

# Acolhimento e respeito à autonomia da pessoa idosa nas instituições de saúde

Maria Regina Miranda Grubba<sup>1</sup>  
Ana Lúcia da Silva<sup>2</sup>

## Introdução

A estrutura etária da população mundial e brasileira vem se alterando nos últimos 50 anos devido aos menores índices de fecundidade e mortalidade, contribuindo para estes fatores, melhores condições de vida, saneamento e maior oferta de recursos e inovações tecnológicas, formando um contingente populacional em crescimento, daqueles que têm mais de 60 anos. O crescimento da população idosa torna-se relevante para as instituições que prestam atendimento em saúde, já que aumenta a proporção de doenças degenerativas e de patologias que possam implicar em perda de funcionalidade e autonomia física ou mental, como outras necessidades específicas de saúde relacionadas às dimensões sociais, psicológicas e culturais do envelhecimento (KALACHE *apud* VERAS *et al*, 2000).

Em uma perspectiva social o envelhecimento pode trazer consigo a solidão decorrente da carência de vínculos afetivos e o isolamento pela ausência de contatos e de atividades sociais. Isto decorre de que em suas comunidades de origem, não tenham se estabelecido e/ou mantido relações de troca e continência às suas necessidades sociais e afetivas, repercutindo na sua autonomia e intimidade protegida que uma rede social primária forte poderia oferecer. Resta, muitas vezes, o suporte quase exclusivo das redes sociais secundárias, como as instituições de saúde hospitalares e ambulatoriais (VIEIRA, 2003; SANICOLA, 2008).

Segundo Vieira (2003) as instituições devem estar preparadas para receber esta população que vive o envelhecimento como uma experiência subjetiva e pessoal e como sujeitos que anseiam pertencer a um grupo e lugar que lhes ofereça acolhimento e conti-

nência às suas necessidades de saúde. A confiança que o usuário dos serviços de saúde deposita em quem vai ajudá-lo depende do vínculo estabelecido com essa instituição e os funcionários, passam a ser então, os depositários da confiança de seus usuários. O não estabelecimento de relações positivas pode gerar vínculos de desconfiança e controle sobre os pacientes, não permitindo a participação em seu tratamento e expressão de suas discordâncias.

Pitta (1996) avaliou que as instituições têm uma função relevante na organização e funcionamento da sociedade. Surgiram e se perpetuam, no sentido de atender às necessidades da sociedade, por meio de um conjunto de práticas rotineiras, de uma estrutura física e, de recursos humanos e materiais para responder a estas necessidades.

## O Cuidar nas Instituições de Saúde

O enfrentamento de doenças, cirurgias e tratamentos agressivos ou prolongados fragilizam os indivíduos e interferem na qualidade de suas vidas. A frequência ao hospital e as relações estabelecidas com os funcionários da instituição se inserem no "processo de cuidar sensível que valoriza o ser cuidado", conforme destacou Silva (2003, p.38).

A condição de dependência do paciente e sua vulnerabilidade representam problemas relativos à autonomia. É comum observar os interesses da instituição e dos profissionais se sobreporem aos interesses dos pacientes, sejam por motivos burocráticos ou de um paternalismo pautado no saber técnico (ZOBOLI, 2002).

Cecílio (2001) destacou como as principais necessidades de saúde: as boas condições de vida em que se incluem os fatores ambientais, acesso às tecnologias, a criação de vínculos de confiança e o desenvolvimento de graus crescentes de autonomia. Referiu que a ênfase da gestão, das práticas e da capacitação dos trabalhadores deveria ser no sentido de realizar uma escuta cuidadosa às necessidades de

<sup>1</sup> Assistente Social, Mestre em Ciências na Área de Saúde Coletiva e Interlocutora da Humanização da Assistência e do Grupo de Trabalho dos Assistentes Sociais da Coordenadoria de Serviços de Saúde e Assistente de Direção do Centro de Referência do Idoso - CRHeste. Contato: mgrubba@saude.sp.gov.br

<sup>2</sup> Enfermeira, Mestre e Doutora em Enfermagem, Pesquisadora do Instituto da Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e Orientadora da dissertação de mestrado a qual se baseou este artigo. Contato: anaa8h@yahoo.com.br

saúde. Assim a integralidade da atenção à saúde, nos espaços micro dos serviços de saúde, deve trazer o empenho da equipe em interpretar e atender as complexas necessidades dos usuários.

O cuidar, como uma ação integral que se concretiza por meio de práticas cotidianas, deve promover o tratar, o respeitar, o acolher, o atender o ser humano em seu sofrimento. Desta maneira, o cuidar se expressa como uma ação integral que acaba por produzir interações positivas e construtivas entre usuários, profissionais e instituição (PINHEIRO; GUIZARDI, 2004; SILVA; CIAPONI, 2003).

Merhy (1998) propõe como desafio para que os atos de saúde sejam capazes de provocar a satisfação das necessidades e direito do usuário, estarem centrados no usuário e não nos procedimentos, através do trabalho vivo em ato, onde se dão falas, escutas e interpretações, possibilitando vínculos de confiança e aceitação como também o aumento do grau de autonomia dos usuários no seu modo de estar no mundo e andar a vida. Assim, de alguma forma todos os trabalhadores são operadores do cuidado, onde são operadas as tecnologias leves – relacionais.

Historicamente, porém, se observa que os serviços de saúde estruturaram seu processo de trabalho a partir do saber das profissões e gestão, e não por objetivos comuns aos usuários, trabalhadores e gestores. Assim sendo, não possibilitou que se estabelecessem relações solidárias no sentido de proporcionar um tratamento digno, com qualidade, acolhimento e vínculo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Botazzo (2003) chamou a atenção para a não neutralidade da ciência e do cientista e da reprodução da ordem institucional. As instituições de saúde realizam assim, uma atuação sutil de controle social. Atentou para o fato que para termos profissionais sensíveis é preciso ter antes organizações também sensíveis.

Fortes (1998) descreveu que as infrações aos direitos dos cidadãos, as quais tomamos conhecimento através da mídia, ocorrem por quem foi delegado o cuidar: instituições e profissionais de saúde e estão relacionadas ao descumprimento do dever de solidariedade. Desta forma a luta pela humanização dos serviços de saúde, confunde-se historicamente com a luta por direitos dos pacientes, partindo-se do princípio kantiano de que o homem deve ser visto como um fim em si mesmo e não somente um meio.

Baseado também neste princípio, Boff (2006) destacou que fermentam diversas iniciativas em nossa civilização, de um *ethos* do cuidado, poden-

do emergir uma cultura nova para a superação do paradigma do confronto, que vai se firmando na história. Referiu entre as virtudes necessárias, pelas quais são cultivadas as mediações para o melhor convívio humano, a hospitalidade, a qual envolve uma abertura para acolher o outro e deriva da sensibilidade e solidariedade humana.

Assim, emerge em nossa sociedade, a reflexão ética relacionada à saúde e ao respeito aos direitos e dignidade das pessoas, evidenciada nas discussões ligadas à Saúde Pública, formuladas pela Bioética, Programas e Políticas de Qualidade e de Humanização no atendimento aos usuários dos serviços públicos.

### **Interface entre Humanização e Bioética**

A Política Nacional de Humanização (PNH), na avaliação dos serviços de saúde, evidenciou o despreparo dos profissionais em lidar com as questões subjetivas presentes no atendimento da saúde, além de modelos de gestão centralizados e verticais. Para a reversão desta lógica desenvolvida no cotidiano das instituições de saúde, o HumanizaSUS lançou como desafio a construção de alianças éticas com a produção da vida, centrada nos sujeitos-profissionais e usuários. A instituição mostra-se sensível ao estimular a co-responsabilização destes, de um encarregar-se do outro, incentivando-se a “construção de redes de autonomia e compartilhamento (...) de saberes, possibilidades, angústias e invenções” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004; 2006, p.6).

Nogueira-Martins (2002) atrelou as reflexões sobre a tarefa assistencial ao campo ético, já que em ambas é preciso perceber o outro, concluindo que assistência humanizada e ética caminham juntas.

A Bioética, ou seja, a ética aplicada à vida, propõe conciliar o desenvolvimento das ciências com valores éticos e humanitários. No Brasil, dentro de uma fase pública, tem se aproximado das questões relacionadas ao coletivo na assistência à saúde, orientada para uma dimensão social do ser humano, tendo uma perspectiva autônoma e humanista (PES-SINI; BARCHIFONTAINE, 2002; FORTES; ZOBOLI, 2003). Tem como uma de suas vertentes a ética do cuidado baseada na solidariedade, a qual reconhece o sujeito autônomo, ensejando responsabilidades de uns pelos outros. Os direitos se dão, não somente pelas regras, mas por meio da cooperação e inclusão (ZOBOLI, 2003; CAPONI, 2004).

Assim, o respeito pelas pessoas compreende que sejam tratadas com respeito a sua autonomia e que, as pessoas cuja autonomia esteja reduzida, devam

ser protegidas. Um respeito que seja ativo requer ação respeitosa que envolve capacitar o outro para agir autonomamente e não somente acatar suas decisões (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Zoboli (2002) apontou o acesso às informações como condição essencial para o respeito à sua autonomia, devendo a administração facilitar e prover os meios necessários para que se efetive, através de um ambiente e tempo adequados, propícios ao diálogo e promover a participação dos usuários nas decisões que os afetam. Outro direito destacado é a liberdade de expressão, ou seja, a possibilidade do usuário manifestar sua opinião sobre o serviço sem risco de represálias, competindo ao administrador criar canais de comunicação, que permitam a expressão dos direitos e insatisfações dos usuários, como também incluí-los nas deliberações.

### Considerações Finais

Têm-se verificado uma mobilização das instituições no sentido da atenção ao segmento de pessoas idosas da população, com iniciativas relacionadas a uma gestão participativa e de respeito aos seus direitos, promovendo a equidade. Foram criadas leis de atendimento aos clientes preferenciais que conferem prioridade no atendimento aos idosos e garantido o direito a acompanhante durante as internações (SÃO PAULO, 1999 e 1999a).

Além destas garantias, cabe destacar que é preciso construir relações que preservem sua autonomia e lhes proporcione uma convivência que confira uma rede de suporte e pertencimento, para corresponder às demandas específicas da pessoa idosa e garantir a criação de um cenário humanizado de acolhimento. Faz-se necessária, para a transformação das instituições, uma mudança de paradigmas de seus funcionários e na formulação de programas de acolhimento visando promover uma clínica ampliada.

O acolhimento dentro de uma perspectiva da Política de Humanização e da integralidade no cuidar, ultrapassa a questão do acesso. Os programas de apoio e acolhimento aos usuários das unidades hospitalares e ambulatoriais de saúde, em especial às pessoas idosas, despontam como uma ação criativa e participativa para a inovação institucional e um rearranjo das relações entre os atores envolvidos, contribuindo para o rompimento com uma cultura centralizadora de poder. Buscam a compreensão do outro em todas as suas dimensões e necessidades viabilizando uma relação dialógica entre sujeitos, capaz de suscitar vínculos de confiança. Nas palavras de Abbês (2006) o acolhi-

mento é um modo de operar os processos de trabalho de forma a atender a todos que procuram os serviços, ouvir seus pedidos e dar respostas mais adequadas.

Os Serviços de Atendimento aos Usuários, Ouvidorias, Programas "Conte Comigo" e "Jovens Acolhedores", assim como outras expressões de acolhimento e convivência, ao nosso ver, através de seus trabalhadores – operadores do cuidado – incentivam um agir almejado pela humanização de um cuidar integral, oferecendo escuta e suporte aos usuários no uso dos serviços prestados pelas instituições, contribuindo para se restaurar a rede interacional instituição-usuário e abrindo a participação na gestão por intermédio de avaliações de satisfação.

Salientamos que, para a expansão desse acolhimento é necessário o envolvimento de todos os trabalhadores, incentivando-se a reflexão e sensibilização sobre questões bioéticas e a discussão sobre direitos que possibilite o desenvolvimento desse olhar inclusivo e solidário, como também a concretização dos direitos dos usuários nos hospitais. Faz-se também importante o suporte aos profissionais, possibilitando trabalhar angústias, sentimentos de impotência e estresse, por meio de oficinas de humanização, grupos focais, de vivências psicodramáticas e de educação permanente (NOGUEIRA-MARTINS, 2002).

Em síntese destacamos, para a efetivação da cidadania dos idosos, a redução das desigualdades sociais por meio do direito de acesso a serviços e recursos, do respeito, da tolerância e da convivência, onde possam interagir Estado, família e sociedade, conforme análise realizada por Faleiros (2007), em pesquisa realizada pelo SESC/FPA. Cabe às instituições de saúde, através de seus trabalhadores e gestores, o desafio de atrelar o prolongamento da vida à qualidade e aos projetos de felicidade dos indivíduos, para um envelhecimento participativo, ativo e saudável, constituindo-se em uma rede de apoio para um cuidar integral.

Desta forma, poderão se estabelecer estratégias transformadoras para transcender de um idealismo ético para um realismo prático, transformando em prática cotidiana os direitos dos usuários como pacientes, cidadãos e acima de tudo, como seres humanos dignos. Nas palavras de Morin:

"... desenvolvermos uma consciência ética e crítica, nos percebermos como membros de uma comunidade. Escolher valores e ideais. Eleger finalidades e integrá-las em nossos espíritos e almas, jamais renunciar a elas" (MORIN, 2002, p.68).

## Referências Bibliográficas

ABBÊS, C. **Acolhimento nas Práticas de produção de Saúde**. Brasília, 2006.

BEAUCHAMP, T.L.; CHILDRESS, J.F. **Princípios da Ética Biomédica**. São Paulo: Loyola, 2002.

BOFF, L. **Saber . Virtudes para um outro Mundo Possível: Hospitalidade**. v.I. Petrópolis: Vozes; 2006.

BOTAZZO, C. Sobre a humanização da saúde. Notas Críticas e contribuição ao debate. **Boletim do Instituto de Saúde - BIS**. 2003, n. 30, p.18-19.

CAPONI, S. **Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. 1ª reimpressão.

CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (org). **Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001: 113-127.

FORTES, P.A.C. **Ética e Saúde: questões éticas, deontológicas, tomada de decisões, autonomia e direitos dos pacientes**. São Paulo: EPU; 1998.

\_\_\_\_\_. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. São Paulo: **Saúde e Sociedade** v.13, n.3, 2004. p. 30-35.

FALEIROS, V.P. Cidadania: os idosos e a garantia de seus direitos. In: **Idosos no Brasil**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, SESCSP, 2007.

GRUBBA, M.R.M. **A Humanização das Relações Instituição-Usuários em Hospitais da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo: contribuições do Programa Conte Comigo para o respeito à autonomia dos usuários**. Dissertação (Mestrado). Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. São Paulo, 2006.

FORTES, P.A.C.; ZOBOLI, E.L.C.P. Bioética e saúde pública: entre o individual e o Coletivo. In: FORTES, P.A.C; ZOBOLI, E.L.C.P.A (Orgs.). **Bioética e Saúde Pública**. São Paulo: Loyola, 2003.

MÉRHY, E.E. **A Perda da Dimensão Cuidadora na produção da Saúde**. In: **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte - Reescrevendo o Público**; São Paulo: Xamã, 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em [<http://www.saude.gov.br/humanizassus/>]. Acesso em dezembro 2004.

\_\_\_\_\_. **HumanizaSUS. Ambiência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em [<http://www.saude.gov.br/humanizassus/>]. Acesso em junho 2006.

MORIN, E. A ética do sujeito responsável. In: **Ética, Solidariedade e Complexidade**. MORIN, E. *et al.* 2ª ed. São Paulo: Palas Athena, 2002.

NOGUEIRA-MARTINS, M.C.F.F. Revista Ser Médico, São Paulo; 2002. v 5, n 18, p.27-29.

PESSINI, L.E.; BARCHIFONTAINE, C.P.P. **Problemas Atuais de Bioética**. São Paulo: Loyola, 2002.

PINHEIRO, R.E.; GUIZARDI, F.L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas do cotidiano. In: **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (orgs). Rio de Janeiro: Hucitec; 2004.

PITTA, A.M.F. A Equação humana no cuidado a doença: o doente, seu cuidador e as organizações de saúde. São Paulo:

**Revista Saúde e Sociedade**, n.5, 1996. p.35-60.

SANICOLA, L. **As Dinâmicas de Rede e o Trabalho Social**. São Paulo: Veras Editora, 2008.

SÃO PAULO, Estado. **Lei nº 10.241 de 1999**. Dispõe sobre os direitos dos usuários da Saúde do Estado. São Paulo: Imprensa Oficial.SÃO PAULO, Estado. **Lei nº10.294 de 1999a**. Dispões sobre a proteção do usuário do serviço público do Estado de São Paulo, cria as ouvidorias e dá outras providências. São Paulo: Imprensa da Assembléia Legislativa Oficial.

SILVA, A.L.; CIAPONI, M.H.T. Um olhar paradigmático sobre a assistência de Enfermagem: um caminho para o cuidado complexo. São Paulo: **Revista Escola de Enfermagem**, v.37, n4, 2003. p.13-23.

VERAS, R. *et al.* Novos Paradigmas do Modelo Assistencial no Setor Saúde. In VERAS, R. **Gestão Contemporânea em Saúde**. São Paulo: Relume Dumará, 2001.

VIEIRA, E.B. **Instituições geriátricas: avanço ou retrocesso?**. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

ZOBOLI, E.L.C.P. **Ética e administração hospitalar**. São Paulo: Edições Loyola, 2002.