

Concepções de saúde para idosos acompanhados em ambulatório de geriatria de uma instituição hospitalar

Health conceptions for the elderly tended in geriatric clinic of a hospital institution

Juliana Monteiro da Costa¹

Faculdade Pernambucana de Saúde, Recife, Pernambuco

Gessyka Pereira da Silva²

Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira

RESUMO

Introdução: O crescimento da população idosa representa mudanças significativas na estrutura da pirâmide demográfica e etária de todo o mundo. Diante desse fenômeno, a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza a política do “envelhecimento ativo”, visando à promoção, proteção e reabilitação da saúde do idoso. **Objetivo:** Compreender as concepções de saúde no discurso de idosos. **Método:** Pesquisa qualitativa realizada com seis idosos em acompanhamento no ambulatório de geriatria de um hospital filantrópico na cidade de Recife-PE. Para a coleta de dados utilizou-se uma entrevista individual semiestruturada, composta de questões abertas e, posteriormente, os resultados foram submetidos à Técnica de Análise de Conteúdo. **Resultados e Discussão:** As concepções de saúde configuram sentidos de autonomia, capacidade funcional, resiliência, equidade nos serviços de saúde e humanização da assistência ao idoso. **Conclusão:** Para compreender as concepções de saúde no discurso dos idosos entrevistados fez-se necessária uma análise da realidade biopsicossocial em que estão inseridos e de suas condições de saúde. Neste sentido, considerou-se a importância do diálogo com a Gerontologia, campo de estudo e atuação multiprofissional/interdisciplinar do envelhecimento humano para uma compreensão integral da saúde do idoso.

Palavras-chave: envelhecimento humano; subjetividade; saúde; gerontologia.

ABSTRACT

Introduction: The growth in elderly population represents significant changes in the structure of the population pyramid in all the world. On face of that, the

¹Faculdade Pernambucana de Saúde, Recife, Pernambuco. E-mail: jullymc@hotmail.com

² Especialista em Saúde do Idoso pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do idoso do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira- IMIP - Recife- Pernambuco - E-mail: gessykapsy@gmail.com

World Health Organization (WHO) advocates for the "active ageing", setting aim on the promotion, protection and rehabilitation of elderly's health. **Objective:** Comprehend health conceptions in the discourse of the elderly. **Method:** Qualitative research conducted with six elderly in the geriatric clinic of a philanthropic hospital in the city of Recife, state of Pernambuco. For the data collection, individual semistructured interviews were conducted and its results were then analyzed using Content Analysis. **Results:** The health conceptions configurate meaning regarding autonomy, functional ability, resilience, equity in health services and humanization in the assistance for the elderly. **Conclusion:** In order to comprehend the health conceptions in the discourse of the elderly a biopsychosocial analysis is necessary to understand their reality and health conditions. In this sense, the importance of Gerontology, a field of multiprofessional and interdisciplinary study and work of the human ageing process, was noted in a holistic comprehension of elderly's health. **Keywords:** human ageing; subjectivity; health; gerontology.

Introdução

O aumento populacional de indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos é um fenômeno mundial e tem ocorrido de forma acelerada nos países em desenvolvimento. Até o ano de 2025 o Brasil vai alcançar a sexta posição mundial em relação a esse contingente populacional (Barbosa, Costa & Melo, 2015; Costa, 2013; Scoralick-Lempke & Barbosa, 2012; Tahan & Carvalho, 2010). Atribui-se ao acelerado processo de envelhecimento da população brasileira: a redução expressiva na taxa de fecundidade, associada à forte redução da taxa de mortalidade infantil e o aumento da expectativa de vida (Barbosa et al., 2015; Costa, 2013; Moraes, 2012).

O envelhecimento é um processo marcado por fatores biopsicossociais, constituindo, assim, uma realidade biológica, psicológica e uma construção sociocultural. Nesse período do curso da vida, ocorrem várias transformações importantes, como o risco aumentado de doenças, perdas sensoriais e cognitivas, alterações na aparência física e mudanças de papéis e *status* sociais (Gonzalez & Seidl, 2011).

Segundo Mendes (2011) as doenças crônicas aumentam de 4,6 para 5,8 vezes entre os indivíduos situados na faixa etária de 65 a 75 anos, caracterizando as principais causas de morte para esta população. Constatase, ainda, que os altos índices de doenças crônicas, dependência e declínio cognitivo são mais frequentes entre idosos residentes em regiões periféricas e

empobrecidas, quando comparado com idosos de nível socioeconômico mais favorecido.

A portaria nº 2.528, de 22 de fevereiro de 2006, atualiza a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, trazendo como proposta de intervenção a Promoção do “Envelhecimento Ativo”, visando o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas (WHO, 2011; Mendes, 2011).

Dentro da perspectiva do envelhecimento ativo e saudável, destaca-se a Gerontologia que teve origem em 1903 a partir dos estudos do médico Elie Metchnikoff. Trata-se de um campo multi e interdisciplinar que visa à descrição e à explicação das mudanças típicas do processo de envelhecimento e de seus determinantes genético-biológicos, psicológicos e sociais (Freitas, 2006).

Por outro lado, a Geriatria é uma disciplina da Gerontologia que teve origem em 1909, com Nascher, consolidando a especialidade médica destinada ao estudo clínico, avaliação da saúde e ao tratamento de doenças no envelhecimento (Papaléo-Netto, 2006). Posteriormente, recebeu contribuições de Marjory Warner, conhecida como a “mãe da geriatria”, a partir do uso da avaliação geriátrica ampla (AGA), uma ferramenta baseada em uma abordagem multidimensional e interdisciplinar, visando à compreensão das deficiências, incapacidades e desvantagens apresentadas pelo indivíduo idoso, no intuito de construir um plano para o seu acompanhamento em longo prazo (Néri & Cachioni, 1999; Freitas, 2006).

No campo gerontológico a concepção de saúde do Idoso está vinculada ao paradigma *Life-Span* (ciclo da vida). Através de uma série de pressupostos sobre o desenvolvimento humano, a saúde é concebida como um processo multidimensional e heterogêneo, definido em termos do equilíbrio entre as experiências de ganhos e perdas, implicando em atitudes de resiliência, isto é, a capacidade de um indivíduo se posicionar para o enfrentamento de situações adversas ao longo da vida (Scoralick-Lempke & Barbosa, 2012).

De acordo com o paradigma *Life-Span*, a subjetividade é um conceito-chave para a avaliação da saúde do idoso (Néri, 2007; Kikushi, 2005).

Corresponde a uma dimensão constitutiva da psique expressa naquilo que o indivíduo compreende, percebe, pensa, sente e comunica na relação de sentido que estabelece consigo mesmo, com os outros e com o contexto social e cultural no qual está inserido (Gonzalez Rey, 2005).

Dessa forma, faz-se necessário compreender a dimensão subjetiva do idoso no processo de avaliação de sua saúde, tendo em vista a autonomia que dispõe para falar sobre sua percepção no processo saúde-doença, trazendo informações que não poderiam ser relatadas por um familiar e/ou cuidador ou mesmo serem observadas por meio de uma avaliação padronizada, aplicada por um profissional treinado (Dias, Arreguy-Sena, Pinto & Souza, 2011; Fonseca, Firmo, Loyola Filho & Uchôa, 2010).

O objetivo do presente estudo foi compreender as concepções de saúde no discurso de idosos acompanhados em ambulatório de Geriatria de uma instituição hospitalar de referência na cidade de Recife – Pernambuco.

Método

Trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada com seis idosos (dos quais cinco eram do sexo feminino), com idade entre 60 e 75 anos, que estavam em acompanhamento no serviço ambulatorial de geriatria de uma instituição hospitalar de referência na cidade de Recife – Pernambuco.

Com relação ao estado civil, apenas uma idosa encontrava-se na condição de viúva, sendo cinco casados. Entre os seis participantes, apenas um idoso morava na companhia do cônjuge e os outros cinco participantes, além do(a) companheiro(a), viviam também com filhos e netos.

Do ponto de vista da escolaridade, predominou ensino fundamental incompleto; apenas um idoso do sexo feminino não sabia ler nem escrever. Entre os seis entrevistados, apenas duas idosas não estavam aposentadas e nem possuíam renda, dependendo da ajuda de familiares. No âmbito religioso, cinco dos entrevistados identificam-se com o cristianismo e apenas um entrevistado disse não possuir religião.

As principais doenças crônicas dos participantes foram: quadro de dores crônicas para seis idosos pesquisados; hipertensão arterial na realidade de

quatro idosos; apenas um apresentou diabetes; duas idosas foram classificadas com fibromialgia e depressão grave; um idoso apresentou neoplasia de intestino em fase inicial e outro idoso do sexo feminino tuberculose controlada. O tempo de acompanhamento dos idosos no ambulatório de geriatria da instituição hospitalar onde a pesquisa foi realizada variou de dois a cinco anos.

Os participantes foram escolhidos de forma intencional, sendo o número de entrevistados finalizado pelo critério de saturação. Este consiste em um processo no qual os pesquisadores, por meio da análise contínua dos dados coletados e objetivos do estudo, avaliam que poucas informações novas apareceram (Turato, 2003).

Para a coleta de dados foi utilizada uma entrevista individual semiestruturada composta de questões abertas, que foram gravadas mediante autorização prévia dos entrevistados e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) conforme resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O material coletado foi transcrito na íntegra e guardado em local seguro, além disso, os participantes foram identificados por nomes que eles próprios sugeriram, a fim de garantir o sigilo e anonimato.

Os dados foram analisados de acordo com a Técnica de Análise de Conteúdo. Trata-se de um conjunto de técnicas de pesquisa cujo objetivo é a busca do sentido de um determinado fenômeno que se pretende estudar. A Técnica de Análise de Conteúdo se desenvolve segundo as fases de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação (Minayo, 2004).

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade Pernambucana de Saúde (CEP-FPS), através do CAAE número 38403714.3.0000.5569.

Resultados e discussão

A seguir serão apresentados e discutidos as duas categorias predominantes, a saber: relação entre envelhecimento/adoecimento e o conceito de saúde na perspectiva dos idosos, buscando realizar sempre uma

articulação com a literatura consultada.

Relação entre envelhecimento e adoecimento

Nessa categoria, buscou-se compreender a relação estabelecida pelos idosos entre envelhecimento e adoecimento. Segundo Zimerman (2007), envelhecer pressupõe alterações físicas, psicológicas, comportamentais, sociais e culturais no indivíduo. Os discursos de Seu Jessé e de Dona Risoflora apontam para as mudanças biopsicossociais decorrentes do envelhecimento, tais como alterações na aparência física, declínio de capacidade funcional vinculada à memória e à prática de atividades da vida diária, mudanças no comportamento sexual, morte de pessoas significativas e redefinição do *status* social decorrente da condição de aposentadoria da vida laborativa.

[...] Velhice vai da cabeça [...] a gente vai mudando a vida inteira [...] A gente perde aquela beleza da juventude [...] a memória fica fraca [...] Mas a gente não esquece daquilo, não é? Com todo o respeito, eu sou casado há 47 anos, mas ainda fico pensando naquilo [...] Vai da cabeça de cada um [...] Nós viramos irmãos. Não temos mais nada [...] Já acostumou [...] Eu não aguento muita coisa assim [...] Já sou aposentado. Eu só fico assistindo televisão [...] já vi muita gente indo na frente e eu ficando (Seu Jessé, 75 anos).

[...] Com cinquenta e poucos anos eu já estava mudando [...] A pele enrugada, os cabelos brancos [...] Aí teve a perda do meu pai, da minha mãe, depois do meu trabalho, do meu marido [...] Eu tinha uma vida! [...] (Dona Risoflora, 74 anos).

Grande parte da população idosa é acometida por doenças crônico-degenerativas. Estima-se que, no mundo, 44% das mortes prematuras e 34% da carga global de doenças crônicas tenham sido resultado do efeito conjunto de 24 fatores de risco, dentre os quais se destacam o hábito de fumar, o colesterol elevado, o excesso de peso, a ingestão elevada de álcool, a hipertensão arterial e a inatividade física. Constata-se, ainda, que os altos níveis de doenças crônicas nessa faixa etária, somados a fatores de ordem psicossociais do idoso, podem contribuir para o surgimento de depressão, angústia, baixa satisfação com a vida e baixa qualidade de vida (Mendes, 2011; Fontes, Fattori, D'Elboux & Guariento, 2015; Néri, 2007; Dias et al., 2011; Salmazo-Silva & Lima-Silva, 2012). Os dados da literatura corroboram

com os achados desta pesquisa, pois sentimentos como angústia, fadiga, cansaço, tristeza também foram apontados por Dona Severina no processo de envelhecimento.

[...] Não deveria ter tanto tipo de doença no mundo [...] E principalmente os velhos, não é? [...] Eu tive até depressão. Era uma angústia que eu sentia [...] Uma fadiga, um cansaço. Eu não tinha vontade de comer, de me ajeitar, não queria nem levantar da cama (Dona Severina, 72 anos).

Apesar da crescente incidência de doenças entre os idosos, não se pode conceber o envelhecimento como sinônimo de doença. É possível um indivíduo envelhecer em melhores condições de saúde, isto porque o processo saúde-doença é um fenômeno complexo, socialmente determinado e modulado por condicionantes biológicos, psicológicos, culturais, econômicos, políticos e as necessidades de saúde dos idosos referem-se a múltiplas dimensões do real e dizem respeito à singularidade dos fenômenos de saúde ou doença que afetam os indivíduos e suas famílias (Ciosak et. al., 2011).

Conceito de Saúde na Perspectiva dos Idosos

Essa categoria visou conhecer o conceito de saúde para os idosos entrevistados e será trabalhada através de quatro temáticas: saúde é a capacidade de enfrentar as situações adversas; saúde é autonomia; saúde é equidade no acesso aos bens e serviços de saúde; saúde é atenção humanizada.

Saúde é a Capacidade de Enfrentar as Situações Adversas

Segundo Antoniazzi, Dell'Aglio & Bandeira (1998) e Savoia (1999), o conceito de enfrentamento (*coping*) é definido como um conjunto de estratégias utilizadas para lidar e adaptar-se às adversidades da vida. Este conceito é bastante utilizado na literatura direcionada à saúde. Na perspectiva do ciclo da vida (*Life-Span*), o referido conceito também compreende o sentido de resiliência; isto é, a capacidade de resolver problemas, mudar e/ou se adaptar a circunstâncias difíceis (Sousa & Rodríguez-Miranda, 2015; Ferreira, Santos & Maia, 2012). Dona Euvira, Seu Jessé e Dona Margarida mostram que manter a autoestima, não dar lugar para a tristeza e focar em pensamentos positivos são

algumas das estratégias que utilizam diante das dificuldades que surgem na velhice.

Tem que ter autoestima [...] Não esquentar com nada [...] Dou lugar pra tristeza não, minha filha. [...] Já estou ficando velha e ainda mais triste? Nada disso! Pode não (Dona Euvira, 60 anos).

A cabeça tem que estar no lugar [...] chega a velhice e o cidadão cheio de problemas acumulados, preocupações [...] tem que cuidar da cabeça também [...] pensar coisas boas [...] tem que conversar coisas boas [...] me responde: vai adiantar ficar reclamando o tempo todo? [...] (Seu Jessé, 75 anos)

Se eu ficar pensando só nas coisas tristes da vida eu não vivo [...] problema todo mundo tem! (Dona Margarida, 71 anos)

Os depoimentos acima revelam a importância da manutenção do bem-estar subjetivo como recurso pessoal de enfrentamento em situações de adoecimento e durante o processo de mudanças biopsicossociais no envelhecimento. O bem-estar subjetivo é um dos indicadores objetivos de saúde (Da Rocha & Ciosak, 2014; Néri, 2007) e pode ser concebido em termos de felicidade, otimismo, satisfação e engajamento com a vida (Resende, Ferreira, Naves, Arantes & Roldão, 2010).

Na fala de Seu Jessé (75 anos), “tem que conversar coisas boas”, é possível compreender outro recurso indispensável à manutenção e ou reabilitação da saúde do idoso: o suporte social. A ausência de uma rede social; isto é, amigos, cônjuge ou filhos está associado com doenças e mortalidade entre as pessoas mais idosas. O suporte social tem um papel essencial para a melhora ou prevenção de problemas de saúde física ou mental, aumentando o tempo de vidas das pessoas idosas, à manutenção da saúde psicológica e a qualidade de vida (Da Rocha & Ciosak, 2014; Resende et. al, 2010).

A espiritualidade surgiu como um importante recurso de resiliência no discurso de Dona Severina e Dona Risoflora. A espiritualidade representa sentimentos e crenças profundas, muitas vezes religiosas, incluindo a paz de espírito, conexão aos outros e as crenças sobre o significado e o propósito da vida (Santos & Souza, 2012; Gutz & Camargo, 2013). De acordo com esses autores, o bem-estar espiritual é uma dimensão do estado de saúde, junto às

dimensões corporais, psíquicas e sociais.

Além do apoio da família que é muito importante, eu me apego também a Deus [...] Toda quinta-feira eu vou para o grupo de oração na igreja com a minha filha mais velha [...] eu tenho muita fé! (Dona Severina, 72 anos)

Tudo na vida tem um propósito [...] Até a morte deve ter um propósito [...] É triste saber que daqui a pouco a gente não vai estar mais aqui [...] já sinto saudade de mim, sabia? [...] É nessas horas que eu busco conforto em Deus para minhas angústias, porque viver não é fácil não! (Dona Risoflora, 74 anos)

Na fala de Dona Risoflora (74 anos), a espiritualidade aparece como um importante recurso de enfrentamento diante da finitude humana: “Até a morte deve ter um propósito [...] É triste saber que daqui a pouco a gente não vai mais estar aqui [...]”. Kubler-Ross (1998) afirma que a morte é frequentemente imaginada como um acontecimento medonho e pavoroso na sociedade, constituindo um temor compartilhado por todos. Assim, o ser humano parece se esquivar da morte ou até mesmo ignorá-la, negando a própria condição de ser mortal.

Na fala de Seu Jessé (75 anos), além da morte propriamente dita que está explícita, existem outras dimensões da finitude que necessitam ser enfrentadas: a perda do *status* social de produtividade com a chegada da aposentadoria, perdas funcionais, a morte de amigos, membros da família e de pessoas de referência social e a perda da saúde. Dessa maneira, as perdas advindas com o envelhecimento exigem um trabalho de luto, pois é um momento no qual muitos rearranjos que o sujeito teceu para enfrentar o real desmoronam e com eles muitos dos ideais que dão sentido a sua vida (Cocentino & Viana, 2011).

A velhice chega [...] Aí vem também a aposentadoria [...] A gente fica meio triste porque a gente vai embora [...] Primeiro vai um [...] Depois o outro fica doente [...] A família vai ficando pequena [...] Daqui a pouco acabou tudo [...] A morte vem pra todos nós, querendo ou não [...] Cabe então aceitar, ter fé e coragem pra chegar naquela hora bem! (Seu Jessé, 75 anos)

A última etapa do desenvolvimento psicossocial é marcada por um olhar retrospectivo, fazendo com que ao aproximar-se do final da vida a pessoa sinta a necessidade de elaborar as perdas buscando um sentido para viver

(Sommerhalder, 2010). De acordo com Erickson (1998), no ciclo do envelhecimento, existe a polaridade de duas dimensões de sentido: integridade *versus* desesperança.

A integridade indica que o indivíduo considera positivo o seu percurso de vida, nutrindo o sentido consciente de um dever cumprido. As falas de Dona Ivete e Seu Jessé mostram como eles conseguem lidar com a morte como algo aceitável de ser encarado.

[...] Eu penso nas coisas que eu já vivi [...] às vezes fico triste, mas logo passa, tem que passar. Ninguém vai ficar pra semente [...] o importante é viver o que ainda tem pra viver [...] a vida é a gente quem faz [...] não pode esperar o amanhã não! (Dona Ivete, 74 anos).

[...] Às vezes eu quero me achar bom, mas penso que já está chegando a minha hora [...] A gente dura até o dia que Deus quiser [...] Se essa doença (referindo-se à neoplasia de intestino) não veio para me matar [...] Se não veio para me matar, então eu vou conseguir me recuperar (Seu Jessé, 75 anos).

O sentimento de integridade surge para equilibrar a desesperança, mostrando que há o sentimento de que a vida foi bem vivida, mesmo que nem todos os desejos e sonhos tenham sido realizados, e essa satisfação prepara o sujeito para aceitar a deterioração física e a inevitável morte, porém, com um sentimento de mais tranquilidade quanto a sua finitude. Por outro lado, a desesperança rememora ao sujeito o sentimento de que o tempo agora é curto demais para a tentativa de iniciar outra vida e experimentar caminhos alternativos.

Conforme analisado nesta temática, os recursos de enfrentamento (*coping*) e/ou atitudes de resiliência são indispensáveis para a adaptação do idoso aos processos de mudanças biopsicossociais do envelhecimento, bem como lidar com os momentos conflituosos e as doenças ao longo da vida.

Saúde é Autonomia

As falas de Dona Severina e Dona Margarida mobilizam a compreensão do papel da autonomia que o idoso possui para a tomada de decisões nos diversos cenários de sua vida diária. A autonomia entende o direito à

autodeterminação, à dignidade, à integridade e à liberdade de escolha da pessoa idosa (Moraes, 2012).

[...] Enquanto eu puder resolver minhas coisas, vou fazendo devagarzinho. Só não vou fazer quando eu realmente não puder [...] Quando meu corpo realmente parar de funcionar [...] Mas se eu ainda tiver o pensamento e a voz pra falar, eu não vou ficar calada não! Estou velha e doente, mas não estou morta! Só eu sei como eu gosto das minhas coisas certas [...] Na minha frente ninguém faz coisa errada não! (Dona Severina, 72 anos).

[...] Eu mesma não dou moleza à doença não [...] Subo e desço ladeira. Já peguei muita água de cacimba [...] Não gosto de esperar nada das pessoas para fazer pra mim [...] Mesmo sem saúde [...] Eu faço minha comida. Varro minha casa [...] Gosto de ficar parada não! (Dona Margarida, 71 anos).

No contexto da relação entre profissionais de saúde e paciente, o discurso de Seu Jessé aponta para a necessidade de se considerar a obtenção do consentimento informado ao idoso durante a comunicação de informações sobre diagnósticos e procedimentos terapêuticos, reconhecendo a expressão de sua vontade e liberdade de escolha (Cunha et al., 2012; Moraes, 2012).

[...] Não gosto quando tentam esconder alguma coisa de mim [...] tem que ter sinceridade, não é assim? [...] Se eles (referindo-se aos profissionais de saúde) tivessem falado logo a verdade, eu estava em outra situação [...] Agora eu já sei o que vão fazer comigo porque aqui foi diferente (o idoso faz referência ao hospital em que a pesquisa foi realizada) [...] Eles conversaram comigo [...] respeitaram a minha pessoa [...] Eles perguntaram: Seu Jessé, o senhor quer se cuidar? Eu disse que sim e agora vou me cuidar. (Seu Jessé, 75 anos).

Cabe ressaltar, todavia, que uma pessoa idosa pode agir com perda de autonomia em determinadas situações, devido a alterações de ordem física, desordens emocionais e mentais e somente nessas circunstâncias caberá a terceiros, familiares ou mesmo profissionais de saúde tomar alguma decisão em favor da pessoa não autônoma (Cunha et al., 2012).

Saúde é equidade no acesso aos bens e serviços de saúde

A equidade é uma das doutrinas fundamentais que constituem o Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS). Ela defende que apesar de todos os cidadãos terem acesso aos cuidados prestados pelo sistema de saúde, deve-

se contemplar a realidade de que locais e pessoas diferentes têm necessidades diferentes e, por isso, soluções e esforços diferentes devem ser feitos de acordo com o contexto em questão (Ministério da saúde, 2010; Monsato, 2012).

A equidade em saúde deve ser uma preocupação de todos os setores políticos, sendo imprescindível que os formuladores de políticas de todas as áreas, bem como as organizações internacionais e a sociedade civil, reconheçam como os determinantes políticos globais influenciam a iniquidade em saúde (Geib, 2012).

Na prática, o modelo brasileiro de atenção à saúde tem se caracterizado pela fragmentação do cuidado, centralização do poder no profissional médico e dificuldade de acesso da população com menor poder aquisitivo a essa atenção. Dessa forma, não se tem conseguido atender adequadamente aos diversos e complexos problemas de saúde da população (Sant'ana, 2014).

A literatura aponta que as políticas de saúde devem assegurar a redução das desigualdades sociais, proporcionando melhores condições de mobilidade, trabalho e lazer. Esses aspectos são importantes no processo de erradicação das iniquidades sociais, além da própria conscientização do indivíduo sobre sua participação pessoal no processo de produção da saúde e da qualidade de vida (Monsato, 2012; Geib, 2012; Lima, Arcieri, Garbin & Moimaz, 2010).

Para Seu Jessé e Dona Margarida as iniquidades em saúde configuram-se nas dificuldades do acesso e na precarização do atendimento ao idoso, em especial nos setores da atenção básica. Partindo dessa visão, a concepção de saúde adquire um caráter sociopolítico.

[...] A saúde poderia estar melhor se não fosse a corrupção [...] Do grande ao pequeno [...] Não pode porque é parente de "fulano" passar na frente daquele pobre coitado que passou a madrugada inteira na fila esperando a vez de marcar uma ficha [...] Isso é bandidagem também. É roubar o direito do outro [...] Como é que nós vamos ter saúde desse jeito? [...] tem que mudar (Seu Jessé, 75 anos).

O posto de saúde não funciona direito [...] Nunca tem vaga [...] Tem que dormir na fila [...] Eu já estou velha pra essas coisas [...] Aí eu mando minha filha e minha neta para marcar [...] A gente não merece essa situação na idade que está, não é

verdade? [...] Eu penso que precisa melhorar mais! (Margarida, 71 anos)

O discurso dos dois idosos aponta para a necessidade de que haja mudanças e melhorias no funcionamento das políticas públicas de saúde, no sentido de erradicar as iniquidades dos setores assistenciais.

Saúde é atenção humanizada

O Estatuto do Idoso garante a prioridade no atendimento ao idoso, outorgando-lhe o direito de receber atendimento preferencial imediato e individualizado junto aos órgãos públicos e privados prestadores de serviços à população. Ressalta, também, que o direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, de valores, ideias e crenças, dos espaços e dos objetos pessoais (Lima et al., 2010; Martins & Massarollo, 2008).

No final da década de 90, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), no intuito de promover a mobilização dos profissionais de saúde para a incorporação de valores e atitudes de respeito à vida humana, consoante à compreensão de que a qualidade em saúde não se restringe aos cuidados técnicos ou organizacionais, antes exige a consolidação de bons vínculos entre profissionais e usuários. (Lima et al., 2010).

Partindo dessa compreensão, o depoimento de Dona Risoflora mobiliza relevantes reflexões sobre a humanização da assistência à saúde do Idoso.

Saúde é tudo na vida de um ser humano [...] Eu penso as vezes que os idosos deveriam envelhecer mais dignamente e não com tanta doença [...] Pelo menos, ser atendido dignamente [...] Porque a gente quando é bem tratado fica com a saúde no lugar [...] Não fui maltratada, mas eu com dor e recebi muita maçada deles (referindo-se aos profissionais de saúde) Acho que isso é falta de atenção, de sensibilidade pela dor da pessoa (Dona Risoflora, 74 anos).

A atenção humanizada por parte dos profissionais de saúde possibilita o equilíbrio físico e emocional do paciente idoso (Lima et al., 2010). Esse dado foi também encontrado nessa pesquisa, através das falas de Dona Euvira e

Seu Jessé. Para eles, é possível estabelecer uma relação clara entre o paciente idoso e os profissionais de saúde, de tal modo que se possam eliminar dúvidas sobre diagnósticos e tratamentos, bem como partilhar pensamentos e sentimentos com relação à saúde.

Aqui eu sou muito bem tratada (referindo-se ao hospital em que a pesquisa foi realizada) [...] Não tenho do que reclamar [...] meus médicos são muito atenciosos [...] saio daqui melhor do que entrei [...] uma palavra muda tudo [...] Mas teve lugar por aí que eu fui mal atendida [...] os médicos nem olhavam para a minha cara [...] isso não é certo [...] (Dona Euvira, 60 anos).

O médico diz: vamos fazer a cirurgia. Aí eu digo: doutor a minha idade é avançada e ele brinca dizendo que não tem nada não [...] Aí está certo, ele tem que ter conversar [...] Ele tem que explicar e entender o que a gente está pensando [...] Ele tem que entender o que a gente tá sentindo (Seu Jessé, 75 anos)

No discurso de Dona Euvira e Seu Jessé fica claro que humanizar a assistência à saúde do idoso significa criar um espaço de fala-escuta do sofrimento humano e, desta forma, garantir a promoção da dignidade ética na comunicação (Ministério da Saúde, 2003).

A humanização é um pacto, uma construção coletiva que só pode acontecer a partir da construção e troca de saberes, através do trabalho em rede com equipes multiprofissionais, da identificação das necessidades, desejos e interesses dos envolvidos, do reconhecimento de gestores, trabalhadores e usuários como sujeitos ativos e protagonistas das ações de saúde e da criação de redes solidárias e interativas, participativas e protagonistas do SUS (Ministério da saúde, 2003; Lima et al., 2010).

Conclusão

Para se compreender as concepções subjetivas de saúde no discurso dos idosos entrevistados se fez necessária uma análise da realidade biopsicossocial em que estão inseridos e de suas condições de saúde. Neste sentido, os significados de saúde emergiram configurando sentidos de autonomia para o gerenciamento da vida, capacidade funcional, atitudes de resiliência e de enfrentamento diante de situações adversas à saúde, equidade nos serviços de saúde e assistência humanizada à pessoa idosa.

No processo de análise dos dados desta pesquisa observou-se uma forte inclinação do discurso dos idosos para as questões sociopolíticas da saúde. Sugere-se que isto se deve ao fato do estudo ter sido realizado em contexto de uma instituição hospitalar, local onde emergem diferentes demandas da assistência à saúde do idoso. Essa leitura abre caminhos para novas investigações de como o contexto de inserção dos sujeitos mobilizam a sua constituição subjetiva.

Ademais, este estudo traz uma reflexão sobre a importância de se promover nos âmbitos da formação dos profissionais de saúde a disseminação do conhecimento da Gerontologia, enquanto campo de estudo e atuação multiprofissional/interdisciplinar do envelhecimento humano, abrindo um olhar para a compreensão integral do idoso no contexto das relações sociais e do processo saúde-doença.

Referências

- Antoniazzi, A. S., Dell'Aglio, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de *coping*: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3(2), 273-294.
- Barbosa, L. N. F., Costa, J. M., & Melo, M. C. B. (2015). Neuropsicologia e perspectivas para o cuidado integral de idosos. In S. Júnior & L. N. F. Barbosa (Orgs.), *Saúde do Idoso: uma abordagem multidisciplinar* (pp. 215-234). Recife: EDUPE.
- Ciosak, S. I., Braz, E., Costa, M. F. B. N., Nakano, N. G. R., Rodrigues, J. A., Alencar, R. A., & Rocha, A. C. (2011). Senescência e senilidade: novo paradigma na atenção básica de saúde. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 45(2), 1763-1768.
- Cocentino, J. M. B., & Viana, T. C. (2011). A velhice e a morte: reflexões sobre o processo de luto. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*, 14(3), 591-599.
- Costa, J. M. (2013). *HIV/AIDS na Velhice: a fala dos idosos soropositivos na cidade do Recife*. Tese de Doutorado. Universidade Católica de Pernambuco, Recife.
- Cunha, J. X. P., Oliveira, J. B., Nery, V. A. S., Sena, E. L. S., Boery, R. N. S. O., & Yarid, S. D. (2012). Autonomia do idoso e suas implicações éticas na assistência de enfermagem. *Saúde em Debate*, 36(95), 657-664.
- Da Rocha, A. C. A. L. & Ciosak, S. I. (2014). Doença crônica no idoso: espiritualidade e enfrentamento. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 48(2), 92-98.

- Dias, J. A., Arreguy-Sena, C., Pinto, P. F., & Souza, L. C. (2011). Ser idoso e o processo de envelhecimento: saúde percebida. *Esc. Anna Nery*, 15(2), 372-379.
- Erickson, E. H. (1998). *O ciclo de Vida Completo*. Porto Alegre: Artmed.
- Ferreira, C. L., Santos, L. M. O., & Maia, E. M. C. (2012). Resiliência em idosos atendidos na Rede de Atenção Básica de Saúde em município do nordeste brasileiro. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 46(2), 328-334.
- Fonseca, M. G. U. P., Firmo, J. O. A., Loyola Filho, A. I., & Uchôa, E. (2010). Papel da autonomia na autoavaliação da saúde do idoso. *Revista de Saúde Pública*, 44(1), 159-165.
- Fontes, A. P., Fattori, A., D'Elboux, M. J. & Guariento, M. E. (2015). Resiliência psicológica: fator de proteção para idosos no contexto ambulatorial. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 18(1), 7-17.
- Freitas, E. V. (2006). *Tratado de geriatria e gerontologia* (3a ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Geib, L. T. C. (2012). Determinantes sociais da saúde do idoso. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(1), 123-133.
- Gonzalez, L. M. B., & Seidl, E. M. F. (2011). O envelhecimento na perspectiva de homens idosos. *Paidéia*, 21(50), 345-352.
- González Rey, F. (2005). *Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação*. São Paulo: Cengage Learning.
- Gutz, L., & Camargo, B. V. (2013). Espiritualidade entre idosos mais velhos: um estudo de representações sociais. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 16(4), 793-804.
- Kikuchi, E. L. (2005). Autoavaliação da saúde. In W. Jacob Filho & J. R. G. Amaral (Orgs). *Avaliação global do idoso: manual da liga de Gamia*. (pp. 25-31). São Paulo: Atheneu.
- Kubler-Ross, E. (1996). *Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes*. São Paulo: Martins Fontes.
- Lima, T. J. V., Arcieri, R. M., Garbin, C. A. S., & Moimaz, S. A. S. (2010). Humanização na Atenção à Saúde do Idoso. *Saúde Soc.*, 19(4), 866-877.
- Martins, M. S., Massarollo, M. C. K. B. (2008). Mudanças na assistência ao idoso após promulgação do Estatuto do Idoso segundo profissionais de hospital geriátrico. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 42(1) 26-33.
- Mendes, E. (2011). *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-

Americana de Saúde.

Minayo, M. C. (2004). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (8a ed.). São Paulo: Hucitec.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área técnica de saúde do Idoso (2010). *Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento*. Brasília, DF: Editora MS.

Ministério da Saúde. Secretaria executiva. Núcleo técnico da política nacional de humanização. (2003). *Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização*. Brasília, DF: Editora MS.

Monsato, A. L. D. (2012). *Equidade em saúde*. Dissertação de mestrado. ISCTE-IUL, Lisboa.

Moraes, E. (2012). *Atenção à saúde do Idoso: aspectos conceituais*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.

Néri, A. L. & Cachioni, M. (1999). Velhice bem-sucedida e educação. In A. L. Néri & G. Debert (Orgs.). *Velhice e Sociedade* (pp. 113-140). São Paulo: Papyrus.

Néri, A. L. (2007). Qualidade de vida na subjetividade. In A. L. Néri (Org.). *Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar* (pp. 13-59). Campinas: Alínea.

Papaléo-Netto, M. (2002). O estudo da velhice no século XX: histórico, definições do campo e termos básicos. In E. V. Freitas (Org.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 2-12). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF: *Diário Oficial da União*, Seção 1, 237-E.

Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela saúde 2006, consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Resende, M. C., Ferreira, A. A., Naves, G. G., Arantes, F. M. S., & Roldão, D. F. M. (2010). Envelhecer atuando: bem-estar subjetivo, apoio social e resiliência em participantes de grupo de teatro. *Fractal: Revista de Psicologia*, 22(3), 591-608.

Salmazo-Silva, H., & Lima-Silva, T. B. (2012). Vulnerabilidade, aspectos biopsicossociais e velhice. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 15(6), 01-05.

- Santos, G., & Sousa, L. (2012). A espiritualidade nas pessoas idosas: influência da hospitalização. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 15(4), 755-765.
- Santa'ana, J. V. (2014). *Atenção integral na saúde do idoso do programa de família*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Savoia, M. G. (1999). Escala de eventos vitais e estratégias de enfrentamento (Coping). *Revista Psiquiatria Clínica*, 2(26) 57-67.
- Scoralick-Lempke, N. N., & Barbosa, A. J. G. (2012). Educação e envelhecimento: contribuições da perspectiva Life-Span. *Estudos de Psicologia*, 29(Supl.), 647-655.
- Sommerhalder, C. (2010). Sentido de vida na fase adulta e velhice. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23(2), 270-277.
- Sousa, C. S., & Rodríguez-Miranda, F. P. (2015). Envelhecimento e educação para resiliência no idoso. *Educação & Realidade*, 40(1), 33-51.
- Tahan, J., & Carvalho, A. C. D. (2010). Reflexões de idosos participantes de grupos de promoção de saúde acerca do envelhecimento e da qualidade de vida. *Saúde Soc.*, 19(4), 878-888.
- Turato, E. G. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico qualitativa* (2a ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- World Health Organization - WHO (2011). *What are the public health implications of global ageing?* Report of WHO consultation: Genebra.
- Zimerman, G. I. (2007). *Velhice: aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed.

Errata

Na página 111, **onde se lia:**

"Juliana Monteiro da Costa¹

¹Faculdade Pernambucana de Saúde, Recife, Pernambuco"

Leia-se:

"Juliana Monteiro da Costa¹; Gessyka Pereira da Silva²

¹Faculdade Pernambucana de Saúde, Recife, Pernambuco

²Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira"