

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE**

**VIVÊNCIAS DE FAMILIARES ACOMPANHANTES DE IDOSOS
HOSPITALIZADOS: UM OLHAR FENOMENOLÓGICO**

CAMILA CALHAU ANDRADE REIS

JEQUIÉ/BA

2014

CAMILA CALHAU ANDRADE REIS

**VIVÊNCIAS DE FAMILIARES ACOMPANHANTES DE IDOSOS
HOSPITALIZADOS: UM OLHAR FENOMENOLÓGICO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, área de concentração em Saúde Pública, para apreciação e julgamento da Banca Examinadora.

LINHA DE PESQUISA: Política, Planejamento e Gestão

ORIENTADORA: Prof^ª Dr^ª Edite Lago da Silva Sena

**JEQUIÉ/BA
2014**

Reis, Camila Calhau Andrade.

R299 Vivência de familiares acompanhantes de idosos hospitalizados: um olhar fenomenológico/ Camila Calhau Andrade Reis.- Jequié, UESB, 2014.

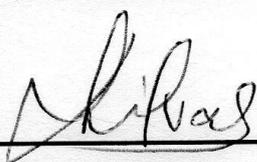
92 f: il.; 30cm. (Anexos)

Dissertação de Mestrado (Pós-graduação em Enfermagem e Saúde)-Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2014.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Edite Lago da Silva Sena.

FOLHA DE APROVAÇÃO

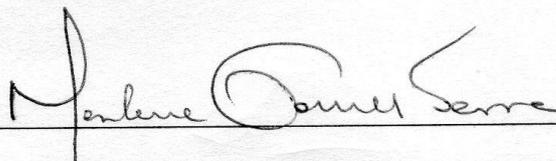
REIS, C.C.A. **Vivências de familiares acompanhantes de idosos hospitalizados: um olhar fenomenológico.** 2014. Programa de Pós Graduação em Enfermagem e Saúde. Área de concentração: Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié/BA.



Edite Lago da Silva Sena- Orientadora e Presidente da Banca
Doutorado em Enfermagem. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.



Prof^a. Dr^a. Tânia Maria de Oliva Menezes
Doutorado em Enfermagem. Universidade Federal da Bahia.



Prof^a. Dr^a. Marlene Gomes Terra
Doutorado em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria - RS

Jequié – BA, 03 de dezembro de 20 14.

A minha avó materna, Zinha de Oliveira: com a senhora aprendi mais sobre o amor incondicional e a fé genuína independente das circunstâncias. São 90 anos de lutas, amenizadas pelo amor e pela fé em Cristo. Que privilégio é ter uma avó tão sábia e forte em meus dias! Tenho certeza que esse trabalho foi regado por muitas orações da senhora e, é por isso que o dedico a ti de todo o meu coração.

A minha avó paterna, Maria Gilberta: é possível envelhecer com saúde e qualidade de vida! E a senhora é a prova mais real dessa possibilidade. Como é maravilhoso ouvir suas histórias de superação. Com 84 anos, a senhora reflete aquilo que sonho para toda a sociedade que envelhece: independência e autonomia. Obrigada por ser um exemplo da melhor idade.

Ao meu avô materno, Nestor Calhau: sua história de vida é indescritível e me emociono ao pensar em como batalhou para chegar onde está. Tenha certeza que os frutos do seu esforço chegaram até mim. Sei o quanto torce pelo meu sucesso e felicidade e, é por isso, que te dedico essa dissertação, porque simplesmente o senhor me inspira a querer ser melhor a cada dia.

Ao meu avô paterno, Manoel Nunes (in memoriam): infelizmente não tive o privilégio de conhecê-lo. Seu ciclo de vida se encerrou muito cedo, assim que nasci. Fico a imaginar o quanto poderia ter aprendido e me alegrado com a sua presença em minha vida.

A todos que convivem com idosos fragilizados e dependentes: que possamos cuidar dos nossos idosos com todo o amor e dignidade que merecem, e compreender que cada vivência de cuidado é uma oportunidade para que nos tornemos “um outro mesmo” melhor e mais humano.

Agradecimentos

Ao **meu Deus**, pelo dom da vida, por sempre guiar os meus passos e cuidar de mim como a menina dos Seus olhos. Sinto o Seu amor sublime e perfeito a cada dia! E agradeço porque, antes de qualquer coisa, sou Tua filha e serva! Glorificado seja o Teu nome, porque sem Ti nada poderia fazer e nada seria! Obrigada, meu Deus!

Aos **meus amados pais, Edilson e Arlene**, por serem a minha base e aconchego, por sempre me apoiarem e confiarem em mim, por sonharem os meus sonhos e nunca medirem esforços para me proporcionar o melhor. Nunca terei palavras para agradecer tanto amor e cuidado. Amo vocês para sempre!!

Ao **meu esposo John**, pelo companheirismo, paciência e amor. Sem dúvida foi mais fácil porque você estava ao meu lado. Obrigada por sempre me ouvir, aconselhar e viver comigo esse momento tão importante da minha vida. Te amo muito!!

À **minha tia Élia**, por simplesmente existir em minha vida. Por ser muito mais que uma tia, ser a minha segunda mãe. Você é fundamental nos meus dias! Te amo!!

À **querida orientadora Edite Lago**, pelo comprometimento e responsabilidade com a nossa pesquisa. Agradeço por toda paciência e confiança e, por me ensinar a reaprender a ver o mundo com os olhos da fenomenologia.

À **Edméia Meira**, pelo incentivo a trilhar os caminhos dos estudos sobre envelhecimento humano, por me apresentar ao mundo da pesquisa, e por ser além de professora, uma amiga, sempre presente. Tens meu carinho e gratidão para sempre!

À **querida Andréa Souza**, pelas parcerias, incentivos e compartilhar de conhecimentos. Você não imagina o quanto a admiro e como foste importante nesse processo.

À **Gleide Pinheiro**, pelas oportunidades de vivenciar tantas experiências que contribuíram para o meu crescimento profissional e pessoal. Obrigada pelo estágio de docência inesquecível!

À **Patrícia Anjos**, pelos momentos de companheirismo e descontração no nosso CIEPE, e por todo carinho e atenção.

Ao **Hospital Geral Prado Valadares**, na pessoa de **Cida Cabral**, pelo acolhimento. Sinto as portas do HGPV sempre abertas para a pesquisa científica, e isso é um importante diferencial da Instituição.

Às **familiares cuidadoras de idosos**, participantes do estudo, pelo aceite e disposição em construir esse trabalho. Sem vocês nada disso seria possível. Que Deus as abençoe onde estiverem!

Às professoras **Tânia Menezes** e **Marlene Terra**, por prontamente aceitarem aos nossos convites para compor as bancas de qualificação e sustentação. Foi um prazer conhecer profissionais tão competentes e comprometidas com o que fazem. Obrigada por todas as contribuições!

A todos do **Programa de Pós Graduação Enfermagem e Saúde**, especialmente à **prof.^a Alba Vilela** e à **prof.^a Adriana Nery**. Admiro cada uma pela simplicidade e seriedade com que coordenam o Programa. Foi uma honra fazer parte dessa família. Muito me orgulho da Instituição onde formei e onde concluo o Mestrado e, onde estiver, lembrarei com carinho de cada momento vivido com vocês.

A todos os colegas da **turma 2013.1**, levarei um pouquinho de cada um comigo. Mas agradeço em especial à **Milly, Nessa e Lucas**, meus companheiros dos estudos sobre Fenomenologia, pelo compartilhar de conhecimentos, dúvidas e, por serem meu amparo para todos os momentos!

À **Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB)**, pela concessão de bolsa em todo o período de Mestrado.

Obrigada a todos que contribuíram para que esse sonho se tornasse realidade!

O DIA CHAMADO HOJE

Repare, nada existe fora do hoje, do agora, do momento. Nada. O passado aconteceu no hoje e quando lembrado, revive um hoje. O futuro quando imaginado aparece no hoje, ainda que seja apenas uma projeção, essa projeção cede lugar ao que é à medida que vivo o hoje. Não há nada fora do hoje. Hoje não é a folha do calendário, nem os eventos que se desenrolam naquele instante, hoje não é o dia da semana, hoje é um espaço, uma dimensão, uma condição, onde a vida acontece. Não há vida fora do hoje, há lembranças, projeções, ruídos, divagações, ansiedades, medos, culpas, expectativas, metas, projetos, imaginação, sonhos, miragens que não correspondem exatamente ao que foi, pois a lembrança do passado já se misturou com as impressões do presente, nem correspondem ao que será, pois a projeção do futuro está carregada das expectativas de quem ainda não chegou lá. É hoje onde existo, onde sou o eterno, onde sou, onde experimento a ilusão do tempo e organizo as experiências empiricamente, catalogando-as entre passado, presente e futuro. Hoje é eterno. E nesse espaço há lugar para o infinito, para o que chamo de tempo, para o que chamo de existência, hoje é existir, então aceito. Existo no hoje, descanso minha mente, tento não sobrecarregá-la com miragens e exercito hoje a gratidão de quem sabe que tudo é oportunidade para que eu veja o sentido do agora, para que eu aprenda a amar e não me preocupe com nada que seja menor do que esse espaço, onde todas as coisas acontecem, se renovam, se transformam, cabem em um *frame*, um fragmento de tempo, que só sei chamar de hoje.

Flávio Siqueira

RESUMO

Estudo qualitativo fundamentado na fenomenologia da experiência de Maurice Merleau-Ponty que objetivou: desvelar vivências de familiares cuidadores no acompanhamento de idosos hospitalizados. Buscamos compreender os fenômenos que se mostram à percepção, a partir da intersubjetividade estabelecida entre os cinco familiares acompanhantes de idosos internados em um hospital público na cidade de Jequié, Bahia, Brasil. Para produção das descrições vivenciais, utilizamos o método das rodas de conversa, um recurso que admite as interações como essenciais à produção de intersubjetividade, característica inerente aos estudos fenomenológicos. As vivências emergentes desse processo foram submetidas à *analítica da ambiguidade*, estratégia desenvolvida para a compreensão da intencionalidade em Merleau-Ponty, a partir da suspensão de teses que postulam ser as coisas em si mesmas e da percepção de ambiguidades inerentes aos fenômenos. Os resultados do estudo foram apresentados sob a forma de dois manuscritos: *O visível e o invisível na experiência do cuidado ao idoso hospitalizado*, e *Experiência de intercorporeidade no contexto relacional de familiares cuidadores e idosos hospitalizados*. Evidenciamos que os familiares em contexto hospitalar vivenciam sofrimentos ambíguos e, que, sob a ótica merleau-pontyana, pode-se desmistificar o preconceito constituído em torno dessas experiências de cuidado. Isso porque cuidar do idoso hospitalizado permite abertura à experiência *do outro*, a partir da ressignificação de relações e da pessoalidade do familiar cuidador. O estudo permitiu compreender a necessidade de os profissionais de saúde reconhecerem os contextos de intersubjetividade que se estabelecem no domínio hospitalar, o que, possivelmente, irá favorecer a ressignificação da figura do familiar acompanhante, mediante entendimento de que além de colaborador da equipe, trata-se de um ser-humano que também necessita de cuidado.

Palavras-chave: Idoso. Hospitalização. Relações Familiares. Filosofia em Enfermagem.

ABSTRACT

Qualitative study based on the phenomenology of the experience of Maurice Merleau-Ponty aimed: unveiling the experiences of family carers in relation to the monitoring of elderly hospitalized. We sought to understand the phenomena that show the perception from the intersubjectivity between researcher and established five family caregivers of elderly patients admitted to a public hospital in the city of Jequié / BA. For production of experiential descriptions, used the method of wheels conversation, a feature that allows the interactions as a rich research material, which characterizes the inter-subjectivity inherent in phenomenological studies. The experiences produced were submitted to the analytical ambiguity strategy developed for understanding the intentional process in Merleau-Ponty, from the suspension of theories that postulate be things in themselves and perceived ambiguities inherent in the phenomena. The study results were presented in the form of two manuscripts: the visible and the invisible in the experience of care for hospitalized elderly, and Experience intercorporeality the relational context of family caregivers and seniors hospitalized. It was evident that family experience in a hospital suffering and ambiguous, that Merleau-Ponty in the optical, we can demystify the prejudice constituted around these care experiences. This is because taking care of the hospitalized elderly allows openness to experience another, from reconsidering relations and personhood of family caregivers. The study concluded the need for recognition by health professionals in the context of intersubjectivity that are established in the hospital domain. From this it will be possible to reframe the accompanying support family by understanding that much more than an employee of the team, it is a human-being who also needs care.

Keywords: Elderly. Hospitalization. Family Relations. Philosophy, Nursing.

LISTA DE SIGLAS

- AVD** – Atividade de Vida Diária
- AVE** – Acidente Vascular Encefálico
- CEP** – Comitê de Ética em Pesquisa
- CM** – Clínica Médica
- CN** – Clínica Neurológica
- CNS** – Conselho Nacional de Saúde
- DPOC** – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
- EI** – Estatuto do Idoso
- HGPV** – Hospital Geral Prado Valadares
- IAM** – Infarto Agudo do Miocárdio
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- ILPI**- Instituição de Longa Permanência para Idosos
- MS** – Ministério da Saúde
- ONU** – Organização das Nações Unidas
- PNSPI** – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
- PNI** – Política Nacional do Idoso
- PPGES**- Programa de Pós Graduação em Enfermagem e Saúde
- PNH** – Política Nacional de Humanização
- RH** – Recursos Humanos
- SUS** - Sistema Único de Saúde
- TCE**- Traumatismo Crânio-Encefálico
- TCLE**- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- UESB** – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

SUMÁRIO

1 O RETORNO ÀS COISAS MESMAS NO CAMPO DA SAÚDE DO IDOSO.....	11
2 NAS ENTRELINHAS... O NÃO DITO NO DITO.....	16
2.1 O INEVITÁVEL PROCESSO DE ENVELHECIMENTO HUMANO.....	16
2.2 ENVELHECIMENTO, FRAGILIDADE E HOSPITALIZAÇÃO	18
2.3 O FAMILIAR CUIDADOR NO CONTEXTO DA HOSPITALIZAÇÃO DO IDOSO.....	20
3 SUSTENTAÇÃO FILOSÓFICA DO ESTUDO: A FENOMENOLOGIA DE MERLEAU-PONTY.....	25
3.1 A FENOMENOLOGIA DA PERCEPÇÃO DE MAURICE MERLEAU-PONTY	25
4 UMA AVENTURA PENSADA PARA DESVELAR O VIVIDO	30
4.1 NATUREZA DA PESQUISA	30
4.2 CENÁRIO DA DESCRIÇÃO VIVENCIAL	31
4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA	32
4.4 ARTIFÍCIOS PARA PRODUÇÃO DAS DESCRIÇÕES VIVENCIAIS.....	35
4.5 COMPREENSÃO DAS DESCRIÇÕES VIVENCIAIS À LUZ DA ANALÍTICA DA AMBIGUIDADE	37
4.6 DIMENSÕES ÉTICAS	38
5 DIÁLOGO E TRANSCENDÊNCIA NO CONTEXTO VIVENCIAL DE FAMILIARES ACOMPANHANTES DE IDOSOS HOSPITALIZADOS	40
5.1 MANUSCRITO 01: O VISÍVEL E O INVISÍVEL NA EXPERIÊNCIA DO CUIDADO AO IDOSO HOSPITALIZADO	41
5.2 MANUSCRITO 02: EXPERIÊNCIA DE INTERCORPOREIDADE NO CONTEXTO RELACIONAL DE FAMILIARES CUIDADORES E IDOSOS HOSPITALIZADOS	57
6. A CERTEZA DA INCOMPLETUDE DO CONHECIMENTO.....	73
REFERÊNCIAS	76

APÊNDICES	83
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	84
APÊNDICE B – Roteiro para condução das Rodas de Conversa	87
APÊNDICE C – Convite para participação nas Rodas de Conversa	90
ANEXO – Protocolo de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	91

1 O RETORNO ÀS COISAS MESMAS NO CAMPO DA SAÚDE DO IDOSO

Aprender a ver as coisas é adquirir um certo estilo de visão, um novo uso do corpo próprio, é enriquecer e reorganizar o esquema corporal (MERLEAU-PONTY, 2011, p.212).

O estudo sobre familiares cuidadores de pessoas idosas hospitalizadas conduziu-nos a uma contextualização que envolveu a retomada do tema do envelhecimento humano, da fragilidade associada ao processo de envelhecer, dos frequentes episódios de hospitalização e da conseqüente dependência de um cuidador/familiar para o acompanhamento durante a internação. Assim, passamos à discussão desses processos articulando-os às vivências que motivaram a escolha do tema, chegando à formulação da questão norteadora, da proposição do estudo e à definição do objetivo da pesquisa que fundamenta esta dissertação.

Atualmente, chegar à velhice é uma realidade populacional mesmo nos países mais pobres. Ainda que a melhoria dos parâmetros de saúde das populações, observada nos últimos anos, esteja longe de se distribuir de maneira igualitária, considerando os diversos países e contextos socioeconômicos existentes, envelhecer não é mais privilégio de poucos (VERAS, 2009).

O Brasil demonstra um perfil populacional do tipo em transição demográfica, em que o número de pessoas idosas cresce em ritmo maior do que o número de pessoas que nascem, sendo que, nos últimos anos, houve um aumento de mais de seis milhões no número de idosos. Assim, o percentual de brasileiros com mais de 60 anos corresponde hoje a 11,3% do total da população (IBGE, 2011).

O envelhecimento humano é um processo dinâmico, progressivo, inerente à vida em todo o planeta, cujas mudanças decorrem de processos biológicos, genéticos e de papéis sociais, o que poderá implicar em agravos à capacidade física e mental, especialmente se for afetado por condições socioeconômicas regionais desfavoráveis, por aspectos culturais, étnicos e de gênero (LIMA et al., 2009; CAMARANO, 2008).

Deste modo, o processo de envelhecer é singular para cada pessoa e é influenciado diretamente pelo seu contexto de vida. Logo, a saúde do ser humano que envelhece revela-se como um importante foco de atenção, uma vez que os riscos para

o desenvolvimento de morbidades, de quadros de limitações e dependências aumentam com o passar dos anos. Isso porque envelhecer ainda se caracteriza pelo surgimento de fragilidades, de doenças crônico-degenerativas e de descompensações que podem gerar episódios agudos e levar a frequentes hospitalizações (MACINKO et al., 2011).

Nesse contexto, destaca-se o aumento progressivo da demanda de idosos por leitos hospitalares e em instituições de longa permanência, sendo que atualmente as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos são responsáveis por 23% do total das internações hospitalares que ocorrem no Brasil (BRASIL, 2014). Durante o período de hospitalização, é importante considerar o perfil do idoso hospitalizado, observando seus hábitos, costumes e crenças para oferecer-lhes cuidados humanizados, acolhimento e um ambiente que transmita a segurança do contexto familiar.

Destarte, a presença de um familiar cuidador acompanhante pode tornar esse processo menos difícil e traumático, colaborando para que o idoso doente supere as modificações ocorridas em sua rotina, as limitações e os impactos psicoemocionais advindos da hospitalização. Esse apoio contribui, ainda, para a manutenção da integridade emocional do idoso e coopera, inclusive, com as atividades da equipe de saúde no que concerne ao cuidado, à recuperação e à alta (LEITE, 2000).

Considerando que, na história da Humanidade, a família é reconhecida pelo papel de cuidadora e protetora de seus membros, e que o ato de cuidar assume um caráter intergeracional, pais cuidam de filhos e filhos cuidam de pais (STELMAKE; NOGUEIRA, 2010), o familiar que acompanha o idoso hospitalizado, normalmente, é o mesmo que cuida no domicílio. Deste modo, a figura do familiar cuidador emerge em nossa discussão e põe em evidência o valor do vínculo familiar para a sociedade.

Políticas públicas de saúde preconizam que, durante a internação, os vínculos afetivos e sociais da pessoa idosa, construídos ao longo de sua vida, sejam mantidos (LEITE, 2000; SANCHES et al., 2013). Um exemplo disso é a portaria nº 280, de 07 de abril de 1999, que dispõe sobre o acompanhamento de idosos em hospitais públicos. A portaria considera que a presença do familiar em quadros de hospitalização de idosos contribui para a melhoria de sua qualidade de vida, além de ser uma forma de efetivar os direitos de cidadania, dignidade e bem-estar à vida da pessoa idosa (BRASIL, 1999). Portanto, cabe aos hospitais públicos, contratados ou conveniados ao

Sistema Único de Saúde (SUS), viabilizar os meios para a permanência do acompanhante de idosos hospitalizados, garantindo-lhe, inclusive, recursos financeiros para a devida acomodação.

Desde a graduação em enfermagem, os temas *envelhecimento humano* e *hospitalização* interessaram-me bastante, especialmente após o meu primeiro contato com o idoso hospitalizado, ao final do terceiro semestre do curso. A realidade da assistência a idosos no pronto-socorro de um hospital público do interior da Bahia, causou-me profunda impressão, o que me instigou a questionar a efetivação dos direitos desse segmento da população no que se refere ao atendimento de qualidade, de acordo com as leis de amparo à pessoa idosa.

No sétimo semestre do curso, vivenciei a experiência de iniciação científica, na qual tive a oportunidade de iniciar meus estudos sobre a situação do idoso hospitalizado, pesquisa esta que deu origem ao trabalho de conclusão de curso, intitulado *Percepções e práticas de profissionais de saúde no cuidado ao idoso hospitalizado*. Este estudo mostrou que todos os profissionais entrevistados consideram a presença do familiar cuidador importante para o enfrentamento da hospitalização por parte do idoso, e avaliam como relevante ouvi-lo frequentemente, considerando-o, inclusive, como parceiro da equipe para o cuidado. Foi identificado também que todos os idosos internados possuíam acompanhantes, normalmente um familiar em tempo integral, conforme é preconizado pelo *Estatuto do idoso* (2003) e pela portaria nº 280 de 2009. Entretanto, o hospital não oferecia as condições adequadas para tal permanência.

Enfim, ingressei no Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Uesb), com a perspectiva de desenvolver um estudo visando à aproximação com familiares cuidadores que vivenciam a experiência de acompanhar idosos hospitalizados. Para isso, parti da compreensão de que a vivência da hospitalização pelo idoso implica, para o familiar cuidador, em um processo de sofrimento que se caracteriza por sentimentos de medo, ansiedade e preocupação, devido às incertezas e angústias comuns a ela e ao fato de lidar diretamente com limites humanos: vida, doença e morte, elementos que rondam o ambiente hospitalar (DIBAI; CADE, 2009).

Nesse contexto, a família, apesar de ser agente do cuidado do idoso em situação de doença e hospitalização, torna-se fragilizada e também necessita de amparo e cuidado. Compreendê-la e acolhê-la nesse momento é um elemento promotor de bem-estar biopsicossocial e amenizador de sofrimentos e desconfortos (DAHDAH et al., 2013).

Os estudos disponíveis na literatura científica que tratam do tema *familiares cuidadores com foco na gerontologia*, normalmente associam-se a concepções acerca da experiência de cuidado que convergem para teses e, conseqüentemente, para a emissão de um juízo de valor às vivências (SENA, 2008). Ainda é forte no imaginário popular a ideia de que tornar-se cuidador de um familiar idoso com fragilidades e dependências, especialmente em situações de hospitalização, constitui-se uma experiência que produz conflitos à vida de quem cuida, com impactos físicos, emocionais e sociais (FERNANDES; GARCIA, 2009; ROCHA et al, 2011; PEDREIRA; OLIVEIRA, 2012).

Aos poucos, porém, o estado da arte em bases de dados ou estado do conhecimento, apresenta-nos novas percepções em que, além dos efeitos considerados “ruins”, é possível a identificação de benefícios à vida do familiar que cuida (CARVALHO et al., 2011; SENA; GONÇALVES, 2008). Entretanto, os estudos nessa perspectiva ainda são tímidos. Com enfoque nas vivências de hospitalização de idosos aliadas a perspectiva da fenomenologia, a produção científica afunila-se ainda mais e evidencia-se a necessidade de realização de um estudo desse porte.

Assim, o estudo justifica-se pela necessidade da retomada de discussões acerca do tema com um novo aporte teórico-filosófico que convergirá para a desconstrução de teses enraizadas na sociedade, para a abertura ao novo e a condução para uma nova maneira de pensar e perceber essas vivências. Consideramos, portanto, que os resultados discutidos neste estudo possuem o potencial de abrir caminhos à ressignificação da personalidade do familiar cuidador e do idoso cuidado, e à criação de novas estratégias de cuidado para ambos no ambiente hospitalar.

Essas reflexões conduziram-nos aos seguintes questionamentos: quais os sentimentos que sobrevêm ao familiar cuidador ao acompanhar o idoso hospitalizado? Quais as suas expectativas em relação ao desfecho da hospitalização daquele idoso?

Por que ele foi o escolhido para vivenciar esse momento? Quais transformações ocorreram no processo de viver humano desse familiar cuidador para que estivesse acompanhando em tempo integral seu ente hospitalizado? O que significa para ele estar acompanhando e cuidando do idoso em um hospital público? Quais são os perfis envolvidos na experiência de cuidar de idosos hospitalizados?

A partir dessas questões ocorreu-nos definir como pergunta de pesquisa a seguinte: **Como familiares cuidadores vivenciam o acompanhamento de idosos hospitalizados?** Para responder à questão estabelecemos, como objetivo geral do estudo, **desvelar vivências de familiares cuidadores com relação ao acompanhamento de idosos hospitalizados.**

Por se tratar de uma pesquisa originária de situações vivenciais e, considerando a necessidade de reflexões filosóficas que contemplassem o vivido, escolhemos a fenomenologia de Maurice Merleau-Ponty como referencial teórico. Com esta posição teórico-metodológica, não nos comprometemos em fornecer explicações para os fatos emergentes, mas dirigimos intencionalmente a nossa percepção para compreender o que se impõe a nós de forma involuntária.

2 NAS ENTRELINHAS... O NÃO DITO NO DITO

Jamais criamos no vazio [...] sempre se trata de levar mais longe o mesmo sulco já esboçado no mundo. (MERLEAU-PONTY, 2012, p.123).

As dimensões que se articulam e permitem compreender em que sentido o estudo que se apresenta nesta dissertação poderá contribuir com a produção do conhecimento, abrangem dois tipos de aspectos: primeiro, aqueles relativos ao envelhecimento humano, a saber: a fragilização decorrente do envelhecimento, a vivência da hospitalização e a necessidade de familiares acompanhantes; segundo, as concepções e abordagens em torno do impacto do cuidado para familiares cuidadores de idosos hospitalizados.

A esses dois tipos de aspectos refere-se a revisão que se empreende a partir deste ponto. De acordo com a filosofia merleau-pontyana, a grandeza de uma revisão de literatura está em reanimar os estudos já realizados sobre um tema que se propõe a estudar e “lhes arrancar um eco que eles nunca haviam produzido”, designado pelo autor como o impensado (SENA, 2006; MERLEAU-PONTY, 2012, p. 121).

2.1 O INEVITÁVEL PROCESSO DE ENVELHECIMENTO HUMANO

Uma característica comum na dinâmica demográfica da grande maioria dos países do mundo é o envelhecimento de suas populações (VERAS, 2009). Envelhecer é um fenômeno que conduz à finitude e é inerente a todos os animais, iniciando-se logo após o nascimento. Entretanto, a aceitação do evento não é fácil, pois, em virtude de estigmas sociais ou normas culturais, muitas vezes é sinônimo de perdas progressivas de capacidades funcionais e cognitivas, o que afeta a qualidade de vida de quem envelhece e também de sua família.

O envelhecimento global contemporâneo é impulsionado pela redução das taxas de mortalidade e pela melhoria das condições de vida na maioria dos países, o que se configura como uma grande conquista social da segunda metade do século XX, em quase todo o mundo. A expectativa é que, em 2040, os países em desenvolvimento tornem-se lar de mais de um bilhão de pessoas idosas, o que inclui o Brasil, cujo

número de idosos passou de três milhões em 1960, para pouco mais de vinte milhões em 2010, um aumento de quase 700% (IBGE, 2011). Projeções mais conservadoras indicam que em 2020 o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos, com um contingente superior a 30 milhões de pessoas (VERAS, 2009).

A redução da taxa da natalidade também se apresenta como uma importante influência no ritmo de crescimento da população idosa no Brasil. Em 1970, a taxa de fecundidade por mulher era de 5,8 filhos, declinando para apenas 1,77 filhos em 2013. Deste modo, as sucessivas quedas das taxas de natalidade após a década de 1970 fizeram com que a base da pirâmide etária brasileira se estreitasse (VASCONCELOS; GOMES, 2012; IBGE, 2013). Sobre esse declínio, podemos inferir que é reflexo das diversas transformações ocorridas na sociedade brasileira nas últimas décadas, como o aumento da urbanização, a maior participação de mulheres no mercado de trabalho, a elevação da escolaridade e a disseminação dos métodos anticoncepcionais (IBGE, 2012).

O expressivo contingente de mulheres idosas em relação ao número de homens do mesmo segmento etário é outro fenômeno comum na dinâmica populacional do Brasil e do mundo. Essa ocorrência, denominada “feminização da velhice” faz-nos concluir que o envelhecimento inclui uma questão de gênero (CAMARANO, 2008). As mulheres, em geral, cuidam-se mais, realizam mais exames e consultas médicas e se expõem menos à violência. Esses fatores concedem à mulher uma expectativa de vida de sete anos a mais que os homens (WHO, 2011).

Entretanto, a realidade do envelhecimento, independentemente do sexo, implica em alguns aspectos relacionados, principalmente, à dimensão da saúde do idoso, como a presença de uma ou mais doenças crônico-degenerativas e fragilidades. A cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira; a maior parte deles sofre de doenças crônicas e alguns apresentam limitações funcionais. Nesse sentido, dizemos que o Brasil, paralelamente à experiência da transição demográfica, passa também por uma transição no perfil epidemiológico relacionada à morbimortalidade, caracterizada pelo declínio das doenças infecto-parasitárias e pelo relativo incremento das condições crônicas, com sobreposições e comorbidades comuns na velhice (VERAS, 2009; MENDES, 2010).

Deste modo, com o aumento do contingente de idosos brasileiros há, simultaneamente, o aumento do número de pessoas com limitações progressivas da capacidade funcional, o que resulta em “fragilidades”, muitas vezes associadas à perda da autonomia e independência, que repercutem no crescimento das hospitalizações.

2.2 ENVELHECIMENTO, FRAGILIZAÇÃO E HOSPITALIZAÇÃO

A pessoa idosa fragilizada requer cuidados para suprir as necessidades biopsicossociais frente às demandas do processo de envelhecimento. Sendo assim, é urgente a reorganização dos serviços com foco na integralidade da assistência à saúde, o que abrange as ações de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e garantia a todos os níveis de complexidade do SUS (BRASIL, 2009).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) estabelece como idoso frágil ou em situação de vulnerabilidade aquele que vive em Instituições de Longa Permanência (ILPI), é acamado, foi hospitalizado recentemente por qualquer razão, apresente doenças causadoras de incapacidades funcionais, como síndromes demenciais e acidente vascular encefálico (AVE), encontra-se com, pelo menos, uma incapacidade funcional básica, ou vive situações de violência intrafamiliar (BRASIL, 2006).

O idoso frágil demanda cuidados intensivos e permanentes, por causa da baixa reserva homeostática e da reduzida capacidade de responder a diferentes tipos de estresse (PEREZ; LOURENÇO, 2013). Esse quadro implica em risco aumentado para a ocorrência de eventos adversos, como por exemplo, maior número de doenças agudas com prolongada recuperação, quedas, dependência funcional, episódios de hospitalização, institucionalização e maior mortalidade (FRIED et al., 2001).

Atualmente, a hospitalização apresenta-se como uma realidade vivenciada por grande parte dos idosos brasileiros, e seu período de duração, em média sete dias, destaca-se por ser 25% maior que o tempo de hospitalização das demais faixas etárias (BRASIL, 2014). Outro dado importante refere-se à taxa de mortalidade no âmbito hospitalar: 10,93% para aqueles com 60 anos de idade ou mais, contra 1,87% para os hospitalizados entre zero e 59 anos (BRASIL, 2014). Em estudo realizado na Zona

Norte da cidade do Rio de Janeiro, Brasil, com 764 idosos, 6,7% deles apresentaram alto risco para hospitalizações repetidas. Assim, ressaltamos que é comum os episódios de internação não se limitarem a uma única vez (PEREZ; LOURENÇO, 2013).

Esses autores comentam, ainda, que os fatores de risco para reinternação, geralmente, estão associados à presença de doenças como câncer e as pulmonares obstrutivas crônicas (DPOC), ao uso de medicamentos, a histórico de quedas, ao pior estado de saúde, caracterizado pela necessidade de permanecer acamado e de receber visita de um profissional de saúde, e à dependência para realizar as atividades de vida diária (AVD). Essas situações fazem-nos retomar as características de idosos frágeis ou vulneráveis apresentadas pela PNSPI.

Uma atenção especial deve ser dada às condições crônicas que, por não possuírem cura, dada a sua natureza, exigem acompanhamento contínuo e, por isso, se constituem como o desafio deste século (CARBONI; REPPETTO, 2007). Estudo realizado com os indicadores sociodemográficos de saúde do Brasil mostrou que as doenças crônicas atingem 75,5% dos idosos no país, compreendendo 69,3% do sexo masculino e 80,2% do sexo feminino (IBGE, 2009).

Atualmente, as doenças do aparelho circulatório (24,3%), seguidas das doenças respiratórias (14,85%) são as principais causas de internações hospitalares de idosos no SUS. As neoplasias e as doenças do aparelho digestivo dividem a terceira posição (10,4%). Em relação às doenças do aparelho circulatório, de janeiro a agosto de 2014, a insuficiência cardíaca (24,7%) foi a principal causa de hospitalização de idosos brasileiros, seguida das doenças isquêmicas do coração (14,7%) e infarto agudo do miocárdio (IAM) (8,5%) (BRASIL, 2014).

Esses dados estatísticos conduzem-nos à reflexão sobre o real perfil do envelhecimento no país, pois, diante de tantas patologias, agravos, fragilidades, dependências e incapacidades observadas comumente entre os idosos, questionamos qual a vantagem de se alcançar maiores expectativas de vida, uma vez que não há garantia de qualidade.

As mudanças demográficas e epidemiológicas vivenciadas nas últimas décadas no Brasil têm repercutido na dinâmica das organizações de saúde e têm imposto a necessidade de reformulação, reorganização e ampliação dos serviços, com urgência,

para assegurar um cuidado qualificado às demandas apresentadas por esse novo perfil demográfico (SOUZA et al., 2013). Para que este cuidado seja uma realidade, é importante ainda a articulação de conhecimentos, comportamentos, sentimentos e atitudes de todos os que interagem com o idoso durante a hospitalização (CARBONI; REPPETTO, 2007). Nesse sentido, não apenas os profissionais de saúde, mas também a família do idoso hospitalizado possuem uma particular significância dentro desse contexto de hospitalização, a fim de garantir o amparo ético, digno e respeitoso ao idoso fragilizado.

2.3 O FAMILIAR CUIDADOR NO CONTEXTO DA HOSPITALIZAÇÃO DO IDOSO

Os cuidados ao idoso hospitalizado não se iniciam no hospital, mas vêm desde o domicílio, pois comumente são idosos frágeis e dependentes para o desempenho de atividades básicas diárias, fazendo-se necessária a presença constante de cuidadores (CARTAXO et al., 2012).

A literatura gerontológica apresenta dois tipos de cuidador: o formal e o informal, sendo que a distinção entre eles se dá a partir da natureza do vínculo com os idosos. O cuidado formal é aquele desempenhado por profissionais qualificados e remunerados para cuidar no domicílio, segundo as necessidades específicas do idoso e o informal é desempenhado por familiares, amigos e vizinhos do idoso, sem qualquer remuneração (VIEIRA et al., 2011). Classifica-se o cuidador informal, ainda, em primário, secundário e terciário.

O cuidador primário é o que assume diretamente a responsabilidade total ou a maior parte da responsabilidade pelos cuidados diários fundamentais e necessários à manutenção de vida e saúde do idoso, como auxílio à realização das atividades básicas e instrumentais de vida diária (NOVAIS et al., 2013). Geralmente é ele quem acompanha o idoso em situações de hospitalização.

Já os cuidadores secundários podem até realizar as mesmas tarefas, mas, o que os diferencia dos primários é o fato de não possuírem a mesma responsabilidade e decisão, atuando de maneira pontual em algumas tarefas de cuidados básicos como

deslocamentos, transferências e na ajuda doméstica, revezando com o cuidador primário. Os cuidadores terciários não possuem responsabilidade pelo cuidado, podem substituir o cuidador primário por rápidos períodos e, geralmente, realizam tarefas de auxílio específicas, como compras, pagamento de contas e recebimento de pensão: são, portanto, coadjuvantes (VIEIRA et al., 2011).

No contexto familiar, assumir-se como cuidador principal requer responsabilidade, habilidades e conhecimentos específicos acerca das patologias e agravos a que está suscetível o idoso, além da disponibilidade de uma significativa parcela de tempo, o que muitas vezes resulta na abdicação de vínculos profissionais e estremecimento de vínculos familiares e conjugais. É necessário, ainda, ser desprovido de preconceitos e barreiras pessoais que dificultem a relação com a pessoa idosa doente. Isso porque a ligação entre o cuidador e seu ente cuidado estabelece-se de maneira ininterrupta entre o impessoal e o pessoal, entre o mundo perceptivo e o mundo cultural ou humano (SENA, 2008).

O familiar cuidador principal normalmente é definido segundo a organização da família, que difere em cada uma: primeiro, vem a questão do gênero, a afetividade, o grau de parentesco, a idade, a proximidade do domicílio, os compromissos com o trabalho e, assim, sucessivamente. Porém há casos em que o próprio idoso escolhe seu cuidador, desconsiderando premissas (VIEIRA; ALVAREZ; GIRONDI, 2011). Na maioria das vezes, o cuidado é realizado por mulheres, filhas, esposas, noras ou netas, que dedicam seu tempo de maneira integral ao seu familiar idoso (REZENDE, 2010). Este fato é reflexo de uma cultura tradicional, transmitida durante séculos entre gerações, que ainda sobrevive e reproduz a imagem da mulher como a responsável pelas tarefas do lar e pelo cuidado com a família (GONÇALVES, 2011).

Se, por um lado, é considerado normal a mulher seguir uma “carreira de cuidadora”, visto que ao longo dos anos deve cuidar do esposo, filhos, pais e demais familiares (SOMMERHALDER, 2001), por outro, há de se considerar o impacto e/ou a sobrecarga sobre sua vida. A atitude do cuidado pode provocar preocupação, inquietação e sentido de responsabilidade, portanto, prejuízo na qualidade de vida e no horizonte de futuro de quem cuida, com demonstrações e expressões de falta de perspectivas de vida, muitas vezes diretamente proporcional ao quadro clínico ou nível

de dependência do idoso (BOFF, 2013; OLIVEIRA; D'ELBOUX, 2012; SENA; GONÇALVES, 2008).

Entretanto, não podemos sustentar a tese de que o cuidado é uma “atividade inerente ao sexo feminino”. Primeiro, porque cuidar não é uma simples atividade, é um modo de ser, isto é, a maneira como o ser humano se estrutura e se realiza no mundo junto aos outros. Além disso, é um constituinte da existência humana, o *ethos* do ser humano, um modo de ser singular ao homem e à mulher. Sem cuidado, deixamos de ser humanos (BOFF, 2013).

Apesar da inerência do cuidado aos seres humanos, ele não é mobilizado apenas pelas esferas emocional e sentimental dos familiares. O dever legal e moral, de certo modo, impõe a muitos a atitude de responsabilização pelo ser idoso. Um exemplo disso é a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, a qual dispõe em seu Art. 229 que “os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade em parceria com o Estado e a sociedade” (BRASIL, 1988). Em consonância com a Constituição, a lei nº 8.842 de 1994, regulamentada em 1996, referente à Política Nacional para o Idoso (PNI), estabelece em suas diretrizes que os idosos devem ser atendidos, prioritariamente, pela própria família, em detrimento da atenção asilar, exceto aqueles que não possam garantir sua sobrevivência.

Da mesma maneira, o Estatuto do Idoso (EI), lei nº 10.741/03, em seu Art.3º, dispõe que é dever da família, da comunidade e do poder público assegurar ao idoso a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito, à convivência familiar e comunitária, dentre outros (BRASIL, 2003). Portanto, é dever da família amparar as pessoas idosas, assegurando-lhes a participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida (FERNANDES, 2008).

A pessoa idosa, ao ser hospitalizada, além da fragilidade física e emocional, decorrente da doença, pode sentir-se expropriada de seu modo de vida, ao ter que obedecer a determinações dos profissionais de saúde quanto às rotinas hospitalares que, comumente, não são agradáveis e muito diferem das rotinas do contexto domiciliar (ALMEIDA, 2009; SANCHES et al., 2013). Nesse sentido, a manutenção dos laços afetivos do idoso, mediante a presença do familiar cuidador, é importante

para sua recuperação e, inclusive, é reconhecida pelo Ministério da Saúde (MS), por meio da portaria nº 280, de 07 de abril de 1999. Instituída para garantir a permanência, em tempo integral, dos acompanhantes de idosos hospitalizados, bem como os recursos financeiros para sua acomodação, a portaria prevê que os idosos, com quadro de agravos à saúde, que necessitam de cuidados hospitalares, apresentam melhoria na qualidade de vida quando na presença do familiar (BRASIL, 1999).

Além da portaria nº 280, o Estatuto do Idoso, em seu Art.16, assegura o direito ao acompanhante em tempo integral para o idoso internado ou em observação, e a Política Nacional de Humanização (PNH) introduz na atenção hospitalar a estratégia da visita aberta, firmada pela presença do acompanhante e da rede social dos usuários no serviço hospitalar (BRASIL, 2003; BRASIL, 2010).

Percebemos que a aprovação de políticas que regulamentam o direito à permanência de acompanhantes para idosos internados faz com que a efetivação das propostas de humanização do cuidado se aproxime, ao requerer a adoção de novas práticas por parte da equipe de enfermagem na perspectiva de inserir o familiar do idoso na rotina do cuidado. Isto, em longo prazo, pode interferir na mudança da visão de que o hospital é um ambiente frio, impessoal, gerador de dor e sofrimento, tanto por parte do usuário como por parte do familiar que o acompanha (SQUASSANTE, 2007; SZARESKI; BEUTER; BRONDANI, 2009).

No entanto, ainda são necessárias discussões a respeito de como ampliar as possibilidades de ação do cuidador familiar na recuperação da saúde do sujeito internado e de como considerá-lo para além de um “suporte” da equipe no cuidado ao idoso. Em outras palavras, é necessário que cada profissional de saúde ressignifique a participação do familiar acompanhante no domínio hospitalar, enxergando-o não apenas como colaborador da equipe, mas também como ser humano que necessita de cuidado.

Para isso, é importante que os profissionais da equipe de saúde tenham sensibilidade para estender as ações de cuidado ao familiar acompanhante, entrelaçando o seu saber técnico, científico e humanístico, o que contribui para que o acompanhante vivencie da melhor maneira o período de hospitalização do familiar idoso (MARCON; ELSSEN, 1999).

Entretanto, o que ocorre, na realidade, é que, por vezes, os profissionais de saúde, imbuídos de uma visão tecnicista de cuidado, valorizam apenas o corpo físico do usuário idoso, desconsiderando sua sensibilidade em situação de doença. Da mesma forma, parecem ignorar a presença do acompanhante que, também, apresenta-se sensível à necessidade de atenção e amparo durante a hospitalização do familiar doente. Percebemos, portanto, a necessidade de cuidar de quem cuida, considerando-o na dimensão biopsicossocial, a partir da compreensão dos seus anseios, medos, fragilidades e vivências de maneira mais abrangente.

3 SUSTENTAÇÃO FILOSÓFICA DO ESTUDO: A FENOMENOLOGIA DE MERLEAU-PONTY

A filosofia não é a passagem de um mundo confuso a um universo de significações fechadas. Ao contrário, ela começa com a consciência daquilo que corrói e faz ruir, mas também renova e sublima nossas significações adquiridas. (MERLEAU-PONTY, 2012, p. 48).

Em consonância com a questão norteadora e com o objetivo do estudo, o referencial teórico adotado para desenvolvê-lo foi a perspectiva da fenomenologia, mais concretamente a filosofia da experiência de Maurice Merleau-Ponty. Assim, foi este o pensamento utilizado como base para descrever as vivências que se mostram à percepção dos participantes da pesquisa.

3.1 A FENOMENOLOGIA DA PERCEPÇÃO DE MAURICE MERLEAU-PONTY

A fenomenologia nasceu no final do século XIX e início do século XX na Alemanha e tem, como precursor, o matemático e filósofo Edmund Husserl (1859-1938). Surgiu, essencialmente, segundo duas perspectivas: como uma crítica à racionalidade moderna, no sentido de que conhecimento aconteceria a partir da representação psíquica do mundo exterior e como resgate do ideal clássico de ciência dos gregos que havia se perdido, de restabelecer a filosofia como método de pesquisa rigorosa para a elaboração de novos conhecimentos (GONZALEZ et al., 2012; SENA et al., 2011).

A ideia de Husserl era inserir um novo entendimento em relação à construção do conhecimento, baseando-se nas inter-relações cotidianas entre os sujeitos como campos férteis para a descrição de vivências intencionais e, por conseguinte, construção do saber, conforme diz Merleau-Ponty (2011, p. 18):

O mundo fenomenológico é não o ser puro, mas o sentido que transparece na intersecção de minhas experiências e na intersecção de minhas experiências com aquelas do outro, pela engrenagem de umas nas outras; ele é, portanto, inseparável da subjetividade e da intersubjetividade que formam sua unidade pela retomada de minhas experiências passadas em minhas experiências presentes, da experiência do outro na minha.

A partir deste pensamento, Merleau-Ponty, como leitor fiel dos escritos de Husserl, avança no estudo sobre a relação entre o mundo, o outro e o si mesmo, a partir da noção de intersubjetividade. Em sua visão, a intersubjetividade constitui-se em um campo para produção do conhecimento, em virtude da possibilidade de descrições e compartilhamento de vivências, crenças e valores, adquirindo assim, uma unidade própria da coletividade e do mundo (MERLEAU-PONTY, 2011; TERRA et al., 2006).

É nesse cenário sociocultural que a fenomenologia desponta como revelação do mundo, repousando sobre si mesma ou fundando-se a si mesma (MERLEAU-PONTY, 2011). Mas, o que é fenomenologia? Para Merleau-Ponty (2011), mesmo depois de transcorrido tanto tempo dos estudos de Husserl, esta é uma questão que ainda está longe de ser resolvida.

A palavra *fenomenologia*, diferentemente das fórmulas do tipo “biologia = estudo da vida”, e “geologia= estudo da Terra”, não constitui o estudo do fenômeno objetivamente definido. Sua raiz etimológica – o grego *phainesthai* – significa ‘aquilo que se mostra’, ‘o que aparece à luz’, e *logos* significa ‘discurso esclarecedor’, ‘capacidade de refletir’ (ALES BELLO, 2006). Todas as coisas que se mostram a nós, tomamos como fenômenos cujo sentido, as essências, conseguimos compreender (ALES BELLO, 2006). Portanto, tomemos a fenomenologia como reflexão sobre “aquilo que se mostra”, ou o estudo das essências (MERLEAU-PONTY, 2011).

Desta forma, seguindo a tradição husserliana, a fenomenologia de Merleau-Ponty consiste em uma filosofia transcendental, que se preocupa com a compreensão do vivido tal como ele é, deixando de lado especulações metafísicas abstratas e entrando em contato com as “próprias coisas”, dando destaque à experiência vivida mediante a suspensão de teses, pressupostos, teorias ou crenças sobre o fenômeno em questão (SERRA, 2009; SENA et al., 2011). Acaba, portanto, por opor-se ao naturalismo, ao reducionismo, ao cientificismo e a todas as concepções que deslocam a atenção da maneira como o fenômeno aparece (SENA et al., 2011; MOREIRA, 2010).

Para compreendermos como os vividos se mostram, é imprescindível o “retorno às coisas mesmas”, ou seja, uma volta aos fenômenos, definidos como ‘aquilo que surge à consciência como atividade intencional’ (SENA et al., 2011; TERRA et al.,

2006). “Retornar às coisas mesmas” significa reconhecer, naquilo que produzimos e que fazemos no nosso cotidiano, algo que nos seja próprio, que tenha nossa identidade, na busca da clarificação ou elucidação do significado do fenômeno em questão. A ideia não é explicar, nem analisar e sim, descrever as essências e as maneiras como os objetos são construídos na experiência do homem. Essas construções revelam-se nas interações estabelecidas deste com o mundo e com o outro a partir de vivências (MOREIRA, 2010; SENA et al., 2011).

Maurice Merleau-Ponty (1908-1961) foi um filósofo fenomenólogo francês cujas obras inscrevem-se totalmente na vivência da percepção na perspectiva de uma ocorrência de campo (SENA; GONÇALVES, 2008). A percepção é o campo de revelação do mundo, campo de experiência e não uma função “psíquica”, utilizada pelos homens para representar algo ou alguém separado deles. É na percepção que sujeito e objeto fundem-se e, portanto, nenhum discurso clássico consegue expressar o ponto de vista de quem a vive de maneira inequívoca (SENA, 2006).

Merleau-Ponty descreve a percepção como uma vivência ambígua que envolve a reversibilidade entre duas dimensões: *a impessoalidade*, também chamada polo pré-reflexivo, e *a pessoalidade*, ou polo reflexivo. A primeira refere-se ao sensível, aos sentimentos, à experiência fenomênica que se impõe a nós sem que a deliberemos; a segunda corresponde à experiência sociocultural, resultante das interações construídas ao longo das nossas vidas (SENA, 2006; MERLEAU-PONTY, 2012).

O filósofo avança em relação a Husserl, quando refuta a ideia de uma síntese intelectual ou consciência e desenvolve uma filosofia da experiência. Assim, ele estabelece uma articulação entre a fenomenologia e a existência, retomando a noção de mundo com significativa relevância, e oferece uma das principais contribuições à filosofia contemporânea (SENA; GONÇALVES, 2008).

Para Merleau-Ponty, quando tratamos da percepção do ponto de vista de quem a vive, comprometemo-nos com a vivência do *corpo próprio*. A ideia de *corpo* corresponde à experiência perceptiva, que se mostra de forma ambígua, a partir da reversibilidade entre as duas dimensões que constituem a natureza humana: a impessoalidade (dimensão sensível) e pessoalidade (dimensão cultural). Já a noção de *próprio* significa a possibilidade de tornar-se outro, em função da dinamicidade

operativa da percepção: é quando reconhecemos no objeto percebido algo com o qual nos identificamos e que nos faz outro (SENA, 2006; MERLEAU-PONTY, 2011).

Portanto, o *corpo próprio* a que se refere o filósofo, não é o conjunto de sistemas operantes que configura o ser humano como organismo vivo em ação, o qual teria a percepção como uma de suas funções psíquicas. Na verdade, trata-se da temporalidade, daquilo que naturalmente é retomado em cada vivência da percepção e que abre possibilidades à transcendência, à experiência do *outro eu mesmo* (SENA, 2006; MERLEAU-PONTY, 2011). As ambiguidades inerentes às vivências são contraídas pelo *corpo próprio* e, assim, quando atentamos para o que ocorre em seu domínio, é possível compreendermos os paradoxos que acontecem junto às coisas e aos outros (SENA, 2006). Nesse sentido, *o corpo próprio* é o nosso meio de comunicação com o mundo.

Ao estudar a percepção e entendê-la como experiência ambígua, Merleau-Ponty faz ver que nenhuma descrição é suficientemente completa para definir o que se mostra para nós como fenômeno, pois se trata apenas de um perfil (MERLEAU-PONTY, 2011; SENA; GONÇALVES, 2008). Desse modo, semelhante à experiência perceptiva, a fenomenologia descreve o que se mostra à percepção, sem analisar ou explicar os fatos (MERLEAU-PONTY, 2011). Para isso, tem o “retorno às coisas mesmas” como sua tarefa primordial, o que requer uma atitude descritiva, despida de “conceitos *a priori*” e que visa a descobrir o que são as coisas nelas mesmas, tais como elas se mostram ou aparecem à consciência perceptiva.

Sob a ótica da fenomenologia de Maurice Merleau-Ponty podemos desmistificar o preconceito constituído em torno das experiências de cuidado ao idoso hospitalizado. Considerando as ambiguidades inerentes a toda vivência, não podemos atribuir ao fenômeno do cuidado o valor negativo ou positivo, pois, em uma mesma vivência, é possível experimentarmos sentimentos até então categorizados como “bons” ou “ruins” (SENA, 2008). Essas ambiguidades podem contribuir para a produção de mudanças na vida de quem cuida, com repercussões em seu bem-estar psicossocial e ressignificação de relações, por exemplo.

Com este olhar, foi possível pensar em uma postura mais flexível na construção deste estudo com familiares acompanhantes de idosos hospitalizados, principalmente

no que se refere aos conceitos e (pré-) conceitos estabelecidos pela esfera sociocultural que habitamos. O referencial teórico perpassou toda a condução do estudo, desde a contextualização do problema de pesquisa até as considerações finais, o que permite configurar o texto dissertativo como sendo de caráter acadêmico-filosófico.

4 UMA AVENTURA PENSADA PARA DESVELAR O VIVIDO

Todo o universo da ciência é construído sobre o mundo vivido, e se queremos pensar a própria ciência com rigor, apreciar exatamente seu sentido e seu alcance, precisamos primeiramente despertar essa experiência do mundo da qual ela é a expressão segunda (MERLEAU-PONTY, 2011, p.3).

4.1 NATUREZA DA PESQUISA

A pesquisa realizada para construir esta dissertação sustentou-se nos postulados da fenomenologia e, por conseguinte, buscou obter elementos que permitissem descrever o fenômeno como se mostra a partir de si mesmo. A fenomenologia apresenta-se como modalidade de pesquisa qualitativa e, nesse sentido, não se ocupa em explicar os fatos, mas sim em compreendê-los tal como se desvelam à percepção do pesquisador a partir da intersubjetividade dos envolvidos no processo da pesquisa. Desse modo, a produção do conhecimento é concebida como resultado da relação dialógica, que revela o “sentido que transparece na intersecção de minhas experiências, e na intersecção de minhas experiências com aquelas do outro, pela engrenagem de uma nas outras” (MERLEAU-PONTY, 2011, p. 18).

Portanto, a técnica de estudo consiste em um encontro em profundidade entre a pesquisadora e os participantes, o que implicou no retorno ao mundo vivido pelo desvelar de vivências através da fala de familiares cuidadores de idosos hospitalizados. Numa perspectiva fenomenológica, a fala tem a função de poder dizer, no total, mais do que ela diz termo por termo, tem o poder de superar-se a si própria, quer se trate de lançar o outro em direção ao que sei e que ele ainda não compreendeu ou de orientar-me, eu mesmo, em direção ao que vou compreender (MERLEAU-PONTY, 2012). Desse modo, por meio da fala, foi possível que os familiares retomassem e manifestassem sentimentos, os quais orientaram a compreensão do fenômeno do cuidado.

O estudo conduziu-nos a trabalhar com um nível de realidade que não pode ser quantificado e que observa o universo de significados, aspirações, crenças, motivos, valores e atitudes, correspondentes a um espaço mais íntimo das relações, dos

processos e dos fenômenos, com o propósito de atingir uma perspectiva mais ampla em relação ao tema (MINAYO, 2010).

4.2 CENÁRIO DA DESCRIÇÃO VIVENCIAL

A pesquisa foi desenvolvida no município de Jequié, interior da Bahia, Brasil, distante 365 km da capital do Estado, Salvador. Com pouco mais de 151 mil habitantes, Jequié destaca-se por ser uma cidade longeva, pois 17.296 moradores têm idade de 60 anos ou mais, o que representa 11,4% da população. Do total de idosos, 9.906 (57,3%) são do sexo feminino e 7.290 (42,7%) do sexo masculino (IBGE, 2010). Isso revela que o município passa por um processo de feminização da velhice, como discutido por Camarano (2008).

Em relação ao quadro de saúde-doença dos idosos de Jequié e região, no ano de 2013, 3.831 foram hospitalizados nos serviços públicos de saúde oferecidos no município, o que inclui o Hospital Geral Prado Valadares (HGPV) e hospitais privados conveniados ao SUS. Deste total, 361 evoluíram para óbito. Isso representa uma taxa de mortalidade de 9,42%, 1,5% a menos do que a média nacional para esse segmento etário. A média de permanência destes idosos no serviço hospitalar foi de 6,6 dias, índice que se aproxima da média nacional de sete dias. Em relação ao ano de 2014, até o mês de agosto, 1.852 idosos foram internados nos serviços hospitalares da rede SUS em Jequié, sendo que 261 óbitos foram notificados. A média de permanência desses idosos no hospital até o momento é de 7,8 dias, 1,2 dias a mais do que o registrado no ano anterior (BRASIL, 2014).

O cenário de investigação, que constitui o campo de possibilidade de aproximação daquilo que se deseja conhecer e estudar, bem como da construção de conhecimento a partir da realidade presente (MINAYO, 2010), foi o HGPV, único hospital que presta atendimento a grandes emergências na região, sendo referência para Jequié e aproximadamente 30 municípios circunvizinhos. O HGPV foi fundado em 1947, conta com uma capacidade instalada de mais de 200 leitos, possui serviços de alta complexidade (neurocirurgia, cirurgia ortopédica e traumatologia, terapia nutricional, terapia intensiva tipo II, cirurgia vascular), urgência e emergência 24

horas, internação nas especialidades de clínica médica, cirúrgica, neurológica, pediatria e banco de sangue (SESAB, 2010).

Atualmente é campo de estágio para diversos cursos de formação na área da saúde existentes no município, como Enfermagem, Medicina, Fisioterapia, Serviço Social e Farmácia. Além disso, é cenário para a realização de pesquisas científicas, o que faz com que a instituição possua uma inserção direta no binômio ensino e pesquisa. Nesse sentido, diante do crescente número de estudos científicos realizados, o setor de recursos humanos (RH) assumiu a função de organizar e formalizar todas as pesquisas realizadas no interior do hospital. Portanto, cada pesquisador deve, primeiramente, apresentar o projeto ao setor de RH para cadastro e formalização no sistema e, então, o acesso do pesquisador ao hospital é livre durante o período de coleta de dados. Assim, diante da abertura e do acolhimento oferecidos pelo território, foi possível o desenvolvimento e a consolidação da pesquisa.

Para contemplar o objetivo de estudo, utilizamos os setores do hospital cujo fluxo de assistência a pessoas idosas é maior: Clínica Médica (CM) e Clínica Neurológica (CN). O setor de CM tem como principal objetivo atender diversas especialidades médicas, tratando múltiplos tipos de patologias, desde que não sejam provenientes de procedimentos cirúrgicos, obstétricos e ginecológicos. Os usuários internados nesse setor devem possuir mais de 12 anos e estar hemodinamicamente estáveis. Atualmente, a CM conta com 30 leitos subdivididos em Masculina e Feminina, com 13 e 17 leitos respectivamente. Já a CN, atende a usuários com patologias de neurologia clínica e de neurocirurgia, como Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Traumatismo Crânio-Encefálico (TCE). No momento, a CN possui 11 leitos, sendo seis masculinos e cinco femininos.

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes da pesquisa foram cinco familiares cuidadores de idosos hospitalizados no HGPV, que aceitaram livremente participar do estudo, autorizando-se por meio da assinatura do *Termo de consentimento livre e esclarecido* (TCLE) e que atenderam ao critério de inclusão previamente estabelecido: ser o cuidador familiar de um idoso internado há pelo menos sete dias. A definição do período de sete dias

justifica-se pelo fato de considerarmos um tempo razoável para o acompanhante vivenciar experiências capazes de fornecer as informações necessárias ao alcance do objetivo proposto.

No período em que estivemos em campo (março de 2014), todos aqueles que acompanhavam idosos hospitalizados nas Clínicas Médica e Neurológica, independentemente do sexo, foram abordados quanto ao vínculo que possuíam com o idoso e a quantidade de dias que o acompanhavam. Para os que se encaixavam nos critérios de inclusão estabelecidos, era entregue um convite personalizado para participação em uma roda de conversa, do qual constavam o objetivo, a data, o horário e o local de realização do encontro.

Os perfis dos familiares convidados eram diversos, mas em sua maioria eram mulheres jovens. Os semblantes de cansaço eram evidentes, algumas demonstravam ainda ansiedade e preocupação. Outras se apegavam ao otimismo e a esperança de que logo voltariam para casa juntamente com o familiar idoso recuperado. Unanimemente demonstravam simplicidade no vestir, falar e agir. Sem muitas alternativas, tentavam adaptar-se às condições limitadas de ambiência oferecidas pelo hospital. Uma cadeira plástica e a escadinha do leito eram algumas das estratégias utilizadas para descanso. Nem todos os quartos eram climatizados, e o calor durante o dia piorava as condições de permanência do usuário idoso e seu acompanhante. Banheiros apertados, sujos e utilizados por todos, tornavam a estadia no hospital ainda mais desagradável.

Apesar das situações enfrentadas, todos se mostraram receptivos ao convite para o estudo. Alguns demonstraram interesse em participar das rodas, mas não compareceram. Talvez o receio em se afastar do idoso hospitalizado, tenha limitado a participação de alguns. Para a realização da primeira roda de conversa foram entregues 12 convites, sendo que apenas duas familiares acompanhantes compareceram. Em um segundo encontro, 10 novos convites foram entregues e contamos com a participação de três familiares. Todos eram do sexo feminino, por isso, a partir daqui nos referiremos aos participantes do estudo sempre no gênero feminino.

A predominância de mulheres encontrada na função do cuidado corrobora outros estudos publicados sobre o tema *cuidador de idosos* (DAHDAH et al., 2013; MENEZES; LOPES, 2012; SOUZA; TORTURELLA; MIRANDA, 2011).

Historicamente, a tarefa de cuidar sempre foi exercida pela mulher, principalmente pelo fato de antigamente não exercerem atividades fora do lar, o que lhes conferia disponibilidade para o cuidado. Segundo o pensamento merleau-pontyano, os comportamentos penetram na natureza e nela se depositam sob a forma de um mundo cultural (MERLEAU-PONTY, 2011). Assim, a mulher, vista como a “grande cuidadora”, é uma tese culturalmente instituída, incorporada e transmitida entre gerações, que mobiliza sentimentos e condutas humanas (CARVALHO et al., 2011).

Em respeito ao anonimato dos sujeitos, pedimos que cada uma escolhesse um codinome relacionado a sentimentos vivenciados nos últimos dias. Assim, os codinomes escolhidos foram: Saudade, Amor, Tristeza, Ansiedade e Preocupação.

Quadro 1 – Caracterização das familiares acompanhantes de idosos hospitalizados participantes da pesquisa (Jequié, 2014).

Codinome	Sexo	Idade	Profissão	Estado civil	Grau de parentesco com o idoso	Reside com o idoso?	Dias de acompanhamento	Há revezamento?
Saudade	Feminino	57 anos	Dona de casa	Casada	Filha	Sim	8 dias	Não
Amor	Feminino	36 anos	Lavadora	Solteira	Filha	Sim	10 dias	Não
Tristeza	Feminino	33 anos	Doméstica	Casada	Filha	Não	60 dias	Sim
Ansiedade	Feminino	42 anos	Caixa	Casada	Filha	Não	12 dias	Não
Preocupação	Feminino	33 anos	Zeladora	Casada	Filha	Não	10 dias	Sim

Fonte: elaboração da autora

Por se tratar de um estudo fenomenológico, a quantidade dos sujeitos pesquisados não é o mais relevante, e sim a profundidade da análise e a discussão a respeito dos depoimentos obtidos, o que permitirá, inclusive, fazer generalizações. Isso porque buscamos a descrição do que se desvela da natureza sensível, dimensão que faz com que a humanidade tenha um igual. Em outras palavras, consideramos que o mundo não existe só para nós, mas para tudo que nele acena e, desse modo, o mundo dos sentimentos é potencialmente vivido por todos (MERLEAU-PONTY, 2012).

Para clarificar, consideremos alguns sentimentos: amor, raiva, tristeza e angústia. Todos nós, em algum momento da vida, poderemos senti-los, mesmo que de

maneira e intensidade diferentes, e isso nos permite dizer que são universais. Assim, a pesquisa fenomenológica atenta para essa universalidade dos sentimentos, também compreendida como coexistência.

4.4 ARTIFÍCIOS PARA PRODUÇÃO DAS DESCRIÇÕES VIVENCIAIS

Após o projeto ter sido cadastrado e autorizado pelo setor de RH, visitamos os setores escolhidos para melhor ambiência e identificação de possíveis participantes. O adentramento em cada setor e o acesso aos usuários e seus acompanhantes só era feito após a apresentação do estudo ao enfermeiro responsável no período e a sua consequente liberação.

Percebemos que o melhor horário para a abordagem dos familiares era o turno vespertino, especialmente após o horário de visitas, visto que, no turno matutino, o fluxo de assistência aos usuários é intenso, com a realização de diversos procedimentos como curativos, administração de medicação, banho, dentre outros. Assim, à tarde foi possível, com maior tranquilidade, o reconhecimento de cuidadores candidatos a contribuir com a pesquisa por meio da participação em rodas de conversa, técnica escolhida para a produção das descrições vivenciais.

As rodas de conversa são um recurso metodológico que possibilita o delineamento de estudos sobre práticas discursivas, pois permite considerar as interações cotidianas como um rico material de pesquisa. Esse método prioriza discussões em torno de uma temática selecionada de acordo com os objetivos da pesquisa e, a partir de um processo dialógico, os participantes podem apresentar suas elaborações, de modo que cada um influencia o outro a falar, sendo possível não apenas se posicionar, mas também ouvir o posicionamento do outro (MÉLLO et al., 2007).

Essa técnica se adéqua perfeitamente à pesquisa fenomenológica, uma vez que as interações e diálogos estabelecidos nas rodas de conversa caracterizam-se pela mobilização de processos de intersubjetividade, o que os configura como um campo fértil à descrição vivencial e, por conseguinte, à construção do conhecimento. Em

outras palavras, o conhecimento ocorre na relação entre os sujeitos, nas descrições e compartilhamento de suas vivências, o que constitui uma unidade própria da coletividade e do mundo (MERLEAU-PONTY, 2011; SENA, GONÇALVES; 2008).

Deste modo, ao mesmo tempo em que as pessoas retomam suas vivências como familiares cuidadores de idosos hospitalizados, buscam compreendê-las por meio do exercício de pensar compartilhado, o que possibilita a ressignificação dos acontecimentos. Na perspectiva do pensamento fenomenológico, esse processo constitui a experiência do outro, mobilizada pela relação estabelecida, pois em toda relação há mudanças, há a possibilidade de uma outra percepção do mesmo ser, o que converge para a ressignificação (MERLEAU-PONTY, 2012).

Nesse sentido, as rodas de conversa são utilizadas nas metodologias participativas com o objetivo de constituir um espaço em que seus participantes reflitam acerca do cotidiano, ou seja, de sua relação com o mundo, com o trabalho, com o projeto de vida. Quando falo a um outro e o escuto, o que ouço insere-se nos intervalos do que digo, minha fala coincide lateralmente com a de um outro, ouço-me nele e ele fala em mim: aqui é a mesma coisa *to speak to* e *to be spoken to* (MERLEAU-PONTY, 2012, p. 231). Para que isso ocorra, as rodas devem ser desenvolvidas em um contexto em que os participantes possam se expressar, buscando superar seus próprios medos e entraves (AFONSO; ABADE, 2008).

Para facilitar a comunicação e a interação, foi desenvolvido um roteiro de rodas de conversa auxiliado pelo material produzido por Afonso e Abade (2008). Os encontros contaram basicamente com quatro momentos: acolhimento e interação entre as participantes, reflexão após exposição de vídeo, abertura da roda, encerramento e avaliação do encontro.

Os encontros foram realizados na varanda da Clínica Médica, por tratar-se de um local reservado, arejado e próximo aos leitos dos idosos hospitalizados. O deslocamento dos acompanhantes para um local mais afastado, como o auditório do hospital, por exemplo, poderia levá-los à desistência de participar da pesquisa, uma vez que recebiam distanciar-se de seus familiares hospitalizados por um longo período de tempo.

Foram realizadas duas rodas de conversa no mês de março de 2014, com a duração média de uma hora e trinta minutos cada. Na primeira roda, contamos com a participação de duas familiares que acompanhavam as mães hospitalizadas, ambas na CM. No segundo momento, houve a participação de três familiares, duas filhas que acompanhavam os pais na CN e outra filha que acompanhava a mãe na CM.

Um gravador digital foi utilizado para o registro das rodas e garantiu a possibilidade de transcrição e análise das informações posteriormente.

4.5 COMPREENSÃO DAS DESCRIÇÕES VIVENCIAIS À LUZ DA ANALÍTICA DA AMBIGUIDADE

Por se tratar de uma pesquisa que buscou a descrição vivencial, consideramos que a *analítica da ambiguidade* constituiu uma técnica adequada à percepção dos fenômenos nas entrelinhas das falas e à categorização de forma aberta e condizente com natureza humana, que opera em suas dimensões sensível e sociocultural. Essa técnica foi desenvolvida com base na ontologia da experiência de Merleau-Ponty e, por isso, busca fazer ver o vivido intencional que antecede a articulação da linguagem, ou seja, por meio dessa técnica é possível encontrar no texto o sentido essencial subjacente, suspendendo teses de que as coisas já são em si mesmas (SENA; GONÇALVES, 2008; SENA et al., 2010).

A compreensão das vivências ocorreu da seguinte maneira: transcrição e organização das entrevistas, realização de leituras exaustivas dos textos, exercício perceptivo das descrições segundo o olhar figura-fundo para que os fenômenos se mostrassem em si mesmos a partir de si mesmos e, por fim, objetivação em categorias (SENA et al., 2010).

O exercício perceptivo sob o olhar figura-fundo ocorre de modo semelhante à experiência de contemplação de uma paisagem pitoresca em que, involuntariamente, percebe-se uma figura. Para tanto, foi necessário fechar a paisagem às demais figuras e ater-se o olhar no contorno da figura que se vê. As partes e o todo da obra de arte se impõem a nós, independentemente da nossa vontade. O mesmo processo ocorre em todos os momentos de nossa vida, pois os fenômenos não pertencem ao domínio

reflexivo, eles aparecem de maneira irrefletida e espontânea e são desvelados por meio do diálogo estabelecido na intersubjetividade (SENA, 2006).

As descrições vivenciais das familiares participantes do estudo foram compreendidas como figuras que trazem consigo um fundo. Assim, a cada vez que desfocávamos o olhar do contorno de uma descobríamos outras, corroborando a ambiguidade característica da percepção humana e sua incapacidade de estabelecer conceitos e definições. Nesse exercício perceptivo, a fala, em suas várias formas de expressão, foi o componente essencial para a articulação dos pensamentos constitutivos das vivências.

Destacamos que nossa intenção não foi descrever o mundo vivido que traz em si a consciência, mas sim, desvelar como esse vivido se estabelece e se mostra a partir de si mesmo. Depois de categorizadas e discutidas, as descrições foram organizadas sob a forma de dois manuscritos científicos.

4.6 DIMENSÕES ÉTICAS

O estudo atende às normas da resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe sobre a pesquisa envolvendo seres humanos e, por tratar de questões do campo emocional humano e do desvelar de vivências, apresentou, como riscos à sua realização, o despertar para algum desconforto psicológico e/ou emocional.

O projeto foi submetido à Plataforma Brasil para a avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Uesb) e aprovado por meio do protocolo de nº 518.99/14 (ANEXO A). Durante a sua execução, o TCLE foi entregue às participantes para formalizar o aceite e garantir a observação dos princípios éticos. Este termo foi produzido em uma linguagem simples, clara e objetiva (APÊNDICE C) e foi apresentado em duas vias: uma para o pesquisador e outra para a participante, das quais constam os objetivos, metodologia, implicações e relevância social da pesquisa.

As participantes do estudo foram esclarecidas quanto à autonomia em não aceitar, recusar ou retirar-se em qualquer uma das fases da pesquisa sem que houvesse quaisquer tipos de penalidades e ainda da garantia do anonimato dos sujeitos.

Pretendemos que os resultados do estudo sejam divulgados em eventos técnico-científicos nacionais e internacionais nos campos da saúde pública, gerontologia e fenomenologia e, que sejam ainda publicados no formato de artigos científicos. Um banco de dados restrito aos pesquisadores vinculados ao estudo foi organizado e poderá ser utilizado para o desenvolvimento de artigos científicos relacionados ao tema.

5 DIÁLOGO E TRANSCENDÊNCIA NO CONTEXTO VIVENCIAL DE FAMILIARES ACOMPANHANTES DE IDOSOS HOSPITALIZADOS

Este tópico da dissertação corresponde aos resultados e discussões da pesquisa, que são apresentados sob a forma de dois manuscritos, em atendimento às normas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde para obtenção do título de mestre. Os manuscritos foram elaborados para responderem à questão norteadora do estudo e ao objetivo: desvelar vivências de familiares cuidadores com relação ao acompanhamento de idosos hospitalizados e, foram formatados a partir das normas das revistas científicas selecionadas para submissão.

O propósito desses textos é a construção de conhecimentos que preencham lacunas no campo da gerontologia, a partir da utilização de um referencial filosófico. Dentre diversas contribuições, os resultados dos manuscritos fornecem subsídios ao planejamento de ações voltadas ao cuidado mais humanizado no âmbito das políticas públicas de saúde, a partir da ressignificação da figura do familiar acompanhante do idoso em contexto de hospitalização.

5.1 MANUSCRITO 1: O VISÍVEL E O INVISÍVEL NA EXPERIÊNCIA DO CUIDADO AO IDOSO HOSPITALIZADO

Este manuscrito será submetido à *Revista Texto e Contexto* e foi elaborado conforme as instruções do tópico *preparo dos manuscritos*, disponível no link: <http://www.textoecontexto.ufsc.br/pt/preparo-dos-manuscritos> acessado em outubro de 2014.

**O VISÍVEL E O INVISÍVEL NA EXPERIÊNCIA DO CUIDADO AO IDOSO
HOSPITALIZADO¹**

**THE VISIBLE AND THE INVISIBLE IN THE EXPERIENCE OF
HOSPITALIZED ELDERLY CARE**

**EI VISIBLE Y LO INVISIBLE EN LA EXPERIENCIA DE LA ATENCIÓN A
LA TERCERA EDAD HOSPITALIZADO**

Camila Calhau Andrade Reis. Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/PPGES/UESB. Jequié (BA), Brasil.

Edite Lago da Silva Sena. Enfermeira, Professora Doutora, Graduação/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/PPGES/UESB. Departamento de Saúde. Jequié (BA), Brasil.

Autor responsável pela troca de correspondência

Camila Calhau Andrade Reis

Rua Frederico Costa, nº 238, Edf. Solar Madeira, apt. 203, Jequié, Bahia, Brasil. CEP: 45200-000.

Tel.: (73) 8824-7989. E-mail: mila_calhau@hotmail.com

RESUMO

Estudo fenomenológico que objetivou desvelar vivências de familiares cuidadores no acompanhamento de idosos em um hospital público. Foi realizado no interior da Bahia, Brasil, com cinco participantes sob a forma de rodas de conversa. As descrições vivenciais foram submetidas à analítica da ambiguidade, o que resultou na categoria: o visível e o invisível em espaço de cuidado. O estudo mostrou que os familiares acompanhantes vivenciam sofrimentos ambíguos, classificados em três dimensões: coexistência entre familiar acompanhante e idoso hospitalizado, o dever legal e moral no cuidado ao idoso hospitalizado, e o des(cuidado) no serviço hospitalar. A “visibilidade” do familiar acompanhante para além das demandas de cuidado ao idoso requer da equipe multiprofissional de saúde a ressignificação do familiar no espaço do hospital, considerando a lógica da construção de contextos de intersubjetividade, o que permitirá a criação de estratégias para efetivação e ampliação do cuidado humanizado.

Descritores: Idoso. Hospitalização. Cuidadores. Filosofia em enfermagem.

ABSTRACT

Phenomenological study aimed at uncovering the experiences of family caregivers in monitoring the elderly in a public hospital. Was held in Bahia, Brazil, with five participants, in the form of wheels conversation. The experiential descriptions were submitted to the analytical ambiguity, which resulted in the category: the visible and the invisible space of care. The study showed that family caregivers experience ambiguous sufferings, classified

¹ Artigo originado da dissertação de mestrado intitulada *Vivências de familiares acompanhantes de idosos hospitalizados: um olhar fenomenológico* de autoria de Camila Calhau Andrade Reis, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB, 2014).

into three dimensions: coexistence family companion and hospitalized elderly, legal and moral duty to care for the hospitalized elderly, and des (take care) in the hospital service. The "visibility" of the family companion beyond the demands of elderly care requires multidisciplinary team of health reframing of family within the hospital considering the logic of the construction of intersubjectivity contexts, which enable the creation of effective strategies and expansion of humanized care.

Descriptors: Aged. Hospitalization. Caregivers. Philosoph, Nursing.

RESUMEN

Estudio fenomenológico dirigida a descubrir las experiencias de los cuidadores familiares en el seguimiento de los ancianos en un hospital público. Se celebró en Bahía, Brasil, con cinco participantes, en forma de ruedas de conversación. Las descripciones experienciales se presentaron a la ambigüedad de análisis, lo que resultó en la categoría: lo visible y lo invisible, el espacio de la atención. El estudio demostró que los cuidadores familiares experimentan sufrimientos ambiguas, clasificadas en tres dimensiones: compañero de la familia y la convivencia deber ancianos, legal y moral hospitalizado para cuidar a los ancianos hospitalizados, y des (cuidar) en el servicio hospitalario. La "visibilidad" del compañero de la familia más allá de las exigencias del cuidado de los ancianos requiere equipo multidisciplinario de replanteamiento de la salud de la familia dentro del hospital teniendo en cuenta la lógica de la construcción de contextos intersubjetividad, que permiten la creación de estrategias efectivas y la expansión de la atención humanizada.

Descritores: Anciano. Hospitalización. Cuidadores. Filosofía em Enfermería.

INTRODUÇÃO

Atualmente, o processo de envelhecimento é uma realidade vivenciada em todo o mundo, incluindo o Brasil, que exibe um perfil populacional do tipo em transição demográfica, em que o número de pessoas idosas cresce em ritmo maior do que o número de pessoas que nascem.¹ Nos últimos anos, houve um aumento de mais de seis milhões no número de idosos, sendo que o percentual dessa população corresponde hoje a 11,3% do total de brasileiros.²

Nessa perspectiva, a saúde, no processo de envelhecer humano, revela-se como um importante foco de atenção, uma vez que os riscos para o desenvolvimento de morbidades, quadros de limitações e dependências aumentam com o passar dos anos. Isso porque o envelhecer ainda é caracterizado pelo surgimento de fragilidades, doenças crônico-degenerativas e descompensações que podem gerar episódios agudos e levar a frequentes hospitalizações.³

Em função dessas características, evidencia-se o aumento progressivo da demanda de idosos por leitos hospitalares e em instituições de longa permanência, sendo que atualmente as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos são responsáveis por 23% do total das internações hospitalares que ocorrem no Brasil.⁴ Durante o período de hospitalização, é

importante considerarmos o perfil do idoso internado, observando seus hábitos, costumes e crenças para oferecer-lhes cuidados humanizados, acolhimento e um ambiente que transmita a segurança do contexto familiar.

Nesse sentido, a presença de um familiar acompanhante pode tornar esse processo menos difícil e traumático, colaborando para que o idoso doente supere as modificações ocorridas em sua rotina, as limitações e os impactos psicoemocionais advindos da hospitalização. Esse apoio familiar contribui ainda com as atividades cuidativas da equipe de saúde para a recuperação e alta do idoso.⁵

O familiar acompanhante, normalmente, é o cuidador principal no domicílio, aquele que assume a total ou a maior parte das ações cuidativas voltadas para o idoso, seja direta e diariamente no lar ou em instituições de saúde, seja por meio da supervisão e da orientação de outras pessoas que auxiliam nas tarefas cuidativas.⁶

O cuidado sempre envolve um importante comprometimento de alguém para com outro alguém e abrange mais que um momento de atenção e de zelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro e, desse modo, faz parte da natureza e da constituição do próprio homem. Se não for cuidado desde o nascimento até a morte, o ser humano definha, perde sentido e morre.⁷

Estudos disponíveis na literatura que tratam de familiares cuidadores com foco na gerontologia^{8,9} normalmente versam sobre concepções acerca da experiência de cuidado que convergem para teses e conseqüente emissão de juízo de valor sobre as vivências. Dentre essas teses, destaca-se a do imaginário popular de que tornar-se familiar cuidador de um idoso com fragilidades e dependências, especialmente em situações de hospitalização, constitui-se como uma experiência que produz conflitos na vida de quem cuida, com sobrecarga e impactos físicos, emocionais e sociais.⁸

Entretanto, de acordo com a fenomenologia de Maurice Merleau-Ponty, imaginamos que tornar-se um familiar acompanhante de um idoso hospitalizado, implica em vivenciar experiências ambíguas, ou seja, em um mesmo cuidado é possível experimentar sentimentos até então categorizados como “negativos” ou “positivos”, “bons” ou “ruins”, o que repercute fortemente na experiência da coexistência.¹⁰

Nesta perspectiva, “cada um, num certo sentido, é para si a totalidade do mundo”¹¹:²³⁶, isso porque estamos inseridos em um campo fenomenal que nos faz unos na cadeia dos viventes, a partir da “universalidade do sentir” ou coexistência.⁶

Desse modo, a hospitalização, como uma impactante vivência, pode implicar no sentimento de coexistência e contribuir para a ressignificação das relações de cuidado, pois se se afloram emoções e sentimentos a todo o momento, há também seu compartilhamento, ao considerarmos a universalidade do sentir. Nessa perspectiva, o sofrimento de um passa a ser também do outro: o familiar cuida e, nesse cuidar, revela sofrimento e necessidade de cuidado, fenômeno que aponta o entrelaçamento de sentimentos.¹²

Assim, a pesquisa justifica-se pela necessidade da retomada de discussões acerca do tema *familiar cuidador*, com um novo aporte teórico-filosófico que convergirá para a desconstrução de teses enraizadas na sociedade e para a condução de uma nova maneira de pensar e perceber as vivências do familiar cuidador acompanhante. A questão norteadora do estudo, considerando a necessidade de reflexões filosóficas que contemplassem essencialmente o vivido, foi definida como: “quais as vivências de familiares cuidadores com relação ao acompanhamento de idosos hospitalizados?”. O objetivo delineado, portanto, consistiu em desvelar as vivências de familiares cuidadores no acompanhamento de idosos hospitalizados.

METODOLOGIA

O estudo se fundamenta na fenomenologia de Maurice Merleau-Ponty, abordagem que não se ocupa em explicar os fatos, mas em compreender o fenômeno que se desvela e, desse modo, a produção do conhecimento é concebida como resultado da relação dialógica, da intersubjetividade.^{13,14}

A pesquisa foi desenvolvida em um hospital regional de grande porte, no município de Jequié, no interior da Bahia, Brasil, mais precisamente nos setores de Clínicas Médica (CM) e Neurológica (CN), onde o fluxo de internação de pessoas idosas é maior. Os participantes foram cinco familiares cuidadores acompanhantes de idosos hospitalizados, que assinaram o *Termo de consentimento livre e esclarecido* (TCLE) e que atenderam ao critério de inclusão: ser o cuidador principal de um idoso internado por, pelo menos, sete dias. Todos os participantes eram do sexo feminino, filhas, com idades entre 33 e 57 anos.

Em virtude da natureza do estudo, a quantidade dos participantes não é o mais relevante, mas sim a profundidade da discussão do que se desvela. Essa característica permitirá, inclusive, fazer generalizações, uma vez que se busca a descrição da natureza sensível, dimensão que configura o igual entre os seres humanos. Em outras palavras, a pesquisa fenomenológica atenta para a coexistência, pois consideramos que o mundo não

existe só para nós, mas para tudo que nele acena e, desse modo, o mundo dos sentimentos é potencialmente vivido por todos.¹¹

Para a produção das descrições vivenciais, utilizamos a roda de conversa, um recurso metodológico que admite as interações como um rico material de pesquisa e que prioriza discussões em torno de um tema, de acordo com os objetivos propostos.¹⁵ A partir do diálogo, os participantes podem posicionar-se e influenciar o outro para falar e ouvir, o que caracteriza a intersubjetividade inerente aos estudos fenomenológicos. Logo, ao mesmo tempo em que os participantes retomam suas vivências como cuidadores de idosos hospitalizados, compreendem-nas por meio do pensar compartilhado, o que possibilita a ressignificação das experiências vividas.¹¹

As rodas de conversa foram conduzidas com o auxílio de um roteiro previamente desenvolvido e ocorreram em quatro momentos: acolhimento e interação entre as participantes, exibição de vídeo com reflexão, abertura da roda, encerramento.¹⁶ Duas rodas foram realizadas no mês de março de 2014, com a duração média de uma hora e trinta minutos cada. Um gravador digital foi utilizado para registro das informações.

As descrições vivenciais foram submetidas à analítica da ambiguidade, técnica elaborada com base na redução fenomenológica eidética de Edmund Husserl, para compreender textos empíricos originários de pesquisas fundamentadas na fenomenologia de Merleau-Ponty.^{12, 17} A compreensão das vivências ocorreu da seguinte maneira: transcrição e organização das entrevistas, realização de leituras exaustivas dos textos, exercício perceptivo das descrições sob o olhar figura-fundo para que os fenômenos se mostrassem em si mesmos a partir de si mesmos e, por fim, objetivação em categorias.¹⁷

O estudo atendeu às normas da resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Uesb, sob protocolo nº 518.99/14. Em respeito ao anonimato das participantes, cada uma escolheu um codinome relacionado a sentimentos vivenciados nos últimos dias: Saudade, Amor, Tristeza, Ansiedade e Preocupação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A leitura dos relatos das participantes se fez seguindo a perspectiva de Maurice Merleau-Ponty, a qual impõe o olhar figura-fundo. Ela nos possibilitou perceber a ambiguidade que entorna as vivências de familiares acompanhantes de idosos hospitalizados. Por conseguinte, decidimos categorizá-las como *o visível e o invisível em espaço de cuidado*.

O visível e o invisível em espaço de cuidado

A análise fenomenológica se compara à observação de uma paisagem pitoresca, quer dizer, como ocorre na contemplação de uma obra de arte, em que podemos perceber as partes e o todo que se impõe a nós. Independentemente de nossa vontade, notamos que o contexto da hospitalização do idoso, com a presença do familiar acompanhante, envolve o “visível” e o “invisível”.

Esse raciocínio permite inferir que o idoso, ao ser internado e iniciar o tratamento, mostra-se como figura – o “visível” –, uma vez que passa a ser o foco da atenção da equipe de saúde e, também, do familiar acompanhante. No entanto, por detrás da figura, isto é, em seu fundo, há outras figuras ocultas; entre elas, o familiar acompanhante que, conforme nossa análise, constitui o “invisível”, não obstante apresentar-se com uma demanda por cuidados. O idoso hospitalizado também pode tornar-se o “invisível”, quando não é cuidado de maneira holística, considerando sua integralidade. Portanto, sob as lentes de Merleau-Ponty, e seguindo a analítica da ambiguidade¹⁷, percebemos que, no contexto deste estudo, o “visível” e o “invisível” se mostram de forma ambígua, em um movimento de reversibilidade.

A partir dessas percepções, consideramos que os familiares acompanhantes podem vivenciar sofrimentos ambíguos, aqui apresentados e discutidos em três dimensões. A primeira dimensão considera que a relação humana engendra coexistência¹¹ e, quando se trata da intersubjetividade no domínio do cuidado pais-filhos e vice-versa em situação de sofrimento, essa coexistência aparece de forma mais intensa e afeta a saúde do cuidador, pois envolve vínculo familiar, afetivo e de responsabilização para com o dever moral e legal.

A notícia da hospitalização de um ente querido, ameaçado e sujeito a dor, dependência e até mesmo a morte, tende a provocar no familiar, um turbilhão de sentimentos como medo, dúvida, esperança, ansiedade, alívio, amor, dentre outros¹⁸, como observamos no relato: *Meu irmão me ligou desesperado dizendo: mãe vai morrer, mãe está morrendo! E eu não pensei duas vezes, fui para o computador comprar passagem, não quero nem saber, estou indo para a Bahia [...]* (Ansiedade).

Essa cuidadora mora em Campinas, São Paulo. A fala faz ver que a doença, seguida da hospitalização, impacta e desestrutura o universo familiar, de modo que os sentimentos são compartilhados e mobilizados de uma pessoa à outra, tornando-se uma generalidade. Isso possibilita a experiência do outro eu mesmo, bastando apenas que, no interior de seu mundo, um gesto semelhante ao seu se esboce.¹¹

À luz da filosofia merleau-pontyana, a relação entre sujeitos ou intersubjetividade apresenta-se como um campo aberto à descrição de vivências intencionais e, por conseguinte, à experiência da coexistência.^{14,18} Assim, após o desencadeamento do quadro de hospitalização do idoso e, à medida que experimentamos a coexistência, ocorrem-nos vivências ambíguas relacionadas ao evento, demonstradas na vivência a seguir: *Eu a via sentindo dor e não podia fazer nada [...] e aquilo me doía tudo por dentro também; fiquei muito mal [...] agora ela não está mais sentindo dor e eu senti um alívio [...] não posso me divertir, vou me divertir e penso em minha mãe, eu sei o que ela está passando. Tempos atrás fui a uma festa, ao chegar, ela sentia muita dor[...] fiquei triste, estava alegre e fiquei triste (Amor).*

A vivência mostra-nos que o cuidar, quando se analisa numa perspectiva fenomenológica, caracteriza-se como marcado pela ambiguidade e opera na intersubjetividade, numa relação reversa entre quem cuida e quem é cuidado, afetando ambas as partes. Portanto, dizemos que, no processo de hospitalização, é comum que um “quiasma” se estabeleça entre quem pratica e quem recebe a ação de cuidar, e isso inclui, além dos familiares acompanhantes e o idoso hospitalizado, a equipe de saúde, alguns em maior, outros em menor intensidade.

“Quiasma” refere-se às interseções ou entrecruzamentos que questionam o limite entre o corpo e o mundo, de modo a pôr em discussão a ideia do entrelaçamento dos corpos: ao mesmo tempo em que tocamos e sentimos o mundo, somos tocados e percebidos como uma presença ou como outro objeto em meio a todas as coisas visíveis e invisíveis desse mesmo mundo.¹⁹ Na rede que tece a vida tudo sempre e de alguma maneira está entrelaçado, pois “meu mundo é sempre, assim, nosso mundo, um mundo intersubjetivo, um mundo comum”.^{20:88}

O “quiasma” ou entrelaçamento que se estabelece entre familiar acompanhante e idoso hospitalizado é resultado do contínuo sentir/agir com reversibilidade, mobilizado pelas vivências afetivas e cuidativas, o que faz com que o cuidador muitas vezes sinta que ele e o idoso hospitalizado são um só corpo, enquanto o idoso também sente quando outra pessoa presta-lhes cuidados.¹³

[...] a gente sente, parece que quando está perto, ele está sendo mais bem cuidado; às vezes falamos em pagar alguém para cuidar, mas não é a mesma coisa de uma filha, ele vai sentir que estamos dando carinho a ele [...] (Tristeza). [...] eu vou para casa, mas vou sair

preocupada, vou ficar ligando para saber como é que ela está, porque ela sempre chama mais a mim [...] (Amor).

Nessas descrições vivenciais, percebemos que as acompanhantes não conseguem desligar-se do idoso hospitalizado. Parece haver uma cumplicidade, de tal modo que a familiar não se sente à vontade em deixar que a extensão de seu próprio corpo (o semelhante) seja cuidado por uma pessoa diferente. Esta compreensão fundamenta-se no pensamento merleau-pontyano de que, na intersubjetividade, o outro “me envolve e me habita a tal ponto que não sei mais o que é meu, o que é dele”.^{11:51}

Nesse sentido, pensamos que produção de cuidados significa considerar a intersubjetividade que favorece a coexistência, a partir do compartilhamento de vivências do outro em uma relação empática. E, para além do sofrimento, coexistir permite-nos aprender, confrontar, incorporar, completar e enriquecer nossa própria identidade que, por sinal, nunca é imóvel; ao contrário, é uma matriz que, em contato com o desigual, pode se renovar e crescer.²¹

Na intenção de fazer o familiar acompanhante “invisível” tornar-se “visível” para além das demandas de cuidado ao idoso, é importante que a equipe de saúde compreenda as ambiguidades e a coexistência apresentadas pelos familiares, e como estas se manifestam e repercutem em suas vidas e na dos idosos. Em outras palavras, é necessário que cada profissional da equipe ressignifique a participação do familiar no domínio hospitalar, enxergando-o não apenas como colaborador do cuidado, mas também como ser humano que necessita de cuidado. Essa compreensão será reflexo da capacidade humana de transformar-se em um outro eu mesmo a todo instante, pois nós não existimos, mas coexistimos, convivemos e co-mungamos com as realidades mais imediatas.^{11,7} Assim, será possível o delineamento de estratégias cuidativas ampliadas, humanizadas e sensíveis à necessidade do outro (o semelhante).

Estabelecer o diálogo entre familiar acompanhante e profissional de saúde é um importante dispositivo de intervenção para a experiência do outro, pois contribui para o estreitamento de laços entre os sujeitos e construção de vínculos que direcionarão o cuidado integral e democrático. Caracterizada como tecnologia leve ou relacional²², dialogar permite que reconheçamos que o outro toca em nossas significações e que nossas respostas tocam o outro e suas significações, de maneira que invadimo-nos um ao outro, na medida em que pertencemos ao mesmo mundo sociocultural e possuímos a mesma língua.¹¹ Portanto,

dialogar é entrar em reciprocidade e intercambiar; todo ser humano é dialógico porque sua existência é coexistência e interdependência.²¹

A segunda dimensão de sofrimento que o familiar acompanhante vivencia, refere-se ao cuidado pelo dever legal e moral. O não cumprimento, por parte da família, do cuidado aos mais velhos, doentes e/ou fragilizados, implica em exposição ao julgamento social, o que, a depender da formação cultural dessa família, dos seus princípios e valores no âmbito das relações intrafamiliares e sociais, poderá, também, comprometer a saúde do acompanhante do idoso hospitalizado, principalmente por desencadear ansiedade intensa. [...] *na verdade ninguém tem paciência, a gente fica porque não tem jeito! A gente precisa cuidar deles (Ansiedade). Tem momentos que o pé dela começa a doer, ela fica muito nervosa e me chama por segundo, então, se a gente não tiver a força de Deus, parece que perco a paciência [...] Eu peço a Deus: não me deixa perder a paciência não! Porque é a minha mãe, eu tenho que cuidar (Saudade).*

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 dispõe, em seu Art. 229, que “os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade”.²³ Em consonância com a Constituição, a lei nº 8.842 de 1994, referente à Política Nacional do Idoso (PNI) estabelece em suas diretrizes que os idosos devem ser atendidos, prioritariamente, pela própria família em detrimento da atenção asilar, exceto aqueles que não possam garantir sua sobrevivência.²⁴ Desse modo, a família tem o dever legal de amparar as pessoas idosas, assegurando-lhes a participação na comunidade, defendendo sua dignidade e seu bem-estar, e garantindo-lhes o direito à vida.²⁶

O dever moral também é perceptível nos relatos e se relaciona aos bons costumes, à cultura, aos hábitos e à preocupação com a forma pela qual o meu semelhante me vê: *Essa é uma obrigação de filho! Estar perto da mãe, carregando no colo. Ela não cuidou de mim? Não lavou o meu bumbum? Hoje eu lavo o dela [...] e eu não fico triste por isso, fico triste por ela não estar em casa e bem (Ansiedade). É obrigação do filho cuidar dos pais! Se não tem filhos, então vem um parente, um vizinho. Mas se tem? Vai vim alguém de fora cuidar e os filhos em casa de pernas para cima? (Preocupação).*

Essas falas revelam um saber instituído que opera em favor da cultura e fortalecem a tese do dever moral, acrescentando, ainda, a tese do dever de retribuição ou reciprocidade, resultante do sentimento de obrigação. Segundo o pensamento merleau-pontyano, da mesma maneira que a natureza penetra até o mais profundo da nossa vida pessoal, entrelaçando-se a ela, os comportamentos também descem na natureza e nela se depositam sob a forma de um

mundo sociocultural.¹⁴ Assim, o dever moral é estabelecido pelo mundo sociocultural e é incorporado e transmitido entre gerações, mobilizando sentimentos e condutas humanas.¹²

Percebemos, portanto, que o familiar acompanhante do idoso hospitalizado sofre duplamente, tanto pela vivência de coexistência com o familiar doente, quanto por sua dimensão socioantropológica, pela preocupação com o juízo social e a possibilidade de difamação pessoal.

Por fim, a terceira dimensão de sofrimento estabelecida para o familiar acompanhante refere-se às vivências de “invisibilidade” e descuido no hospital, refletidas pela falta de ambiência, que se refere ao meio ambiente preparado, de forma adequada e agradável para o cuidado e bem-estar, não apenas do usuário, mas de seu cuidador: [...] *sinto-me triste no hospital, parece que a gente está em uma prisão [...] porque aqui eu não sei de nada. A gente mora na roça e lá eu sei, eu conheço! Mas aqui eu não conheço nada [...]* (Amor). *A realidade é uma só: bom não é! (estar no hospital) Bom é o conforto da nossa casa, da nossa cama, do nosso cobertor, mas é uma coisa necessária.* (Ansiedade).

Ao se inserir em um espaço onde tudo ecoa como novidade, a intersubjetividade que o familiar acompanhante estabelece com o novo contexto primeiramente emerge de maneira superficial, uma vez que ainda não há vínculo entre os envolvidos, implicando na ocorrência de sentimentos de insegurança, insatisfação, solidão e até mesmo de sensação de prisão circunstancial como foi observado nas vivências acima.

O hospital, embora se constitua em um espaço de cuidado, pode incorrer em práticas de des(cuidado), a exemplo das situações vivenciadas por duas participantes do estudo: [...] *aqui esses dias, eu já senti muita coisa! Minha mãe ficou um tempo no corredor. Na quinta-feira, foi a noite inteira no corredor [...] era sentindo dor, agoniada, e eu fiquei muito mal, dormi sentada em um banquinho, naquelas escadinhas, eu cochilei [...]* (Amor). [...] *o hospital nunca é igual a nossa casa [...] eu coloco o meu cobertor no chão, e elas (enfermeiras) sabem que a gente não suporta, a gente já está velho! Uma noite, duas, três, tudo bem, mas cinco, seis noites em diante, a gente não suporta. Então eu coloco o meu cobertor ali e deito [...]* (Saudade).

Seguindo a lógica da compreensão merleau-pontyana, as falas revelam situações de “invisibilidade” vivenciadas pelos familiares acompanhantes no serviço público de saúde e apontam falhas severas no cumprimento da portaria nº 830 de 1999, que dispõe sobre a presença do acompanhante para pessoas maiores de 60 anos de idade, quando internadas. Esta portaria considera que cabe aos hospitais públicos, contratados ou conveniados ao Sistema

Único de Saúde (SUS), a viabilização de meios para a permanência do acompanhante de idosos hospitalizados, garantindo, inclusive cama para sua acomodação, por período de 24 horas.²⁶

As vivências revelam ainda dificuldades para a prática do acolhimento, que constitui uma das principais diretrizes da Política Nacional de Humanização, no que concerne à produção do cuidado em saúde.²⁷ O acolhimento é um dispositivo de intervenção que pressupõe a mudança no processo de trabalho em saúde, com foco nas relações entre profissionais, usuários e sua rede social, por meio de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade²⁸, o que, no contexto da internação do idoso, inclui o cuidado ao familiar acompanhante.

No ambiente hospitalar, acolher adquire um caráter especial, em virtude da vulnerabilidade a que tanto os usuários como os familiares acompanhantes estão submetidos em termos físicos e sentimentais. Entretanto, as discussões e ações relacionadas ao acolhimento comumente centralizam-se no âmbito da atenção primária e, quando estão voltadas para a atenção hospitalar, atendem apenas aos usuários²⁹, os “visíveis” em primeira instância. Na prática, o acolhimento impõe uma postura ética. Não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica simplesmente no compartilhamento de saberes, angústias e intervenções²⁹. Constitui-se, portanto, como uma ação de inclusão que deve ser ampliada a partir da identificação, compreensão e resolução das diversas demandas apresentadas pelo familiar acompanhante, o que irá melhorar a qualidade do serviço hospitalar.

Outro dispositivo de intervenção possível de se empregar é a escuta, tecnologia relacional humanizadora do processo de trabalho em saúde ou tecnologia leve, que adquire valor de cuidado por permitir o fortalecimento de vínculos afetivos com potencial para o diálogo e troca de experiências.^{22,27} Escutar o familiar acompanhante contribui para amenizar os temores da hospitalização, bem como para estabelecer relação de confiança entre os profissionais da saúde e o usuário/família, o que facilitará a assistência ao idoso hospitalizado e ainda a resignificação da participação do familiar acompanhante no hospital.

A vivência a seguir encaminha-nos para a compreensão da experiência da escuta: [...] *eu tenho hipertensão arterial e sempre fico preocupada com ela (mãe hospitalizada). Essa semana o médico pediu um exame que era pago e eu estou sem condições de pagar. Eu fiquei tão preocupada, minha cabeça doeu tanto, que eu chorei de dor! Porque eu não sabia o que fazer [...] e eu perguntei a enfermeira se iria precisar fazer o exame que o doutor pediu e ela*

disse que não iria precisar mais. Então eu fiquei calma [...] Eu falei com ele (médico) que eu não tinha condições. Acho que ele se compadeceu da minha situação e concordou comigo (Amor).

A fala acima mostra que não apenas a permanência, mas também as demandas que emergem durante a hospitalização podem afetar a saúde do familiar cuidador que, como acompanhante, é envolvido por todo o contexto de ambiguidades que a hospitalização impõe. No caso dessa cuidadora, a dificuldade financeira para realizar o exame solicitado para a mãe trouxe-lhe implicações em seu ser integral. Entretanto, a vivência revela que essas implicações rapidamente cessaram após saber que o exame não seria mais necessário. Provavelmente o profissional médico tenha ponderado a real necessidade de realização do exame, após escutar e compreender a cuidadora.

É importante percebermos que cada pessoa sempre tem algo a nos comunicar, e o faz com a sua presença: pela sua fâcies, pelo olhar, pelos gestos e temperatura das mãos, pelas palavras, e até mesmo pelas vestes. Escutar é dispor-se a captar aspectos da realidade, às vezes inacessíveis, mas que são possíveis de ser revelados pelo outro. É abrir-se cordialmente, sentindo o outro e tentando vê-lo a partir dele mesmo e não a partir dos conceitos e preconceitos criados pela cultura.²⁰

Nessa perspectiva, entendemos que atitudes como dialogar com franqueza, acolher de maneira generosa e escutar atentamente configuram-se como virtudes fundamentais²¹ a serem exercidas pela equipe de saúde junto ao familiar acompanhante no serviço hospitalar. Postas em prática, essas tecnologias relacionais contribuem para que figuras ocultas, que estão por detrás do “visível”, venham à tona e sejam reconhecidas como parte integrante do cuidado nas ações hospitalares.

Considerações finais

Embora tenhamos organizado as vivências desveladas em três dimensões de sofrimento, numa perspectiva merleau-pontyana elas não podem assumir a conotação de negativas, pois toda experiência permite a abertura ao *outro*. Assim, nos sofrimentos “visíveis”, há possibilidades “invisíveis” de transcendência e ressignificação das relações tanto de quem cuida, como de quem é cuidado.

O estudo mostrou-nos que o familiar que acompanha o idoso hospitalizado compartilha do seu sofrimento, e isso se configura como coexistência. Nessa perspectiva, é importante que os profissionais de saúde reconheçam os contextos de intersubjetividade que

se estabelecem no domínio hospitalar e como estes se configuram como espaços de produção de cuidado. Esse reconhecimento engloba a noção de humanizar como articuladora entre assistência, tecnologias e relações humanas, envolvendo usuários do serviço, acompanhantes e profissionais.

Portanto, é imprescindível que a equipe multiprofissional trabalhe em conjunto para que os vínculos entre profissionais, familiar cuidador e idoso hospitalizado se fortaleçam, de maneira que todas as necessidades sejam ouvidas, percebidas e entendidas, o que convergirá para o cuidado humanizado. Para que essas aspirações tornem-se realidade, teses e dogmas instituídos culturalmente devem ser suspensos, e deve ser construído um novo olhar para este perfil de familiar cuidador.

Consideramos que as ambiguidades identificadas no estudo possuem o potencial de abrir caminhos à ressignificação da figura do familiar cuidador por parte da equipe multiprofissional, de modo que estratégias de cuidado voltadas para o acompanhante se consolidem, tendo por base tecnologias relacionais como o diálogo, o acolhimento e a escuta. Entretanto, para que essa ressignificação se torne real, é necessária, antes de tudo, uma disposição da alma, aberta e irrestrita, livre de preconceitos e discriminações. Deste modo, acreditamos que as informações produzidas, ao mesmo tempo em que responderam à questão e ao objetivo do estudo, despertaram-nos a sensação de que ainda há muito a ser desvelado.

REFERÊNCIAS

1. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev. Saúde Pública*. 2009; 43(3): 548-554.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sinopse do censo demográfico 2010. Rio de Janeiro: 2011.
3. Macinko J, Camargos V, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Predictors of 10-year hospital use in a community-dwelling population of Brazilian elderly: the Bambuí cohort study of aging. *Cad. Saúde Pública*. 2011, 27(3): 336-344.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Executiva. Morbidade hospitalar do SUS: por local de internação no ano de 2013. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sih/nidescr.htm>>. Acesso em: 18 jun.2013.
5. Souza MA, Torturella M, Miranda M. A importância da família participante para acompanhantes de idosos hospitalizados: a atuação do enfermeiro. *Rev. Kairós Gerontologia*. 2011; 14(4): 119-129.

6. Sena ELS. A experiência do outro nas relações de cuidado: uma visão merleau-pontyana sobre as vivências de familiares cuidadores de pessoas com doença de alzheimer [tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2006.
7. Boff L. Saber cuidar: ética do homem – compaixão pela terra. Petrópolis (RJ): Vozes, 2013.
8. Rocha FCV, Santos WCLB, Lima VF, Moura, EB, Sousa, CMMM, Sousa CF. Cuidador familiar: dificuldades para cuidar do idoso no domicílio. Rev. Pesqui.: Cuid. Fundam. 2011; 3(5): 18-27.
9. Pedreira LC, Oliveira AMS. Cuidadores de idosos dependentes no domicílio: mudanças nas relações familiares. Rev. bras. enferm. 2012; 65(5).
10. Sena ELS, Gonçalves LHT. Vivências de familiares cuidadores de pessoas idosas com doença de Alzheimer - Perspectiva da filosofia de Merleau-Ponty. Texto contexto - enferm. 2008; 17(2): 232-240.
11. Merleau-Ponty M. A prosa do mundo. São Paulo(SP) :Cosac & Naify, 2012.
12. Carvalho PAL, Sena ELS, Vilela ABA, Souza VS, Machado JC. O sentimento de coexistência e os cuidados à pessoa em sofrimento mental. Cienc Cuid Saude 2011; 10(4):658-665.
13. Sena ELS, Reis HFT, Carvalho PAL, Souza VS. A intersubjetividade do cuidar e o conhecimento na perspectiva fenomenológica. Rev Rene, 2011; 12(1):181-8.
14. Merleau-Ponty M. Fenomenologia da percepção. 4ª ed. São Paulo(SP): Martins Fontes, 2011.
15. Mélo RP, Silva AA, Lima MLC, Di Paolo AF. Construcionismo, práticas discursivas e possibilidades de pesquisa. Psicologia e Sociedade. 2007; 19(3): 26-32.
16. Afonso MLM, Abade FL. Para reinventar as rodas. Belo Horizonte (MG): Rede de Cidadania Mateus Afonso Medeiros (RECIMAM), 2008.
17. Sena ELS, Gonçalves LHT, Granzotto Muller JM, Carvalho PAL, Reis HFT. Analítica da ambiguidade: estratégia metódica para a pesquisa fenomenológica em saúde. Rev. Gaúcha Enferm. 2010; 31(4):769-75.
18. Waldow, VR. Borges RF. O processo de cuidar sob a perspectiva da vulnerabilidade. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2008; 16(4).
19. Merleau-Ponty M. O visível e o invisível. São Paulo(SP): Perspectiva, 2007
20. Tatossian A. Fenomenologia das psicoses. São Paulo(SP): Escuta, 2006.
21. Boff L. Atitudes e comportamentos de hospitalidade. Rev.Inter.Mob.Hum. 2011, 229-236.

22. Merhy, EE. Agir em saúde: um desafio para o público. Hucitec, série didática, 1997
23. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Diário Oficial. 1988.
24. _____. Lei n. 8.842, de 4 de Janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências.
25. _____. Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.
26. _____. Portaria n.280 de 7 de Abril de 1999. Dispõe sobre a obrigatoriedade da presença do acompanhante de pacientes maiores de 60(sessenta) anos de idade, quando internados.
27. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
28. _____. Caminhos do Cuidado: caderno do aluno. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: 2013. 132 p.
29. Prochnow AG, Santos JLG, Pradebon VM, Schimith MD. Acolhimento no âmbito hospitalar: perspectivas dos acompanhantes de pacientes hospitalizados. Rev. Gaúcha Enferm., 2009; 30(1):11-18.

5.2 MANUSCRITO 2: EXPERIÊNCIA DE INTERCORPOREIDADE NO CONTEXTO RELACIONAL DE FAMILIARES CUIDADORES E IDOSOS HOSPITALIZADOS

O segundo manuscrito que compõe os resultados da dissertação será submetido à *Revista Gaúcha de Enfermagem* e foi elaborado conforme as orientações para autores, disponível no link: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem>> acessado em outubro de 2014.

EXPERIÊNCIA DE INTERCORPOREIDADE NO CONTEXTO RELACIONAL DE FAMILIARES CUIDADORES E IDOSOS HOSPITALIZADOS

RESUMO

O estudo objetivou desvelar vivências de familiares cuidadores no acompanhamento de idosos hospitalizados, tendo como referencial teórico-metodológico a fenomenologia de Merleau-Ponty. O campo de estudo foi um hospital público no interior da Bahia, Brasil, e os participantes, cinco familiares acompanhantes de idosos. As vivências foram produzidas por meio de rodas de conversa, gravadas e submetidas à técnica *analítica da ambiguidade*. Na compreensão das descrições emergiram duas categorias e esse artigo discute a categoria: *experiência do outro eu mesmo nas relações de cuidado entre familiares e idosos hospitalizados*. Compreendemos que o cuidado, por ser intersubjetivo e dinâmico, permite a vivência de ambiguidades que resultam na experiência de transcendência, tanto para o familiar acompanhante como para o idoso hospitalizado. Portanto, suspendemos a tese de que o cuidado ao idoso fragilizado constitui-se unicamente de sofrimentos, pois o contexto da hospitalização oferece oportunidades de intercorporeidade que podem convergir para ressignificações de vidas e relações.

Descritores: Idoso. Hospitalização. Cuidadores. Filosofia em enfermagem. Relações familiares.

ABSTRACT

The study aimed to uncover the experiences of family caregivers of hospitalized elderly monitoring, with theoretical and methodological framework phenomenology of Merleau-Ponty. The field study was a public hospital in Bahia, Brazil, and the participants, five family caregivers of the elderly. The experiences were produced by the wheels of conversation,

recorded and submitted to the analytical technique of ambiguity. In understanding the descriptions emerged two categories and this article discusses the category: experience of another self in relations between family care and hospitalized elderly. We understand that care for being subjective and dynamic, the experience allows the ambiguities that result in the experience of transcendence, both for the family as escort for the hospitalized elderly. Therefore, we suspended the thesis that care to the vulnerable elderly is constituted solely of suffering, because the context of hospitalization intercorporeality offers opportunities that can lead to reinterpretation of lives and relationships.

Descriptors: Aged. Hospitalization. Caregivers. Philosoph, Nursing. Family Relations.

INTERCORPOREALTY EXPERIENCE IN RELATIONAL CONTEXT OF FAMILY CAREGIVERS AND ELDERLY HOSPITALIZED

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo descubrir las experiencias de los cuidadores familiares de monitoreo ancianos hospitalizados, con teórica y metodológica marco de la fenomenología de Merleau-Ponty. El estudio de campo fue un hospital público de Bahía, Brasil, y los participantes, cinco cuidadores familiares de las personas mayores. Las experiencias fueron producidas por las ruedas de conversación, grabados y presentados a la técnica analítica de la ambigüedad. En la comprensión de las descripciones emergieron dos categorías y analizan en este artículo la categoría: la experiencia de otro auto en las relaciones entre el cuidado de la familia y ancianos hospitalizados. Entendemos que la atención por ser subjetivo y dinámico, la experiencia permite a las ambigüedades que dan lugar a la experiencia de la trascendencia, tanto para la familia como escolta para los ancianos hospitalizados. Por lo tanto, suspendimos la tesis de que el cuidado de los ancianos vulnerables constituida únicamente de sufrimiento, porque el contexto de la hospitalización intercorporeidad ofrece oportunidades que pueden conducir a la reinterpretación de las vidas y relaciones.

Descriptorios: Anciano. Hospitalización. Cuidadores. Filosofía em Enfermería. Relaciones Familiares.

EXPERIENCIA EN INTERCORPOREIDAD CONTEXTO RELACIONAL DE CUIDADORES FAMILIARES Y PERSONAS MAYORES HOSPITALIZADAS

INTRODUÇÃO

Uma característica comum na dinâmica demográfica atual da maioria dos países do mundo é o envelhecimento das populações¹. Espera-se que, em 2040, os países em desenvolvimento tornem-se lar de mais de um bilhão de pessoas idosas, o que inclui o Brasil, cujo número de idosos passou de três milhões, em 1960, para pouco mais de vinte milhões em 2010, um aumento de quase 700%².

Projeções mais conservadoras indicam que, em 2020, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos, com um contingente superior a 30 milhões de pessoas¹. Entretanto, a maior parte dessa população convive ou conviverá com doenças crônicas e/ou limitações funcionais que, não raramente, ocasionam descompensações, dependência funcional, frequentes hospitalizações e maior mortalidade³.

Em função dessas características, evidencia-se o aumento progressivo da demanda de idosos por leitos hospitalares. As pessoas com 60 anos de idade ou mais são responsáveis por 23% do total das internações hospitalares que ocorrem no Brasil, e seu tempo de permanência no serviço, em média, de sete dias, destaca-se por ser 25% maior que o período de internação das demais faixas etárias⁴.

O processo patológico que conduziu o idoso à hospitalização demanda cuidados intensivos e permanentes, em virtude do estado de maior vulnerabilidade e da capacidade reduzida de responder a diferentes tipos de estresse característicos desse grupo etário⁵. Essa situação impõe, à família, o dever de organizar-se em função do cuidado ao idoso doente, mediante a permanência contínua de um acompanhante durante o período de hospitalização.

A importância da presença do familiar acompanhante para o idoso hospitalizado é reconhecida por estudiosos da área e também pelo Ministério da Saúde (MS). Em 7 de abril de 1999, foi lançada a portaria nº 280 para garantir a permanência, em tempo integral, para os acompanhantes de idosos hospitalizados, bem como os recursos financeiros para sua acomodação⁶.

Entretanto, ao voltarmos o olhar para a figura do familiar acompanhante, percebemos que é forte, no imaginário popular, a tese de que tornar-se cuidador de idoso com fragilidades e dependências, especialmente em situações de hospitalização, constitui-se uma experiência que produz conflitos na vida de quem cuida, com impactos físicos, emocionais e sociais⁷⁻⁸.

Apesar da emissão de juízo de valor às vivências de cuidado, a fenomenologia de Merleau-Ponty permite-nos entender que o preconceito constituído em torno dessas vivências pode, progressivamente, ser superado. Isso ocorre porque se considera toda vivência como ambígua, o que inclui o fenômeno do cuidado e, nesse sentido, não podemos atribuir-lhe o valor negativo nem positivo⁹. Portanto, é possível que, para além do sofrimento, a vivência de cuidado ao idoso em contexto hospitalar produza mudanças na vida de quem cuida, por meio da ressignificação de relações e da vida do próprio cuidador, por exemplo.

Diante das ambiguidades possíveis, emergiu a seguinte questão de pesquisa: quais as vivências de familiares cuidadores no acompanhamento de idosos hospitalizados? Assim, o estudo relatado neste artigo objetivou desvelar vivências de familiares cuidadores no acompanhamento de idosos hospitalizados.

Com o presente artigo ocupamo-nos em estabelecer uma comunicação entre as descrições vivenciais de familiares acompanhantes de idosos hospitalizados, os estudos que tratam do envelhecimento humano e a abordagem teórica acerca da noção de *corpo do outro* de Merleau-Ponty. Portanto, apresentamos uma nova percepção para a vivência do cuidado ao idoso em contexto hospitalar, a partir do aporte teórico-filosófico da fenomenologia.

METODOLOGIA

Como se tratar de um estudo vivencial, dentre as diversas abordagens que compõem o campo da metodologia qualitativa, optamos pela fundamentação teórico-metodológica de Merleau-Ponty acerca da intercorporeidade, que se refere ao entrelaçamento entre os seres humanos e todos os outros vivos, graças à dinâmica da experiência perceptiva, que opera por meio do conjunto dos sentidos em conexão com o mundo¹⁰⁻¹¹. Na perspectiva de alcançar o objetivo proposto, buscamos a iluminação do filósofo no que refere à percepção humana, descrita a partir da noção de *corpo próprio*.

O cenário de investigação constitui o campo de possibilidade de aproximação daquilo que se deseja estudar, bem como da construção de conhecimento¹². Assim, a pesquisa foi realizada em um hospital público de grande porte no município de Jequié, Bahia, Brasil, mais especificamente nos setores de Clínica Médica (CM) e Neurológica (CN), locais em que encontramos um significativo número de idosos hospitalizados.

Participaram da pesquisa cinco familiares acompanhantes de idosos que atenderam aos critérios de inclusão: possuir mais de 18 anos e ser o cuidador de um idoso internado há pelo menos sete dias. O período definido justifica-se pelo fato de que consideramos sete dias como tempo suficiente para que o familiar vivenciasse diversas experiências, de modo que fossem possíveis relatos com riqueza de detalhes e informações. Todos os participantes foram do sexo feminino, com idades entre 30 e 60 anos e eram filhas dos idosos que acompanhavam. A formalização do aceite foi feita mediante leitura e assinatura do *Termo de consentimento livre e esclarecido* (TCLE).

Para a produção das descrições vivenciais, empregamos a técnica da roda de conversa, em dois encontros realizados na varanda da CM, com duração média de uma hora e trinta minutos cada, no mês de março de 2014. A roda de conversa é um recurso metodológico que prioriza as discussões em torno de um tema estabelecido e considera as relações intersujeitos

como um rico material de pesquisa¹³. Desse modo, é possível que os participantes interajam e, por meio do pensar compartilhado, compreendam e ressignifiquem suas vivências. Essa possibilidade de diálogo e influências caracteriza a intersubjetividade, inerente aos estudos fenomenológicos¹⁴.

Cada uma das rodas processou-se em quatro etapas: acolhimento e interação entre as participantes, exibição de vídeo, abertura da roda, encerramento. Foram conduzidas por um roteiro desenvolvido, gravadas, transcritas e as vivências desveladas foram submetidas à análise da ambiguidade. Esta técnica foi desenvolvida não para analisar ou interpretar vivências, mas para perceber ambiguidades que se mostram na experiência intersubjetiva, estabelecida entre pesquisador e participantes do estudo¹⁵.

As descrições vivenciais foram, essencialmente, discutidas com a fundamentação teórica de Merleau-Ponty no que tange à abordagem sobre a percepção do *corpo próprio*, especificamente na dimensão do *corpo do outro*. O estudo atendeu as normas para pesquisas envolvendo seres-humanos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UESB, por meio do protocolo nº 518.99/14. Para a preservação do anonimato, as participantes escolheram codinomes relacionados a sentimentos vivenciados nos últimos dias: Saudade, Amor, Tristeza, Ansiedade e Preocupação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na experiência intersubjetiva, com as leituras das descrições vivenciais, ocorreu-nos à percepção categorizá-la da seguinte forma: *experiência do outro eu mesmo nas relações de cuidado entre familiares e idosos hospitalizados*. Apesar da organização em categoria, compreendemos que toda tentativa de objetivar algo sobre as vivências relatadas sempre será insuficiente para exprimir por completo seu significado.

Experiência do *outro eu mesmo* nas relações de cuidado entre familiares e idosos hospitalizados

O cuidado faz parte da essência de todo homem, é a base que possibilita considerar a existência humana como humana. Além disso, representa uma atitude de ocupação, preocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com o outro¹⁶. Numa perspectiva fenomenológica, cuidar opera na intersubjetividade, o que implica em uma experiência de campo e, por conseguinte, na reversibilidade das percepções envolvidas e no movimento ininterrupto de abertura ao outro¹⁷. Desse modo, o cuidar consiste na intercorporeidade e na condução à transcendência, o que, segundo o olhar merleau-pontyano, refere-se à experiência do *outro eu mesmo*.

Uma das participantes do estudo, cujo codinome escolhido foi Amor, quando foi questionada sobre a história pregressa da relação que possuía com a mãe, atualmente hospitalizada, retoma as seguintes vivências:

Minha mãe castigou-me muito. Agora ela não pode fazer mais isso porque não aguenta, mas me batia muito! E era só comigo, não sei por quê! Toda vida ela me perseguiu, e as minhas irmãs diziam: mãe te persegue porque ela gosta de ti, ela te ama! E eu falava: ela me ama, mas, tem que parar de me perseguir, porque eu também preciso passear, sair, ter liberdade. Eu me sentia assim [...] mas agora não me sinto mais assim, porque eu vejo a situação que ela está, e só tem a mim para apoiá-la. Minhas escolhas eu deixo em segundo plano! [...] Porque não sei se todos vão fazer igual eu faço. Eu sempre falo com ela: mãe, a senhora pode agradecer muito a Deus, porque pelas outras filhas que a senhora tem, a senhora ia morrer à míngua, se não tivesse a mim (AMOR).

A fala da participante permite-nos enxergar que ela atualiza em seu corpo um passado marcado por agressões, injustiças e conseqüente carência afetiva. Não obstante tenha sido maltratada por sua mãe na infância e juventude, agora, com o processo de hospitalização da mãe idosa, emerge um horizonte de futuro que aponta perspectivas de gratidão, reconhecimento e demonstração de afeto e amor por parte da mãe, o que permite à cuidadora lançar-se em direção a esse horizonte, por meio do cuidado dedicado e constante. Assim, o

cuidado manifesta-se sob uma perspectiva temporal, a qual reúne no presente um passado e um futuro¹⁸.

Essas reflexões conduzem-nos ao entendimento de que a experiência do cuidado em contexto hospitalar caracteriza-se pela existência de ambiguidades: ao mesmo tempo em que há uma pessoalidade (dimensão socioantropológica constitutiva do ser pessoa), que se descentra no outro que necessita do cuidado, revela-se uma impessoalidade (dimensão sensível) que conduz à resignificação do outro (semelhante) e da sua pessoalidade.

A experiência do outro é sempre a de uma réplica de mim e é resultado da ação de usar o corpo (percepção) para explorar e estabelecer uma relação com o mundo, o que, por consequência, conduz a “uma ínfima distância entre mim e o ser que reservava os direitos de outra percepção do mesmo ser”^{14:223}. A mesma cuidadora conduziu-nos a ir mais além na compreensão do fenômeno do cuidado:

Eu me sinto vitoriosa porque é minha mãe, então tenho que fazer o possível para ela orgulhar-se de mim [...] casei-me duas vezes e voltei para casa. Casamento para mim nunca dá certo, sempre voltava à casa de minha mãe, mas eu não tinha outro lugar para ir [...] uma vez, estava com um namorado e ele ficou preocupado porque minha irmã viajou e eu não. Eu disse: Não vou! Vou viajar e deixar minha mãe sentindo dor? Não! Então, ele disse: sua irmã não gosta da mãe, ela não cuida como você cuida...e eu disse: ela(mãe) só tem a mim! Tem as outras filhas, mas não cuidam igual a mim (AMOR).

As falas revelam que, provavelmente, a cuidadora vivencia ou vivenciou, ao longo da vida, a situação de desprestígio social e, portanto, expressa, de forma irrefletida, a necessidade de ser valorizada, reconhecida. Quando se dispõe a cuidar da mãe hospitalizada, ela passa a ter visibilidade social, experiência que não lhe ocorria anteriormente. As sensações de prazer, reconhecimento e valorização constituem elementos que mobilizam a cuidadora para estimar-se mais. Situação semelhante é desvelada por outra participante do estudo:

A minha (mãe) nunca foi de me dar carinho. Se ela me desse carinho hoje, amanhã era uma surra. Ela me batia por qualquer coisa! Muito, muito, muito, muito. Chegou ao ponto de com quase 13 anos eu pedir a Deus para me dar a morte ou um casamento. Mas eu falei com Ele que eu queria mais a morte. E Ele me deu o casamento [...] eu

não aguentava mais apanhar! [...] às vezes eu estou dando banho nela e ela fala: graças a Deus que eu tenho minha filha! [...] ela fala assim: vou te perguntar uma coisa, mas fala a verdade [...] quem é a tua mãe? Então, eu respondo: a minha mãe é você! E ela diz: ah, se eu tivesse uma filha dessas! (SAUDADE).

As vivências permitem-nos enxergar que as cuidadoras experimentam a transcendência a partir do contexto de cuidado às mães hospitalizadas e, assim, um “investimento” contínuo no cuidado ao outro (semelhante) instala-se para, de certo modo, também cuidarem de si. Embora possa ser que as cuidadoras não tenham a percepção desse novo prestígio social e valorização, uma vez que a vivência envolve um não-saber, referente aos sentimentos em relação a si e ao outro. Portanto, nesse contexto, as cuidadoras corroboram a noção do *cuidado de si irrefletido*¹⁷.

Em seus escritos, Merleau-Ponty não aborda diretamente o cuidado como o fez o fenomenólogo Martin Heidegger. Entretanto, a essência dos seus pensamentos conduziu-nos a desenvolver as noções de *cuidado irrefletido* e *reflexivo*, sendo este último relacionado aos atos indicativos e aquele, aos atos intuitivos¹⁷. Vejamos a seguir uma descrição que desvela o *cuidado de si irrefletido*:

Sou de São Paulo, Campinas! Vim correndo cuidar dela. Eu vim porque senão eu ficaria em casa, meu Deus, e se acontecer alguma coisa, eu não estou vendo, não estou perto [...] e eu ficaria com aquela aflição, então eu ficaria muito pior lá. Eu tenho que estar perto, vendo como é que ela está (ANSIEDADE).

A vivência faz-nos compreender que, embora a cuidadora tente explicar o motivo de sua ação, isto é, sair de São Paulo, deixando seu lar, para cuidar da mãe na Bahia, ela nunca conseguirá explicar exatamente. Mesmo sem refletir sobre a questão, a cuidadora decidiu por ficar com a mãe, porque, se permanecesse distante, ficaria angustiada, sofrendo e, talvez, até se culpando, caso algo mais grave viesse a acontecer. Desse modo, imediatamente resolveu vir à Bahia para cuidar da mãe e, também, para cuidar de si, ainda que de maneira irrefletida.

Assim, não obstante a hospitalização pareça constituir um fenômeno de dor, ansiedades e incertezas, de alguma maneira, contribui para “curas diversas” dos familiares que cuidam.

Acompanhar a mãe ou o pai idoso hospitalizado permitiu às participantes do estudo a vivência de ambiguidades e emoções únicas. Portanto, o *outro eu mesmo* que surge é diferente se o processo de saúde-doença dos idosos fosse vivenciado apenas no domicílio. Assim, a experiência do cuidado em contexto hospitalar é sempre inédita, criativa e conduz, a todo instante, à transcendência.

Na perspectiva de Merleau-Ponty acerca da intercorporeidade, compreendemos que a experiência do *outro* não é um fenômeno possível apenas ao familiar acompanhante, denominado cuidador. Isso porque o cuidado, por não ser estático, mas dinâmico e intersubjetivo, possibilita também, à pessoa cuidada, vivenciar ambiguidades e abertura ao *outro*. As falas seguintes desvelam a resignificação das relações entre familiar cuidador e idoso no contexto do cuidado:

Eu perdi meu pai cedo e ela [mãe] me maltratou muito! E hoje só eu que cuido dela [...] mas ela já me agradeceu muito por isso! Ela diz: se eu não tivesse você, não sei onde é que eu estaria [...] porque pelas outras [...] de vez em quando ela me agradece (AMOR).

Na minha casa o xodó do meu pai era a que estava aqui hoje [irmã]. Ele ficou doente e tudo só pedia para ela! E nós ficávamos com ciúmes! Ele perguntava por que minha irmã não tinha ido ficar com ele [...] eu sentia que ele não gostava de mim e eu ficava triste. Eu sentava e pensava: será que pai está gostando que eu fique aqui? Mas agora não [...] agora, quando saímos, nos agradece, é uma alegria! Ele diz: como meus filhos cuidam bem de mim! Não tem mais escolha não! Ele viu que todo mundo faz do mesmo jeito que o outro faz, tem o mesmo carinho! Eu me sentia rejeitada, agora mais não (TRISTEZA).

As vivências mostram que a resignificação entre mãe/pai e filhas ocorre de forma espontânea pela intercorporeidade da vivência cuidativa. A *experiência do outro* é perceptível no momento em que os idosos passam a reconhecer e a valorizar mais os filhos após a hospitalização.

Todos nós, de alguma forma, sentimo-nos ligados e religados uns aos outros, formando um todo orgânico único, diverso e sempre inclusivo. Esse todo remete-nos a um elo que tudo sustenta e dinamiza. Portanto, construímos o mundo a partir de laços afetivos, e isso faz com que as pessoas e as situações tornem-se portadoras de valor. Preocupamo-nos e tomamos tempo para dedicar-nos a elas; sentimos responsabilidade pelo laço desenvolvido entre nós e os outros¹⁶. Nessa perspectiva, as relações pregressas entre mãe/pai e filhas, independentemente do modo como ocorriam, geraram vínculos afetivos ao longo dos anos e a categoria do cuidado recolhe todo esse modo de ser, permitindo o estreitamento desses vínculos.

Desse modo, entendemos que estamos em constante transcendência a cada vivência, a cada experiência. Isso porque o mundo no qual nos inserimos está sempre em formação e mostra-se sempre em perspectivas, arrastando consigo todas as demais sem que as tenhamos de elaborar¹⁸. Isto significa dizer que o meio nos permite captar algo e essa percepção traz consigo o anúncio de uma coisa que é bem mais do que aquilo que se revela¹⁷.

Mediante o entendimento sobre a dinâmica da percepção, acrescemos a ideia de que crenças, tradições e princípios adquiridos numa esfera sociocultural também não são estáticos, mas passíveis de serem aperfeiçoados, transformados e adequados, conforme o que a realidade lhes impõe; aspecto que, também, caracteriza transcendência. Vejamos um exemplo na descrição de uma das participantes:

Cuidar da mãe é fácil, e do pai, que fica com vergonha da gente? Ele fala, oh minha filha, eu nunca fiquei pelado na sua frente... mas hoje...ele está precisando da gente. Eu falo, oh pai, o que é isso! A gente nunca viu o pai da gente pelado. E agora a gente dá banho, coloca para urinar, troca fralda, faz tudo! Eu falo, oh pai, não é para ficar com vergonha não! Todo mundo faz! Porque o filho homem tem até mais liberdade, mas a mulher não tem não, não é? (TRISTEZA).

Filhas cuidando dos pais hospitalizados é uma situação extremamente comum na rotina das instituições de saúde, mesmo porque a mulher é historicamente vista como a “grande cuidadora” que possui o dever moral instituído de cuidar de toda a família¹⁹.

Entretanto, para os envolvidos no cuidado, o lidar com a exposição de nudez em especial nas situações que envolvem pai e filha, requer rompimentos de tradições culturais incorporadas em ambos ao longo da vida. Esses rompimentos também representam a experiência do *outro eu mesmo*. Imaginamos que, para o homem que depende do cuidado de outrem, essa experiência seja mais difícil e envolva sentimentos ambíguos, bem como conflitos internos.

Apesar das diversas conquistas sociais da mulher nos últimos anos, ainda vivemos em uma sociedade predominantemente patriarcal, que define o homem como presença hegemônica, pautada pela supremacia e submissão feminina, em um contexto que o define como o “chefe de família”, responsável pelo sustento da casa, dos filhos e da esposa²⁰. Assim, a exposição da nudez às filhas, no contexto de hospitalização, representa, para o homem idoso, uma ruptura com a visão da masculinidade enraizada em seu ser.

É *um outro eu mesmo* que desiste da imponência do sexo masculino e assume a fragilidade do ser humano, a vulnerabilidade que vivencia, e a necessidade de ser cuidado, portanto, experimenta a transcendência, pois, se não for cuidado desde o nascimento até a morte, o ser humano desestrutura-se, definha, perde o sentido e morre¹⁶.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao entendermos que a vivência da percepção em Merleau-Ponty mostra-se como uma oportunidade contínua de tornarmo-nos *outro*. Não podemos mais conceber a tese de que cuidar do idoso hospitalizado constitui-se uma experiência que “adoece” o familiar cuidador e causa-lhe sofrimento. Essa tese, sustentada pelo mundo sociocultural no qual nos inserimos e reiterada pela produção científica gerontológica, não pode continuar sendo defendida como verdade absoluta.

As descrições vivenciais, discutidas na perspectiva da intercorporeidade e experiência do *outro eu mesmo*, conduziram-nos a um novo olhar sobre a condição de cuidador.

Desvelaram-se situações em que a experiência de cuidar do pai/mãe idoso hospitalizado propiciou aos cuidadores o respeito à dignidade, a afetividade, o amor ao próximo e a inserção social.

Percebemos que os sentimentos ambíguos que se exprimem durante o cuidado irão nortear as relações estabelecidas e são movidos por uma orientação intencional que, em muitos momentos, encontra-se velada: o cuidador não percebe que o cuidar do semelhante é também um cuidado de si. Sempre que cuidamos de alguém, de algum modo também cuidamos de nós mesmos, seja para tratar ressentimentos, ansiedades, medos ou simplesmente por uma questão de consciência moral.

Além disso, enxergamos que os idosos hospitalizados, receptores do cuidado, também experimentam a possibilidade de ressignificação da vida e das relações, tornando-se *outro* diante do contexto de fragilidade vivenciado. Assim, o domínio hospitalar constitui-se como um espaço coletivo que oferece a oportunidade de experiências intercorporais peculiares, as quais, geralmente, convergirão para a vivência de transcendência.

Estudo desta natureza, que permite a escuta de familiares de usuários do serviço público de saúde, constitui-se de grande relevância para a reorientação de políticas, planejamento e implementação de práticas mais humanizadas, que visualizem a saúde não apenas do sujeito submetido ao tratamento, mas, também, dos familiares que o acompanham e auxiliam no processo de restabelecimento.

Como limitações do estudo, destacamos a pouca participação de familiares acompanhantes nas rodas de conversa promovidas. Possivelmente, isso se deve ao receio em se distanciar dos familiares hospitalizados por um período de tempo prolongado. Desse modo, na certeza da incompletude do conhecimento, concluímos que muito ainda há a ser desvelado dos vividos em contexto hospitalar.

REFERÊNCIAS

1. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev. Saúde Pública.* 2009; 43(3): 548-554.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Sinopse do censo demográfico 2010. Rio de Janeiro: 2011.
3. Macinko J, Camargos V, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Predictors of 10-year hospital use in a community-dwelling population of Brazilian elderly: the Bambuí cohort study of aging. *Cad. Saúde Pública.* 2011; 27(3): 336-344.
4. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Morbidade hospitalar do SUS: por local de internação no ano de 2014. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sih/nidescr.htm>>. Acesso em: 09 out. 2014.
5. Perez M, Lourenço RA. Rede FIBRA-RJ: fragilidade e risco de hospitalização em idosos da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2013; 29(7):1381-139.
6. Brasil. Portaria nº280 de 7 de Abril de 1999. Dispõe sobre a obrigatoriedade da presença do acompanhante de pacientes maiores de 60(sessenta) anos de idade, quando internados.
7. Rocha FCV, Santos WCLB, Lima VF, Moura MEB, Sousa CMM, Monteiro CFS. Cuidador familiar: dificuldades para cuidar do idoso no domicílio. *Rev. Pesqui.: Cuid. Fundam. (Online).* 2011; 3(5): 18-27.
8. Pedreira LC, Oliveira AMS. Cuidadores de idosos dependentes no domicílio: mudanças nas relações familiares. *Rev. bras. enferm.,* 2012; 65(5): 730-736.
9. Sena ELS, Gonçalves LHT. Vivências de familiares cuidadores de pessoas idosas com doença de Alzheimer - Perspectiva da filosofia de Merleau-Ponty. *Texto contexto - enferm.* 2008; 17(2): 232-240.
10. Merleau-Ponty M. Fenomenologia da percepção. Tradução: Carlos Alberto Moura. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011.
11. Andrade LM, Sena ELS, Jesus IS. A experiência do outro e o vir a ser cidadão idoso. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2014; 35(2):14-9.
12. Minayo MCS. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 29 ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2010.
13. Mélllo RP, Silva AA, Lima MLC, Di Paolo AF. Construcionismo, práticas discursivas e possibilidades de pesquisa. *Psicologia e Sociedade.* 2007; 19(3): 26-32.
14. Merleau-Ponty M. A prosa do mundo. Tradução: Paulo Alves. São Paulo: Cosac & Naify, 2012.

15. Sena ELS, Gonçalves LHT, Granzotto Muller JM, Carvalho PAL, Reis HFT. Analítica da ambiguidade: estratégia metódica para a pesquisa fenomenológica em saúde. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2010; 31(4):769-75.
16. Boff L. Saber cuidar: ética do homem – compaixão pela terra. Petrópolis (RJ): Vozes, 2013
17. Sena ELS. A experiência do outro nas relações de cuidado: uma visão merleau-pontyana sobre as vivências de familiares cuidadores de pessoas com doença de Alzheimer [tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2006.
18. Sena ELS, Reis HFT, Carvalho PAL, Souza VS. A intersubjetividade do cuidar e o conhecimento na perspectiva fenomenológica. *Rev Rene.* 2011; 12(1):181-8.
19. Souza MA, Torturella M, Miranda M. A importância da família participante para acompanhantes de idosos hospitalizados: a atuação do enfermeiro. *Rev. Kairós Gerontologia.* 2011; 14(4): 119-129.
20. Torres C, Silva P, Novais C, Carvalho J, Gênero, sexualidade e atividade física: uma leitura sobre masculinidades e feminilidades (re)construídas à luz do envelhecer RBCEH. 2012; 9(1): 9-21.

6 A CERTEZA DA INCOMPLETUDE DO CONHECIMENTO

O mundo já está constituído, mas também não está nunca completamente constituído (MERLEAU-PONTY, 2011, p.608).

A compreensão dos relatos das vivências de familiares acompanhantes de idosos hospitalizados segundo o enfoque filosófico da fenomenologia de Maurice Merleau-Ponty conduziu-nos à suspensão de teses veiculadas no contexto do cuidado ao idoso em hospitalização. Possibilitou-nos perceber ambiguidades associadas às vivências de acompanhamento, uma vez que compreendemos a dinâmica da percepção humana referendada pelo filósofo como uma experiência infindável. Assim, acreditamos que o cuidado em ambiente hospitalar constitui uma vivência fenomênica e, portanto, nunca se desvela totalmente, apenas em perfis.

A descrição vivencial das participantes do estudo foi possível mediante a intersubjetividade estabelecida em encontros de rodas de conversa promovidas no cenário hospitalar. De maneira espontânea e descontraída, as relações intersujeitos favoreceram a construção de conhecimentos sobre o tema abordado. As vivências desveladas, depois de submetidas à analítica da ambiguidade, resultaram em dois manuscritos científicos, cujos resultados e discussões respondem à questão norteadora e ao objetivo do estudo.

No primeiro manuscrito – *O visível e o invisível na experiência do cuidado ao idoso hospitalizado* –, as vivências conduziram-nos à percepção de três dimensões de sofrimento experimentadas pelas familiares acompanhantes: a primeira relaciona-se ao profundo entrelaçamento de sentimentos que se estabelece entre quem cuida e quem é cuidado, o que, a partir da leitura dos escritos merleau-pontyanos, reconhecemos como vivência de coexistência. A segunda dimensão revelou que o cuidado, muitas vezes, é movido por circunstâncias que envolvem o cumprimento de deveres legais e morais instituídos culturalmente. Por fim, a terceira dimensão discute o des(cuido) vivenciado pelas acompanhantes no contexto hospitalar, reconhecido pela falta de ambiência e de cumprimento do *Estatuto do Idoso* e da portaria nº 280, que garantem condições de acomodação para o acompanhante do idoso em tempo integral.

Chamamos a atenção para o fato de que, embora tenhamos organizado as vivências em dimensões de sofrimento, numa perspectiva merleau-pontyana, elas não podem ser consideradas negativas, pois toda experiência permite a abertura ao *outro*. Assim, como ocorre na observação da figura-fundo de uma pintura em tela, as situações de sofrimento que envolvem o binômio cuidador-idoso no contexto da hospitalização, não obstante se passem muitas vezes como “invisíveis”, sempre podem tornar-se “visíveis”. E mesmo que esse fenômeno não ocorra, o sofrimento constitui uma oportunidade de transcendência.

A experiência de transcendência, descrita por Merleau-Ponty como o processo de tornar-se um *outro eu mesmo* é apresentada e discutida mais profundamente no segundo manuscrito, intitulado *Experiência de intercorporeidade no contexto relacional de familiares cuidadores e idosos hospitalizados*. Desvelamos situações em que o cuidar do pai/mãe idoso hospitalizado propiciou aos cuidadores o respeito à dignidade, a afetividade, o amor ao próximo e a inserção social, ou seja, a experiência do *outro eu mesmo*.

Percebemos que os sentimentos ambíguos que se exprimem durante o cuidado são movidos por uma orientação intencional que, em muitos momentos, encontra-se velada: o cuidador não percebe que o cuidar do familiar idoso também é um cuidado de si. Além disso, compreendemos que a experiência do *outro* não se limita ao familiar cuidador, mas é possível também ao idoso hospitalizado, pois consideramos o cuidado como um fenômeno não estático, mas intersubjetivo e dinâmico.

Diante dessas percepções, o estudo permitiu-nos entender que o contexto hospitalar apresenta-se como um espaço coletivo que abre possibilidade a experiências intercorporais específicas, as quais, geralmente, convergirão para a vivência de transcendência, o que conduziu-nos a um novo olhar sobre a condição de cuidador. Com horizontes abertos à complexidade que entorna o fenômeno do cuidado ao idoso hospitalizado, entendemos que estudos fenomenológicos que valorizam a escuta de familiares acompanhantes dos idosos nos serviços públicos de saúde, numa perspectiva macro, constituem-se de grande relevância à reorientação de políticas, planejamento e implementação de práticas mais humanizadas direcionadas aos idosos e familiares.

A relevância consiste, fundamentalmente, no fato de o conhecimento produzido e veiculado dar “visibilidade” ao familiar acompanhante como protagonista do cuidado, como essência humana, o que impõe que ele seja percebido pelos profissionais de saúde para além do cumprimento de prescrições a serviço das necessidades do idoso. Deste modo, o estudo mostra a importância da resignificação do cuidador familiar no espaço do hospital e a percepção de que ele também vivencia vulnerabilidades e necessidades de cuidado.

Para o campo da enfermagem, acreditamos que o estudo traz conhecimentos possíveis de serem inseridos em diversas áreas de inserção do profissional enfermeiro, por exemplo, no cuidado, na docência, na pesquisa e no gerenciamento de serviços. Isto porque, há valorização das experiências vivenciais e enfoque no contexto intersubjetivo como um campo de intercorporeidade. Além disso, as descrições oferecem orientações intencionais que movem ações de cuidado. Com esse olhar, é possível que o enfermeiro reorganize suas práticas, considerando as vivências e as relações como campos para a produção de conhecimento.

Ao finalizar a pesquisa, corroboramos a concepção de que a construção do conhecimento consiste em uma experiência inacabada, pois quando encontramos respostas à questão que propusemos, outras espontaneamente se mostram, requerendo outra investigação. Assim, na certeza da incompletude do conhecimento, muito ainda há a ser desvelado dos vividos em contexto hospitalar, o que aponta a necessidade de desenvolvimento de mais estudos com perspectiva semelhante.

REFERÊNCIAS

AFONSO, M.L.M.; ABADE, F.L. **Para reinventar as rodas**. Belo Horizonte: Rede de Cidadania Mateus Afonso Medeiros (RECIMAM), 2008.

ALES BELLO, A. **Introdução à fenomenologia**. Bauru, SP: Edusc, 2006.

ALMEIDA, M.N.B.C. **Hotelaria hospitalar: cultura e hospitalidade no atendimento a idosos**. [Monografia Especialização] - Universidade de Brasília, Brasília, 2009.

ANDRADE, L.M.; SENA, E.L.S; JESUS, I.S. A experiência do outro e o vir a ser cidadão idoso. **Rev. Gaúcha Enferm.** v.35, n.2, p.14-19. 2014.

BOFF, L. Atitudes e comportamentos de hospitalidade. **Rev.Inter.Mob.Hum.** 2011, 229-236.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do homem – compaixão pela terra**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, vl. 132, n. 3, pp. 77-79, Seção 1, pt. 1, 1994.

BRASIL. **Portaria nº280 de 7 de Abril de 1999**. Dispõe sobre a obrigatoriedade da presença do acompanhante de pacientes maiores de 60(sessenta) anos de idade, quando internados. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999/prt0280_07_04_1999.html Acesso em: 10 set. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei no 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. **Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006.** Dispõe sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios /** Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção-** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Caminhos do Cuidado: caderno do aluno.** Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: 2013. 132 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Morbidade hospitalar do SUS: por local de internação no ano de 2014.** Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sih/nidescr.htm>>. Acesso em: 09 out. 2014.

CAMARANO, Ana Amélia. **A demografia e o envelhecimento populacional.** In.BORGES, A.P.A. (Org.); COIMBRA; A.M.C.(Org.). Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Rio de Janeiro, 2008.

CARBONI, R.M.; REPPETTO, M.A. Uma reflexão sobre a assistência à saúde do idoso no Brasil. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.9, n.1, p.251-260, 2007.

CARTAXO, H.G.O. et al. GAUDÊNCIO, M.M.P.; ARAÚJO, R.A.; ABRÃO M.S.; FREITAS, C.M.S. Quando o cuidar dói: desvelando sentimentos de um ser que cuida. **Rev. Enferm. UFPE on line**, Recife, v.6, n.1, p.89-96, 2012.

CARVALHO, P.A.L. et al. O sentimento de coexistência e os cuidados à pessoa em sofrimento mental. **Cien Cui Saude**, v.10, n.4, p.658-665, 2011.

DAHDAH, D.F. et al. Grupo de familiares acompanhantes de pacientes hospitalizados: estratégia de intervenção da terapia ocupacional em um hospital geral. **Cad. Ter. Ocup.** São Carlos, v. 21, n. 2, p.399-404, 2013.

DIBAI,M.B.S.; CADE, N.V. A experiência do acompanhante internado em instituição hospitalar. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.17, p.86-90, 2009.

FERNANDES, M.G.M.; GARCIA, T.R. Atributos da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. **Rev. esc. enferm. USP**, v.43, n.4, p.818-824, 2009.

FERNANDES, MAO (org). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 4a ed. São Paulo (SP): RIDEEL, 2008.

FRIED, L.P. et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci**, v. 56, n.3, p.146-156, 2001.

GONCALVES, L.H.T. et al . A dinâmica da família de idosos mais idosos no contexto de Porto, Portugal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 3, 2011.

GONZALEZ, A.D. et al . Fenomenologia heideggeriana como referencial para estudos sobre formação em saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 16, n. 42, Set. 2012.

IBGE. **Sinopse do censo demográfico 2010**. Rio de Janeiro: 2011.

IBGE. **Síntese dos indicadores sociais 2010**. Rio de Janeiro: 2012.

IBGE. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 2000/2060**. Rio de Janeiro: 2013.

LEITE, M. T. **Cuidando do idoso hospitalizado: a experiência do familiar**. Rio de Janeiro: Ed. UNIJUÍ, 2000.

LIMA, A.P. Produção científica sobre a hospitalização de idosos: uma pesquisa bibliográfica. **Cogitare Enferm**, v.14, n.4; p.740-7, 2009.

MACINKO, J. et al.; Predictors of 10-year hospital use in a community-dwelling population of Brazilian elderly: the Bambuí cohort study of aging. **Cad. Saúde Pública**, v.27, supl. 3, 2011

MARCON, S.S.; ELSSEN, I. A enfermagem com um novo olhar...a necessidade de enxergar a família. **Fam. Saúde Desenv**, v.1, n.1/2, p. 21-6, 1999.

MÉLLO, R.P. et al. Construcionismo, práticas discursivas e possibilidades de pesquisa. **Psicologia e Sociedade**. v. 19, n.3, p. 26-32, 2007.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. v.15, n.5, p. 2297-2305, 2010.

MENEZES, T.M.O.; LOPES, R.L.M. Significado do cuidado no idoso de 80 anos ou mais. **Rev. Eletr. Enf.** v.12, n. 2, p. 240-247. 2012.

MERHY, E.E. **Agir em saúde: um desafio para o público**. Hucitec, série didática, 1997.

MERLEAU-PONTY, M. **O visível e o invisível**. São Paulo(SP): Perspectiva, 2007

MERLEAU- PONTY, M. **Fenomenologia da percepção**. Tradução: Carlos Alberto Moura. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

MERLEAU-PONTY, M. **A prosa do mundo**. Tradução: Paulo Alves. São Paulo:Cosac & Naify, 2012.

MINAYO, M.C.S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 29 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MOREIRA, V. Possíveis contribuições de Husserl e Heidegger para a clínica fenomenológica. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.15, n.4, p.723-731, 2010.

NOVAIS, N.N. et al. Qualidade de vida e saúde de cuidadores de idosos longevos: interferências intrafamiliares. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 27, n. 1, p. 64-75, 2013.

OLIVEIRA, D.C., D'ELBOUX, M.J. Estudos nacionais sobre cuidadores familiares de idosos: revisão integrativa. **Rev. bras. enferm.**; v.65, n.5, p. 829-838, 2012.

PEDREIRA, L.C.; OLIVEIRA, A.M.S. Cuidadores de idosos dependentes no domicílio: mudanças nas relações familiares. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 65, n. 5, 2012.

PEREZ, M.; LOURENÇO, R.A. Rede FIBRA-RJ: fragilidade e risco de hospitalização em idosos da cidade do Rio de Janeiro, Brasil **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n.7, p. 1381-1391, 2013.

PROCHNOW, A.G. et al. Acolhimento no âmbito hospitalar: perspectivas dos acompanhantes de pacientes hospitalizados. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 30, n.1, p.11-18, 2009.

REZENDE, T.C et al. Factors of high impacts on the life of caregivers of disabled elderly. **Arch Gerontol Geriatrics**, v.51, n.1, p.76-80, 2010.

ROCHA, F.C.V et al. Cuidador familiar: dificuldades para cuidar do idoso no domicílio. **Rev. Pesqui.: Cuid. Fundam.**, v. 3, n.5, p. 18-27, 2011.

SANCHES, I.C.P.S. et al., Acompanhamento hospitalar: direito ou concessão ao usuário hospitalizado? **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.1, p.67-76, 2013.

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

SENA, E.L.S.; GONÇALVES, L.H.T. Vivências de familiares cuidadores de pessoas idosas com doença de Alzheimer - Perspectiva da filosofia de Merleau-Ponty. **Texto contexto - enferm.** v.17, n.2, p. 232-240, 2008.

SENA, E.L.S. et al. Analítica da ambiguidade: estratégia metódica para a pesquisa fenomenológica em saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.** v.31, n.4, p.769-75. 2010.

SENA, E.L.S. et al. A intersubjetividade do cuidar e o conhecimento na perspectiva fenomenológica. **Rev Rene, Fortaleza**, v.12, n1, p.181-188, 2011.

SERRA, A. M. **Kriterion.** Belo Horizonte, v. 50, n. 119, Jun., 2009.

SOMMERHALDER, C. **Significados associados à tarefa de cuidar de idosos de alta dependência no contexto familiar.** [Dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2001.

SOUZA, A.S. et al. Atendimento ao idoso hospitalizado: percepções de profissionais de saúde. **Cienc Cui Saúde**, v. 12, n. 2, p. 274-281, 2013.

SOUZA, M.A.; TORTURELLA, M.; MIRANDA, M. A importância da família participante para acompanhantes e idosos hospitalizados: a atuação do enfermeiro. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 14, n. 4. p. 119-129, 2011.

STELMAKE, L.L.; NOGUEIRA, V.M.R. O cuidado domiciliar na política nacional de saúde. **Libertas**. Juiz de Fora, v.10, n.2, p.148-71, jul.-dez. 2010.

SZARESKI, C.; BEUTER, M.; BRONDANI, C.M. Situações de conforto e desconforto vivenciadas pelo acompanhante na hospitalização do familiar com doença crônica. **Rev Cienc Cuid Saúde**, v. 8, n.3, p. 378-84, jul-set. 2009.

SQUASSANTE, N.D. **A dialética das relações entre a equipe de enfermagem e familiares acompanhantes no hospital: implicações do cuidado de enfermagem** [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2007.

TATOSSIAN, A. **Fenomenologia das psicoses**. São Paulo(SP): Escuta, 2006.

TERRA, M.G. et al. Na trilha da fenomenologia: um caminho para a pesquisa em enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.15, n.4, p.672-678, out./dez. 2006.

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

TERRA, M.G.; et al. Sensibilidade nas relações e interações entre ensinar e aprender a ser e fazer enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.18, n.2.p. 203-209, 2010.

TORRES C., SILVA, P., CARVALHO, J. Gênero, sexualidade e atividade física: uma leitura sobre masculinidades e feminilidades (re)construídas à luz do envelhecer. **RBCEH**. v. 9, n.1, p. 9-21, 2012.

VASCONCELOS, A.M.N.; GOMES, M.M.F. Demographic transition: the Brazilian experience. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.21, n.4, p. 539-548, 2012.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública**; v.43, n.3, p. 548-554, 2009.

VIEIRA, C.P.B. et al . Práticas do cuidador informal do idoso no domicílio. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 64, n. 3, 2011.

VIEIRA, G.B.; ALVAREZ, A.M.; GIRONDI, J.B. O estresse do familiar acompanhante de idosos dependentes no processo de hospitalização. **Rev. Eletr. Enf.** v.13, n.1, p.78-89,2011.

WALDOW, V.R.; BORGES, R.F. O processo de cuidar sob a perspectiva da vulnerabilidade. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. v. 16, n.4, 2008.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global health observatory data repository**. Geneva: World Health Organization; 2011

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
 Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98
 Campus de Jequié



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Título do estudo: VIVÊNCIAS DE FAMILIARES ACOMPANHANTES DE IDOSOS HOSPITALIZADOS: UM OLHAR FENOMENOLÓGICO



Você gostaria de participar de um estudo?

Você está sendo convidado a participar do estudo científico, porque você é um familiar cuidador de um idoso que se encontra hospitalizado e, sua participação, poderá aumentar o conhecimento a respeito da importância do cuidado aos familiares que acompanham o processo de hospitalização de um idoso.

O QUE PRETENDE O ESTUDO?

Este estudo pretende conhecer as vivências de familiares cuidadores no processo de hospitalização de idosos. Acreditamos que ele seja importante porque a família, apesar de ser agente do cuidado de seus membros, em situação de doença e hospitalização torna-se fragilizada e também necessita de atenção e cuidado, o que transforma a escuta e a compreensão desse momento, em elementos promotores de bem estar biopsicossocial e amenizadores de sofrimentos e desconfortos.

COMO SERÁ REALIZADO O ESTUDO?

Para sua realização serão promovidos encontros de Rodas de Conversa, as quais consistem no encontro de pessoas que têm comum, experiências de dor e superação e no compartilhamento de tais experiências e sabedorias. Deste modo, ao ouvir outras histórias de vida, cada pessoa torna-se terapeuta de si mesmo e contribui para a construção de vínculos solidários e de uma rede de apoio social, direcionando a resolução de problemas que estão ao alcance da coletividade. Os encontros serão realizados na varanda



De que forma irei participar deste estudo?

da Clínica Médica Feminina, terão a duração média de 1(uma) hora e um roteiro para condução dos encontros será utilizado. Um gravador digital registrará os encontros para que seja possível a transcrição e análise das informações produzidas.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário utilizar os seus dados nesta pesquisa, sua privacidade será preservada, já que seu nome será substituído por outro, preservando sua identidade.

Os dados coletados serão utilizados apenas NESTA pesquisa e os resultados divulgados em eventos ou revistas científicas apenas para fins de estudo.

ESSES PROCEDIMENTOS SÃO DESCONFORTÁVEIS OU GERAM RISCOS?

O estudo não trará riscos para sua integridade física, mental ou moral, sendo garantidos esclarecimentos antes, durante e depois das terapias. Entretanto, podem surgir situações de desconforto por tratar de questões do campo emocional e psicológico.

O QUE ACONTECE COM QUEM NÃO PARTICIPA DO ESTUDO?

Não lhe acontecerá nada se você não quiser participar desse estudo.

Também será aceita a sua recusa em participar dessa pesquisa, assim como a sua desistência a qualquer momento, sem que lhe haja qualquer prejuízo de continuidade de qualquer tratamento nessa instituição, penalidade ou qualquer tipo de dano à sua pessoa. Será mantido total sigilo sobre a sua identidade e em qualquer momento você poderá desistir de que seus dados sejam utilizados nesta pesquisa.

Você não terá nenhum tipo de despesas por participar da pesquisa, durante todo o decorrer do estudo. Você também não receberá pagamento por participar desta pesquisa.

Você será acompanhado de forma integral, estando livre para perguntar e esclarecer suas dúvidas em qualquer etapa deste estudo.



Em caso de dúvidas ou problemas com a pesquisa você pode procurar a **pesquisadora responsável: Camila Calhau Andrade Reis** pelo e-mail mila_calhau@hotmail.com ou pelo telefone: (73) 8824-7989.

Para maiores esclarecimentos, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UESB está disponível no telefone: (73) 3528-9727 ou pelo e-mail: cepuesb.iq@gmail.com



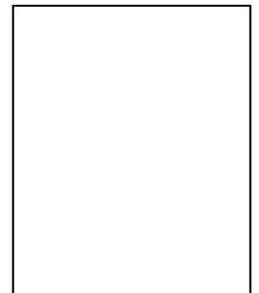
Declaro que entendi este TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Camila Calhau Andrade Reis
Mestranda do Programa de Pós Graduação
Enfermagem e Saúde da UESB

Profª Drª Edite Lago da Silva Sena
Orientador

Participante da Pesquisa

RG: _____



Polegar Direito

APÊNDICE B – Roteiro para Condução das Rodas de Conversa



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
 Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98
 Campus de Jequié



PROJETO: VIVÊNCIAS DE FAMILIARES ACOMPANHANTES DE IDOSOS HOSPITALIZADOS: UM OLHAR FENOMENOLÓGICO

ROTEIRO – “Rodas de Conversa” – Setor Clínica Médica e Neurológica – HGPV

PREPARAR, TRABALHAR E AVALIAR

- 1º - Acolher e promover interação entre as participantes. Dinâmica de apresentação.
- 2º – Momento de relaxamento (Vídeo)
- 3º – Abertura da Roda.
- 4º – Encerramento.



1º passo: Acolhimento e Dinâmica de Apresentação (15 minutos)

Em uma caixa várias figuras recortadas são colocadas. Cada participante deverá escolher a figura que melhor o represente e utilizá-la para se apresentar, dizendo as razões de sua escolha.

2º Momento: Vídeo reflexivo – Cuidador (05 minutos)

3º Passo: Abertura da Roda (30 minutos)

De acordo com a quantidade de participantes, dividi-los em dois grupos para confecção de um cartaz com os sentimentos (“bons” ou “ruins”) que afloram ao estar acompanhando um familiar idoso no hospital.

Apresentar e discutir o que cada um colocou e por que colocou.

Vamos tentar nos conhecer melhor? Às vezes temos sentimentos que nem nós mesmos conhecemos. A implicação de estar aqui acompanhando seu familiar em um hospital pode ser maior do que imaginamos.

- ➔ Por que vocês estão aqui? Por que não outro filho, outro neto, outro familiar? Por que você?
- ➔ Quais sentimentos afloram em vocês nesse momento de cuidado? Gratidão? Amor? Obrigação? Peso?
- ➔ Como você se sente na função de acompanhante?
- ➔ Você acha que é importante sua presença aqui? Por que?

Apresentação de histórias para ilustrar e estimular o processo de associação e discussão.

4º passo: Encerramento (10 minutos)

Avaliação da Roda de Conversa + Vídeo de reflexão final + entrega de lembrancinhas.

HISTÓRIAS PARA INSPIRAÇÃO

1) Noemi sempre foi independente. Tinha seu trabalho, suas atividades e a sua própria família. Depois de alguns anos, sua mãe se tornou idosa e fragilizada. E, de repente, Noemi se viu na obrigação de ter de cuidar dela, acompanhando-a em exames e em momentos de hospitalização. Viu sua vida aos poucos ser modificada. Suas escolhas ficam em segundo plano. Primeiro sempre sua mãe. Seu casamento está em conflitos. Seu marido reclama que ela só vive pra mãe e deixa ele e a casa abandonados. Noemi sofre por não saber exatamente o que fazer. Mas ela é filha única e diz que se não for ela, ninguém mais cuidará da sua mãe.

2) Célia nunca foi a filha preferida da Dona Cida. Era clara a diferença de tratamento que sua mãe fazia entre ela e seus irmãos. Durante a infância, Célia foi a que mais apanhou e a que mais levava broncas. Sua mãe não era de expressar muito carinho. A relação entre mãe e filha era até um pouco tensa. Poucas palavras, pouca liberdade. Obediência ao extremo. Hoje, apesar de não ser a filha preferida, Célia é a única dentre seus irmãos que cuida da sua mãe hospitalizada. E ela espera que um dia sua mãe reconheça todo o seu esforço e cuidado...

3) Joana nunca casou. É a filha mais velha de Dona Maria e até hoje mora com ela. Por causa da Pressão alta, Dona Maria está hospitalizada há 4 dias, sem previsão de voltar pra casa. Joana afirma que se sente na obrigação de cuidar de Dona Maria todos os dias, apesar de ela ter mais 4 irmãos. Ela diz que é a cuidadora principal e que é a responsável por tudo. Por morar com a mãe, se beneficia de alguma forma da sua aposentadoria e se preocupa com

4) Lúcia é a caçula das 3 filhas de Dona Ivone que está internada há 3 dias. Apesar de revezar a permanência no hospital com as suas irmãs, Lúcia faz questão de visitar sua mãe todos os dias. Diz que a ama muito e sente-se feliz e realizada em poder estar presente em todos os momentos. Sofre com a possibilidade de perdê-la e acredita que estar ali em todo o tempo é uma forma de retribuir todo amor e carinho que sua mãe sempre lhe deu.

Situações - Netos/ Sobrinhos

1) Juliana é neta de Dona Jadir e a acompanha no hospital há três dias. Para Juliana, é um fardo estar no hospital todo esse tempo, mas faz isso para poupar sua mãe, que não pode

deixar o emprego para ficar com a sua avó. Juliana é impaciente, na realidade, nem gosta muito de idoso. Sua paixão é criança. Os dias no hospital são como prestação de um favor... no fundo, no fundo, não gostaria de estar ali.

2) Daniela é neta do Sr. Augusto. Cresceu com seu avô e tem um respeito e admiração muito grandes por ele. O sr. Augusto está internado há 5 dias e Daniela faz questão de todos os dias ficar com o seu avô. Diz que o ama muito e sente-se feliz e realizada em poder estar presente em todos os momentos. Sofre com a possibilidade de perdê-lo e acredita que estar ali em todo o tempo é uma forma de retribuir todo amor e carinho que seu avô sempre lhe deu.

APÊNDICE C – Convite para Participação em Rodas de Conversa**CONVITE**

Você é acompanhante e familiar de um idoso hospitalizado?

Sim? Então você é nosso convidado para participar de uma Roda de Conversa sobre:



“Vivências de Familiares Acompanhantes de Idosos Hospitalizados: Um Olhar Fenomenológico”

- **Que dia?** Hoje!! Dia _____
- **Onde?** Na Clínica Médica Feminina, na varanda do último quarto.
- **Que horas?** Às 19:30h

CONTAMOS COM A SUA PRESENÇA!!

ANEXO – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VIVÊNCIAS DE FAMILIARES CUIDADORES NO PROCESSO DE INTERNAÇÃO DE IDOSOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO

Pesquisador: Camila Calhau Andrade

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 24792713.3.0000.0055

Instituição Proponente: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 518.994

Data da Relatoria: 18/03/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de reapresentação do projeto intitulado VIVÊNCIAS DE FAMILIARES CUIDADORES NO PROCESSO DE INTERNAÇÃO DE IDOSOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO.

Objetivo da Pesquisa:

Desvelar as vivências de familiares cuidadores com a internação de idosos em um hospital público.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os benefícios superam os riscos. A autora está ciente dos possíveis desconfortos aos participantes e deverá se ater a eles durante a pesquisa, tentando minimizá-los ao máximo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa bem escrita e fundamentada. Foi inserido um novo instrumento de coleta, que não traz implicações éticas impeditivas para sua realização.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

As pendências anteriores foram ajustadas e contemplam a Res. 466/2012.

Recomendações:

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n

Bairro: Jequiezinho

CEP: 45.206-510

UF: BA

Município: JEQUIE

Telefone: (73)3525-6683

Fax: (73)3528-9727

E-mail: cepuesb.jq@gmail.com

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



Continuação do Parecer: 518.994

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto contempla a Res. 466/2012.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovo ad referendum o parecer do relator em 31.01.2014

JEQUIE, 31 de Janeiro de 2014

Assinador por:
Ana Angélica Leal Barbosa
(Coordenador)