

# AUTONOMIA E A DEPENDÊNCIA: Experiências de Idosos na Hospitalização

**Luiz Antonio Bettinelli<sup>1</sup>**  
**Marisa Basegio Carretta<sup>2</sup>**  
**Daniel Marcolin<sup>3</sup>**  
**Sadi Poletto<sup>3</sup>**  
**Felipe Brock<sup>3</sup>**  
**Nelissandra Scorsato Antoniol<sup>3</sup>**

## RESUMO

Estudo, de natureza qualitativa, de caráter exploratório e descritivo, fundamentado na análise temática, foi desenvolvido com 9 pacientes idosos que estiveram internados por mais de cinco dias em dois hospitais do Norte do RS, no período de abril/outubro de 2010. **Objetivo:** conhecer as experiências do idoso hospitalizado em relação a sua autonomia durante a internação. **Metodologia:** utilizou-se a semiestruturada com 8 questões abertas. As entrevistas foram realizadas nos domicílios das pessoas que aceitaram participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. **Resultados:** com base na análise dos dados, foram construídas as seguintes categorias: vivenciando a vulnerabilidade, convivendo com o paternalismo profissional e conscientizando-se da autonomia relativa. **Conclusão:** A importância dos dados obtidos neste estudo instiga os profissionais que atuam em instituições hospitalares a buscarem novas estratégias de cuidado, a fim de permitir que o idoso internado exerça a sua autonomia.

**Palavras-chave:** Idoso; Autonomia; Hospitalização.

<sup>1</sup> Professor da Universidade de Passo Fundo – UPF. Email bettinelli@upf.br Relator -

<sup>2</sup> Enfermeira do Hospital da Cidade de Passo Fundo –RS. Mestre em Envelhecimento Humano pela Universidade de Passo Fundo-RS

<sup>3</sup> Mestrandos do Programa de Mestrado em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo -RS

## INTRODUÇÃO

A partir da década de 1960, constatou-se, demograficamente, uma gradual e expressiva queda da fecundidade, que, somada ao declínio da mortalidade, promoveu uma impactante transformação social, até então não percebida e valorizada: o envelhecimento populacional. A proporção de idosos, na comparação com a população geral, em 2000, era de 8,6%, projetando-se um perfil demográfico que contabilizará, em 2020, 15% da população brasileira. Esse dado concretiza praticamente o dobro de idosos na pirâmide populacional. O mesmo censo vislumbra um significativo aumento de octogenários: de 11%, em 2000, para 19%, em 2050. (IBGE, 2000). Em termos de morbidade hospitalar, o CEVS-RS (RIO GRANDE DO SUL, 2006) destaca as doenças do aparelho respiratório, com 19,2%, seguidas por problemas gestacionais, de parto e puerpério, com 16,9%, e, em terceiro lugar, as doenças do aparelho circulatório, que representam 70% dos óbitos relacionados a doenças isquêmicas cardíacas e cerebrovasculares. Relativamente às doenças respiratórias, enfatizam-se as pneumonias, a doença pulmonar obstrutiva crônica e a asma, que juntas perfazem em torno de 62,9% dos motivos de internação hospitalar. Essas são as doenças prevalentes no idoso, atingindo o coeficiente máximo de morte depois dos oitenta anos.

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

Dentro dessa proposta, a Política Nacional do Idoso (PNI) tem como objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, entre os quais a promoção de sua autonomia. (BRASIL, 1996). Contudo, quando hospitalizado, o idoso tem sua autonomia relegada a um plano praticamente imperceptível, em decorrência da hierarquização do cuidado e do biopoder estabelecido nas instituições. A situação de fragilida-

de inerente ao processo de internamento em instituições hospitalares restringe o idoso em suas atividades de vida diária, além de reduzir drasticamente sua capacidade de decisão, pois, sendo o hospital altamente tecnológico, priorizam-se procedimentos e rotinas necessárias ao pleno funcionamento da instituição.

Especificamente no ambiente hospitalar, a capacidade decisória do paciente idoso pode ser cerceada por questões administrativas e burocráticas inerentes a esse contexto institucional. A complexidade técnica que permeia o cuidado, nesse domínio, produz uma realidade diferente e nova ao paciente. A relação do cuidado acontece de forma assimétrica, pois o idoso, já fragilizado pela doença, sente-se impotente diante dessa característica do ambiente hospitalar, o que enseja a sua dependência em relação ao profissional. A fragilidade do ser humano acometido por alguma enfermidade que o leva a necessitar de cuidados de outros potencializa ainda mais a dificuldade de tomar decisões autônomas.

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

O estudo teve como objetivo de conhecer as experiências do idoso hospitalizado em relação a sua autonomia durante a internação.

## METODOLOGIA

Estudo, de natureza qualitativa, de caráter exploratório e descritivo, fundamentado na análise temática (Minayo, 2004), foi desenvolvido com 9 pacientes idosos que estiveram internados por mais de cinco dias em dois hospitais do Norte do RS, no período de abril/outubro de 2010. O projeto de pesquisa seguiu todas as recomendações da Resolução nº 196 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996) A pesquisa foi aprovada pelo CEP pelo número 258/2009, CAAE nº 4814.0.000.398.09.

A coleta de dados foi realizada com entrevista individual, semiestruturada, agendada previamente, concedida pelos participantes mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os participantes foram identificados como “participantes” seguida do número ordinal respectivo à ordem da entrevista 1, 2, etc...), garantindo o seu anonimato. As entrevistas foram gravadas após uma conversa inicial para aprofundar a interação iniciada durante o cuidado no ambiente hospitalar. As fitas estão sob posse dos pesquisadores.

Os dados foram analisados e interpretados utilizando-se do método de análise temática de conteúdo, que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado. Assim, agrupando-se as unidades temáticas, originaram-se as categorias, as quais foram analisadas à luz da literatura concernente ao tema. (MINAYO, 2004).

Os cenários do estudo: foram dois hospitais do Norte do RS. Um de grande porte, com 590 leitos para internação. O outro de médio porte, com capacidade instalada de 364 leitos.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES:

A partir da análise temática (Minayo, 2004) foram construídas as categorias: **vivenciando a vulnerabilidade, convivendo com o paternalismo profissional e concientizando-se da autonomia relativa.**

Quanto à primeira categoria, Ayres (2007) menciona que a **vulnerabilidade** deveria ser entendida como algo contingente ao próprio fato de estar vivo, algo, portanto, que vai além de uma situação ou condição específica para se avizinhar dos processos ora mais amenos, ora mais intensos ou abruptos que levam a que a vida se desenvolva em um *continuum* atravessado por aspectos biológicos, afetivos, emocionais, genéticos, políticos, subjetivos, em uma multiplicidade de dimensões que não podem ser separadas ou fragmentadas em categorias, seja para facilitar a sua análise, seja para reduzi-las em setores pouco articulados entre si.

Dessa forma, entende-se que a vulnerabilidade é pertinente ao processo vital, acompanhando o ser humano em todos os momentos, inclusive – e sobretudo – durante o período de hospitalização. É comum observar-se, em nível hospitalar, a inclusão de grandes doses de dependência ao paciente que necessita ser cuidado. Entende-se que a vulnerabilidade do ser humano adoecido fomenta essa atitude. Nesse ambiente, então, ações que poderiam acontecer com o paciente, acontecem para o paciente. (GANDOLPHO; FERRARI, 2006).

As manifestações dos participantes sobre as suas vivências e a expressão de sua vulnerabilidade podem ser percebidas nas falas a seguir:

*“Mas a gente não pode decidir. O paciente sozinho se sente mais incapaz, mais frágil, ele tá sempre dependendo, ele sabe que tem as enfermeiras ali, mas a gente também não quer ser totalmente dependente. Então, se tem o familiar mais perto da gente...”* [Participante 2]

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

*“Nunca tive explicação nenhuma sobre o que estava me acontecendo, acho que explicavam para minha filha e ela me explicava. Eu pedi uma vez, duas ou três o que tinha acontecido e até hoje tenho dúvidas. Não falaram e pronto. Com certeza, eu gostaria de saber mais coisas.”* [Participante 4].

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

A segunda categoria **convivendo com o paternalismo profissional**. Beauchamp e Childress (2002) mencionam que pode ser entendido como a interferência do profissional de saúde sobre a vontade da pessoa autônoma. De uma forma geral, os profissionais da saúde, em sua prática de cuidado, deparam-se com situações que determinam a utilização de um poder inerente ao conhecimento que lhes é concebido: o poder de decisão das condutas a serem realizadas em nível hospitalar. Não obstante, tais decisões envolvem confronto de valores não somente com o paciente, mas também com familiares, entre outros.

Os discursos destacados a seguir reforçam a interferência do paternalismo profissional na autonomia do paciente.

“Eu não, eu não tinha noção do que eu tinha, nem [sabia] o nome da minha doença. Autonomia a gente tem quando a gente é informada, que alguém chegue e te diga: “olha, você tem isso, você vai ser tratada para isso e nós vamos ter que te cuidar de tal forma, te administrar tais medicamentos”. Não foi assim, nunca foi detalhado nada, eles tateavam e tateavam e tampouco me diziam as coisas. Eles demoram para dizer as coisas, nem todos, mas a maioria” [Participante 1]

Nesse discurso, o paternalismo profissional refere-se ao fato de não se proporcionar ao paciente as informações básicas acerca do processo de doença que envolve seu ser. À medida que as relações do cuidado são analisadas para se verificar as suas dimensões e os seus significados, verifica-se que, ao existir um sujeito a ser cuidado, existirá um indivíduo que cuida. Ao tentar compreender o significado da experiência de cuidar e ser cuidado, é preciso ouvir aqueles que vivenciaram tal situação. (PESSINI; BERTACHINI, 2004).

“Não, não foi me dada nenhuma opção. Ele disse que não iria fazer biópsia pra não me judiar e que a situação ali era de fazer cirurgia pra ontem. Quando ele disse isso, eu respondi: “De novo!”. E eu comecei a chorar. Eu perguntei se dava tempo de os meus filhos virem.” [Participante 3]

No trecho acima, destaca-se a decisão unilateral exercida pelo profissional de saúde no ambiente hospitalar, fortalecendo o paternalismo e enfraquecendo a possibilidade de tomada de decisão.

Na última categoria, **vivenciando a autonomia relativa**. No âmbito da assistência à saúde, o conceito de autonomia tem sido relacionado com a possibilidade da tomada de decisão executada pelo paciente. Assim, o paciente necessita ter explicitado claramente a sua posição como pessoa reconhecida, possuidora de direitos sobre as decisões acerca de seu tratamento durante a hospitalização. (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002)..

Agich (2008) expõe que indivíduos que não detêm qualidades de autonomia (entre eles os doentes ou debilitados) estão sujeitos a decisões delegadas

por outros, as quais têm papel importantíssimo no que concerne aos cuidados com a saúde, uma vez que estão fundamentadas no pensamento legalista da ética médica. Essa dissociação propõe um paradoxo relacional que deve estar alicerçado no âmbito legal e nos direitos humanos.

Os discursos dos participantes demonstram o manejo delicado das situações de autonomia relativa mediada pela força institucional.

“A pessoa que tem esclarecimento, com certeza, tem mais autonomia, sim. Não é fácil exercer essa autonomia em um ambiente assim, desconhecido. Existem normas, regras a seguir, já definidas. Eu acho que a autonomia de quem está doente é muito pouca, ou nada, talvez.” [Participante 4]

Nessa fala, de uma forma bastante clara, evidencia-se a relatividade da autonomia do ser, quando este se encontra em uma situação de desconhecimento de causa, afastado de seu *status quo*. Sobre a percepção quanto à própria autonomia, tem-se a seguinte fala:

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

Nesse discurso, o paciente acredita poder tomar decisões, mas não considera viável, pois não aparecem oportunidades. Além da relativização da autonomia, surgem, novamente, o paternalismo profissional e a força da estrutura hospitalar como entraves nesse exercício. Ao relatar “não ter chance”, o participante deixa implícita a noção de “ser objeto”.

Dentro desse contexto, acredita-se que o profissional reflexivo aceita fazer uma reflexão sobre sua própria relação com o saber, com as pessoas, com o poder e com as instituições a fim de encontrar estratégias para descobrir novos caminhos.

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

## CONCLUSÃO

O conhecimento de alguns aspectos relacionados às experiências de idosos sobre o a autonomia, durante a sua hospitalização, nos estimula à reflexão, quase constante, sobre a estruturação do sistema de cuidados e sobre os seus significados para esses seres humanos/pacientes. Essa experiência comporta a manifestação de que existem outras formas/maneiras de cuidar em nível hospitalar. Tal tema, complexo e rico em subjetividades, não se finaliza neste momento e tampouco pode ser concluído.

Os profissionais da saúde que atuam na rede hospitalar enfrentam o desafio de repensar e valorizar o princípio da autonomia das pessoas. Há um longo caminho a ser percorrido para, quem sabe, ressignificar o processo de cuidado, das relações, dos sentimentos e do respeito à dignidade humana nos hospitais. Em determinadas circunstâncias, temos que aprender a recomeçar. Esse recomeço, perpassa pela mudança de atitude, pelo cuidado responsável, sensível e ético, que tem como propósito a valorização da vida do ser humano que está sendo cuidado.

Ao humanizar o seu olhar de profissional, pode estar reeducando a sua sensibilidade, flexibilidade, aprofunda o diálogo e a criação de vínculos nas relações e no processo do cuidado hospitalar. Esses aspectos permitem que se vislumbre novos caminhos e novas estratégias de cuidado ao ser humano idoso.

Novos estudos devem ser realizados para ampliar o conhecimento sobre o tema da autonomia dos pacientes durante a sua hospitalização.

## REFERÊNCIAS

- AGICH, J. G. *Dependência e autonomia na velhice*. Um modelo ético para o cuidado de longo prazo. São Paulo: Loyola; Centro Universitário São Camilo, 2008.
- AYRES, J. R. C. M. Uma concepção hermenêutica de saúde. *Revista de Saúde Coletiva*, v. 10, n. 3, p. 549-560, 2007.
- BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. *Princípios de ética biomédica*. São Paulo: Loyola 2002.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo os seres humanos: Resolução 196/96. Brasília, DF, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Programas e projetos*. Saúde do idoso. 2002. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/programa/idoso/resprg.htm>>. Acesso em: 15 jul. 2009.
- GANDOLPHO, M. A.; FERRARI, M. A. C. A enfermagem cuidando do idoso: reflexões bioéticas. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, ano 30, v. 30, n. 3, jul./set. 2006.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. *Censo demográfico*: Brasil, 2000. Rio de Janeiro: IBGE, 2000. (IBGE, 2000)
- MINAYO M .C. S. *Pesquisa social*. Petrópolis: Editora Vozes; 2004
- RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. *A saúde da população do estado do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: CEVS, 2006.
- PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (Org.). *Humanização e cuidados paliativos*. São Paulo: Loyola, 2004.

