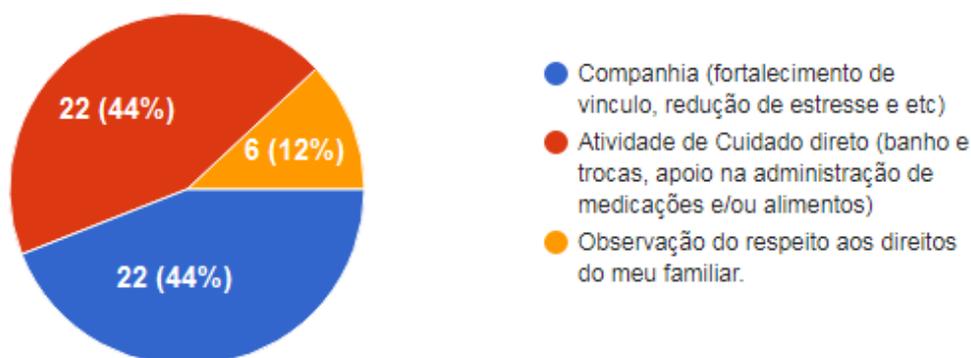


Gráfico 12 - Atividades exercidas pelos acompanhantes e/ou familiares.

Fonte: produção própria deste estudo, 2018.

Nas respostas dos próprios acompanhantes, nota-se que existe uma colaboração significativa nas atividades do ambiente hospitalar. Deparamos-nos com acompanhantes com características diversas, mas também similares, com atitudes, posturas, comportamentos, hábitos, crenças e experiências diversificadas e, que se encontram frente às normas e rotinas hospitalares.

Sabe-se que a presença do acompanhante durante a hospitalização do idoso traz importantes benefícios para seu tratamento e recuperação. O que pouco se sabe, ou que pouco se discute é o papel do acompanhante do idoso no cenário hospitalar, que, muitas das vezes, se resume à disponibilidade e solidariedade com o usuário.

Os hospitais deveriam preocupar-se em compreender as particularidades de cada idoso e de seus acompanhantes garantindo assim a possibilidade de uma melhor qualidade de vida. A interação entre acompanhante e equipe pode ajudar tanto o paciente como a equipe multiprofissional. O suporte técnico de profissionais também ajudaria o acompanhante quanto ao suprimento de suas necessidades. Conforme estudos as dificuldades no convívio diário decorre das dificuldades que o acompanhante tem para cumprir as normas do hospital e pela solicitação constante

de atendimento e de informações sobre o paciente. Para muitos profissionais, a presença do acompanhante implica em aumento de trabalho porque precisam prepará-lo para contribuir com o paciente internado. Porém essas supostas dificuldades poderiam ser minimizadas pela criação de programas de orientação, treinamento e supervisão e uma proposta de trabalho em grupo psicoterápico. (DIBAI & CADE, 2007).

Segundo Shiotsu e Takahashi (2000), os motivos que levam o acompanhante a permanecer junto com o paciente são: a dependência ou limitação física; a necessidade de observar; fiscalizar a assistência prestada; acompanhar a evolução clínica; assegurar o atendimento pela equipe; identificar as necessidades sentidas pelo paciente; dar apoio emocional; transmitir força, coragem e otimismo; assegurar a comunicação entre o paciente e a equipe que cuida.

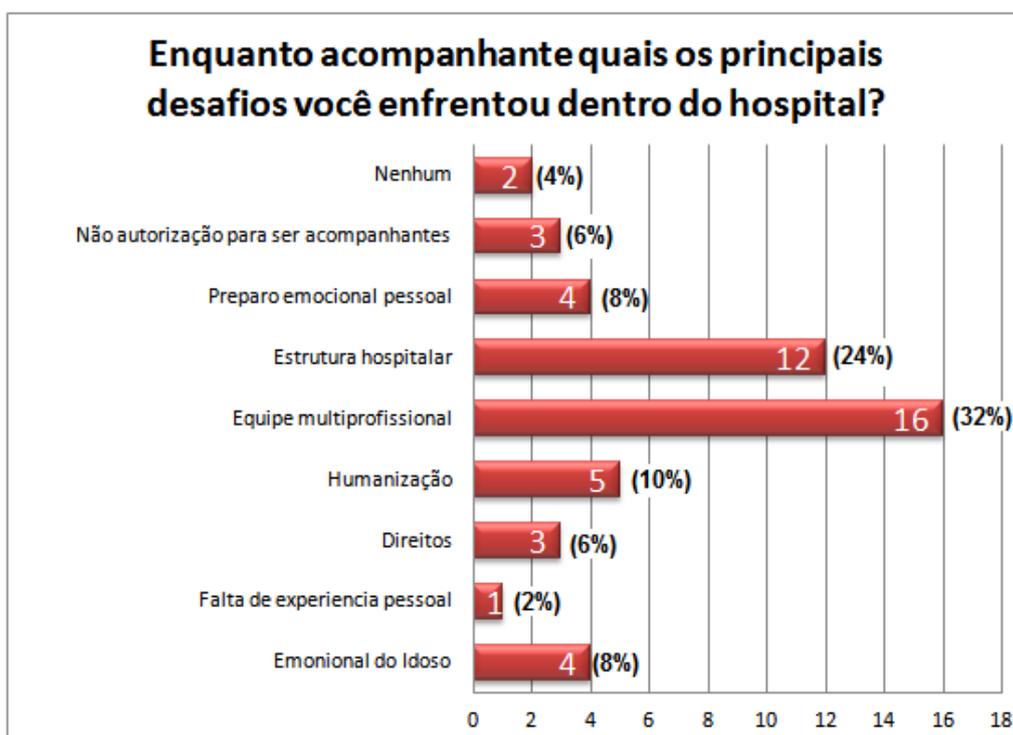


Gráfico 13 - Desafios internos enfrentados pelos acompanhantes.

Fonte: produção própria deste estudo, 2018.

No gráfico acima, organizou-se em categorias gerais os desafios descritos pelos participantes em questões abertas. Evidencia-se que esses desafios foram relacionados diretamente a instituição e ao processo de hospitalização. Pode-se observar que das pessoas que vivenciaram algum desafio à maioria enfrentou um conflito com a “equipe multiprofissional” que se relaciona também ao desafio

“humanização”. Destaca-se a falta de disponibilidade dos profissionais quando solicitados, falta de dialogo com médicos e enfermeiros, o momento da troca de plantão, a dificuldade no atendimento noturno e a falta de humanização. Esses desafios podem ser expressos nas falas a seguir:

*“Melhor atendimento dos profissionais” (PARTICIPANTE 15).*

*“A disponibilidade de profissionais” (PARTICIPANTE 20).*

*“Atenção adequada às necessidades do idoso quando acionados enfermeiros e técnicos, insistência da psicóloga em me afastar enquanto acompanhante na UTI, médico responsável “estrela”, nunca aparecia.” (PARTICIPANTE 33).*

*“Questão de acesso aos profissionais. Devido ao tratamento de alguns que recebíamos de alguns” (PARTICIPANTE 49).*

*“O médico mal aparecia para fazer visita e analisar o estado.” (PARTICIPANTE 22).*

*“Falta de humanização dos profissionais. Principalmente médicos e assistentes sociais” (PARTICIPANTE 10)*

*“Pouca humanizacao frente ao paciente” (PARTICIPANTE 28)*

Seguindo as categorias dos desafios destaca-se também a “estrutura hospitalar” que corresponde a 24% das respostas recebidas. Dentre está categoria encontrasse a dificuldade ou a falta de alimentação para acompanhantes, acomodações precárias e sujeiras nos quartos. Destaca-se também algumas falas:

*“Ter que dormir na cadeira, não ser disponibilizado alimentação para acompanhante.” (PARTICIPANTE 19)*

*“Estrutura precária para acomodar os acompanhantes, dormíamos em cadeiras plásticas quebradas.” (PARTICIPANTE 37)*

*“O frio e noite sem dormi” (PARTICIPANTE 25)*

Três (6%) dos participantes caracterizaram o desafio enfrentado com relação diretamente e mais subjetiva a categoria “direitos”. Pode-se observar nas falar abaixo:

*“Não poder ajudar pessoas que tinham pouco grau de instrução a buscar seus direitos. Muitas vezes agi como se fosse da família de alguém para que tivessem direitos garantidos.” (PARTICIPANTE 6)*

*“A falta de respeito quanto aos direitos, a não profissionalismo da equipe de saúde( enfermagem e técnicos) e a falta de descaso dos assistentes sociais que não tive acesso.” (PARTICIPANTE 13)*

*“Para o reconhecimento dos direitos do idoso e com relação com a equipe multiprofissional.” (PARTICIPANTE 16)*

Outros 18% dos participantes relacionaram os desafios enfrentados com categorias pessoais como “falta de experiência pessoal” e emocionais sendo tanto pessoal quanto do idoso(a). Segue algumas falas selecionadas que contemplam essas categorias citadas.

*“O nervosismo da minha avó em relação a equipe do hospital ocasionado pela doença.” (PARTICIPANTE 3).*

*“Resistência do idoso em receber os cuidados médicos.” (PARTICIPANTE 40).*

*“O confinamento” (PARTICIPANTE 4).*

*“Lidar com o lado emocional meu e do paciente.” (PARTICIPANTE 30).*

*“Falta de experiência em cuidar de um idoso em situação de total dependência no leito. Em muitos momentos também me sentia sozinha pois o meu plantão era o da noite.” (PARTICIPANTE 29).*

Finalizando temos os familiares que não conseguiram ser assegurados, tendo os seus direitos em quanto acompanhantes negado, categoria essa que já foi analisada e explicada em sessão anterior. E por fim outros 4% dos participantes afirmaram não ter enfrentado desafios internos durante a hospitalização do seu familiar idoso.

O gráfico a seguir mostrará quais os desafios externos os participantes enfrentaram para continuar na situação de acompanhante desses idosos.

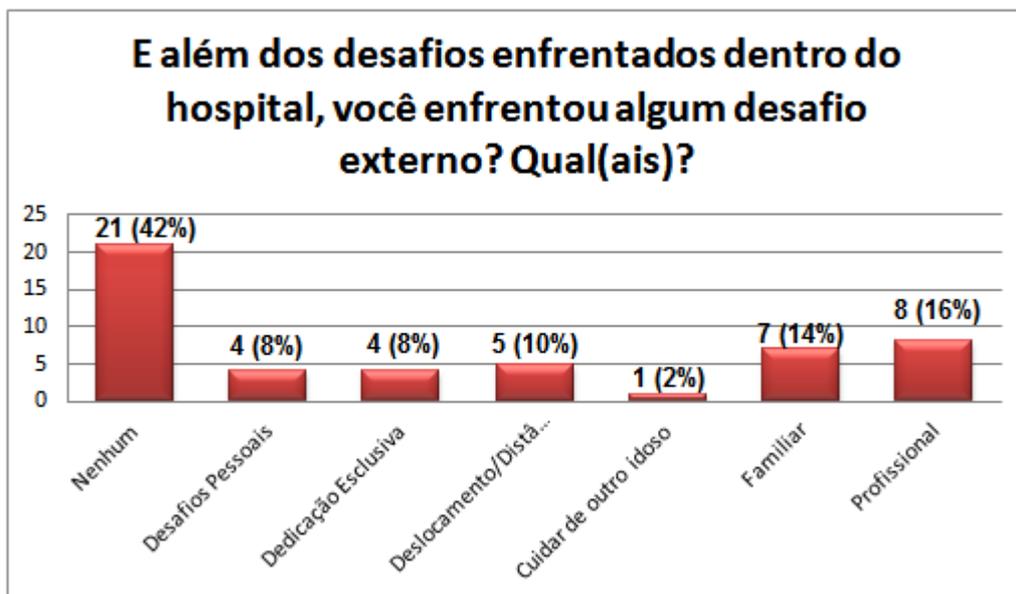


Gráfico 14 - Desafios externos enfrentados pelos acompanhantes.

Fonte: produção própria deste estudo, 2018.

Os dados apresentados acima são opostos aos dados do gráfico anterior, uma vez que 42% dos participantes afirmam não ter enfrentado desafio para além do hospital. No entanto dos que afirmaram ter enfrentado diversos desafios, destaca-se em 8% os desafios relacionados a categoria “profissional” que remete as dificuldades que os acompanhantes enfrentaram em relação a conciliar seus respectivos empregos e funções para poder está como acompanhante daquele idoso. Além disso, e não menos importante faz-se necessário destacar os desafios na categoria “familiar” que podem ser expressos nas falas a seguir:

*“Ter que conviver com desentendimentos na família por falta de colaboradores.” (PARTICIPANTE 12).*

*“Acordos familiares sobre cuidados ” (PARTICIPANTE 28).*

*“Falta de disponibilidade de tempo por parte dos familiares.” (PARTICIPANTE 35).*

*“Sim. Muitos desentendimentos com uma das filhas. no caso, minha tia.” (PARTICIPANTE 38).*

Dos participantes, 10% afirmaram como desafios externos enfrentados situações relacionadas a categoria “deslocamento” sendo essa atribuída para o deslocamento das moradias para o hospital, do hospital para local de trabalho e

estudo e em alguns caso pela necessidade de um acompanhamento especializado a internação ser município diferente ao município de moradia.

A pesquisa identificou também pessoas que tiveram que se dedicar exclusivamente ao processo de hospitalização daquele idoso, fazendo com que trabalho, estudos, vidas pessoais e sociais fossem abandonadas para que o suporte necessário para o idoso fosse garantido. Esses se compõem em 16% dos participantes. Por fim, não menos importante, e sim um dado que atualmente está presente em diversas famílias, além da atenção e cuidado com aquele idoso internado as famílias possuíam também outros idosos em casa que necessitavam de cuidados.

Ao serem perguntados se diante todos esses desafios existentes e enfrentados, existiu algum suporte da equipe multiprofissional 34 (68%) dos participantes responderam que não houve suporte para a resolução de seus problemas.

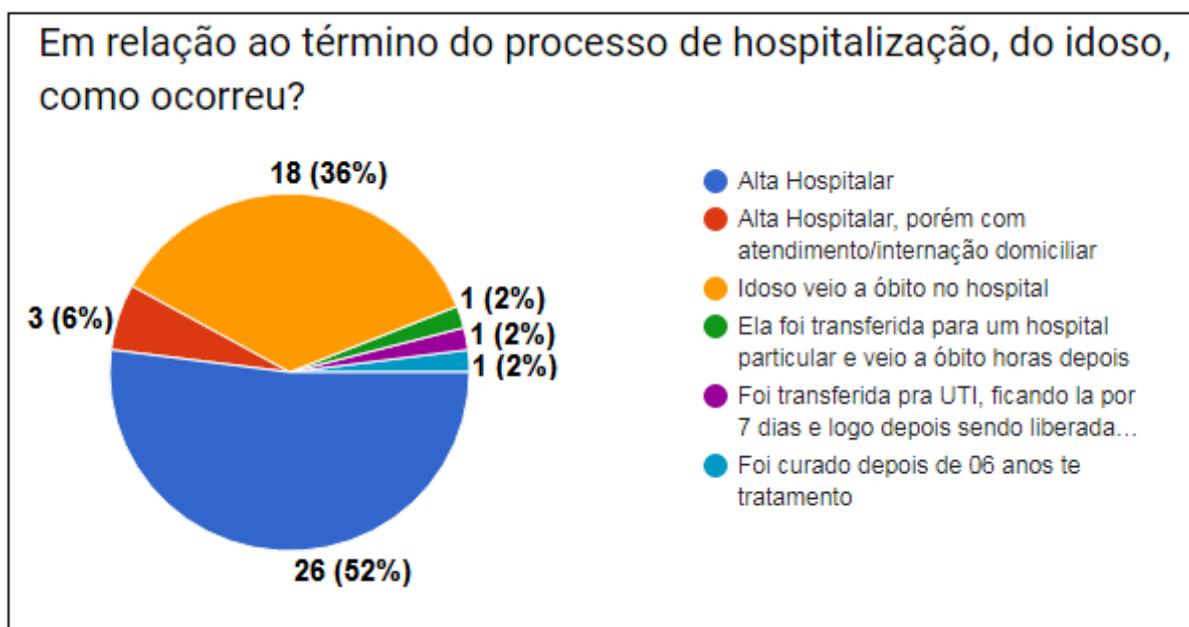


Gráfico 15 - Desfecho do idoso ao processo de hospitalização

Fonte: produção própria deste estudo, 2018.

O gráfico acima mostra como se ocorreu o termino do processo de hospitalização referente ao idoso. Percebe-se que 52% dos idosos receberam alta hospitalar e que 36% vieram a óbito durante a hospitalização.

#### 4.4. Processo de envelhecimento sob a ótica dos familiares participantes.

Para finalizar a pesquisa os participantes foram submetidos a algumas perguntas sobre o tema abordado e a compreensão sobre o processo de envelhecimento. Segue algumas falas para que possam ser refletidas e compreendidas em suas particularidades.

*“Natural mas repleto de cuidados especiais, principalmente atenção e afeto.” (PARTICIPANTE 1)*

*“Rude e solitária.” (PARTICIPANTE 7)*

*“Um processo doloroso, com marcas que o tempo alivia, quando o idoso tem um retorno e um cuidado por parte da família, quando ele se sente abraçado.” (PARTICIPANTE 9)*

*“Doloroso num país que não são respeitado os direitos.” (PARTICIPANTE 11)*

*“É um processo natural do ser humano mais acredito que deveriam ter mais assistência familiar, governamental, visando melhorar sua qualidade de vida.” (PARTICIPANTE 12)*

*“O envelhecimento é um processo caracterizado por mudanças fisiológicas, psicológicas, que a decorre levam a diminuição da capacidade do indivíduo ao meio ambiente”. (PARTICIPANTE 13)*

*“A última etapa da vida” (PARTICIPANTE 15)*

*“Uma transição com necessidades de atenção e melhor condição na qualidade de vida.” (PARTICIPANTE 20)*

*“Um processo bastante difícil e doloroso.” (PARTICIPANTE 27)*

*“Processo natural que pode ser saudável ou não, a depender do histórico da pessoa.” (PARTICIPANTE 30)*

*“Apesar de estar vivenciando essa fase da vida ainda não consigo explicar o processo.” (PARTICIPANTE 31)*

*“Natural, complexo e necessitando de atenção integral, políticas públicas.” (PARTICIPANTE 33)*

*“Um processo natural, porém que requer supervisão e cuidados por parte da família, bem como de toda a sociedade.” (PARTICIPANTE 43)*

*“O processo de envelhecimento é algo que não podemos fugir. Mas cabe a nós familiares e enquanto futuros a passar nesse processo. Procurar ter uma qualidade de vida um pouco melhor , mesmo sabendo que não fácil diante das dificuldades da vida.” (PARTICIPANTE 49)*

*“Só passando pra saber. Rsss” (PARTICIPANTE 21)*

*“Isso só o futuro nus permite falar.” (PARTICIPANTE 23)*

O caráter humano e universal destas falas que advém das subjetividades dos sujeitos impõe a este jovem pesquisador um silêncio em relação a análise pois não parece que existam neste momento articulações teóricas capazes de alcançar a profundidade do que foi dito sobre viver e envelhecer.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil, nos últimos anos, percebe-se as modificações significativas nos padrões demográficos e de saúde da população mundial, ocasionando um crescimento relevante da população idosa. O envelhecimento, uma etapa da vida, com suas peculiaridades, só pode ser compreendida a partir da relação que se estabelece entre os diferentes aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. O envelhecimento é um processo que ocorre durante a vida do ser humano. Inicia-se com o nascimento e termina com a morte, aparentemente demonstra ser um processo simples, mas cada uma das fases carregam um conjunto de peculiaridades que as tornam singulares de per si, mas compõem a totalidade do curso da vida humana.

A realização deste estudo na perspectiva do referencial teórico do envelhecimento e do processo de hospitalização no Brasil possibilitou a construção da história das experiências dos familiares acompanhantes dos idosos em situação de internamento hospitalar e a compreensão dos núcleos temáticos deles extraídos.

As unidades hospitalares brasileira enfrentam dificuldades ou estão iniciando sua estruturação quanto à organização da assistência no que tange à permanência da família nesse ambiente institucional, à sua participação no tratamento, bem como à natureza da relação entre familiares e profissionais de saúde. É um desafio para a consecução das ações de saúde a inclusão do paciente e da família no planejamento e efetivação do cuidado e que esses deixem de ser vistos como objeto e passem à condição de sujeito dessas ações. Destaca-se, que, as equipes de saúde ainda não conseguiram fortalecer a ideia de que a família é uma unidade que possui demandas e necessidades específicas no contexto hospitalar e que a criação de recursos de apoio e de espaços onde possam manifestar suas crenças são ações que poderiam vir a promover o enfrentamento da situação. Dessa maneira pode-se conceber a família como uma instituição social, historicamente condicionada, dialeticamente articulada com a sociedade, tendo como tarefas primordiais o cuidado, a proteção e a garantia da sobrevivência dos seus membros, independentemente do arranjo familiar ou da forma como esteja organizada e se definindo de acordo com a classe social na qual esteja inserida.

Ser acompanhante de um idoso hospitalizado revela que não é apenas exercer um papel de garantir uma melhor qualidade de vida, as experiências relatadas desse processo mostram dificuldades, necessidades, preocupações, conflitos e demandas. Nesse contexto, eles se titularam como importantes por proporcionarem apoio emocional ao paciente, auxiliarem nas atividades de cuidado, acompanhar a sua evolução clínica, observar e fiscalizar a assistência prestada pelos profissionais. Assim assumir a condição de acompanhante derivou de sentimentos de afetividade, obrigação, disponibilidade e remeteu à necessidade de estar próximo do paciente, transmitir apoio, facilitar a adaptação dele no hospital, realizando cuidados diretos, obter informações sobre a doença e o tratamento, e também implicou manifestação de desgaste físico e emocional. A hospitalização do idoso trouxe algumas mudanças na rotina familiar, principalmente o abandono do trabalho, das atividades sociais e de lazer, o afastamento de amigos e familiares e a redistribuição de papéis no meio familiar.

As demandas trazidas pelos acompanhantes se revelaram como independentes daquelas dos pacientes internados, com implicações para a instituição hospitalar e para a equipe profissional. Ajudar e estar junto num momento de adoecimento e hospitalização é um processo difícil, pois o acompanhante precisa mudar seu estilo de vida para adequar-se às regras do hospital, à estrutura de acomodação oferecida pela instituição e à disponibilidade da família em ajudar. Portanto, torna-se imprescindível uma política de atendimento para esse grupo específico, levando em considerações também os novos arranjos familiares.

Diversas pesquisas anteriores, de forma expressiva, trazem apenas os acompanhantes e familiares como desafios, problemas e dificuldades para as equipes multiprofissionais, outros estudos só fazem a análise sob a ótica dos profissionais de enfermagem, e outros trazem a necessidade de inserir os acompanhantes como sujeitos na participação do cuidado.

Os achados do presente estudo poderão subsidiar juntamente com as demais produções que fazem as mesmas convergências, para o fortalecimento do processo de envelhecimento, na perspectiva do adoecimento e do processo de hospitalização dos idosos. O adoecimento e a hospitalização provocam experiências emocionais intensas e complexas. A doença faz surgir um novo contexto, que exige a mobilização de recursos internos para a adaptação necessária à situação imposta

pelo adoecer. Novas relações se estabelecem, e a equipe multiprofissional, o hospital passam a fazer parte desse novo contexto (LIMA, 2004; CAMPOS, 1995).

Certos de que outros olhares e outras interpretações podem e devem surgir a partir de nossas análises, contudo afirmamos que o envelhecimento e a velhice devem ser entendidos como questões intrínsecas à sociedade contemporânea e que, portanto dizem respeito a todos nós.

Não continuemos esperando “passar pra saber”.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVAREZ AM, GONÇALVES LHT. Tendo que cuidar: a vivência do idoso e da família cuidadora no processo de cuidar e ser cuidado em contexto domiciliar. *Texto Contexto Enferm.* 2001 Maio-Ago; 10 (2): 205-7.
- ALVES, J. E. D. Transição da fecundidade e relações de gênero no Brasil. Tese [Doutorado em Economia]. Belo Horizonte (MG) - Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional. Universidade Federal de Minas Gerais; 1994
- ANTUNES, José Leopoldo Ferreira. *Hospital-Instituição e História Social*. São Paulo: Editora Letras & Letras , 1991 .
- BARLETTA, Fabiana Rodrigues. A pessoa idosa e seu direito prioritário à saúde: apontamentos a partir do princípio do melhor interesse do idoso. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v.15, n.1, p. 119-136, mar./ jun. 2014. Disponível em: . <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v15i1p119-136>. 33
- BORN, Tomiko. *Cuidar Melhor e Evitar a Violência. Manual do Cuidador da Pessoa Idosa*. Tomiko Born (org.) Brasília: Secretaria Especial de Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, 2008.
- BOURDIEU, P. *O poder simbólico*. 2. ed. Rio de Janeiro, RJ: Bertrand Brasil, 1998.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- \_\_\_\_\_. Lei n. 10.741, de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF, 2010.
- \_\_\_\_\_. Lei n. 8.742, de 07 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília, DF, 2010.
- \_\_\_\_\_. Lei n. 8.842, de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF, 2010.
- \_\_\_\_\_. Lei n. 8080, de 19 de Dezembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSI. *Diário Oficial da União, Poder Executivo*, Brasília, DF, 20 out. 2006.
- BRÊTAS, A.C.P. Cuidadores de idosos e o sistema único de saúde. *Rev. Bras. Enferm.* Brasília, v. 56, n. 3, p. 298-301, mai./jun., 2003.
- BRITO, F.C; LITVOC, C. J. Envelhecimento – prevenção e promoção de saúde. São Paulo: Atheneu, p.1-16, 2004.
- BRITO, Thaís Alves et al . Capacidade funcional e fatores associados em idosos longevos residentes em comunidade: estudo populacional no Nordeste do Brasil. *Fisioter. Pesqui.*, São Paulo , v. 21, n. 4, p. 308-313, Dec. 2014 . Disponível

em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-29502014000400308&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502014000400308&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 18 Mar. 2018.

BUSS PM, PELLEGRINI FILHO A. A saúde e seus determinantes sociais. Physis - Rev Saude Coletiva 2007; 17(1):77-93.

CAMARANO A. A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: Freitas EV, Py L, Néri AL, Cañado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM, organizadores. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2002. p. 58-71. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td\\_0858.pdf](http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td_0858.pdf) > Acesso em: 18 mar. 2018.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. Perspectivas de crescimento para a população brasileira: velhos e novos resultados. Rio de Janeiro: IPEA, 2009. (Texto para Discussão). Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td\\_1426.pdf](http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td_1426.pdf) > Acesso em: 22 mar. 2018.

CARVALHO J. A. M. , GARCIA R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. Cad Saude Publica. 2003 Mai-Jun;19(3):725-733.

CAVALCANTE, Zedequias Vieira; DA SILVA, Mauro Luis Siqueira. A Importância da Revolução Industrial no mundo da tecnologia. 2011. Disponível em: <[https://www.unicesumar.edu.br/epcc-2011/wp-content/uploads/sites/86/2016/07/zedequias\\_vieira\\_cavalcante2.pdf](https://www.unicesumar.edu.br/epcc-2011/wp-content/uploads/sites/86/2016/07/zedequias_vieira_cavalcante2.pdf) > Acesso em: 09 Mar. 2018.

CHAVES, E. C., SARGES N.A., Santos M. I. P. O. Impacto da hospitalização na independência funcional de idosos com doenças cardiovasculares. J Nurs Health [Internet]. 2014 [cited 2016 Jul 16];4(2):110-22. Available from: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/4426/3912>

CHERNICHARO, I. M.; FERREIRA, M. A. Sentidos do cuidado com o idoso hospitalizado na perspectiva dos acompanhantes. Escola Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 80-85, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/1414-8145-ean-19-01-0080.pdf> > Acesso em: 17 mar. 2018

COMISSÃO NACIONAL SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE - CNDSS. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Rio de Janeiro: CNDSS; 2008. Relatório Final da Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde.

COSTA, Maria Fernanda Baetas Neves Alonso da. Atenção integral à saúde do idoso na saúde primária: os sistemas brasileiro e espanhol. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

DAHLGREN G, WHITEHEAD M. Policies And Strategies To Promote Social Equity In Health. Stockholm: Institute for Future Studies; 1991.

DIAS, A.M; UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAI. O processo de envelhecimento humano e a saúde do idoso nas práticas curriculares do curso de fisioterapia da

UNIVALI campus Itajaí: um estudo de caso. 2007. 189 f. Dissertação de Mestrado – Universidade do Vale do Itajaí, 2007.

DIAS, Maria Berenice. Direito das Famílias. 4 ed. rev., atualizada e ampliada. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2007.

DIBAI, Márcia Bárbara Souza; CADE, Nágela Valdão. O Acompanhante na Instituição Hospitalar na Perspectiva de Profissionais da Saúde. Serviço Social & Sociedade .Ano XXVII, nº 90, p. 121-131, jun. 2007.

DIOGO, M. J.; NERI, A.; CACHIONI, M. Saúde e Qualidade de Vida na Velhice. 2ª ed. Campinas, SP: Alínea, 2006.

FERRARI, M.; KALOUSTIAN, S. M. A importância da família. In: KALOUSTIAN, S. M. (Org.), Família brasileira: a base de tudo. 5. ed. São Paulo: Cortez: Brasília, DF: UNICEF, 2002.

FIGUEIREDO, Tatiana E.; MOSER, Liliane. Envelhecimento e família: reflexões sobre responsabilização familiar, os desafios às políticas sociais e a regulamentação da profissão de cuidador da pessoa idosa. 2013. Trabalho apresentado ao Congresso Catarinense de Assistentes Sociais, Florianópolis, 2013. Disponível em: <<http://cress-sc.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Envelhecimento-e-familia-reflex%C3%B5es-sobre-a-responsabiliza%C3%A7%C3%A3o-familiar-os-desafios-as-pol%C3%ADticas-sociais.pdf>> . Acesso em: 13 mar. 2018.

FREITAS M.C., MARUYAMA S.A.T., Ferreira TF, Mota AMA. Perspectivas da pesquisa em gerontologia e geriatria: revisão de literatura. Rev. Latinoam Enfermagem. 2002; 10(2):221-8.

FOUCAULT, M. O Nascimento da Clínica. Rio de Janeiro: Forense Editora. 1977.

GIACOMIN, K. C.; UCHOA, E.; LIMA-COSTA, M. F. F. Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes. Cad. Saude Publica, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1509-1518, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n5/24.pdf>> Acesso em: 17 mar. 2018.

GONÇALVES, A.S; GUARÁ, I.M.F. In: Redes de Proteção Social na Comunidade. Redes de proteção social, 1ª. Edição, São Paulo : Associação Fazendo História : NECA - Associação dos Pesquisadores de Núcleos de Estudos e Pesquisas sobre a Criança e o Adolescente, 2010.

GONCALVES, Lucia Hisako Takase et al . Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. Texto contexto - enferm., Florianópolis , v. 15, n. 4, p. 570-577, Dez. 2006 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072006000400004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000400004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 17 Mar. 2018.

GOLDANI, A. M. As famílias brasileiras: mudanças e perspectivas. Cadernos de Pesquisa, São Paulo, v. 91, p. 18-35, nov. 1994. Disponível em: <<http://publicacoes.fcc.org.br/ojs/index.php/cp/article/view/872/879>> Acesso em> 12 mar. 2018.

GUEDES, O. S.; DAROS, M. A. O cuidado como atribuição feminina: contribuições para um debate ético. Serv. Soc. Rev. , Londrina, v. 12, n. 1, p. 122-134, jul./dez.

2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5433/1679-4842.2009v12n1p122>>. Acesso em: 17 mar. 2018.

HENRIQUES, R. T. M. O acompanhante no processo de hospitalização. REVISTA HUM@ NAE, v. 7, n. 1, 2013.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. S. Minidicionário Houaiss da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

IBGE. Censo Demográfico 2000. Disponível em: <[https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/97/cd\\_2010\\_familias\\_domicilio\\_s\\_amostra.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/97/cd_2010_familias_domicilio_s_amostra.pdf)>. Acesso em: 13 mar. 2018.

\_\_\_\_\_. Censo demográfico 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>. Acesso em: 18 mar. 2018.

\_\_\_\_\_. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica. Síntese de Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: 2001-2010; Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/> Acesso em 19 set 2017.

JANNUZZI, Fernanda Freire; Cintra, Aparecida Fernanda. Atividades de lazer em idosos durante a hospitalização. Revista Escola de Enfermagem da USP. São Paulo. 2006.

KALOUSTIAN, S. M. Família brasileira a base de tudo. São Paulo: Cortez: UNICEF, 1985.

KRIEGER N. Um glossário para epidemiologia social. J epidemiologia 2001; 55 (10): 693-700.

LIMA-COSTA MF, VERAS R. Saúde pública e envelhecimento. Cad. Saúde Pública 2003; 19: 700-701. Disponível em: <[http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/\\_artigos/13.pdf](http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/13.pdf)> Acesso em: 22 mar. 2018.

MACIEL, Márcia Rodrigues; SOUZA, Mariana Fernandes de. Acompanhante de Adulto na Unidade de Terapia Intensiva: uma visão do XIII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e IX Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba 5 paciente. Acta Paul. Enferm. v.19 n.2 São Paulo abr./jun.2006.

MAGALHÃES, ÁGATA SOUZA. Saúde e envelhecimento em cachoeira: os velhos batem às portas da atenção básica. 2016. 98f. Trabalho de Conclusão do Curso de Serviço Social, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – Centro de Artes Humanidades e Letras, Cachoeira.

MASCARO, Sônia de Amorim. O Que é a Velhice. São Paulo: Brasiliense, 1997.

MINAYO, M.C. de S. (Org.) Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 22 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

MINAYO, M.C. de S. A vida e a saúde do idoso na sociedade global e pós-industrial. Arquivo de geriatria e gerontologia, v.4, n.2, p.169-181, 2000.

MIOTO, R. C. T. Família e Serviço Social contribuições para o debate. Serviço Social & Sociedade, São Paulo, ano 18, n. 55, p. 114–130, nov. 1997.

NASCIMENTO, F.R; ALMEIDA, J.M; FILLUS, W.A. A opinião do acompanhante sobre seu papel em uma unidade de referencia em trauma. Boletim de Enferm., v.2, p. 36-50, 2008.

NERI, Anita Liberalesso. Desenvolvimento e envelhecimento: Perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas. 4. ed. São Paulo: Papirus, 2001.

NERI, A.L., SOMMERHALDER, C. As várias faces do cuidado e do bem-estar do cuidador. In: NERI, A L. (organizador). Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais. Campinas, SP: Editora Alínea, 2002, p. 9-64.

NICODEMO, D.; GODOI, M. P. Juventude dos anos 60-70 e envelhecimento: estudo de casos sobre feminização e direitos de mulheres idosas. Revista Ciência em Extensão, v. 6, nº. 1, 2010. Disponível em: [http://ojs.unesp.br/index.php/revista\\_proex/article/view/324/341](http://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/view/324/341). Acesso em: 18 mar. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Envelhecimento ativo: uma política de saúde / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização PanAmericana da Saúde, 2005.

PAIVA, Beatriz A de. O SUAS e os direitos socioassistenciais: a universalização da seguridade social em debate. Revista Serviço Social e Sociedade, São Paulo: Cortez. nº 87- ano XXVII- setembro 2006. p. 05-24.

PENA, S.B. (2002). Acompanhantes de idosos hospitalizados: um novo desafio para equipe de enfermagem. Dissertação (de Mestrado). Campinas (SP).

PENA, Silvana Barbosa; DIOGO, Maria José D'Elboux. Fatores que favorecem a participação do acompanhante no cuidado do idoso hospitalizado. Revista Latino-americana Enfermagem. Vol.13, n. 5, p. 663-669. Setembro/Outubro. 2005.

PEREIRA, R. A; DOS SANTOS, E. B; FHON, J. R. S; MARQUES, S; RODRIGUES, R. A. P. Sobrecarga dos cuidadores de idosos com acidente vascular cerebral. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 47, n. 1, p. 185-192, 2013. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Jack\\_Silva\\_Fhon/publication/236067891\\_Burden\\_on\\_caregivers\\_of\\_elderly\\_victims\\_of\\_cerebrovascular\\_accident/links/53ed29af0cf2981ada13ebfd/Burden-on-caregivers-of-elderly-victims-of-cerebrovascular-accident.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Jack_Silva_Fhon/publication/236067891_Burden_on_caregivers_of_elderly_victims_of_cerebrovascular_accident/links/53ed29af0cf2981ada13ebfd/Burden-on-caregivers-of-elderly-victims-of-cerebrovascular-accident.pdf) Acesso em: 17 mar. 2018

PINHEIRO, M. H. C.; BIASOLI-ALVES, Z. M. M. A família como base. In: WEBER, L. N. D. (Org.). Família e desenvolvimento: visões interdisciplinares. Curitiba: Juruá, 2008.

POLÍTICA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – PNAS/ 2004. Resolução 145/2004. Brasília: CNAS, 2004.

REZENDE, Cristiane Barbosa. A velhice na família: estratégias de sobrevivência. 2008. 154 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de História, Direito e Serviço Social, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2008.

SALES FM, SANTOS I. Perfil de idosos hospitalizados e nível de dependência de enfermagem: identificação de necessidades. *Texto Contexto Enferm.* 2007 JulSet; 16(3):495-502. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/a16v16n3.pdf> Acesso em: 18 mar. 2018.

SHIOTSU, Célia Hiromi; TAKAHASHI, Regina Toshie. O Acompanhante na Instituição Hospitalar. *Rev.Esc.Enf.USP*,v.34,n.1 ,p.99-107, mar.2000.

SILVA A. M. O acompanhante do paciente adulto hospitalizado: percepção dos enfermeiros [dissertação]. Guarulhos (SP): Universidade Guarulhos; 2007.

SILVA, Letícia A. S. Ambiente hospitalar: uma proposição conceitual para o elemento do entorno do cuidado de enfermagem (Dissertação de Mestrado). Rio de Janeiro: EEAN / UFRJ, Março de 2010. Disponível em <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hfb/dissertacao\\_leticia.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hfb/dissertacao_leticia.pdf) > acesso em: 09 Mar. 2018.

SILVA, M. do R. de F. e. As necessidades da população idosa e as políticas de proteção social na realidade brasileira. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL; XIII ENPESS, 2012. Juiz de Fora, Minas Gerais. Anais, 2012, p. 8.

SILVA, Maria do Rosário de Fátima e; YAZBEK, Maria Carmelita. Proteção social aos idosos: concepções, diretrizes e reconhecimento de direitos na América Latina e no Brasil. *Rev. katálysis*, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 102-110, Junho 2014. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-49802014000100011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802014000100011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 15 Fev. 2018.

SOUSA, A. I.; SILVER, L. D. Perfil sociodemográfico e estado de saúde autorreferido entre idosos. *Esc. Anna Nery Ver. Enferm.*, v. 12, nº. 4, p. 706-716, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n4/v12n4a15.pdf>. Acesso em: 01/11/14.

SPOSATI, Aldaíza. Proteção social e seguridade social no Brasil: pautas para o trabalho do assistente social. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 116, p. 652-674, Dec. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-66282013000400005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282013000400005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 30 Jan. 2018.

TEIXEIRA M.L.O, FERREIRA M.A. Uma tecnologia de processo aplicada ao acompanhante do idoso hospitalizado para sua inclusão participativa nos cuidados diários. *Texto contexto - enferm.* 2009;18(3):409-17. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n3/a02v18n3> Acesso em: 14 Mar. 2018

TRENTINO, A. C; VIEIRA, L. M; DAMASCENO, E. P. Avaliação do nível de estresse e da qualidade de vida dos cuidadores de pacientes idosos internados em hospital de retaguarda. *Revista OMNIA Saúde*, v. 6, n. 1, p. 14-26, 2011. Disponível em: <<http://fai.com.br/portal/ojs/index.php/omniasaude/article/view/28/pdf>> Acesso em: 17 mar. 2018.

VENOSA, Sílvio de Salvo. Direito Civil: Parte Geral. São Paulo: Atlas, 2007, p.168.

VIEIRA, C. P. B; FIALHO, A. V. M. Perfil de cuidadores familiares de idosos com Acidente Vascular Cerebral Isquêmico. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene, v. 11, n. 2, 2012. Disponível em: <[http://www.revistarene.ufc.br/vol11n2\\_html\\_site/a18v11n2.htm](http://www.revistarene.ufc.br/vol11n2_html_site/a18v11n2.htm)> Acesso em: 17 mar. 2018

VIEIRA, Chrystiany Plácido de Brito et al . Práticas do cuidador informal do idoso no domicílio. Rev. bras. enferm., Brasília, v.64, n.3, p.570-579, Jun 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672011000300023&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000300023&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 13 Mar. 2018.

VIEIRA, G.B., ALVAREZ, A.M., & GIRONDI, J.B.R. O estresse do familiar acompanhante de idosos dependentes no processo de hospitalização. Revista Eletrônica de Enfermagem. 2011. 78-89.

WAGNER, A. Família em cena: tramas, dramas e transformações. Petrópolis: Vozes. 2002.

WESTPHAL, Marcia Faria. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa, et al (Orgs.). Tratado de saúde coletiva. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 635-667.

## APÊNDICE A – CONVITE PARA PESQUISA

Convite divulgado nas redes sociais para participação da pesquisa:



Olá pessoas!

Convido vocês para participarem de uma pesquisa que faz parte da coleta de dados do meu trabalho de conclusão de curso - TCC, sob orientação da professora Dr<sup>a</sup> Sílvia Pereira.

Se a sua resposta para a pergunta da imagem abaixo/acima for SIM, você poderá colaborar e muito com a pesquisa.

O tempo médio para responder é de 5 minutos.

Caso tenha interesse ou dúvidas pode falar comigo inbox ou comentar aqui.

Att.

Tiago Silva,

Graduando em Serviço Social / UFRB.

## **APÊNDICE B – RESPOSTA APÓS ACEITAÇÃO DO CONVITE**

Resposta enviada para as pessoas que responderam SIM para o convite acima:

Olá,

Muito obrigado pelo contato!

O questionário faz parte da coleta de dados do meu trabalho de conclusão de curso, de Serviço Social /UFRB, sob a orientação da Professora Dr<sup>a</sup> Silvia Pereira.

A pesquisa realizada tem como objetivo identificar os desafios de ser acompanhante de idosos hospitalizados em hospitais públicos ou privados, podendo assim refletir sobre o direito do idoso hospitalizado e do seu acompanhamento.

Destacamos que esse processo de hospitalização aqui refere-se ao internamento do idoso durante algum período em um hospital público ou privado. O questionário a seguir deve ser respondido de acordo com a internação mais recente deste idoso.

Segue link: <https://goo.gl/forms/2qWpv1OU8oT9bgzC3>

O tempo médio para responder é de 5 minutos.

Desde já agradecemos a sua atenção e colaboração.

## APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS



Imagem utilizada na pesquisa pelo formulário do Google Docs.

### ACOMPANHAMENTO DA PESSOA IDOSA NO ÂMBITO HOSPITALAR: OS DESAFIOS ENFRENTADOS PELOS ACOMPANHANTES.

Você está sendo convidado a responder este questionário que faz parte da coleta de dados do trabalho de conclusão de curso, do discente Tiago Silva dos Santos, da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, no Centro de Artes Humanidades e Letras do curso de Serviço Social, sob a orientação da Professora Dr<sup>a</sup> Silvia de Oliveira Pereira. A pesquisa realizada tem como objetivo identificar os desafios de ser acompanhante de idosos hospitalizados em hospitais públicos ou privados, podendo assim refletir sobre o direito do idoso hospitalizado e do seu acompanhamento.

Destacamos que esse processo de hospitalização aqui refere-se ao internamento do idoso durante algum período em um hospital público ou privado. O questionário a seguir deve ser respondido de acordo com a internação mais recente deste idoso.

Caso você concorde em participar da pesquisa tenha atenção aos seguintes pontos: Você é livre para se recusar a terminar de responder a qualquer momento\ Caso o seu perfil não se encaixe para está pesquisa, você só conseguirá ir até a segunda questão.\ Sua identidade será mantida em sigilo\ Não há nenhum risco nesta coleta de dados\ Está pesquisa tem como benefício a produção de conhecimento sobre o tema\ Você poderá ser informado dos resultados obtidos com a pesquisa, caso tenha interesse. Este questionário é de preenchimento individual e as respostas são confidenciais.

Desde já agradecemos a colaboração.

### CRITÉRIOS PARA PARTICIPAÇÃO

- 1. Você já vivenciou o processo de hospitalização de um idoso, entre os seus familiares mais próximos?\*** Marcar apenas uma opção  
Ex: Pai, Mãe, Irmão(ã), Tia(o), Avó(ô).
  - Sim
  - Não (a pesquisa é finalizada, pois não se encaixa como perfil da pesquisa)

**2. Durante o processo de hospitalização você foi? \*** Marcar apenas uma opção

- Acompanhante em tempo integral, sem trocas.
- Acompanhante parcial, fazendo trocas com outros familiares.
- Acompanhante parcial, fazendo trocas com outros familiares e cuidadores contratados.
- Acompanhante parcial, fazendo troca com cuidador contratado.
- Outros familiares foram acompanhantes. (a pesquisa é finalizada, pois não se encaixa como perfil da pesquisa)
- Responsável financeiro pela contratação de cuidador. (a pesquisa é finalizada, pois não se encaixa como perfil da pesquisa)
- Outro: \_\_\_\_\_

### PERFIL DO ACOMPANHANTE

Tentaremos aqui traçar o perfil do acompanhante durante o processo de hospitalização do idoso. Portanto deve-se responder as perguntas a seguir em relação a época que você esteve como acompanhante.

**3. Qual sua idade na época da hospitalização do idoso? \*** Marcar apenas uma opção

- menor que 18 anos.
- 18 a 25 anos.
- 26 a 30 anos.
- 31 a 40 anos.
- 41 a 50 anos.
- 51 a 59 anos.
- 60 ou mais.

**4. Identifique seu sexo. \*** Marcar apenas uma opção

- Masculino
- Feminino
- Outro: \_\_\_\_\_

**5. Como você se descreve em termos de cor/raça ? \*** Marcar apenas uma opção

- Branca
- Preta
- Parda
- Indígena
- Amarelo

Outro:\_\_\_\_\_

**6. Qual era a sua escolaridade na época da hospitalização do idoso? \***

Marcar apenas uma opção

- Não frequentou a escola
- Fundamental incompleto
- Fundamental completo
- Médio incompleto
- Médio completo
- Superior incompleto
- Superior completo
- Pós Graduação

**7. Qual era sua ocupação na época da hospitalização do idoso? \*** Marcar

apenas uma opção

- Empregado(a) Setor Público
- Empregado(a) Setor Privado
- Autônomo(a)/Liberal
- Estudante
- Do Lar
- Desempregado(a)
- Aposentado(a)
- Pensionista
- Outro:\_\_\_\_\_

**8. Qual era a sua renda em salário mínimo, na época da hospitalização do idoso? \*** Marcar apenas uma opção

- não tinha renda
- menos de um salário mínimo
- 1 salário mínimo
- 2 a 3 salários mínimo
- 4 a 5 salários mínimo
- Mais de 5 salários mínimo
- Não sabe/Não lembra

**9. Qual o seu grau de parentesco / tipo de vínculo com o idoso? \*** Marcar apenas uma opção

- Filho(a)
- Neto (a)
- Esposo(a)/Companheiro(a)
- Irmão(ã)
- Sobrinho(a)

- Outro: \_\_\_\_\_

### PERFIL DO IDOSO HOSPITALIZADO

Esta secção pretende traçar o perfil do IDOSO que passou pelo processo de hospitalização, logo deve-se responder de acordo ao período de hospitalização.

**10. Identifique o sexo do idoso. \* Marcar apenas uma opção**

- Masculino  
 Feminino  
 Outro: \_\_\_\_\_

**11. Identifique a idade do idoso, durante o processo de hospitalização. \* Marcar apenas uma opção**

- 60 a 65 anos  
 66 a 70 anos  
 71 a 75 anos  
 76 a 80 anos  
 81 a 85 anos  
 86 a 90 anos  
 91 ou mais

**12. Estado civil do idoso, durante o processo de hospitalização. \* Marcar apenas uma opção**

- Solteiro(a)  
 Casado(a)  
 Convivência conjugal  
 União Estável  
 Separado(a) ou Divorciado(a)  
 Viúvo(a)  
 Outro: \_\_\_\_\_

**13. Com quantas pessoas o idoso morava, no período da hospitalização? \* Marcar apenas uma opção**

- Vivia em instituição de longa permanência  
 Sozinho  
 Com 01 pessoa  
 02 a 04 pessoas  
 04 a 06 pessoas  
 ou mais 06 pessoas

**14. Antes da internação hospitalar como você classifica a funcionalidade deste idoso? \* (relacionado ao dia a dia) Marcar apenas uma opção**

- Independente
- Parcialmente dependente
- Dependente total

**15. Qual era o tipo de renda (ocupação/origem da renda) do idoso na época da hospitalização? \* Marcar apenas uma opção**

- Aposentadoria
- Pensão
- Benefício Assistencial (BPC)
- Salário
- Ajuda da família
- Outro: \_\_\_\_\_

### O PROCESSO DE HOSPITALIZAÇÃO

Esta secção destina-se ao preenchimento de questões relacionadas ao IDOSO durante o processo de hospitalização. Reforçamos que nos referimos em relação ao internamento do idoso no hospital.

LEMBRE-SE DE RESPONDER DE ACORDO COM A INTERNAÇÃO MAIS RECENTE DESTE IDOSO.

**16. Por quanto tempo o idoso ficou hospitalizado? \* Marcar apenas uma opção**

- menos de 15 dias
- 15 dias
- de 15 a 30 dias
- 01 a 02 meses
- 03 meses
- 04 a 05 meses
- 05 ou mais meses

**17. Qual o motivo que levou a internação desse idoso? \***

\_\_\_\_\_

**18. Houve revezamento de acompanhantes? \* Marcar apenas uma opção**

- Sim
- Não

**19. Conte-nos, como se deu a escolha e/ou divisão dos acompanhantes? \***  
(Permite mais de uma alternativa)

- De acordo com quem estava disponível no momento.
- A(as) pessoa(s) que mais cuidava(m) do idoso.
- Pessoas que não tinham compromisso de trabalho.

Outro: \_\_\_\_\_

**20. Houve dificuldades na família para a divisão dos acompanhantes? \***

Marcar apenas uma opção

Sim

Não

**21. Gostaria de relatar algo sobre essa dificuldade?**

**22. Qual das atividades abaixo você mais exerceu durante o processo de hospitalização deste idoso? \* Marcar apenas uma opção**

Companhia (fortalecimento de vínculo, redução de estresse e etc)

Atividade de Cuidado direto (banho e trocas, apoio na administração de medicações e/ou alimentos)

Observação do respeito aos direitos do meu familiar.

**23. Como você classifica o seu desempenho enquanto acompanhante? \***

Marcar apenas uma opção

Ruim

Regular

Bom

Muito bom

**24. Enquanto acompanhante quais os principais desafios você enfrentou dentro do hospital? \***

**25. E além dos desafios enfrentados dentro do hospital, você enfrentou algum desafio externo? Qual(ais)? \* (Ex: familiar, pessoal, profissional e etc.)**

**26. Houve algum suporte da equipe multiprofissional em relação as dificuldades enfrentadas? \* Marcar apenas uma opção**

Sim

Não

**27. O Estatuto do Idoso no seu artigo 16, capítulo IV, garante que todo idoso internado ou em observação tem o direito a um acompanhante durante esse processo de hospitalização. Diante disto o hospital ofereceu condições para a sua permanência? \* Marcar apenas uma opção**

Sim

Não

**28. Caso a resposta anterior for SIM, em qual perspectiva o hospital garantiu a sua permanência?** (Ex: orientações sobre o direito, alimentação, condições de pernoite, de trocas e etc.)

---

**29. Como se deu a relação com a equipe multiprofissional?** \* Marcar apenas uma opção

- Ruim
- Regular
- Bom
- Muito bom
- não teve contato

**30. Há algo sobre essa relação que você deseja relatar?**

---

**31. Vocês tiveram contato com o Serviço Social?** \* Marcar apenas uma opção

- Sim
- Não

**32. Caso a resposta anterior seja SIM. Conte-nos como ocorreu esse contato com o Serviço Social.**

---

**33. Em relação ao término do processo de hospitalização, do idoso, como ocorreu?** \* Marcar apenas uma opção

- Alta Hospitalar
- Alta Hospitalar, porém com atendimento/internação domiciliar
- Idoso veio a óbito no hospital
- Outro: \_\_\_\_\_

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

**34. O que você achou do tema aqui abordado?** \*

---

**35. Como você compreende o processo de envelhecimento?** \*

---

**36. Caso tenha interesse em receber o resultado desta pesquisa, deixe aqui o seu email.**

---

\* Perguntas de respostas obrigatórias.