

OS CUIDADORES FAMILIARES E PROFISSIONAIS NA PERSPECTIVA DO SUJEITO IDOSO HOSPITALIZADO

Simone Nenê Portela Dalbosco¹
Johannes Doll²

RESUMO

Este artigo apresenta resultados parciais de uma pesquisa que buscou compreender a percepção do sujeito idoso hospitalizado a respeito do cuidador familiar e profissional, em hospital particular de uma cidade do interior do RS. Para tanto, empregou-se o método de entrevista, utilizando-se um roteiro de perguntas, cujas respostas foram gravadas, transcritas e analisadas à luz de Dejours, Waldow e outros teóricos. Os dados coletados evidenciaram que o idoso com patologias graves sente-se mais seguro no hospital, porque neste local conta com o apoio técnico indispensável, preferindo, nesse caso, o cuidador profissional ao familiar. Além disso, constatou-se a necessidade dos cuidadores profissionais receberem formação permanente, com inserção de conteúdos gerontológicos nos currículos, a fim de que possam orientar idosos e seus familiares sobre a sua patologia, visando à continuidade do cuidado em casa, ações preventivas para melhorar a qualidade de vida e evitar reincidência nas internações.

Palavras-chave: Envelhecimento. Idoso hospitalizado. Cuidadores profissionais. Cuidadores familiares.

THE FAMILY AND PROFESSIONAL CAREGIVERS IN THE PERSPECTIVE OF THE HOSPITALIZED ELDER

ABSTRACT

This article demonstrates partial results of an investigation which intended to look for comprehend the perception of the hospitalized elder concerning the family and professional caregiver, in a private hospital from a country town situated in the state of RS. Moreover, the interview method was used, making use of some structured questions, which answers were recorded, transcribed and analyzed in view of Dejours, Waldow and other theorists. The collected data showed that the elder with serious diseases feels safer in the hospital, because inside this place he or she has a technical staff support, preferring, in this case, the professional caregiver instead the familiar one. Furthermore, it was possible to realize the necessity for accomplishing permanent educational background that the professional caregivers have to have regarding the gerontological content in the course of studies, in order to be able to guide the elderly as well as their family about his or her pathology, using preventive solutions to support the permanence of the home care, with protective acts in view of the improvement of the life quality and also to avoid the recurrence of the admissions.

Key-words: Ageing. Hospitalized elder. Professional caregivers. Family caregivers.

¹ Graduada em Psicologia pela Universidade de Passo Fundo (UPF), Mestre em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Professora das Escolas de Psicologia e Administração da Faculdade Meridional (IMED), Passo Fundo/RS.

² Graduado em Teologia Católica (Universidade de Tübingen, Alemanha) e Educação (Universidade Koblenz-Landau, Alemanha), Gerontólogo (Universidade de Heidelberg, Alemanha), Mestre em Educação (UFRGS), Doutor em Filosofia (Universidade Koblenz-Landau, Alemanha), Professor da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Introdução

Durante os anos de formação acadêmica no curso de Psicologia e estágios realizados em ambientes hospitalares, foi possível perceber, no convívio com outros profissionais de saúde, um cuidador sob constante tensão, que adoecia, afastando-se temporariamente da sua prática profissional. Por outro lado, observava-se que os cuidadores familiares, que permaneciam tempo integral com seu parente hospitalizado, também se revelavam, muitas vezes, cansados, debilitados, sem alternativa de fazer rodízio com outro familiar, portanto, sem a possibilidade de se recompor para o exercício do cuidado.

Com o passar dos anos, o trabalho no setor de recursos humanos de um hospital nas proximidades de Passo Fundo/RS despertou o interesse pela reestruturação da Unidade de Internação Geronto-Geriátrica (UIGG) no que tange a aspectos como a promoção da saúde dos trabalhadores, primando pela prevenção de doenças físicas e psíquicas, atividade na qual houve pleno apoio da administração hospitalar. Para tanto, foi necessário buscar maior referencial para uma pesquisa voltada à implementação de ações educativas e interdisciplinares para o cuidado no campo da gerontologia, o que se deu por meio do curso de Mestrado na área da Educação.

A partir dessa necessidade, foi definido como objetivo geral dos estudos conhecer e compreender a percepção do sujeito idoso hospitalizado a respeito de si mesmo e dos cuidadores familiares e profissionais. Dentre os objetivos específicos, foi destacado o apreender o processo global vivenciado pelo sujeito idoso com relação aos cuidadores familiares e profissionais na instituição hospitalar, investigando as semelhanças e diferenças do cuidado realizado em casa e na instituição hospitalar.

Metodologia

Visando ao alcance dos objetivos propostos, a pesquisa, de abordagem qualitativa, empregou o método de entrevista, a qual ocorreu, individualmente, no quarto de cada um dos participantes do estudo, sendo norteada por um roteiro de perguntas pré-estabelecidas.

Salienta-se que, a fim de atender às exigências formais, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética de Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sendo posteriormente aprovado. Em seguida, mediante a assinatura do Termo de Consentimento, foi solicitada a autorização dos participantes, aos quais foram assegurados o sigilo e o anonimato (questão ética). Por isso, para atender a essa prerrogativa, ao longo da discussão dos resultados, serão mencionadas apenas suas respectivas idades, sem identificá-los pelo nome.

A amostra contou com 19 sujeitos, escolhidos de acordo com os seguintes critérios: ter 60 anos ou mais; ser idoso na condição de hospitalizado na instituição hospitalar pesquisada; ter disponibilidade, desejo e condições de interação com o estudo. Com vistas a garantir a validade e a coerência das informações, foram excluídas da amostra pessoas demenciadas, uma vez que estas poderiam, pela condição em que se encontram, comprometer a coleta de dados.

As respostas obtidas foram gravadas, transcritas e analisadas com base nos estudos de Dejours (1992; 1994), Waldow (2001; 2007) e outros teóricos, focalizando assuntos pertinentes ao tema, a saber: “a percepção do idoso com relação ao cuidador: os âmbitos familiar e profissional”.

Fundamentação Teórica

De acordo com Kohlrausch et al. (2000), o cuidado na enfermagem passou a ser tema de estudo principalmente a partir da década de 1980, quando a humanização do cuidado voltou a fazer parte das inquietações de várias pesquisadoras da área da enfermagem, entre elas Meyer, Waldow e Lopes (1998).

Isso é extremamente relevante principalmente considerando que a complexidade e a rotina que envolve o ambiente hospitalar propiciam um atendimento mais “automatizado” das pessoas envolvidas no trabalho, as quais muitas vezes esquecem a importância do toque, da conversa, do sorriso e da disponibilidade em ouvir o ser humano que está sob cuidados. Ocorre, assim, uma “mecanização” no atendimento, o que pode dar origem ao profissional que apenas cumpre as atividades diárias, sem refletir sobre elas.

Em se tratando do envolvimento entre o cuidador e o cuidado, é preciso perceber que há uma multiplicidade de maneiras de se demonstrar atenção, no entanto o contato físico é, dentre todos, o melhor caminho para estabelecer um satisfatório relacionamento interpessoal, constituindo-se, por isso, em uma efetiva forma de comunicação. Dessa forma, é imprescindível que o profissional cuidador mantenha um vínculo afetivo com o enfermo, em especial no caso de o mesmo ser idoso. (Waldow, 2001; 2007)

Nessa dimensão, pode ocorrer que, eventualmente, a linguagem verbal esteja comprometida, sendo necessário, nesses casos, “um processo de re-encaminhamento para a recuperação”. Segundo o autor,

Necessita[-se], muitas vezes, de esforços repetidos e consistentes, pois a instalação da morte psicossocial leva a resistências, às vezes insuperáveis. Retomar a palavra para o aperfeiçoamento humano nem sempre é tarefa fácil para os amigos, familiares e para o indivíduo que necessita ressignificar o seu universo representativo e afetivo. (Both, 2004, p. 33)

Quanto ao contato físico entre os dois sujeitos, o toque revela-se

[...] um meio de comunicação, tornando o corpo mediador da relação do cuidador com o idoso, pois o toque permite ao idoso sair de seu isolamento. Ele torna-se uma linguagem, não [sendo] desprovido de emoções, mas um gesto maior, inscrito numa imensa dimensão afetiva. (Santos, 2001, p. 93)

Segundo a autora, algumas medidas são indispensáveis:

[...] utilização de frases claras e simples, ouvir o idoso com paciência, respeitando seu ritmo de resposta, ser amável e atencioso, chamá-lo pelo seu nome, evitando expressões como *vozinha*. Aos idosos desorientados, o cuidador deve procurar estabelecer rotinas diárias, porque a repetição facilitará ao idoso perceber que seu dia está transcorrendo. Utilizar cartazes com letras grandes também facilita a comunicação. (Santos, 2001, p. 88)

Conforme Waldow (2001), o cuidado consiste, muito mais do que em uma simples atividade profissional, em um comportamento que as pessoas passam a considerar como sendo um direito daquele que precisa. Isso significa que as sociedades

em geral reconhecem que as pessoas convivem trocando experiências, propiciando desenvolvimento e conforto ao seu semelhante.

A mesma autora, no entanto, defende que não há fórmula pronta para realizar o cuidado, pois ele vai além da racionalização – precisa ser um agir significativo e estar investido de afeto, em que o sentir tem prioridade sobre a razão. Para ela, os profissionais cuidadores precisam ter um equilíbrio entre o racional e o afetivo, para que o ser cuidado se sinta aceito e respeitado, independente de sua condição atual, em geral fragilizada.

Nessa perspectiva, a preocupação do profissional não deve estar centrada apenas no diagnóstico da enfermidade de seus pacientes. Ele precisa, em vez disso, que aquele que está sendo cuidado seja atendido também em suas necessidades psicológicas, analisando a pessoa como um todo, e não apenas partes dela.

Silva (2001), por seu turno, ressalta a necessidade de se oferecer aos profissionais da área da saúde apoio e condições humanizadoras para que o sentimento dos pacientes frente ao cuidado possa ser melhor compreendido. Esta seria, inclusive, uma forma de qualificar o atendimento prestado, o que inclui aquele dado por meio da linguagem verbal e não-verbal.

Defende Horta (1979) que o profissional da saúde é um ser humano, tendo, assim como qualquer outra pessoa, sua subjetividade e individualidade. Especialmente, ele é um ser humano que se compromete com a vida e com a qualidade de vida, assumindo o compromisso com essas questões no momento em que busca conhecimentos e desenvolve habilidades com vistas a se tornar um cuidador.

Além disso, o enfermeiro também é alvo de cuidado e de um olhar que o reconheça com suas capacidades e limitações. Existem características próprias que o identificam. Talvez a principal seja a sua disponibilidade para cuidar. O ser/enfermeiro e o ser/paciente coexistem, ou seja, um depende do outro: o paciente, do resgate de sua saúde e o enfermeiro, do exercício de sua profissão. Dessa forma, o desafio dos cuidadores é reconhecer suas próprias potencialidades e dificuldades, não se considerando onipotentes, já que a relação entre as pessoas, frente ao exercício da prática profissional, exige muita doação.

Porém, há outra questão imbricada nesse desafio: o sistema capitalista, que gerou transformações importantes, inclusive no que se refere à organização do trabalho e sua dinâmica. A exigência pela qualidade tem se refletido nas instituições, as quais primam pelo aumento de produtividade, em detrimento, muitas vezes, da qualidade de vida do trabalhador. Conforme já mencionado, as transformações no mundo do trabalho fizeram com que fossem evidenciadas questões relativas aos processos de qualidade de vida, saúde e doença dos trabalhadores, aqui, em especial, dos profissionais cuidadores de idosos (Dejours, 1992). Tais profissionais têm como responsabilidade a prestação de auxílio às pessoas para que elas mantenham um nível satisfatório de bem-estar.

Na área específica do trabalho, Dejours (1992) afirma que o sistema organizacional é a causa de algumas descompensações dos trabalhadores, como a elevação no nível de estresse, com ocorrência de episódios de crises de choro, angústia e ansiedade, por exemplo. A partir disso, é possível dizer que as organizações nem sempre se encontram preparadas para lidar com problemas de saúde apresentados pelos funcionários, reagindo apenas quando sua saúde coletiva é afetada.

No que tange à coletividade, à organização hospitalar, é necessário lembrar que os profissionais da área da saúde dependem da forma como o trabalho está estruturado e dos recursos internos que eles utilizam para transpor as dificuldades cotidianas. Silva e Massarollo (1998) referem que as dimensões da estrutura política e organizacional dos

ambientes de trabalho interagem com aspectos particulares de cada trabalhador, como sua individualidade, que define suas ações e reações, a qualidade de seu trabalho e, conseqüentemente, se reflete na sua própria qualidade de vida.

Dejours refere que “do choque entre o indivíduo, dotado de uma história personalizada, e a organização do trabalho, portadora de uma injunção despersonalizante, emerge uma vivência e um sofrimento” (1992, p. 43). A despersonalização e anonimato, que tornam todos iguais, negando a singularidade do sujeito trabalhador, é causadora de doenças cujos sintomas atingem, em diferentes graus, tanto a empresa, quanto a sua própria família, que, por vezes, também adoece. Dessa forma, o profissional da saúde trabalha numa organização onde emergem a dor, o sofrimento, o desespero, além de danos, que vão desde a perda parcial da saúde até perdas irreversíveis de pessoas.

No que concerne à atividade dos profissionais da área da saúde, Codo, Sampaio e Hitomi (1994) chamam a atenção para a síndrome que os acomete, em especial quando estão vinculados à área da educação. De acordo com os autores, esses trabalhadores tendem a se envolver afetivamente com as pessoas, entrando em exaustão emocional, uma vez que destinam grande carga de energia psíquica no exercício do cuidado. Com isso, ocorre um desgaste que afeta a sua saúde física e mental, o que desencadeia o estresse e a Síndrome de *Bournout*:

Cuidar exige tensão emocional constante, atenção perene. Grandes responsabilidades espreitam o profissional em cada gesto no trabalho. O trabalhador se envolve afetivamente com seus clientes, se desgasta e, num extremo, desiste, não agüenta mais, entra em *ournout*. (Codo, Sampaio & Hitomi, 1994, p. 238)

Nesse caso, o gestor de recursos humanos pode e deve ser um agente de mudanças ao cuidar de quem cuida, promovendo a educação continuada na organização hospitalar. Também lhe cabe agregar um conjunto de ações que envolvem planejamento, aperfeiçoamento e qualificação profissional, oferta de possibilidades de formação e capacitação que atendam às necessidades de desenvolvimento de competências para atenção à saúde com qualidade de vida do trabalhador.

A saúde e o trabalho são ambos os requisitos fundamentais para uma vida de qualidade e, portanto, é necessário entender como prioritárias a afirmação da vida e a luta pela saúde nos locais de trabalho. Assim, promover a saúde no espaço de trabalho implica, necessariamente, fortalecer a capacidade individual e coletiva para transformar as situações hostis e que causam sofrimento. Isso significa dizer que a saúde e o adoecer são reações e sintomas através dos quais a vida se manifesta, correspondendo a experiências singulares e subjetivas e, portanto, não devendo estar presas a conceitos restritos. Assim, a saúde é tecida e mantida na teia social que se expressa no micro cosmo da empresa e do grupo familiar.

Conforme Dejours (1994), a prevenção é uma das abordagens mais eficazes e menos onerosas em termos financeiros. Em outras palavras, as pessoas precisam ser educadas para a saúde e para o bem-estar, percebendo que a prevenção, associada aos bons hábitos de vida, constitui-se o melhor caminho para evitar e combater as doenças ou transtornos oriundos da relação homem-organização.

Nessa perspectiva, a educação para a saúde compreende um trabalho coletivamente desenvolvido pelos órgãos públicos e pela comunidade em geral. Implica muita informação, primando pela prevenção, o que significa desenvolver um trabalho

contínuo de conscientização de que o maior beneficiado neste processo é o sujeito. Implica, sobretudo, a possibilidade de o trabalhador ser percebido como alguém singular, e não como uma peça a mais na máquina organizacional.

Para Codo, Sampaio e Hitomi (1994), o objetivo principal da educação para a saúde, ou da reeducação, em alguns casos, é ajudar a desenvolver a consciência da importância de uma alteração no estilo de vida para que se alcance, enfim, o equilíbrio físico e mental. A partir disso, é possível que o profissional cuidador possa cuidar melhor de si para cuidar melhor do outro, ensinando-o a cuidar de si mesmo.

Resultados

Ficou evidenciado, com base nos discursos dos 19 pacientes idosos entrevistados, que seis deles sentem-se tratados sem respeito pelos profissionais. Os demais ressaltam alguns pontos que consideram fortes no atendimento oferecido pela instituição. No que se refere a essa questão, destacam-se as seguintes falas: *Gosto muito do que eles dizem: o senhor está bem, o que o senhor precisar é só falar* (83 anos); *Precisa de remédio, trazem e dão; atendem tudo o que a gente precisa, e são legais, são amigos mesmo, entram sempre sorrindo, no quarto, ninguém entra com cara torta* (76 anos).

Em relação àquilo que falta para ser mais bem cuidado no hospital, apresenta-se como exemplo a fala de um dos sujeitos (68 anos), que, de certa forma, contrapõe a opinião dos pacientes acima: *Mas o que eu noto é que talvez falta um pouquinho mais de calor humano também para os médicos, um pouquinho de calor humano, não, é que tu nota aquela atenção profissional*. Sobre isso, vale destacar que “existem situações em que o idoso se encontra que exigem muita atenção, interesse, disposição de tempo, compreensão e carinho de quem cuida e se relaciona com ele”. (Rodrigues, Diogo & Barros, 2004, p. 20)

Nessas situações, portanto, o idoso precisa sentir um cuidado mais humanizado, ou seja, o cuidado pessoal, que, indo além do cuidado competente, fragmentado, destina-se à corporalidade como um todo, composta por pés, braços, tronco, cabeça. (Torralba, 1998). Segundo Torralba (1998), o cuidado competente está relacionado a – e depende de – conhecimentos de natureza anatômica e fisiológica, e somente pode ser dispensado por pessoa capacitada em determinado fragmento da corporalidade humana. Já o cuidado pessoal, ultrapassando o cuidado competente demanda afetividade, sensibilidade, cumplicidade, confiança, ética, o que depende, por sua vez, de habilidades comunicativas e psicológicas. (Torralba, 1998)

Em relação a isso, evidencia-se que “um dos problemas encontrados refere-se à desumanização nos serviços de prestação à saúde e à resultante despersonalização dos clientes” (Padilha et al., 2004). Nesse sentido, “a consideração à pessoa como um todo e a consideração e sensibilidade à integridade do self, é basicamente, por assim dizer, uma ordem ética”. Por esse motivo, Carper (1979) reflete acerca daquilo que chama “erosão do cuidado”, fenômeno influenciado, segundo ela, por dois fatores determinantes: a tecnologia, que embora traga inúmeros benefícios à humanidade, também traz a impessoalidade, o formalismo, a frieza e a desmoralização a que acabam se submetendo os indivíduos; e a especialização nas profissões de saúde, que resulta em divisões e subdivisões de tarefa e de perícia profissional. Assim, como confirma a fala do sujeito entrevistado sobre aquilo que classifica como falta de calor humano, pode-se dizer que “poucas pessoas têm uma experiência hospitalar sem se sentirem, de alguma forma ou grau, despersonalizadas e privadas de seus direitos humanos básicos e de sua dignidade”. (Waldow, 2007, p. 134)

Provavelmente por esse motivo, um paciente revelou sentir-se melhor em casa, onde demonstra receber maior calor humano: *É bem melhor em casa, lá você se distrai, vem um e manda isso, manda aquilo, fala como é que foi, não é bem atendido que nem aqui, mas passam as horas melhor. Rápido, come uma pipoca, come um pão com salame* (81 anos). Sua fala revela, também, entre outros aspectos, o desejo de não ser o “centro das atenções”, pois, estando no hospital, até mesmo a consciência da proximidade da morte parece ficar mais evidente. Em casa, é como se, “misturado” aos demais familiares, não se lembrasse de que vai morrer. Nesse sentido, apesar de reconhecer que no hospital possui mais recursos para o cuidado, sente-se melhor em meio aos que ama, pois está em nível de igualdade em relação aos demais, ganhando e dando carinho de forma natural e espontânea.

Ainda no que se refere à questão humanizadora relacionada à internação, um dos pacientes trouxe um dado interessante, ao comentar que alguns conhecidos seus trabalham no hospital onde se encontrava: *Aqui nesse hospital somos bem atendidos, coisa mais maravilhosa. Hospital de qualidade, bom atendimento. Conheço algumas amigas que trabalham aqui, além do meu neto que trabalha aqui* (76 anos). O discurso desse idoso mostra que, de um modo geral, as pessoas sentem-se mais seguras ao terem por perto pessoas amigas, de confiança, capazes de servirem de referência até mesmo para abrandar o sentimento de solidão, comuns em situações de internação.

Em relação à importância dada às especializações na área da saúde, ressaltada por Waldow (2007), esse fator é lembrado por um dos sujeitos entrevistados, da seguinte forma: *[Para aperfeiçoar o cuidado em casa] seria melhor um agente da saúde, tinha que ser um enfermeiro especializado, pra cuidar das coisas junto com a gente*. Esse discurso revelado por um dos pacientes (65 anos) demonstra a relevância de um trabalho profissional no sentido de (co)orientar e (co)laborar com a família, seja na questão da continuidade dos tratamentos, seja na prevenção das doenças.

Desse modo, outro ponto a ser destacado é a avaliação dos sujeitos entrevistados em relação aos agentes de saúde. Nesse item, apenas um paciente classifica como muito bom o atendimento desse tipo de profissional, o que se estende aos grupos de terceira idade. Salienta-se, porém, que os grupos de terceira idade atuam, de modo especial, no sentido preventivo, ao atenderem, na sua maioria, idosos independentes que se reúnem para promover o resgate e/ou a manutenção da convivência social, bem como para evitar o agravamento, ou mesmo a instalação das doenças crônicas mais comuns à sua faixa etária. Assim, a participação em grupos de terceira idade estaria vinculada mais à questão do autocuidado, e não ao cuidado familiar e hospitalar, “acionados” quando o idoso não mais se encontra capacitado a cuidar-se sozinho.

No que diz respeito ao cuidado em âmbito familiar, é importante considerar que, dos 19 idosos, apenas três revelam sentir-se bem cuidados pela família. Além disso, um dos sujeitos entrevistados chegou a queixar-se da negligência do filho, motivo que o leva a preferir ser cuidado no hospital a ser cuidado em casa: *Meu filho tem dinheiro, mas ele é ruim... tem muito dinheiro na poupança... botaram ele para rua [...] eu ajudei muito ele quando ele perdeu o serviço, [...] pagava aluguel... eu sofri muito... eu podia estar muito melhor*. A fala dessa paciente (76 anos), revela o sentimento de ingratidão que percebe do filho, que, na sua opinião, deveria estar retribuindo, através do cuidado e da promoção de um tratamento digno a ela, toda a dedicação em momentos difíceis de sua própria vida. Nesse depoimento, está presente, ainda, a questão do poder, antes detido pela progenitora, e que, agora, passa às mãos do filho, numa inversão de valores e hierarquia.

Em contrapartida, outros pacientes sugeriram utilizar-se de sua doença como meio de ganharem atenção e serem bem cuidados tanto no hospital quanto em casa, ou seja, de exercer outro tipo de poder: *Meu Deus do céu, foi bom vim pro hospital... eu gosto... faço injeção, então todo mundo vem lá* (76 anos); *Em casa, é, no fim eu estou bem, a gente tem harmonia na casa, porque eles sabem, se eu me incomodar um pouquinho a minha pressão desregula, então eles fazem de tudo pra não incomodar.* (65 anos)

É importante destacar, ainda, a seguinte resposta dada por um dos sujeitos entrevistados à questão “Como é realizado o cuidado em casa?”: *Eu não sei dizer. Como tenho o saquinho de remédio, está tudo escrito na caixinha, quando a filha tem que sair, quem fica procura no saquinho* (86 anos). Com base nessa resposta, percebe-se que, para muitas pessoas, cuidar é apenas dar remédio, o que revela certa limitação por parte dos familiares em relação ao assunto, embora estes demonstrem zelo ao deixarem tudo organizado na caixa de medicamentos. O que ocorre, porém, é falta de informação no que diz respeito ao significado de “cuidar”.

Questionados sobre o que falta para serem mais bem cuidados no hospital, muitos destacaram como prioridade o *tratamento gentil, humano* (68 anos); *o lado afetivo de tratar as pessoas* (65 anos); a necessidade de se *dar atenção, dar carinho principalmente para as pessoas de idade* (68 anos). Assim, é importante destacar que, a seu modo, os idosos entrevistados sugeriram, por meio de suas repostas, acreditar que o cuidado afetivo é tão importante quanto o cuidado competente no sucesso de seu tratamento, seja em casa, seja no hospital.

Discussão

Ao final deste artigo, considera-se importante salientar que, comumente, a doença traz consigo transformações radicais para a vida do enfermo e de seus cuidadores familiares, o que precisa ser elaborado para haver uma adequação psicológica e social diante das mudanças. Desse modo, tanto aquele que passa a ser cuidado quanto aquele que passa a cuidar necessitam de preparo, de apoio, que tem início no processo da internação hospitalar, quando os profissionais da saúde precisam estar plenamente capacitados para o exercício de sua profissão, informando os pacientes sobre os procedimentos a serem adotados. Isso tem de ser feito de forma a disponibilizar informações para que ambos reúnam referenciais capazes de orientá-los na tomada de decisão e, conseqüentemente, na suposta autonomia que deve prevalecer na continuidade do tratamento, em âmbito domiciliar, evitando internações recorrentes.

“São grandes os desafios para pôr em prática as noções mais recentes advindas das ciências biológicas e das ciências humanas que dão conta, na educação e na saúde [...]” (Rosa, 2007, p. 14). Assim, o agir educativo deve ser repensado para que seja possível modificar hábitos pré-estabelecidos na sociedade, visto que é por meio da ação que se torna possível a alteração das crenças, dos conhecimentos e dos valores éticos adotados pela coletividade. Nesse sentido, há a necessidade de que as condutas pessoais e profissionais do cidadão sejam revistas, a fim de recriar e enfocar valores humanos voltados à compreensão, à partilha e à cultura da solidariedade.

Para tanto, pode-se propor ações socioeducativas cuja consequência se reflita na saúde de toda a instituição. Esse processo educativo, portanto, é indispensável para a saúde pessoal e institucional, pois a doença e o adoecer não podem ser vistos e compreendidos como fatos isolados e individuais, mas sim como problemas coletivos e institucionais.

Referências Bibliográficas

- Both, A. (2004). *Linguagem, pensamento e afeto: fundamentos educacionais para o desenvolvimento de idosos*. Passo Fundo: UPF: Grupo de Pesquisa Vivencer/CNPq.
- Carper, B.A. The ethics of caring. *Advances in Nursing Science*, 1(3), 11-19, apr. 1979.
- Codo, W., Sampaio, J.J.C. & Hitomi, A.H. (1994). *Indivíduo, trabalho e sofrimento: uma abordagem interdisciplinar*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Dejours, C. (1992). *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. (5). São Paulo: Cortez Oboré.
- _____. (1994). *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas.
- Horta, V.A. (1979). *Processo de enfermagem*. São Paulo: EPU.
- Kohlrausch, E. et al. (2000). As várias faces do contato no cuidar. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 21, 15-32.
- Meyer, D.E., Waldow, V.R. & Lopes, M.J.M. (1998). *Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Rodrigues, R.A.P., Diogo, M.J., Barros, T.R. de. (2004). *Como cuidar dos idosos*. (5). Campinas/SP: Papirus.
- Rosa, M.S.O. (2007). *Acolhimento: processo de inclusão social de profissionais e usuários do SUS*. Trabalho apresentado no Seminário Nacional sobre Saúde e Violência na perspectiva da vulnerabilidade. Porto Alegre.
- Santos, S.S.C. (2001). *Enfermagem gerontogeriatrica: da reflexão à ação cuidativa*. (2). São Paulo: Robe Editorial.
- Silva, M.J.P. da. Percebendo o ser humano: além da doença - o não-verbal detectado pelo enfermeiro. *Revista Nursing*, 41 (4), 14-20, out. 2001.
- Silva, V.E.F., Masarollo, M.C.K.B. A qualidade de vida e a saúde do trabalhador de enfermagem. *Mundo da Saúde, São Paulo*, 22 (5), [set./out., 1998], 283-286. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online>>.
- Torralla, F.R. (1998). *Antropología del cuidar*. Barcelona: Institut Borja de Bioética/Fundación MAPFRE Medicina.
- Waldow, V.R. (2001). *O cuidado humano: resgate necessário*. (3). Porto Alegre: Sagra Luzatto.

_____. (2007). *Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem*. Rio de Janeiro: Vozes.

Endereço para correspondência:

Simone Nenê Portela Dalbosco
Av. Brasil Oeste 1246/302.
Bairro Boqueirão
Passo Fundo / RS – Brasil
CEP 99025-004
E-mail: snportela@yahoo.com.br

Recebido em: 31/01/2010.
Aceito para publicação em: 25/05/2010.