

SÍLVIA HELENA FERRERO

**LIMITAÇÕES PARA O AUTOCUIDADO DE  
IDOSOS REINTERNADOS PORTADORES DE  
VASCULOPATIAS**

*Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, de Silvia Helena Ferrero*  
*Campinas, 17 de agosto de 2001*

*Prof. Dra. Fernanda Aparecida Cintra*  
*Orientadora*

**UNICAMP**  
BIBLIOTECA CENTRAL  
SEÇÃO CIRCULANTE

**Campinas – SP**  
**2001**

SÍLVIA HELENA FERRERO

**LIMITAÇÕES PARA O AUTOCUIDADO DE  
IDOSOS REINTERNADOS PORTADORES DE  
VASCULOPATIAS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Pós-graduação do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

*Orientadora:* Profa. Dra. Fernanda Aparecida Cintra

**Campinas – SP**

**2001**

UNIDADE Be  
Nº CHAMADA T/UNICAMP  
F414L  
V \_\_\_\_\_ EX \_\_\_\_\_  
TOMBO BCi 49641  
PROC 16-837/02  
C \_\_\_\_\_ DX \_\_\_\_\_  
PREÇO R\$ 11,00  
DATA 14/06/02  
Nº CPD \_\_\_\_\_

CM00169119-6

BIB ID 245773

F414L

Ferrero, Sílvia Helena

Limitações para o autocuidado de idosos reinternados portadores de vasculopatias/ Sílvia Helena Ferrero – Campinas: UNICAMP, 2001. 86p.

Orientadora: Profa. Dra. Fernanda Aparecida Cintra  
Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas, 2001.

1. Idoso – Autocuidado.
2. Idoso – Reinternação.
3. Gerontologia.

*“Se um homem olhar com amorosa compaixão para seus semelhantes  
sofredores, e tomado de amargura,  
indagar aos deuses: ‘Por que afligis meus irmãos?’,  
então ele é, sem dúvida alguma, olhado por Deus mais ternamente do que o  
homem que com  
Ele se congratula por ser misericordioso e o deixar  
florescer com felicidade, tendo só palavras  
de adoração para oferecer. Porque o  
primeiro reza por amor e piedade,  
atributos divinos, tão próximos do  
coração de Deus, e o outro  
fala pelo egoísmo complacente,  
um atributo animalesco, que  
não se aproxima da luz  
envolvente do espírito de Deus.”*

*Taylor Caldwell*

*À minha linda e tão amada família:  
Luís, Abigail, Aninha, Kiko e DJ.*

*Agradeço ao apoio financeiro concedido pela Fundação  
de Amparo à Pesquisa do Estado  
de São Paulo (FAPESP).*

## **Agradecimentos**

---

Aos pacientes, meu respeito e uma vontade imensa em ajudá-los a recriar uma situação.

À orientadora Fernanda Aparecida Cintra, sobretudo por seu apoio em dois momentos fundamentais da pesquisa: quando compreendeu minha “dívida” com os pacientes da Vascular e quando concordou com a inserção da Análise do Discurso, mesmo sabendo da complexidade desse referencial frente à minha imaturidade como pesquisadora.

À professora Suzy Lagazzi-Rodrigues, um modelo que seguirei por toda a minha vida profissional, pela combinação perfeita e única de humildade e sabedoria. E por sua dedicação e paciência ao me ensinar a perspectiva discursiva, sem a qual este trabalho não teria o mesmo alcance.

À professora Maria José D’Elboux Diogo, por compartilhar a minha preocupação em fazer deste estudo um auxílio efetivo para os idosos.

À professora Rosalina A. Partezani Rodrigues, pelo cuidado primoroso na leitura e pelas sugestões pertinentes, que enriqueceram o estudo.

À professora Samira e à sua filha Mariana, as minhas madrinhas neste Mestrado, sem as quais esta trajetória não teria sido possível.

À Rubiane, minha irmãzinha campineira, por sua presença constante e pelo apoio nos momentos de dúvida e desânimo.

Às amigas Edegarda Helena e Flávia, por toda a ajuda nesses dois últimos anos.

Às mestrandas, pela amizade e pelo incentivo, especialmente às amigas Carin e Fernandinha.

*Ao residente Marcus Ageu Ribeiro Batista, pela inestimável colaboração na revisão do capítulo sobre as vasculopatias.*

*Aos enfermeiros e funcionários da Clínica Vascular, pelo respeito e simpatia com que me receberam.*

*Ao mestrando Ignácio Dotto Neto, por me ajudar na pesquisa da referência do autor do texto de abertura.*

*À secretária Zilma “Maria”, por ter sempre respondido com gentileza e prontidão às minhas solicitações.*

*Ao Carlinhos, Guiomar, Cida e demais funcionários do Departamento de Enfermagem e do Hospital da Unicamp.*

*E a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho.*

Lista de Quadros.....	x
Resumo.....	xi
Abstract.....	xii
<b>1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>13</b>
1.1 Breves Considerações sobre as Vasculopatias.....	23
<b>2. OBJETIVO.....</b>	<b>26</b>
<b>3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA.....</b>	<b>27</b>
3.1. Teoria do Autocuidado.....	27
3.2 Análise do Discurso.....	35
<b>4. MATERIAL E MÉTODO.....</b>	<b>39</b>
4.1 Local.....	39
4.2 Sujeitos.....	40
4.3 Coleta de Dados.....	41
4.4 Análise dos dados.....	43
<b>5. ANÁLISE DOS RESULTADOS.....</b>	<b>44</b>
5.1 Limitações para o autocuidado.....	44
5.2 Análise discursiva.....	64
5.3 Funcionamento discursivo nas limitações.....	79
<b>6. DISCUSSÃO.....</b>	<b>82</b>
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>88</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>91</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>97</b>

<b>Quadro 1:</b> Categorias de Requisitos para o Autocuidado.....	31
<b>Quadro 2:</b> Identificação dos sujeitos segundo sexo, idade, escolaridade, estado civil, profissão, ocupação e renda mensal.....	45
<b>Quadro 3:</b> Caracterização dos sujeitos segundo as internações anteriores e a atual e a saída hospitalar.....	47
<b>Quadro 4:</b> Limitações para o autocuidado segundo as categorias universal, desenvolvimental e por desvio de saúde..	60
<b>Quadro 5:</b> Limitações para o autocuidado segundo as categorias universal, desenvolvimental e por desvio de saúde.	62

### LIMITAÇÕES PARA O AUTOCUIDADO DE IDOSOS REINTERNADOS PORTADORES DE VASCULOPATIAS

A vulnerabilidade decorrente do processo de senescência leva os idosos a uma maior susceptibilidade a doenças, tornando-os usuários potenciais dos serviços hospitalares. Em nosso país existe uma tendência, na hospitalização, em subestimar os potenciais dos pacientes, particularmente dos idosos, para o autocuidado, o que favorece a descontinuidade do tratamento em seu domicílio e, conseqüentemente, aumenta o risco da reinternação. No idoso portador de vasculopatias, com história de reinternação, o autocuidado é fundamental para a manutenção da saúde, da independência e da autonomia. O objetivo deste trabalho foi identificar e analisar as limitações para o autocuidado de idosos reinternados portadores de vasculopatias. A pesquisa foi realizada com seis idosos, com idade igual ou superior a 60 anos, portadores de vasculopatias, internados na Enfermaria da Clínica Vascular, de um hospital universitário, e com história de reinternação. Foram realizadas entrevistas individuais utilizando-se instrumento próprio. A análise foi constituída por duas etapas distintas, mas que se complementavam. A primeira etapa identificou e analisou as limitações para o autocuidado, segundo a Teoria do Autocuidado, de Dorothea E. Orem. A segunda etapa analisou o material sob a perspectiva da Análise de Discurso, de filiação francesa. Os resultados mostraram que, tal como estão configuradas na discursividade da saúde, as condições de produção dos discursos dos idosos são determinantes no surgimento de limitações e impedem a efetivação do autocuidado. As limitações para o autocuidado revelaram-se decorrentes da falta de interlocução do paciente com os profissionais da saúde e com seu próprio corpo. A falta de interlocução é preenchida por dúvidas e por insegurança quanto ao próprio corpo, às condutas médicas e ao prognóstico, inviabilizando o autocuidado.

Palavras-chave: idoso; autocuidado; reinternação; gerontologia.

### LIMITATIONS OF SELF-CARE REGARDING AGED PATIENTS SUFFERING FROM VASCULOPATHIES

The process of aging leaves individuals very susceptible and vulnerable to diseases and makes them potential users of hospital services. In Brazil, there is a tendency to underestimate the patient's potential regarding self-care during hospitalization, especially in the case of the elderly. This attitude favors discontinuity of the treatment at home and results in an increased risk of repeated hospitalizations. Self-care is fundamental for maintaining health, independence and autonomy in the case of patients who suffer from vasculopathies and have a history of repeated hospitalizations. The purpose of this study was to detect and analyze the limitations of self-care regarding these aged patients. This research study was conducted on six elderly patients who were above the age of 60 years, suffered from vasculopathies, had a history of repeated hospitalizations and during the study were hospitalized in the Clinical Vascular Infirmary of a University hospital. A specific individual interview was used to collect data. The analysis was performed in two phases that complemented each other. The first phase identified and analyzed limitations for self-care according to Dorothea E. Orem's Theory of Self-care. The Discourse Analysis, in a French perspective, was used to analyze the data during the second phase. The results demonstrated that the conditions for discourse production related to a discussion on health by the elderly determined the appearance of limitations that impeded effective self-care. These limitations were found to result from an absence of interlocution between the patient and health professionals, and his own body. Self-care is made impossible because this gap created by a lack of interlocution is filled with doubts and insecurity concerning the patient's body, medical care and prognosis.

**Keywords:** elderly; self-care; repeated hospitalizations; gerontology

## 1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O mundo assiste a um fenômeno nunca antes visto e que se tornou um desafio para a atualidade: o envelhecimento populacional. Alguns fatores como melhores condições sanitárias, profilaxia de doenças, planejamento familiar e queda da fecundidade, trouxeram um aumento da média de vida, causando enorme impacto sobre a estrutura etária, com a redução da fração jovem da população e a ampliação do contingente de idosos (PASSARELI, 1997).

O Brasil, assim como os outros países latino-americanos, apresenta um processo de envelhecimento rápido e intenso (RAMOS et al., 1993).

No Brasil, a proporção de idosos passará de 7,3% em 1991 (11 milhões) para aproximadamente 15% em 2025, tornando o País com a sexta população de idosos do mundo, ou seja, serão mais de 32 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos (SILVESTRE et al., 1996).

Tão significativo acréscimo populacional, aliado a profundas e rápidas transformações sociais, econômicas e políticas, é uma questão preocupante e urgente (MARIN; ANGERAMI, 1996). Os dados demográficos exprimem um aumento na expectativa de vida, entretanto, não traduzem, necessariamente, a melhoria na qualidade desses anos que foram acrescentados.

DEBERT (1999) discute que o prolongamento da vida, embora seja um ganho coletivo, representa uma ameaça à reprodução da vida social. Os custos com aposentadoria e cobertura médico-assistencial poderão trazer a inviabilidade de um sistema, que não poderá arcar com esses gastos, mesmo sendo precária a qualidade dos serviços brasileiros.

A mudança observada no perfil da população brasileira indica a necessidade de se repensar o sistema de assistência à saúde, até então centrado na assistência hospitalar, a qual apesar dos altos gastos para a sua manutenção, apresenta riscos ambientais que, entre outros fatores, dificultam a recuperação dos pacientes (MARIN et al., 2000).

Embora o Brasil esteja entre as primeiras economias do mundo, grande parte da sua população apresenta um acúmulo de deficiências sociais ao longo da vida, que se

agrava com o avançar da idade (BRASIL, 1997). Esse quadro, somado ao número crescente de idosos no País, revela-se, além de um grande sofrimento individual, uma problemática coletiva. Enquanto o idoso carente arca com debilidades cada vez mais importantes, sem que possa escapar delas, o governo está às voltas (e dando voltas) com a questão da sobrecarga que o “boom” populacional trará aos sistemas de saúde e previdência.

Assim, o momento atual retrata uma realidade de aumento da demanda da população para os cuidados de saúde e déficit de recursos para o atendimento dessas necessidades (MARIN et al., 2000).

A elevação do número de idosos remete a uma enorme pressão sobre os sistemas de saúde e de previdência social. Essa sobrecarga, especificamente no âmbito da saúde, tem como um importante fator a mudança nas principais causas de morte. KALACHE et al. (1987) consideram que, no passado, eram apontadas como causas de morte as doenças parasitárias de caráter agudo e que, mais recentemente, elas correspondem às doenças crônico-degenerativas<sup>1</sup> (diabetes, acidente vascular cerebral, neoplasias, hipertensão arterial sistêmica, entre outras). Além disso, considerando que se caracterizam como problemas de longa duração<sup>2</sup>, elas requerem, para um atendimento adequado, grande quantidade de recursos materiais e humanos. Esses autores consideram que “a partir de uma entrada no sistema de prestação de serviços, o uso dos mesmos pode ser extraordinariamente prolongado. Tais doenças, com freqüência, não são de desfecho rápido ou dramático” (KALACHE et al., 1987:206).

Nessa perspectiva, conforme aponta RIBEIRO (2001:54) “o Brasil tem pela frente um desafio gigantesco ao considerarmos o aumento da longevidade e das doenças crônicas, que podem ser incapacitantes, mas não obrigatoriamente letais, e o sistema de saúde que necessita se adequar ao perfil epidemiológico do país, e que por sua vez não possui tradição em planejamento a longo prazo”.

Essa problemática também é abordada por ALVARENGA (2000) ao avaliar que a população idosa freqüentemente apresenta morbidade múltipla (presença de mais de uma

---

<sup>1</sup> Embora esse termo tenha sido substituído por “doenças não transmissíveis”, nas referências dos trabalhos que utilizam essa expressão seremos fiéis aos autores.

<sup>2</sup> “Na doença crônica, os sinais e sintomas mostram-se pouco característicos principalmente no início da enfermidade, apresentando surgimento insidioso, com lento desenvolvimento. Mas, na presença de surtos de agudização, a doença crônica pode ser de longa duração e evoluir para a deterioração do órgão ou sistema acometido, levando à degeneração, seqüelas ou mutilações” (SCHOLZ, 1999:2).

doença). Segundo a autora, a morbidade múltipla está associada às doenças crônicas e às condições precárias de vida. Isso requer a adoção de medidas de alto custo, tais como pessoal qualificado, recursos e instrumentos tecnológicos, e exames específicos.

Entretanto, observamos em nosso País que o “Estado, ainda às voltas com os desafios do controle da mortalidade infantil e doenças transmissíveis, não foi capaz de aplicar estratégias para a efetiva prevenção e tratamento das doenças crônico-degenerativas e suas complicações” (CHAIMOWICZ, 1997:185). O autor acrescenta que, em 1940, aproximadamente metade dos óbitos relacionava-se às doenças transmissíveis e, em 1994, 33% dos óbitos tinham como causa as doenças do aparelho circulatório, 13% estavam associados às neoplasias, e apenas 5,7% correspondiam às doenças transmissíveis. Os mesmos dados são descritos por RAMOS et al. (1993), indicando o decréscimo por mortes infecciosas e o aumento da mortalidade por doenças crônicas, entre elas as de origem circulatória.

Para os idosos, a presença de problemas circulatórios tem o agravante da coexistência de outras doenças crônicas. No estudo com idosos da área metropolitana da região sudeste do Brasil, RAMOS et al. (1993) apresentam que mais de 80% dos entrevistados relatavam a existência de uma doença crônica. Na periferia, 18% referiram pelo menos cinco doenças e, dentre elas, os problemas vasculares. Este quadro revela a necessidade de cuidados freqüentes, muitos deles prolongados e de altos custos.

A vulnerabilidade decorrente do processo de senescência<sup>3</sup> leva os idosos a uma maior susceptibilidade a doenças, tornando-os usuários potenciais dos serviços hospitalares. A esse respeito, MARIN (1999) comenta que o avanço da idade leva à limitação das funções do organismo, tornando os idosos predispostos à dependência de terceiros para a realização do autocuidado, à perda da autonomia e da qualidade de vida, levando conseqüentemente a maiores riscos de adoecer e de hospitalização.

Segundo MARIN et al. (2000), o momento de hospitalização traz importantes implicações, como alterações nos hábitos de vida, afastamento dos familiares, amigos e dos objetos pessoais. Concomitantemente, existem o medo do prognóstico, da morte e da

---

<sup>3</sup> *Senescência* são os efeitos naturais do processo de envelhecimento e *senilidade* são as alterações produzidas pelas inúmeras afecções que podem acometer os idosos (JACOB FILHO; SOUZA, 1994).

dependência de outros em uma fase da vida em que a adaptação às novas situações torna-se mais difícil.

TEIXEIRA; SPÍNOLA (1998) afirmam que os idosos, além de apresentar alta incidência de internação, têm maior risco de permanecer longo tempo hospitalizados. Revelam, ainda, que essa população enfrenta inúmeras dificuldades após a alta hospitalar e apresenta expressivo potencial para a readmissão.

Para MARIN et al. (2000), a alta taxa de reinternação entre idosos relaciona-se a fatores como a vulnerabilidade física, a falta de recursos e o despreparo de familiares e dos próprios idosos para lidar com as especificidades decorrentes dessa fase.

Em estudo realizado com idosos, WILLIAMS; FITTON (1988) discutem as razões que levam às readmissões hospitalares. Dentre elas identificam: a gravidade da enfermidade, as dificuldades com os cuidadores, o uso incorreto de medicamentos, as condições sócio-econômicas, o despreparo para a alta (prematura, sem avaliação e orientação adequadas), bem como os problemas relacionados aos serviços de saúde e a reabilitação insatisfatória.

RICH et al. (1995) acreditam que a multidisciplinaridade pode intervir significativamente nas readmissões hospitalares, melhorando a qualidade de vida dos idosos e diminuindo o custo dos cuidados médicos. Para esses autores, condições comportamentais e sociais, tais como a falta de aderência ao tratamento medicamentoso e à dieta alimentar, bem como o isolamento social, freqüentemente contribuem para as readmissões precoces, sugerindo que muitas reinternações poderiam ser prevenidas.

As reinternações dos idosos, além dos custos elevados<sup>4</sup> e ao contrário de promover a sua saúde, configuram-se como causa de sofrimento psíquico e biológico, uma vez que, distantes da família e do seu meio social, eles são levados com freqüência a assumir uma passividade, sem o reconhecimento de suas expectativas e motivações, da sua capacidade funcional e do potencial para o autocuidado.

---

<sup>4</sup> De acordo com ZOOK et al. (1980) apud NAYLOR (1990), as readmissões hospitalares são dispendiosas, tanto no aspecto humano quanto no econômico. Quando comparadas à primeira hospitalização, as reinternações elevam o custo de 24% a 55%. Além disso, SILVESTRE et al. (1996) revelam que os idosos utilizam em proporção maior o Sistema de Saúde do que outras faixas etárias, apesar desse custo mais elevado não reverter em seu benefício.

No processo de hospitalização dos idosos, além do reconhecimento da dimensão emocional, o aspecto biológico deve ser cuidadosamente avaliado uma vez que, embora velhice e doença não sejam sinônimos, algumas enfermidades mais freqüentes, como as vasculopatias, podem limitá-los funcionalmente. De acordo com JAHNIGEN (1997), os idosos durante a hospitalização tornam-se mais vulneráveis ao agravamento de seu estado clínico. Os efeitos colaterais dos medicamentos, os efeitos adversos ao processo de diagnóstico, as quedas e intercorrências cirúrgicas podem levar a um rápido declínio do seu estado funcional, predispondo-os à dependência para a realização do autocuidado e à perda de autonomia.

Em estudo sobre a mortalidade e internações hospitalares, COSTA et al. (2000) apontam as doenças do aparelho circulatório como a principal causa de morte entre idosos brasileiros. Essas afecções também foram as principais razões de internações, ao lado das doenças do aparelho respiratório, correspondendo a cerca da metade das internações hospitalares nos anos 1995, 1996 e 1997.

Algumas mudanças no sistema vascular estão relacionadas com o envelhecimento. Entre elas, encontramos: diminuição da elasticidade da camada média arterial; hiperplasia da íntima; deficiência valvular venosa; rigidez das paredes venosas; deterioração da microcirculação. Como conseqüências dessas mudanças ocorrem: dilatação e proeminência da aorta; predisposição a eventos tromboembólicos; insuficiência venosa; transtornos da microcirculação periférica (ANZOLA-PÉREZ, 1993).

As doenças vasculares podem afetar a qualidade de vida das pessoas, particularmente dos idosos, devido a presença de doenças crônicas coexistentes. Problemas decorrentes da vasculopatia, como claudicação intermitente, úlceras, infecções e gangrenas, têm como desfecho a redução nas atividades da vida diária, diminuição da mobilidade e perda da independência (SMELTZER; BARE, 1993). Acreditamos, contudo, que o surgimento de incapacidades não compromete - ou pelo menos não deveria comprometer - a autonomia. Como afirma FARINATTI (1997:32), "da mesma forma que saúde não é ausência de doenças, a autonomia não é ausência de dependência física". Nesse sentido, entendemos que o indivíduo, mesmo encontrando-se dependente fisicamente, deveria ter a possibilidade de tomar decisões, ou seja, de ter *autonomia*<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> Grifo pessoal.

Embora a dependência física possa trazer implicações e complicações importantes para o idoso e seus familiares, ao nosso ver, se existem manutenção e incentivo à autonomia, essas dificuldades podem ser minimizadas. Assim, nossa ênfase será na autonomia, em detrimento da dependência física.

Em nosso estudo, utilizaremos o conceito de autonomia atribuído por ALMEIDA; DERNTL (1996:80)<sup>6</sup> o qual considera “a capacidade do indivíduo para identificar e hierarquizar necessidades e atuar no sentido de satisfazê-las, lançando mão, se necessário, de suporte social e emocional e/ou assistência física, isto é, a autonomia estende-se à administração de dependências”. No estudo de PAVARINI (1996:7) em instituição asilar, a autora revela que no contato com os idosos o que efetivamente predomina é “a prática de fazer por eles, mesmo quando podem responder por si, possivelmente mediada pela crença de que isso é o melhor, o esperado e o desejável a ser feito por um ser que perdeu completamente a autonomia, em virtude da idade, das doenças, da degeneração cognitiva, da desmotivação e, com freqüência, da pobreza”.

DIOGO (2000), em sua prática com idosos submetidos à amputação de membros inferiores, revela que o idoso apresenta expressivo potencial para a reabilitação, sobretudo quando não existe outro comprometimento de ordem física ou mental. Acrescenta que a reabilitação deve enfatizar a capacidade remanescente das habilidades para que sejam atingidos os maiores níveis de independência e de autocuidado. Ressalta, ainda, que esse processo deve ter início a partir da hospitalização.

Para OLIVEIRA; FORTES (1999), a autonomia independe da faixa etária e significa a tomada de decisões e escolhas de acordo com valores, crenças, aspirações e objetivos próprios de vida. Os profissionais de saúde devem respeitar a autonomia dos idosos, reconhecendo os pontos de vista desses indivíduos, mesmo que sejam divergentes.

FARINATTI (1997:33) considera que, se existe a evidência de uma correlação entre o envelhecimento e a redução da capacidade funcional, concomitantemente emergem potencialidades específicas - ainda pouco identificadas. Em outras palavras, o autor chama a atenção para o fato de que “a maior parte dos idosos reúne as condições necessárias a uma vida autônoma e produtiva, sem apresentar sintomas de decadência mental ou física”.

---

<sup>6</sup> Sabemos que a autonomia é conceituada de várias formas e por diversos autores. A adoção pelo conceito de ALMEIDA; DERNTL (1996) não foi aleatória: ele é o que melhor se aproxima da premissa de autocuidado, de Dorothea E. Orem, que norteará o nosso estudo.

O idoso que chega aos serviços de saúde com queixa física pode esconder outros transtornos de ordem emocional, social e econômica, nem sempre identificados por ele mesmo e pelos profissionais, mas que participam do adoecer. Sobre esse aspecto, MARIN; ANGERAMI (1996) afirmam que, durante a internação, há apenas a resolução dos problemas mais urgentes que ameaçam a vida do paciente naquele momento. Isso nos leva a considerar que não estão sendo abordados aspectos relevantes da história de vida pregressa e atual dos idosos, tais como aqueles relacionados aos fatores: econômicos, ocupacionais, profissionais, de moradia, suporte familiar, conhecimento sobre a sua doença e a motivação para o autocuidado. A maior preocupação é, portanto, dirigida à enfermidade física.

CINTRA (1998) revela, em seu estudo com idosos portadores de glaucoma, que a carência de atenção e de orientação médica leva-os a buscar informações sobre a doença que possuem em outras fontes além dos profissionais, como os programas de televisão, manuais e até mesmo com seus pares. Para a autora, os estereótipos negativos de velho e velhice, que permanecem em nossa sociedade e permeiam a relação entre o idoso e a equipe de saúde, dificultam a aderência ao tratamento. A esse respeito, acreditamos que a não-aderência dos idosos ao tratamento favorece em grande parte o incremento no número de internações e reinternações hospitalares.

Nos sistemas de saúde de nosso país, observamos uma tendência em subestimar os potenciais dos usuários desses serviços para o cuidado à saúde. Para DERNTL (1998:197), a aceitação da autonomia do paciente pelos profissionais da saúde representou um passo importante para “indicar a mudança do centro de tomada de decisão - do profissional para o paciente”. Todavia, a mesma autora aponta que “na prática, ainda privilegia-se o exercício da beneficência e, de maneira quase absoluta, quando se trata de idosos”.

Nas recomendações de CINTRA (1998:199) para a educação à saúde, a autora considera que “é preciso cuidado para não transformar a autonomia e a individualidade em individualismo, o que ocorre quando se acentua a subjetividade como qualidade independente da intersubjetividade face a face, culpabilizando o indivíduo pelo seu fracasso em cuidar de si, e acentuando o descompromisso com a solidariedade”. Nesse sentido, entendemos ser imprescindível, portanto, a parceria entre idosos e profissionais para se efetivar o cuidado à saúde, e particularmente para o autocuidado.

Diferentes estágios da vida humana levam a transformações, podendo gerar novas necessidades e modificar a demanda terapêutica de autocuidado<sup>7</sup>. A fase da velhice apresenta características peculiares, as quais nem sempre representam um declínio de habilidades e um aumento da dependência. Entretanto, ainda é essa a compreensão que emerge dos discursos tanto do senso comum como dos profissionais da equipe médica e de enfermagem (ALMEIDA; DERNTL, 1996).

A Teoria do Autocuidado de Dorothea E. Orem possibilita uma mudança nessa forma de compreender o ser humano, uma vez que considera a participação ativa do indivíduo na promoção de sua saúde. Orem enfatiza que o indivíduo será auxiliado por profissionais, familiares e comunidade somente na presença de alguma limitação para a realização de seu próprio cuidado.

Na Teoria do Autocuidado (OREM, 1991:117), a autora descreve o autocuidado como “a prática de atividades que os indivíduos iniciam e desenvolvem para si próprios na manutenção da vida, saúde e bem-estar”<sup>8</sup>. O autocuidado compreende a ação de pessoas adultas, as quais desenvolvem as capacidades para cuidar de si mesmas em seu ambiente. As pessoas que realizam o autocuidado possuem a capacidade de ação – o gerenciamento ou o poder de agir deliberadamente para regular os fatores que afetam o seu próprio funcionamento e desenvolvimento.

“A prática do autocuidado consiste em atividades que a pessoa realiza em seu próprio benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar. É uma necessidade de todas as pessoas, e, se não for satisfeita, acarretará desequilíbrio, levando-as à doença e à morte” (RODRIGUES, 1997:12).

A educação para a saúde está fortemente associada ao autocuidado, uma vez que facilita a ampliação dos conhecimentos acerca da saúde, do controle e redução dos fatores de risco, e conseqüentemente auxiliam as pessoas na tomada de decisões sobre os aspectos que afetam a sua saúde (ANZOLA-PÉREZ, 1993; QUINTERO, 1994).

---

<sup>7</sup> Segundo OREM (1991) a demanda terapêutica do autocuidado estabelece a quantidade e o tipo de ação que são desejáveis para controlar os fatores que contribuem para a regulação do funcionamento e desenvolvimento humano.

<sup>8</sup> Self-care is the practice of activities that individuals initiate and perform on their own behalf in maintaining life, health, and well-being (OREM, 1991:117).

Em relação ao autocuidado na velhice, RODRIGUES (1993) chama a atenção para a importância dessa prática pelos idosos, considerando que não há limite de idade para as pessoas aprenderem a cuidar de si e dos outros. Destaca, ainda, que na educação para o autocuidado de idosos é importante focalizar a independência, o vigor e a satisfação da vida, bem como as alterações decorrentes do processo de envelhecimento (biológicas, psicológicas e sociais). "A conscientização para a prática do autocuidado deve ser intensificada tanto pelo profissional da área de saúde quanto pela família, para o exercício das práticas da saúde, como o cuidado com o corpo, exercícios, alimentação, interação social" (RODRIGUES, 1993:29).

Orem acredita que "uma pessoa pode converter-se por si mesma, ou com a ajuda de outros, em seu próprio agente de autocuidado; nesse sentido, os integrantes da equipe de saúde, em razão de sua preparação e responsabilidade profissionais, estão chamados a transformar-se em agentes facilitadores desse processo" (QUINTERO, 1994:353).

Contudo, a prática de uma assistência massificada aos pacientes, que observamos ainda estar presente nos espaços hospitalares, é contrária à premissa do autocuidado. O autocuidado baseia-se na educação à saúde individualizada. Nesse sentido, o desconhecimento, pelos profissionais que realizam essa assistência, das necessidades, motivações e potencialidades dos seus pacientes, dificulta a educação à saúde e, por conseguinte, não permitirá a efetivação do autocuidado.

No que se refere aos idosos, acreditamos que o desconhecimento sobre a sua individualidade, associado ao não reconhecimento da sua capacidade funcional e do seu potencial para o autocuidado favorece o declínio do seu estado de saúde, aumentando o risco da reinternação hospitalar. Particularmente com os idosos portadores de vasculopatias, o autocuidado é fundamental para a manutenção da saúde, da independência e da autonomia. As limitações para o autocuidado representam, assim, um potencial para a sua internação hospitalar e, possivelmente, para futuras reinternações.

Conforme vimos até o momento, as doenças vasculares respondem pelo número elevado de (re)internações dos idosos, dada a possibilidade de reincidência e/ou agravamento do quadro clínico, e que ao nosso ver também dificultam o autocuidado.

Acreditamos, contudo, na possibilidade de um outro funcionamento que estaria determinando as readmissões dessa população. Ou seja, não apenas o agravamento da doença estaria levando às limitações para o autocuidado, mas estas limitações também estariam contribuindo para o desenvolvimento das complicações clínicas. Isso nos leva ao seguinte questionamento:

O que poderia estar contribuindo para a crescente readmissão dos idosos nos serviços hospitalares: a cronicidade da doença que dificulta a prática do autocuidado, ou as limitações para o autocuidado que favorecem a cronicidade da afecção?

Em nosso estudo, assumimos o pressuposto que as limitações para o autocuidado dificultam o seguimento e a adesão terapêutica, contribuindo para a manutenção da doença, o desenvolvimento de novas complicações e levando, conseqüentemente, às reinternações hospitalares.

Buscando confirmar os dados apontados na literatura acerca das readmissões de idosos, previamente ao presente estudo, realizamos uma análise estatística das reinternações dessa população na mesma instituição utilizada como campo de trabalho. Nela constatamos que 40% dos leitos da enfermaria da Clínica Vascular são ocupados por idosos com história de reinternação (FERRERO; CINTRA, 2001). Este dado, entre outros que serão apresentados no capítulo "Material e Método", reforçam a nossa preocupação em compreender essa problemática.

Nesse contexto, considerando que as vasculopatias nos idosos, por apresentarem-se crônicas, concomitantes à outras doenças e com possíveis alterações na capacidade funcional, revelam-se como fatores que podem dificultar a prática do autocuidado, propusemo-nos a realizar esse estudo visando compreender as limitações para o autocuidado em idosos reinternados portadores de vasculopatias.

Para uma maior compreensão da problemática que envolve as doenças vasculares na população idosa, faremos, a seguir, algumas considerações sobre os principais diagnósticos e prognósticos dessa especialidade.

## 1.1. Breves Considerações sobre as Vasculopatias

A especialidade médica vascular é responsável por assistir as doenças vasculares periféricas, que incluem as afecções do sistema circulatório, excluindo-se o coração. Essas doenças englobam problemas das artérias, veias, sistema linfático e tecidos diretamente afetados.

As afecções assistidas pela Disciplina de Cirurgia Vascular do Departamento de Cirurgia Geral do Hospital de Clínicas da Universidade de Campinas (UNICAMP) incluem: as arteriais (obstruções arteriais crônicas ou agudas; aneurismas; trauma vascular), as venosas (varizes; trombose venosa profunda) e as linfáticas (linfedemas).

No presente trabalho, participaram idosos com os diagnósticos de aneurisma de aorta abdominal; pseudo aneurisma de artéria femoral; e obstrução arterial crônica associada ou não à gangrena. Todos apresentavam indicação médica de cirurgia e aguardavam pela respectiva intervenção. Excluindo os aneurismas, as demais afecções ofereciam risco da necessidade de amputação.

Com respeito aos aneurismas, eles são, por definição, dilatações das paredes dos vasos (artérias e veias), as quais ocorrem com mais frequência nas artérias. O seu conhecimento data de 3.000 a.C. e as tentativas de tratamento cirúrgico situam-se aproximadamente no século IV (ALBERS, 1988).

Os chamados aneurismas verdadeiros têm como principal causa o avanço da aterosclerose (acúmulo de gordura nas paredes das artérias). Como causas menos comuns estão os traumas locais e as infecções que causam os chamados aneurismas falsos (pseudoaneurismas). Estes últimos caracterizam-se pela ausência de uma artéria normal, uma vez que a parede é composta basicamente pela fibrose, decorrente da reação inflamatória.

Os aneurismas podem estar localizados em diversas partes do corpo, sendo a mais frequente a artéria aorta. A artéria aorta possui um diâmetro de aproximadamente dois centímetros. Na presença de aneurisma, ele se torna duas vezes maior que o normal. A maioria dos aneurismas localiza-se no segmento da aorta situada no abdome (aneurisma de

aorta abdominal). Quando um aneurisma atinge cinco centímetros é indicada a cirurgia eletiva, devido ao elevado risco de ruptura.

A freqüência aumenta com a idade e outros fatores de risco. O aneurisma de aorta abdominal predomina na faixa etária entre 65 e 85 anos. "Geralmente, é assintomático. Quando sintomático significa que está havendo crescimento do mesmo, com risco de ruptura. Esta, a ruptura, pode ser a primeira manifestação clínica" (BONAMIGO, 1995:69). Segundo o autor, essa é a mais grave complicação do aneurisma de aorta abdominal.

Os sintomas, na maioria das vezes, não são percebidos pelo paciente. Nesse caso, o diagnóstico é feito durante uma avaliação de rotina. "Assim, infelizmente, muitos aneurismas se desenvolvem até atingir grande tamanho e o primeiro sintoma pode ser decorrente da rotura..." (ALBERS, 1988). Na presença de sintomas, o paciente queixa-se de dor abdominal e do surgimento de massa pulsátil. "As manifestações clínicas produzidas pelos aneurismas arteriais aparecem tardiamente, pois enquanto de pequeno tamanho pouco interferem com estruturas vizinhas e estão menos sujeitos a complicações" (ALBERS, 1988).

A manifestação de dor, embora pouco comum nos pacientes com aneurisma, chama a atenção por sua importância no diagnóstico. Ela tem como função promover um estado de alerta e cautela, contudo, "atuando tardiamente, obriga a uma ação imediata e urgente" (BOWLBY, 1984:155). Portanto, ela é falível ao demonstrar indícios de perigo potencial.

Sobre as obstruções arteriais crônicas, a localização mais freqüente é "na circulação para membros inferiores e a causa mais comum, a arteriosclerose. Com muito maior freqüência as arterites ou as oclusões agudas, seja por embolia, trombose aguda ou traumatismos, que compensaram e cronificaram, podem responder pela etiologia. Os principais fatores de risco para a arteriosclerose devem ser pesquisados, como tabagismo, vida sedentária, obesidade, diabetes, hereditariedade, hipertensão, atividades estressantes, tipo de temperamento e colesterol aumentado" (BRITO, 1995:19).

A principal queixa do paciente é a dor, que pode variar de claudicação intermitente até a sua manifestação em repouso. Enquanto que na claudicação intermitente a dor é de intensidade variável, em repouso ela é indicativo de um quadro isquêmico

importante. Inicialmente, a dor em repouso pode aparecer quando o paciente deita ou eleva o membro afetado, mas no agravamento do quadro isquêmico, ela permanece, qualquer que seja a posição. “Assim, nos quadros mais graves, o paciente relata que só consegue dormir com a perna pendurada para fora da cama, ou na posição sentada” (BRITO, 1995:22).

A intensidade da dor nas obstruções arteriais crônicas pode ser tão elevada a ponto de requerer doses consideráveis de analgésicos e entorpecentes. A evolução do quadro poderá levar à necrose tecidual.

“Na pessoa idosa, os sintomas de doença vascular periférica podem ser mais pronunciados que na pessoa jovem, devido à duração da doença e à presença de doença crônica coexistente. Pode ocorrer claudicação intermitente após a marcha de apenas alguns passos ou após subir uma leve inclinação. Qualquer pressão prolongada sobre o pé pode causar áreas de pressão que se tornam ulceradas, infectadas e gangrenosas. Caso a insuficiência venosa crônica seja um problema, isso também pode levar à ulceração. O desfecho da insuficiência venosa e arterial na pessoa idosa é a diminuição da mobilidade, da atividade e da independência” (SMELTZER; BARE, 1993:637).

Segundo essas autoras, eventualmente, as lesões e infecções por isquemia tecidual podem levar à amputação. “Assim, as medidas destinadas a prevenir essas complicações precisam ter alta prioridade e ser vigorosamente implantadas” (SMELTZER; BARE, 1993:642).

Tanto os aneurismas quanto as obstruções arteriais crônicas representam doenças de importante gravidade, que podem levar às reinternações e, até mesmo, a desfechos trágicos, como a morte. Essa problemática assume, ainda, maior importância nos pacientes com idade mais avançada, o que requer medidas que minimizem as complicações trazidas pelas vasculopatias.

Nesse sentido, propusemo-nos a realizar este estudo buscando compreender as limitações para o autocuidado em idosos reinternados portadores de vasculopatias.

Esperamos, assim, oferecer aos profissionais da área da saúde subsídios para a melhor compreensão dos fatores relacionados às limitações desses idosos, visando a adoção de medidas que favoreçam a prática do autocuidado pelos idosos e reduzam o número de admissões hospitalares.

## **2. OBJETIVO**

1. Identificar e analisar as limitações para o autocuidado de idosos reinternados portadores de vasculopatias.

### 3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA.

Para o embasamento teórico-metodológico optamos pela Teoria do Autocuidado de Dorothea E. Orem e pela Análise de Discurso, tendo em vista a relevância de ambas para a análise empírica. A perspectiva da Análise do Discurso permitirá a compreensão das limitações para o autocuidado, identificadas segundo o modelo teórico de Orem e possibilitará uma discussão sobre a discursividade da saúde, que esbarra diretamente na promoção dos idosos como agentes do autocuidado.

Assim, neste capítulo iremos discorrer os pressupostos da Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem, apontando outros estudos sobre a temática os quais contribuem para o presente trabalho, e apresentar a Análise do Discurso, tendo como principais autores Michel Pêcheux e Eni Orlandi.

#### 3.1. Teoria do Autocuidado de Dorothea E. Orem.

Em sua trajetória profissional, Orem criou e desenvolveu o que chamou de “Teoria Geral”, na qual define o conceito de *autocuidado*<sup>9</sup>. Para ela, o autocuidado representa “a prática de atividades que os indivíduos iniciam e executam em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar”<sup>10</sup> (OREM,1991:117).

LEOPARDI (1999:75) apresenta em Teorias de Enfermagem, de maneira simples e sintética, os três constructos que compõem a Teoria Geral de Orem:

- Teoria dos déficits de autocuidado: delinea a necessidade da intervenção, quando o ser humano não tem competência para executar seu autocuidado;
- Teoria de autocuidado: é a prática de cuidados executados pelo indivíduo portador de uma necessidade, para manter-se com vida, saúde e bem-estar;
- Teoria dos sistemas de enfermagem: baseia-se nas necessidades e capacidades dos pacientes para a execução de autocuidado, o que determinará ou não a intervenção de profissionais de Enfermagem.

---

<sup>9</sup> Grifo pessoal.

<sup>10</sup> Self-care is the practice of activities that individuals initiate and perform on their own behalf in maintaining life, health, and well-being (OREM, 1991:117).

Vários conceitos estabelecidos por Orem foram traduzidos, interpretados e utilizados por outros autores, contribuindo para a compreensão e a implementação desta teoria, ao mesmo tempo complexa e de grande aplicabilidade, tanto pelos profissionais de enfermagem como por aqueles que buscam o entendimento do ser humano como agente do seu próprio cuidado.

Nesse sentido, apresentaremos as definições de Orem acerca da Teoria do Autocuidado, bem como a compreensão de outros autores, as quais são pertinentes ao nosso estudo e irão subsidiar a nossa análise.

#### Sobre o ser humano:

De acordo com OREM (1991), os seres humanos possuem a capacidade de refletir sobre si mesmos e sobre o seu ambiente, de simbolizar as experiências vividas e de usar criações simbólicas no pensamento, na comunicação e no direcionamento de esforços para beneficiar a si mesmos ou a outros. FOSTER; JANSSENS (1993) acrescentam que, para Orem, os seres humanos têm potencial para a aprendizagem e para o desenvolvimento. Entretanto, alguns fatores podem afetar a aprendizagem, tais como a idade, a capacidade mental, a cultura e o estado emocional do indivíduo.

#### Sobre o autocuidado:

O autocuidado tem um propósito. Ele é uma ação que tem um padrão e uma seqüência e, quando efetuado com eficiência, contribui para a estrutura humana, o seu funcionamento e o seu desenvolvimento (OREM, 1991).

HARTWEG (1991) aponta que o autocuidado é visto de duas formas: como um comportamento aprendido e como uma ação deliberada. Autocuidado é descrito como comportamento que é aprendido na interação e na comunicação em grupos, e suas ações variam de acordo com as experiências sociais e culturais. Autocuidado não é instintivo e nem reflexo, mas corresponde a um desempenho racional em resposta à uma necessidade conhecida.

DUPAS et al. (1994:20) sintetizam o trabalho de Orem “a prática de atividades que os indivíduos iniciam e desempenham pessoalmente, em favor de si mesmos, na

manutenção da vida, saúde e bem-estar, que está diretamente relacionada com habilidades, limitações, valores e regras culturais e científicas do próprio indivíduo ou de seus agentes”.

#### Sobre as limitações:

Existem barreiras ou limitações para o autocuidado. O indivíduo pode desconhecer a si mesmo e não ter o desejo de buscar esse conhecimento. Além disso, poderá haver dificuldade de julgamento sobre a saúde e dificuldade no aprendizado sobre si ou sobre as ações que requerem as condições para estar se cuidando (CAVANAGH, 1993). Sobre esse ponto, HARTWEG (1991) confirma que, mesmo na presença de habilidade ou potencial nem todos os indivíduos buscarão conhecimento e terão ação.

O autocuidado requer o conhecimento geral das metas e de como atingí-las, bem como o conhecimento sobre si mesmo - incluindo o estado de saúde - e o ambiente físico e social. Isso também requer a internalização de idéias, soluções e motivação (OREM, 1991).

OREM (1991) revela que a carência de conhecimento científico sobre o autocuidado, as alterações na saúde, desordens orgânicas, carência de habilidades para o autocuidado e hábitos inadequados limitam as ações do indivíduo com respeito ao seu próprio cuidado ou de outros.

As doenças, física ou mental, podem limitar o indivíduo na tomada de decisões e no engajamento em atividades de autocuidado. As afecções envolvem mudanças estruturais e funcionais, e podem necessitar do uso de medidas especializadas de autocuidado (OREM, 1991).

#### Sobre os requisitos de autocuidado:

Os requisitos de autocuidado são idéias formuladas sobre as ações necessárias para o controle do funcionamento e desenvolvimento humano. São generalizações sobre as propostas que os indivíduos deveriam ter sobre o engajamento no autocuidado. Eles são também compreendidos como expressões da ação para o desempenho *de* ou *para*<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> Grifos pessoais.

indivíduos na participação do controle humano e dos fatores ambientais que afetam o seu funcionamento e o desenvolvimento (OREM, 1991).

Três tipos de requisitos de autocuidado são identificados por OREM (1991). Cada um representa uma categoria de ações deliberadas para serem feitas *por* e *para*<sup>12</sup> os indivíduos, para as necessidades humanas de funcionamento e desenvolvimento: 1. Requisitos de autocuidado universal; 2. Requisitos de autocuidado desenvolvimental; e 3. Requisitos de autocuidado por desvio de saúde, os quais estão inseridos no quadro 1 e descritos pormenorizadamente a seguir.

---

<sup>12</sup> Grifos pessoais.

**Quadro 1: Categorias de Requisitos para o Autocuidado (OREM, 1991:126)**

<b>Requisitos Universal</b>	<b>Requisitos Desenvolvidamental</b>	<b>Requisitos por Desvio de Saúde</b>
<p>1. Manutenção de uma ingestão adequada de ar, água, alimentos;</p> <p>2. Provisão de cuidado associado às eliminações;</p> <p>3. Manutenção do equilíbrio entre atividade e descanso;</p> <p>4. Manutenção do equilíbrio entre solidão e interação social;</p> <p>5. Prevenção de riscos à vida humana, ao seu funcionamento e bem-estar.</p> <p>6. Promoção do funcionamento e desenvolvimento humano com grupos sociais conforme o potencial, as limitações humanas conhecidas e o desejo de ser normal. O termo diz respeito aquilo que está de acordo com as características genéticas e constitucionais, bem como com o talento das pessoas;</p>	<p>1. Causas e manutenção das condições que suportam os processos da vida e promovem os processos de desenvolvimento, ou seja, o progresso do ser humano em direção a níveis elevados da organização de estruturas e à maturação</p> <p>2. Provisão de cuidados associados aos efeitos das condições que podem, de maneiras adversas, afetar o desenvolvimento humano</p>	<p>1. Busca e garantia de assistência médica adequada;</p> <p>2. Conscientização e atenção aos efeitos e resultados das enfermidades, incluindo os efeitos no desenvolvimento do indivíduo;</p> <p>3. Execução efetiva das medidas médicas prescritas;</p> <p>4. Conscientização e atenção para o controle de desconforto ou efeitos colaterais decorrentes do tratamento médico;</p> <p>5. Mudança do auto-conceito (e da auto-imagem) na aceitação de si mesmo, por encontrar-se num estado que necessita de cuidados específicos à saúde;</p> <p>6. Aprendizado da vida associado aos efeitos das afecções e das medidas de diagnóstico e tratamento, num estilo de vida que promova o desenvolvimento contínuo do indivíduo.</p>

Os requisitos de autocuidado universal correspondem a:

- 1) Manutenção de uma ingestão adequada de ar, água e alimentos:
  - a. ingestão de quantidade necessária para um funcionamento normal, com controle de fatores internos e externos que possam afetar o que é exigido, tais como condições de carência, ou para trazer maior benefício para o retorno da integridade funcional;
  - b. preservação da integridade das estruturas anatômicas e dos processos fisiológicos;
  - c. desfrutar experiências prazerosas de respirar, beber e comer sem abusos.
  
- 2) Provisão de cuidado associado às eliminações:
  - a. condições internas e externas necessárias para a regulação da eliminação;
  - b. manutenção da eliminação e controle de excrementos;
  - c. provisão da higiene corporal;
  - d. cuidado do ambiente para manter condições sanitárias adequadas.
  
- 3) Manutenção do equilíbrio entre atividade e descanso:
  - a. seleção de atividades que estimulem, engajem e mantenham o equilíbrio do movimento físico, respostas afetivas, esforço intelectual e interação social;
  - b. reconhecimento e assistência às manifestações de necessidades de descanso e atividade;
  - c. uso de capacidades pessoais, interesses e valores, assim como padrões culturais como base para o desenvolvimento do padrão descanso-atividade.

- 4) Manutenção do equilíbrio entre solidão e interação social:
  - a. qualidade e equilíbrio necessários para o desenvolvimento da autonomia pessoal, e suporte de relações sociais;
  - b. promoção do vínculo de afeto, amor e amizade; manutenção efetiva do auxílio de outros para atingir suas metas, negligência de sua individualidade, integridade e direito;
  - c. provisão de condições sociais de prazer e proximidade essenciais para a continuidade do desenvolvimento e para a adaptação;
  - d. promoção da autonomia individual e grupal.
  
- 5) Prevenção de riscos à vida humana, ao seu funcionamento e bem-estar:
  - a. alerta aos riscos que podem ocorrer;
  - b. prevenção de eventos que podem levar ao desenvolvimento de situações arriscadas;
  - c. remoção ou proteção de si mesmo em situações arriscadas, quando o risco não pode ser eliminado;
  - d. controle de situações arriscadas para eliminar perigos à vida e ao bem-estar.
  
- 6) Promoção da normalidade:
  - a. desenvolvimento e manutenção de um auto-conceito realista;
  - b. ação para sustentar o desenvolvimento humano;
  - c. ação para manter e promover a integridade da estrutura e o funcionamento humano;
  - d. identificação e assistência para desvios de normas de estrutura e funcionamento.

Em relação aos requisitos de autocuidado desenvolvimental, para o presente estudo eles foram agrupados como se segue:

- 1) Causas e manutenção das condições que suportam os processos da vida e promovam os processos de desenvolvimento, ou seja, o progresso do ser humano em direção a níveis elevados da organização de estruturas e à maturação: estágios da vida intrauterina e o nascimento; estágio neonatal; infância; adolescência; vida adulta; gravidez.
- 2) Provisão de cuidados associados às condições que podem afetar de maneira adversa o desenvolvimento humano. Essas condições incluem: privação educacional; problemas de adaptação social; carência de saúde; perda de familiares, amigos e companheiros; perda de posses e de emprego; mudança súbita de residência para ambiente não familiar; problemas relacionados ao *status* social; saúde debilitada ou incapacidade; condições de vida opressivas; doença terminal e proximidade da morte.

Os requisitos de autocuidado por desvio de saúde correspondem a:

- 1) Busca e garantia de assistência médica adequada;
- 2) Conscientização e atenção aos efeitos e resultados das enfermidades, incluindo os efeitos no desenvolvimento do indivíduo;
- 3) Execução efetiva das prescrições médicas;
- 4) Conscientização e atenção para o controle do desconforto ou dos efeitos colaterais decorrentes do tratamento médico;
- 5) Mudança do autoconceito (e da auto-imagem) na aceitação de si mesmo, por encontrar-se num estado que necessita de cuidados específicos à saúde;
- 6) Aprendizado da vida associado aos efeitos das afecções e das medidas de diagnóstico e tratamento, num estilo de vida que promova o desenvolvimento contínuo do indivíduo.

DUPAS et al. (1994) explicam que alguns requisitos são comuns a todos os seres humanos, enquanto outros são específicos aos estados de saúde. Em relação aos requisitos de autocuidado universal, comentam que eles podem ser compreendidos conforme a idade, o sexo, ou o estado de desenvolvimento e de saúde.

Finalizando, para enfatizar a importância da Teoria do Autocuidado de Orem, FOSTER; JANSSENS (1993:104) consideram que “sua premissa de autocuidado é contemporânea dos conceitos de promoção e manutenção da saúde. Isso é especialmente relevante com a ênfase atual dada à alta hospitalar antecipada, aos cuidados em casa e aos serviços ambulatoriais”. Destacam ainda o valor da extensão do autocuidado individual para a família e a comunidade. O mesmo destaque é feito por HARTWEG (1991).

Para OREM (1991), as pessoas idosas necessitam de cuidado sempre que o declínio das habilidades físicas ou mentais limitem as ações para o autocuidado. Nesse sentido, DERNTL (1998:198) afirma que “mesmo os portadores de doenças crônicas podem encarregar-se dos próprios cuidados e praticamente todos os problemas de saúde tendem a ser passíveis, em alguma medida, de controle pelo autocuidado”.

No tocante à política de promoção da saúde, a prática do autocuidado é uma expressão da autonomia e os objetivos da assistência relacionam-se mais às necessidades e preferências do indivíduo e menos às percepções do profissional (DERNTL, 1998).

### **3.2 Análise do Discurso.**

Estudar uma língua foi durante muito tempo, e ainda se mantém como uma prática atual, buscar respostas na perspectiva da *compreensão de texto*. As perguntas na busca dessa compreensão se dão, sobretudo, em torno das “idéias” contidas no texto. Às questões como “O que quer dizer este texto?” e “Que significação ele contém?” várias respostas foram fornecidas pela Análise de Conteúdo. Entretanto, Pêcheux mostra, já no início de sua reflexão, “*impossível analisar um discurso como um texto*”<sup>13</sup>, isto é, como uma seqüência lingüística fechada sobre si mesma, mas que é necessário referi-lo ao *conjunto de discursos possíveis*<sup>14</sup> a partir de um estado definido das condições de produção” (PÊCHEUX, 1997:79). Essa diferença entre as abordagens conteudista e a discursiva é fundamental para que a compreensão da análise do material, o que nos obriga a discutirmos pormenorizadamente essa questão, como será feito a seguir.

Foi nos anos 60 que essa nova proposta de leitura vem se opor à Análise de Conteúdo. É, então, fundada a Análise de Discurso (AD). Sua constituição é dada na relação

---

<sup>13</sup> Grifos do autor.

<sup>14</sup> Grifos do autor.

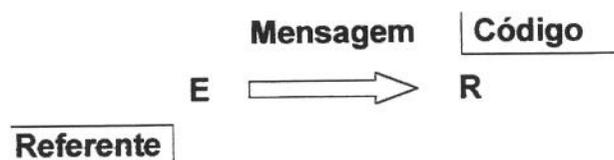
entre três disciplinas: a Lingüística, o Marxismo e a Psicanálise. A Lingüística por acreditar na não transparência da linguagem. O Marxismo pela compreensão de que tampouco a história é transparente ao homem. E a Psicanálise com o seu deslocamento de homem para sujeito, que se constitui na relação com o simbólico, na história (ORLANDI, 1999).

Herdeira dessas três regiões de conhecimento, a AD “interroga a Lingüística pela historicidade que ela deixa de lado, questiona o Materialismo perguntando pelo simbólico e se demarca da Psicanálise pelo modo como, considerando a historicidade, trabalha a ideologia como materialmente relacionada ao inconsciente sem ser absorvida por ele” (ORLANDI, 1999:20). A Análise de Discurso, como diz seu próprio nome, trata do discurso, sempre como sentido em movimento (ORLANDI, 1999).

O discurso é a mediação entre o homem e a realidade em que vive, tornando possível tanto a “permanência e a continuidade quanto o deslocamento e a transformação do homem e da realidade em que vive” (ORLANDI, 1999:15).

O homem deve ser sempre considerado na sua história, de forma que é importante conhecer os processos e as condições de produção da linguagem, relacionando a linguagem à sua exterioridade (ORLANDI, 1999). Essas condições de produção compreendem os sujeitos e a situação.

A noção de discurso difere do esquema elementar da comunicação. Temos, na comunicação os elementos: emissor, receptor, código, referente e mensagem. Assim, “o emissor transmite uma mensagem (informação) ao receptor, mensagem essa formulada em um código referindo a algum elemento da realidade – o referente”.



“Para a Análise de Discurso, não se trata apenas de transmissão de informação, nem há essa linearidade na disposição dos elementos da comunicação, como se a mensagem resultasse de um processo assim serializado”. (...) “Não se trata de transmissão de informação apenas, pois, no funcionamento da linguagem, que põe em relação sujeitos e sentidos afetados pela língua e pela história, temos um complexo processo de constituição

desses sujeitos e produção de sentidos e não meramente transmissão de informação”. (...) “A linguagem serve para comunicar e para não comunicar. As relações de linguagem são relações de sujeitos e de sentidos e seus efeitos são múltiplos e variados. Daí a definição de discurso: o discurso é efeito de sentido entre locutores” (ORLANDI, 1999:20). É aí que está o sentido de “interlocução”. Muito mais que transmissão de informação, a interlocução é a possibilidade de os sentidos se produzirem entre as pessoas. E o sentido é tomado como efeito porque as significações não se dão independentes das condições sócio-históricas que as determinam.

Para PÊCHEUX (1988:160) “o *sentido* de uma palavra, de uma expressão, de uma proposição, etc., não existe ‘em si mesmo’ (isto é, em sua relação transparente com a literalidade do significante), mas, ao contrário, é determinado pelas posições ideológicas que estão em jogo no processo sócio-histórico no qual as palavras, expressões e proposições são produzidas (isto é, reproduzidas)”. A relação de paráfrase ou jogo parafrástico, torna possível chegar a essa matriz do sentido, que é inerente à formação discursiva (PÊCHEUX, 1990). Para Pêcheux formação discursiva são as determinações *do que pode e deve ser dito* considerando-se as condições sócio histórico-ideológicas.

A língua, a ideologia e o discurso estão sempre relacionados, não havendo a existência de um sem os outros. É no discurso que se dá a relação entre língua e ideologia e, dessa maneira, compreende-se como a língua produz sentidos por/ para os sujeitos (ORLANDI, 1999). Podemos dizer, então, que ser sujeito é estar dentro do processo ideológico. Sendo sujeito de linguagem, ele nunca é *a priori* (LAGAZZI, 2001)<sup>15</sup>.

“O sujeito de linguagem é descentrado pois é afetado pelo real da língua e também pelo real da história, não tendo controle sobre o modo como elas o afetam. Isso redundaria dizer que o sujeito discursivo funciona pelo inconsciente e pela ideologia” (ORLANDI, 1999:20). A autora acrescenta, ainda, que os sentidos estão na relação com a exterioridade, nas condições em que são produzidos e que não dependem das intenções do sujeito.

A memória é parte fundamental da produção do discurso. Isso mostra que “o dizer não é propriedade particular. As palavras não são só nossas. Elas significam pela história e pela língua. O que é dito em outro lugar também significa nas “nossas” palavras. O

---

<sup>15</sup> Notas de aula.

sujeito diz, pensa que sabe o que diz, mas não tem acesso ou controle sobre o modo pelo qual os sentidos se constituem nele” (ORLANDI, 1999:32). Para a autora, a compreensão de que há um “já-dito” é fundamental na relação do discurso com os sujeitos e com a ideologia. Isso só é possível com o *apagamento* para o sujeito de que ele não é a fonte do que diz, mas o resultado de um processo (PÊCHEUX, 1988). E essa ilusão subjetiva, que traz consigo a crença de domínio sobre as palavras, é necessária para que o sujeito possa falar.

Diferentemente da Análise de Conteúdo, a AD, quando estuda um texto, preocupa-se em entender não “o quê” ele diz, mas sim “como” ele significa, uma vez que considera que a linguagem não é transparente. O texto é visto como tendo uma materialidade simbólica (ORLANDI, 1999).

A interpretação de um texto é feita pela formulação da questão pelo analista e pela sustentação no rigor do método e no alcance teórico da AD. Por isso é necessário estabelecer a diferença entre dispositivo teórico e dispositivo analítico. “Daí dizermos que o dispositivo teórico é o mesmo mas os dispositivos analíticos, não. O que define a forma do dispositivo analítico é a questão posta pelo analista, a natureza do material que analisa e a finalidade da análise” (ORLANDI, 1999:27). A autora esclarece que, por sua vez, o dispositivo teórico (conceitos e método), é regido pelos princípios gerais da AD e media o movimento entre a descrição e a interpretação.

“Desfeita a ilusão da transparência da linguagem, e exposto à materialidade do processo de significação e da constituição do sujeito, o analista retorna sobre sua questão inicial. Ela está assim no início, como elemento desencadeador da análise e da construção do dispositivo analítico correspondente, e, no final, ela retorna, gerindo a maneira como o analista deve referir os resultados da análise à compreensão teórica do seu domínio disciplinar específico” (ORLANDI, 1999:28).

## 4. MATERIAL E MÉTODO

### 4.1 Local

O estudo foi realizado na Enfermaria da Clínica Vascular do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, São Paulo. Elegemos esta enfermaria pelo número elevado de idosos acometidos pelas vasculopatias e pela frequência significativa de reinternações.

As informações relacionadas ao número de idosos e a frequência de reinternações na referida enfermaria foram obtidas por meio de um estudo, correspondente ao período de 1993 a 1999 (FERRERO; CINTRA, 2001). O banco de dados foi fornecido pelo Serviço de Estatística do referido hospital. Em síntese, este estudo revelou:

- a. A média de idade dos pacientes reinternados na Enfermaria da Clínica Vascular (71,05 anos, com desvio padrão 7,5) é maior do que a média de idade dos pacientes reinternados na maioria das demais enfermarias (60,1 anos, com desvio padrão 7,2).
- b. O diagnóstico mais freqüente nesta enfermaria é a *embolia e trombose arteriais de artéria não especificada*. Em segundo lugar predomina a *embolia e trombose arteriais das artérias das extremidades*. O terceiro, quarto, quinto e sexto lugares correspondem, respectivamente, a: *aneurisma abdominal sem menção de rotura*, *aterosclerose das artérias das extremidades*, *aterosclerose generalizada e não especificada*, e *embolia e trombose de artéria não especificada*.
- c. A *embolia e trombose arteriais de artéria não especificada*, diagnóstico mais freqüente na Enfermaria da Clínica Vascular, ocupa o quarto lugar dentre os seis diagnósticos que predominam nas demais enfermarias desse hospital.
- d. A Enfermaria da Clínica Vascular apresenta maior frequência de procedimentos cirúrgicos (61,9%) em relação aos clínicos (37,8%), enquanto

que a maioria das demais enfermarias revela um perfil mais clínico (37,5% dos procedimentos são cirúrgicos e 61,8% compreendem condutas clínicas).

- e. A média mensal de reinternação na enfermaria da Clínica Vascular corresponde a quatro pacientes para os dez leitos disponíveis no local. Ou seja, 40% dos leitos são ocupados mensalmente por idosos com história de reinternação.

## 4.2 Sujeitos

Participaram da pesquisa seis idosos de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 60 anos, conforme o limite estabelecido pela ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1974) para os países em desenvolvimento, e que atendiam aos seguintes critérios: 1. estavam internados na enfermaria da clínica vascular; 2. apresentavam história de, no mínimo, uma internação no hospital de estudo; 3. não tinham sido submetidos à cirurgia durante a atual internação; 4. estavam orientados auto e halo-psiquicamente; e, 5. estavam em condições de responder verbalmente aos questionamentos. Importante esclarecer que, como as informações sobre as internações anteriores seriam obtidas pela consulta ao prontuário dos pacientes, optamos pelas internações ocorridas no hospital de estudo como forma de otimizar o acesso a esses prontuários. Isso porque um mesmo idoso poderia ter, em sua história, passagens por diversos hospitais, até mesmo em outras cidades, o que dificultaria a pesquisa desse material. Quanto à determinação por pacientes que estivessem no período pré-operatório, ela se justifica em função de quadros comuns de confusão mental em idosos após as intervenções cirúrgicas.

Considerando que se trata de um estudo do tipo exploratório, a definição do número de sujeitos foi feita pela repetição e saturação dos dados que emergiram dos depoimentos, bem como por sua relevância para a análise e atendimento ao objetivo proposto.

Previamente à coleta de dados, os idosos foram consultados sobre a disponibilidade e o consentimento para participar da pesquisa, sendo-lhes assegurado que a identidade de cada um permaneceria em sigilo. Essa consulta foi feita oficialmente, por meio da ciência e assinatura do Consentimento Pós – Informação (Anexo II) para o referido

estudo, atendendo as normas do Comitê de Ética de Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, que autorizou o desenvolvimento do estudo (Anexo III).

### **4.3 Coleta de Dados**

Foram efetuadas entrevistas individuais, pela pesquisadora, utilizando-se instrumento próprio (Anexo I). O instrumento foi elaborado a partir dos pressupostos da Teoria do Autocuidado de OREM (1991), buscando-se identificar as limitações para o autocuidado em idosos portadores de vasculopatias, com história de reinternação.

O instrumento de coleta de dados apresenta uma parte inicial de identificação, a qual julgamos necessária para a análise do material. As perguntas do instrumento relacionam-se aos períodos pré, durante e após a reinternação. Por meio delas identificamos os cuidados dos idosos para si mesmos, as informações que tinham sobre a sua doença e o seu tratamento, e as limitações em relação ao autocuidado e a atual internação, bem como os cuidados necessários para evitar nova internação.

As entrevistas estavam previstas para serem realizadas em local reservado; contudo, diante da dificuldade que a maioria dos idosos apresentou para sair do leito, as entrevistas foram feitas no próprio leito dos pacientes. Apenas um idoso, por não apresentar dificuldades para deambular, foi entrevistado na sala de reuniões da enfermaria. MINAYO (1993:109) considera a entrevista como um instrumento privilegiado de coleta de informações (...) dada "a possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e, ao mesmo tempo, tem a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas" .

As questões foram formuladas verbalmente, conforme a seqüência do instrumento; as respostas foram gravadas em fita cassete e transcritas na íntegra pela pesquisadora. A gravação possibilita a melhor apreensão dos depoimentos, evitando-se, assim, o não-registro de dados importantes para a análise. Segundo CHAKUR (1994:40), "o que é gravado é recuperado e reconstruído na escrita, permitindo a releitura dos dados vividos, gravados e transcritos". Todos os participantes foram consultados sobre a gravação das entrevistas e consentiram quanto a esse tipo de registro.

Tendo em vista a necessidade de verificar a adequação do instrumento de coleta de dados aos objetivos propostos, efetuamos no período de março a maio de 2000 um estudo-piloto com quatro idosos (dois do sexo masculino e dois do sexo feminino). Inicialmente, havíamos optado em realizar essa coleta na Enfermaria Geral de Adultos, do mesmo hospital, pela aproximação entre as alterações orgânicas manifestadas pelos idosos, considerando-se a multiplicidade de afecções comumente observada nessa faixa etária. Dessa forma efetuamos as duas primeiras entrevistas, com duas mulheres, nessa Enfermaria. Contudo, não foram internados idosos do sexo masculino nesse período e, concomitantemente, instalou-se um movimento de greve na Universidade, envolvendo a área hospitalar, o que trouxe a preocupação de uma redução no número de internações. Essa nova situação poderia trazer a dificuldade de admissão dos pacientes no hospital e, conseqüentemente, de inclusão de novos sujeitos no estudo-piloto. Assim, decidimos buscar, também, sujeitos internados na Enfermaria da Clínica Vascular. Nela, foram entrevistados os dois idosos que restavam para completar o total previamente estabelecido para essa fase.

O estudo-piloto foi, portanto, realizado com quatro idosos assim distribuídos: duas mulheres e dois homens internados na Enfermaria Geral de Adultos e na da Clínica Vascular, respectivamente. Esse estudo preliminar foi avaliado pelos membros da Banca do Exame de Qualificação, que decidiram pela inclusão de novos sujeitos. O número de sujeitos proposto para o estudo pelos membros examinadores era de quatro idosos: dois do sexo masculino (que fizeram parte do pré-teste e seriam incluídos na pesquisa, propriamente dita, pela riqueza das entrevistas e por estarem internados na Enfermaria da Clínica Vascular) e dois do sexo feminino (novas entrevistas). Contudo, as duas novas entrevistas com idosas mostraram-se lacônicas se comparadas aos depoimentos dos dois idosos<sup>16</sup>. Embora apresentassem relevância de material, suas respostas breves suscitaram a necessidade de inclusão de novos sujeitos, os quais permitiriam uma maior compreensão das limitações para o autocuidado e, principalmente, do seu funcionamento discursivo. De acordo com essa decisão, foram entrevistados mais dois idosos (um do sexo feminino e um do sexo masculino), contabilizando um total de seis sujeitos (três de cada gênero). Esse número trouxe a repetição e saturação dos dados, facilitando uma melhor identificação das limitações e sua relação com os discursos dos idosos.

---

<sup>16</sup> No decorrer da entrevista, as duas idosas apresentaram intensificação da dor existente, o que resultou em falas mais concisas, uma vez que a pesquisadora orientou-as que prosseguissem o depoimento de acordo com suas possibilidades físicas.

#### **4.4 Análise dos dados**

Após a transcrição das entrevistas e leitura dos depoimentos, a análise foi dividida em duas etapas: a primeira compreendendo a Teoria do Autocuidado, de Dorothea E. Orem, e a segunda na perspectiva da Análise do Discurso, tendo como principais autores Michel Pêcheux e Eni Orlandi.

Para a análise das limitações para o autocuidado, realizamos a identificação, o agrupamento e a análise propriamente dita, para cada sujeito, segundo os requisitos descritos por OREM (1991): requisitos de autocuidado universal; requisitos de autocuidado desenvolvimental; e requisitos de autocuidado por desvio de saúde.

Para a análise discursiva, procuramos inicialmente conhecer e descrever as condições de produção do discurso dos idosos. Depois, buscamos as principais marcas dos depoimentos dos sujeitos. Essas marcas organizavam-se em regularidades, dentro de diferentes configurações que constituíam em um mesmo funcionamento discursivo. Assim, foi possível compreender pela materialidade do discurso como se davam o processo de significação e constituição dos sujeitos.

“Feita a análise, e tendo compreendido o processo discursivo, os resultados vão estar disponíveis para que o analista os interprete de acordo com os diferentes instrumentais teóricos dos campos disciplinares nos quais se inscreve e de que partiu” (ORLANDI, 1999:28).

Dessa forma, pudemos entender as compreensões das duas etapas fazendo parte de um mesmo funcionamento: as limitações encontradas foram vistas à luz da materialidade dos discursos dos sujeitos.

## **5. ANÁLISE DOS RESULTADOS**

A análise dos resultados será apresentada em duas etapas, conforme apontado anteriormente, para facilitar a sua identificação e compreensão.

Na primeira etapa, identificamos as limitações para o autocuidado reveladas nos discursos dos idosos, relacionando-as aos requisitos para o autocuidado estabelecidos por OREM (1991). Na segunda etapa, realizamos a análise discursiva dos depoimentos visando à compreensão das condições de produção e do funcionamento dos discursos. Essa análise foi fundamental para que pudéssemos compreender as condições que determinam as limitações e impedem a efetivação do autocuidado.

### **5.1 Limitações para o autocuidado**

Para uma melhor compreensão das limitações, era importante a aquisição de informações referentes aos dados pessoais dos idosos, às internações anteriores e à atual, com seus respectivos diagnósticos.

As informações sobre a identificação dos idosos eram investigadas ao término das entrevistas. Dessa forma, nas situações em que os idosos mostraram-se, ao final do encontro, cansados ou com intensificação da dor existente, a pesquisadora aboliu algumas questões em favor do bem-estar do entrevistado. Com isso, não foi possível a obtenção de todos os dados que constavam no roteiro que orientava a entrevista. Vale ressaltar que a decisão de excluir algumas questões não inviabilizou a análise, uma vez que esses dados eram considerados complementares. Já os dados sobre o diagnóstico médico e as internações hospitalares, conforme citamos no método, tiveram como fonte os prontuários dos pacientes. Assim, mesmo que os idosos tenham referido internações em outros hospitais, só foram considerados os diagnósticos e as internações relacionados ao hospital de estudo.

No quadro 2 mencionamos as informações acerca da identificação dos seis sujeitos que participaram do estudo. Nele observamos que a idade variou entre 68 e 75 anos, três são casados e três são viúvos. Em relação à escolaridade e aos rendimentos, não foi possível obtê-los de todos os idosos, uma vez que no final da entrevista alguns sentiam

dores, dificultando a sua continuidade. Com respeito a uma idosa, a entrevista que caminhava para as últimas questões foi interrompida com a chegada do filho. Quatro sujeitos apresentavam pouca ou nenhuma escolaridade. Os homens informaram que estavam aposentados e as mulheres que eram donas de casa; apenas uma idosa informou que executava de forma regular a atividade de artesanato, a qual identificamos como uma ocupação. Dos homens, dois residiam com a esposa e o terceiro morava com a filha e o genro. Sobre as mulheres, temos que a “senhora” Carmem residia com dois filhos, enquanto não há informações sobre as demais. A renda familiar mensal apresentou valores entre R\$ 300,00 e R\$ 2.160,00<sup>17</sup>.

Os nomes dos sujeitos, bem como dos profissionais citados nos depoimentos, são fictícios para preservar a identidade dos mesmos.

**Quadro 2:** Identificação dos sujeitos segundo sexo, idade, escolaridade, estado civil, com quem reside, profissão, ocupação e renda mensal. Campinas, 2000 e 2001.

SUJEITO	DADOS PESSOAIS							
	SEXO	IDADE	ESCOLARIDADE	ESTADO CIVIL	COM QUEM RESIDE	PROFISSÃO	OCUPAÇÃO	RENDA MENSAL (R\$)
Adélia	F	72	sem informação	casada	sem informação	dona de casa	não tem	sem informação
Elza	F	73	1º grau incompleto	viúva	sem informação	dona de casa	não tem	420,00
Carmem	F	68	1º grau incompleto	viúva	filhos	dona de casa	artesanato	2.160,00
Eugênio	M	75	sem informação	viúvo	filha e genro	aposentado	não tem	600,00
Gabriel	M	70	analfabeto	casado	esposa	aposentado	não tem	300,00
Otávio	M	73	analfabeto	casado	esposa	aposentado	não tem	500,00

O quadro 3 mostra o número de internações às quais foram submetidos os idosos, relaciona as admissões anteriores e a atual aos diagnósticos, condutas médicas e indica o tipo de saída hospitalar.

Os dados do prontuário dos pacientes mostraram que o número de internações variou entre duas e oito vezes no hospital de estudo. Os “senhores” Eugênio e Gabriel

<sup>17</sup> Valor do salário mínimo vigente: R\$ 151,00 (no período de abril de 2000 a março de 2001- Fonte: Tabela de Índices Econômicos do jornal “Gazeta Mercantil”).

apresentaram o menor número de internações (duas), enquanto as “senhoras” Elza e Carmem foram internadas mais vezes do que os demais (oito).

Com exceção do “senhor” Eugênio, todos os idosos tinham história de doenças relacionadas às vasculopatias, nas internações anteriores. Os principais diagnósticos médicos que antecederam a atual internação foram: Diabetes Mellitus; aterosclerose das artérias das extremidades de membros inferiores; obstrução arterial crônica; e pseudo-aneurisma. As condutas relacionadas a esses diagnósticos foram: exames laboratoriais e de diagnóstico, cirurgias e tratamento clínico, com predominância de intervenção cirúrgica.

Na internação atual, os idosos apresentaram como diagnósticos médicos: obstrução arterial crônica; infecção; úlcera em membro inferior; gangrena; aterosclerose das artérias das extremidades; pseudo-aneurisma de artéria femoral; e aneurisma de aorta abdominal. As condutas tomadas foram predominantemente cirúrgicas, sendo elas: revascularização; amputação; correção cirúrgica; e desbridamento. Uma idosa, a “senhora” Adélia, faleceu e os demais receberam alta hospitalar.

As informações que constam nos dois quadros possibilitaram uma maior compreensão sobre cada idoso, sobre a história da doença e sobre as internações. Elas não foram utilizadas na discussão dos resultados, mas mostraram-se importantes para a caracterização do grupo estudado. Esses dados revelam um número elevado de reinternações e a presença de afecções múltiplas, o que se mostra coerente com a literatura nacional e internacional e reafirma a problemática vivenciada pelos idosos no Brasil.

**Quadro 3:** Caracterização dos sujeitos segundo as internações anteriores e a atual, e a saída hospitalar. Campinas, 2000 e 2001.

SUJEITOS	Nº DE INTERNações*	INTERNações ANTERIORES*		INTERNação ATUAL*		
		DIAGNÓSTICO	CONDUTA	DIAGNÓSTICO	CONDUTA	TIPO DE SAÍDA* (ALTA/ÓBITO)
Adélia	03	<ul style="list-style-type: none"> <li>diabetes mellitus + pé diabético com úlcera infectada</li> <li>obstrução arterial crônica de membros inferiores</li> <li>aterosclerose</li> <li>obstrução arterial crônica e lesão em membro inferior direito</li> <li>infecção em incisão cirúrgica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>enxerto femuro-tibial</li> <li>ponte ilíaca comum esquerda</li> <li>enxerto femuro-tibial posterior com safena in situ</li> <li>angioplastia</li> <li>enxerto femuro-poplíteo</li> <li>antibiototerapia</li> <li>angioplastia de artéria poplítea</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>infecção da ferida cirúrgica</li> <li>obstrução arterial crônica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>revascularização</li> </ul>	óbito
Elza	08	<ul style="list-style-type: none"> <li>obstrução arterial crônica de membros inferiores</li> <li>aterosclerose</li> <li>obstrução arterial crônica e lesão em membro inferior direito</li> <li>infecção em incisão cirúrgica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>enxerto femuro-tibial posterior com safena in situ</li> <li>angioplastia</li> <li>enxerto femuro-poplíteo</li> <li>antibiototerapia</li> <li>angioplastia de artéria poplítea</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>infecção em pé direito</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>desbridamento</li> </ul>	alta
Carmem	08	<ul style="list-style-type: none"> <li>miomastose uterina</li> <li>obstrução intestinal</li> <li>broncoespasmo?/tromboembolismo pulmonar?</li> <li>obstrução arterial crônica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>tratamento clínico</li> <li>exames laboratoriais e de diagnóstico</li> <li>enxerto femoro superficial - poplítea abaixo do joelho</li> <li>internação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>úlcera em membro inferior</li> <li>aterosclerose das artérias das extremidades</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>amputação de coxa direita</li> </ul>	alta
Eugênio	02	<ul style="list-style-type: none"> <li>acidente vascular cerebral isquêmico</li> <li>acidente vascular cerebral isquêmico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>internação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>enterorragia e aneurisma aorta-abdominal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>acompanhamento clínico</li> </ul>	alta (seguida de nova internação e óbito)
Gabriel	02	<ul style="list-style-type: none"> <li>oclusão arterial crônica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>tratamento clínico</li> <li>exames laboratoriais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>obstrução arterial crônica agudizada</li> <li>gangrena</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>correção cirúrgica (enxerto ou amputação)</li> </ul>	alta
Otávio	05	<ul style="list-style-type: none"> <li>obstrução aorta-ilíaca</li> <li>abscesso em região inguinal</li> <li>pseudo aneurisma de enxerto c/ prótese dacron</li> <li>pseudo aneurisma de artéria femoral</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>exames laboratoriais</li> <li>cirurgia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>aneurisma (pseudo aneurisma de artéria femoral)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>correção cirúrgica</li> </ul>	alta

\*Fonte: Prontuário dos sujeitos, durante a última internação – Hospital das Clínicas, UNICAMP.

As limitações para o autocuidado que emergiram nos depoimentos de cada sujeito foram agrupadas conforme os requisitos para o autocuidado de OREM (1991): *universal, desenvolvimental e por desvio de saúde* (quadros 4 e 5).

Frente à complexidade e à abrangência desses requisitos, no decorrer da análise observamos que muitas limitações aproximavam-se ao mesmo tempo de requisitos distintos. Assim, foi necessária a releitura exaustiva e uma análise cuidadosa dos dados para o agrupamento e alocação das limitações aos requisitos para o autocuidado com os quais elas melhor se aproximavam. Contudo, posto que algumas limitações enquadravam-se efetivamente em dois requisitos, elas foram categorizadas em ambos.

Destacaremos na análise a seguir as limitações que mais chamaram atenção nos depoimentos dos sujeitos, pela repetição e importância para o presente estudo.

Iniciaremos com as limitações referentes aos *requisitos para o autocuidado universal*, as quais estavam relacionadas a: “manutenção de ingestão adequada”; “manutenção do equilíbrio entre atividade e descanso”; “manutenção do equilíbrio entre solidão e interação social”; e “prevenção de riscos à vida humana, ao seu funcionamento e bem-estar”<sup>18</sup>.

Em relação aos requisitos para o autocuidado universal apontados anteriormente, as limitações mais relevantes que emergiram foram: dificuldade/impossibilidade para deambular; impossibilidade e dependência para o desenvolvimento de atividades domésticas ou relacionadas ao trabalho e ao esforço físico; resistência em solicitar ajuda a terceiros; sofrimento causado pela dor; descuido da saúde pela ausência de dor; tabagismo; medo da morte, de complicações e riscos associados a traumas, à cirurgia e à própria doença; e crença em Deus para obter a cura da doença, melhora do quadro clínico e para evitar reinternações.

A análise revelou que todos os idosos apresentaram dificuldades para as atividades físicas, que pode caracterizar uma limitação severa, pela impossibilidade para andar e até para deslocar-se do leito, ou para as atividades domésticas ou, ainda, profissionais. A presença da limitação não se restringia ao momento atual, mas também se

---

<sup>18</sup> A descrição da categoria de requisitos para o autocuidado universal encontra-se no capítulo “Fundamentação teórico-metodológica”.

revelava como uma perspectiva futura. A doença para o “senhor” Otávio levou-o a reduzir e selecionar as atividades que exigiam esforço físico. Ao se reportar sobre a afecção que possui, ele afirma que, no passado, poderia tê-la evitado se tivesse reduzido a atividade física. Para o “senhor” Gabriel, a dependência física e a impossibilidade de trabalhar geraram angústia e sofrimento. A situação para o “senhor” Eugênio era mais dramática, visto que estava impossibilitado até mesmo de sair do leito, permanecendo durante a maior parte do tempo deitado, dependente fisicamente e com dificuldades para obter ajuda de um cuidador. As três senhoras comentaram sobre a dificuldade para deambular, a qual levou à dependência de terceiros. As “senhoras” Adélia e Carmem manifestaram impossibilidade e dificuldade em realizar tarefas domésticas, respectivamente. Os seguintes depoimentos ilustram algumas das dificuldades reveladas pelos idosos.

**Otávio:** (...) Em casa mesmo é só levantar, tomar café, depois almoçar (...). Porque eu facilitei um pouco (...) eu pegava e ia, ia na chácara dos meninos, às vezes, trabalhava um pouco.

**Gabriel:** Essa doença que veio para mim é uma doença que poda a gente para fazer tudo. (...) Até onde eu agüentei, eu continuei trabalhando. (...) (chora durante o discurso) Tá muito duro ... sempre trabalhando para viver ... E agora? Agora, não consigo fazer ...

**Eugênio:** É, porque ficar de pé eu não fico.(...) Fico deitadinho em casa. Pesquisadora: E quando o senhor precisa fazer alguma coisa o seu genro ajuda? Eugênio: É, ele me ajuda a levantar, me leva no banheiro... Mas teve um tempo para cá que eu sofri com ele. O filho da mãe sai e não se incomoda de voltar para casa. Eu fazia força, mas não podia ir no banheiro nem nada. Não dáva para ir, táva sozinho. Tinha que fazer as coisas na cama.

**Adélia:** Eu não consigo sair da cama para andar.(...) Em casa, eu parei com tudo. Meu marido é que faz tudo.

**Carmem:** (...) ...mas eu tenho a minha nora que toma conta de mim. Ela faz a comida.... (...) Eu sei fazer tricô, crochê, muita coisa eu sei fazer, mas agora é a minha nora que faz tudo.

Apesar das dificuldades apontadas, os idosos expressaram resistência em solicitar ajuda a outras pessoas, embora parte deles pudesse contar com o apoio familiar. A exceção é apresentada pelo “senhor” Eugênio, que se queixou de abandono e maus tratos dos familiares, embora apontasse a oferta de ajuda por parte dos vizinhos.

A dor apareceu nos relatos de maneira distinta: enquanto a maioria dos idosos reportou-se a ela como causa de sofrimento físico e psicológico, levando ao impedimento para a realização de atividades físicas e até à privação do sono, o “senhor” Otávio descreveu que a manifestação da sua doença não era acompanhada de dor. No discurso do “senhor” Otávio, a ausência de dor também se mostrou uma limitação para o autocuidado na medida em que, sem a manifestação de dor, ele acreditava não ser necessário maior vigilância ao seu problema físico e, com isso, cometia excessos em suas atividades físicas.

**Gabriel:** (...) Quando chega a noite ... (começa a chorar) (...) É que eu não consigo dormir ... (chora) No começo, táva mais ou menos, mas agora que deu para esfriar mais, quando chega a noite é triste ... (...) Pega no pé tá um gelo, toma remédio, mas não esquenta mais ...

**Elza:** (...) Eu não agüento essa dor.

**Adélia:** Dói muito o pé.

**Otávio:** (...) Quem me vê assim, diz que eu não tô doente. (...) Com 11 meses saiu um carocinho ... (...) Aí saiu, ficou crescendo, só que não doía, eu facilitava ... (...) Mas não sinto dor, não sinto nada. (...) Cansaço, eu não tenho cansaço. Eu ando três, quatro quilômetros, vou de a pé, tranqüilo, não sinto nada. (...) Porque, se você tá sentindo alguma coisa, “ai, isso aqui tá doendo”. Mas se não tá doendo, você vai levando. E o meu caso foi esse. Então, agora, vai três vezes na operação num lugar só.

Três idosos tinham história de tabagismo e receberam informações da equipe médica sobre as complicações e os riscos associados ao cigarro. Todos afirmaram ter abandonado o vício de fumar. Em seus depoimentos, de forma oculta, eles revelaram que a atenção à doença estava vinculada à sua instalação e que somente as informações sobre os males causados pelo cigarro não eram suficientes para impedir o vício. A “senhora” Adélia referiu a possibilidade de recaída do vício do cigarro.

**Otávio:** (...) Eu acho (que a doença é decorrente do cigarro) porque tem uns 50 anos, porque desde pequenininho eu fumava. (...) Porque enquanto a pessoa não vê um exemplo, ela não acredita, né? Tá falando, mas ele não tá acreditando. Aí ele (o médico) me proibiu. Mas não táva me sentindo prejudicado. Mas quando senti que táva, aí parei (de fumar).

**Gabriel:** (...) Todo mundo dizia que (a doença) era por causa do cigarro. Eu fui para o médico, conversei lá e o médico disse que era por causa do cigarro. (...) (o cigarro) pode entupir uma veia de repente e morre.

**Adélia:** Eles falam que... eu não posso mais fumar (...) Vou tentar, mas eu conheço gente que largou e continuou fumando.

Os idosos relataram, ainda, dificuldade em prevenir situações de risco à integridade física. O medo que emergia em seus discursos relacionava-se à cirurgia que podia levar à morte, e a pequenos traumas que traziam importante agravamento da dor e do quadro físico. As “senhoras” Adélia e Elza não conseguiam evitar pequenos acidentes no membro afetado pela vasculopatia. A “senhora” Carmem e o “senhor” Gabriel temiam a possibilidade de morrer em decorrência da cirurgia de amputação. O “senhor” Otávio, temendo piora de sua saúde, estabeleceu para si limites severos quanto às atividades relacionadas ao esforço físico. O “senhor” Eugênio preocupava-se com a resistência dos familiares em relação à sua doença porque, dessa forma, eles o impediam de receber assistência médica.

**Adélia:** Ai! Eu bati na cama... (referindo-se ao trauma ocorrido, durante a entrevista, no pé afetado)

**Elza:** Aconteceu que eu tropecei, eu tropecei e agora o dedo é um cascão só. (...) Eu não agüento essa dor no pé.

**Carmem:** Esse pessoal fala que depois de cortado ia ficar bom. Mas o meu coração não confia. Eu tenho medo deles quererem me cortar e eu morrer de repente.

**Gabriel:** (...) E eu tô com medo de operar agora... (...) É por causa que na minha segunda operação eu quase morri. Fiquei 42 horas na U.T.I. (Unidade de Terapia Intensiva). O organismo meu tá fraco, não tem mais jeito. Não tem jeito de mexer com nada.

**Otávio:** Acho que agora eu não posso fazer mais nada. O negócio é só comer e esperar o resto da vida.

Pesquisadora (em entrevista ao “senhor” **Eugênio**): O senhor já táva se sentindo mal e achava que tinha necessidade de vir para o hospital e ela (a filha) achava que não precisava? Eugênio: Ela achava que precisava, mas ela não queria.

“Espera mais um pouco, mais uns dias, piorando mais a gente leva, interna. Eu não quero ver o senhor internado. Eu quero o senhor em casa, comigo.”

A menção a Deus, feita por todos os sujeitos, mostra-se como uma limitação, uma vez que ela é revelada como um preenchimento à figura do médico. Os idosos acreditavam que a cura e a forma de prevenção de futuras reinternações seriam providas por Deus.

Pesquisadora (em entrevista à “senhora” **Adélia**): (...) Tem alguma coisa que a senhora mesma pode fazer para não ter que voltar de novo para o hospital? Adélia: Ah, eu não sei. Se Deus permitir, eu tenho fé que não volta mais. Só Deus pode saber.

**Eugênio**: Eu peço a Deus para... (começa a chorar) Pesquisadora: Pede o que a Deus, seu Eugênio? Eugênio: Para melhorar...

**Carmem**: (...) Eu tenho bastante fé em Deus. Então, da minha parte, eu não quero ficar. Eu quero ir embora. Eu acho que Deus tem o poder de me curar. Os outros falam: “É, você confia em Deus”. É claro que eu confio em Deus. Eu confio em Deus porque eu sei que Ele tem o poder de me libertar, não é?

Com respeito às limitações vinculadas aos *requisitos para o autocuidado desenvolvimental*, encontramos que elas se relacionavam a: “mudança súbita de residência para ambiente não familiar”; “perda de familiares”; “saúde debilitada ou incapacidade”; e “perda de emprego”<sup>19</sup>.

As limitações relacionadas aos requisitos para o autocuidado desenvolvimental apareceram nos discursos associadas às dificuldades e sentimentos decorrentes da hospitalização, da dependência física, da perda de entes queridos e, ainda, à idade avançada, esta última configurando-se como fator de risco quando associada às doenças e intervenções cirúrgicas.

Tanto a “senhora” Adélia como o “senhor” Eugênio manifestaram dificuldade em aceitar uma longa hospitalização que os obrigava a permanecer distante do ambiente familiar. O “senhor” Eugênio demonstrava sofrimento pelo falecimento da esposa e de outros familiares (mãe e irmãs). Durante a entrevista com a “senhora” Elza foram observadas

---

<sup>19</sup>A descrição da categoria de requisitos para o autocuidado desenvolvimental encontra-se no capítulo “Fundamentação teórico-metodológica”.

manifestações depressivas que, segundo a sua filha comentou posteriormente, estavam relacionadas à perda recente do marido. A “senhora” Adélia ressentia-se por depender dos outros para realizar as atividades e o “senhor” Otávio evitava solicitar ajuda dos familiares. O “senhor” Gabriel lamentava a impossibilidade de continuar trabalhando, sobretudo porque, para ele, o trabalho é vital.

Pesquisadora (em entrevista à “senhora” **Adélia**): Como a senhora se sente por estar aqui no hospital? Adélia: Nossa, fico louca para ir embora para casa.(...) Pesquisadora: Há quanto tempo a senhora tá aqui no hospital? Adélia: Eu vim ontem. Pesquisadora: E imagina quanto tempo vai ficar aqui? Adélia: Acho que vou ficar uns 15 dias, ou mais... Não vejo a hora de ir para casa.

**Eugênio**: Tem hora que eu tenho vontade de ir embora. Ir embora para casa. Pesquisadora: E o que faz o senhor querer ir para casa? Eugênio: Sinto falta das coisas de lá...

**Eugênio**: O mais sofrido é a esposa... (começa a chorar). Pesquisadora: O quê, seu Eugênio? Eugênio: Quando faltou a minha esposa...

**Otávio**: (...) Bom, só que também eu não preciso de ninguém, viu? Não preciso de ninguém, não preciso dos meus filhos... Preciso assim, se precisar de qualquer coisa, eu peço ajuda. Para não aborrecer ninguém, eu só com minha conta.

**Gabriel**: Quando você vai trabalhando, esforçando, o sangue aumenta no corpo. Mas se você tá parado, não entra sangue, o sangue só vai saindo, o corpo vai enfraquecendo.

O “senhor” Gabriel e o “senhor” Otávio mencionaram a idade avançada como limitação para o autocuidado, uma vez que a fragilidade e a maior vulnerabilidade do organismo levaram a complicações e ao aumento do risco cirúrgico. A idade avançada requeria, dessa forma, a necessidade de reduzir as atividades significativas e prazerosas.

**Gabriel**: (...) porque a idade vai chegando, vai mexer ... Melhor não mexer. (...) O corpo da pessoa, até um ponto, vai indo. Depois, por causa da idade ... (...) Na minha idade, eu já tô fraco. (...) A gente vai ficando mais velho, o sangue vai ficando mais encorpado (...) vai ficando mais grosso, ele aperta (...) engrossa e entope.

Pesquisadora (em entrevista ao “senhor” **Otávio**): Sossego? É isso o que o senhor quer? Otávio: É porque a minha idade já tá muito avançada. (...) Porque se essa

roupa sua tá nova, mas se for cortada ela e colocar um remendo nela, ela fica fraca, não fica? Então, o problema que nem o meu. Quer dizer, eu já fui cortado três vezes, fez bem feito, tudo... Mas nunca mais fica que nem você que é nova...

Por outro lado, o “senhor” Gabriel reconheceu que a idade, por si só, não provocava risco à saúde.

**Gabriel:** (...) pela idade pode operar que isso não tem problema.

Sobre os *requisitos para o autocuidado por desvio de saúde* as limitações relacionaram-se a: “busca e garantia de assistência médica adequada”; “conscientização e atenção aos efeitos e resultados das enfermidades”; “execução efetiva das medidas médicas prescritas”; “conscientização e atenção para controle de desconforto ou efeitos colaterais decorrentes do tratamento médico”; “mudança do autoconceito (e da auto-imagem) na aceitação de si mesmo por se encontrar num estado que necessita de cuidados específicos à saúde”; “aprendizado da vida associado aos efeitos das afecções e das medidas de diagnóstico e tratamento, num estilo de vida que promova o desenvolvimento contínuo do indivíduo”<sup>20</sup>.

As limitações em relação aos requisitos para o autocuidado por desvio de saúde mostraram semelhanças nos discursos dos idosos. A doença foi relatada por todos como: crônica, evolutiva e recorrente. Ao mesmo tempo, eles mostraram desconhecimento sobre as causas da doença e o tratamento e, de maneira indireta, alguns atribuíram a atual reinternação à assistência médica inadequada nas internações anteriores. Todos revelaram dificuldade para compreender e seguir as condutas médicas e, concomitantemente, expressaram uma insegurança quanto ao tratamento. Nos discursos também apareceram, como limitação para o autocuidado, a carência de atenção e ajuda da equipe médica e de enfermagem. O período após a alta hospitalar foi previsto com pessimismo pela perspectiva de complicações cirúrgicas.

Pesquisadora (em entrevista à “senhora” **Elza**): E, dona Elza, me conta uma coisa, qual é o problema que a senhora tem? (...) Elza: Circulação desde novinha. Desde de novinha começou a me dar. Não tinha 25 anos... começou a me dar dor nas pernas. Tratava, tratava, ponhava pano molhado...

---

<sup>20</sup>A descrição da categoria de requisitos para o autocuidado por desvio de saúde encontra-se no capítulo “Fundamentação teórico-metodológica”.

Pesquisadora (em entrevista ao “senhor” **Otávio**): O senhor consegue entender por que ficou doente? Otávio: Ó, a parte desse problema eu não sei explicar. Mas, mais ou menos, eu fumava.

**Gabriel**: Foi uma malandragem dele mesmo (referindo-se ao médico), porque foi fazer uma coisa, uma interferência e deu zebra. Quis modificar a operação, às vezes, e deu zebra. Porque não pode, uma operação com 90 dias, ela não pode fazer isso. É, então, agora vai fazer de novo (a cirurgia) e ele (o médico) disse que pode entupir outra vez. Mas fazer o quê? Tem que experimentar. Mas, se entupir, é duro. Se fizer agora e entupir novamente, para reformar, é duro.

A doença acompanhava a maioria dos sujeitos há anos e tinha como característica a evolução severa, o difícil controle, a reincidência e, conseqüentemente, as reinternações. A compreensão sobre a doença e suas causas era, em geral, superficial e, às vezes, fantasiosa. O “senhor” Eugênio desconhecia ser portador de aneurisma, acreditando estar internado em decorrência de um problema intestinal. O “senhor” Gabriel criou sua própria explicação sobre a doença. A “senhora” Adélia e “senhores” Gabriel e Otávio buscaram explicações no discurso médico ou do senso comum para as causas da doença, atribuindo ao tabagismo o motivo principal. Até mesmo a “senhora” Elza mencionou o cigarro responsável pela afecção embora isso fosse incompatível para ela, uma vez que nunca foi fumante.

Pesquisadora (em entrevista ao “senhor” **Eugênio**): O senhor entende por que precisou voltar ao hospital? Eugênio: A barriga desandava. Pesquisadora: O que aconteceu com a barriga? Eugênio: Desintéria. Agora, que engraçado, aqui tá melhorando. Por causa da lavagem, essas coisas que faz.

**Gabriel**: Essa doença que veio para mim é uma doença que poda a gente pra fazer tudo. Esse serviço, eu entrei, eu táva com 21 anos, aquele calor, aquele mormaço, 24 horas tinha que queimar o forno...(…) Trabalhei uns 20 e poucos anos nesse serviço. Aí, o calor cozinhou as veias mais finas..., da perna...

**Adélia**: A doença minha é... não sei, é... isso que eu tô falando. Ficou o dedo preto e ficou ruim, ficou feio...

**Gabriel**: (...) Todo mundo dizia que (a doença) era por causa do cigarro. Eu fui para o médico, conversei lá e o médico disse que era por causa do cigarro. (...) (o cigarro) pode entupir uma veia de repente e morre.

**Otávio:** Mas, fumar, fumava direto. Aí, me entupiu as veias, porque o cigarro ataca o pulmão. Bom, me atacou as veias por causa do pulmão. Aí entupiu as veias, quer dizer que o sangue não circula. O sangue não circulando, aí tá doido, porque o sangue tem que circular bem completo, né? Bom, eu não sei se foi do cigarro, mas as veias entupiu. (...) Aí ele ( o médico) me proibiu. Mas não táva me sentindo prejudicado. Mas quando senti que táva, aí parei (de fumar).

**Elza:** (...) Fala que é porque fuma, eu nunca fumei.

A respeito do tratamento, a “senhora” Carmem mostrou-se bastante confusa ao tentar explicar sobre a terapêutica. Alguns idosos, como as “senhoras” Adélia e Elza e os “senhores” Gabriel e Eugênio, relacionaram ou reduziram o autocuidado ao uso de medicamentos. Três idosos apresentaram dúvidas e insegurança quanto à cirurgia, o que levava à dificuldade em acreditar em um pós-operatório bem sucedido.

**Carmem:** Tinham falado para mim que, se eu continuar o tratamento aqui na sola do pé, se eu continuar o tratamento, ele sara, ele sara. Eles tão passando em mim... parece que um peixe, depois no fim passa... por último passa outro peixe e coloca por cima... (referindo-se, possivelmente, ao odor proveniente da lesão no membro afetado)

**Gabriel:** Ah, muita coisa tem que evitar para esse negócio de entupimento. Esse negócio de entupimento é como uma pontinha de prego, tampou aí, foi embora. Tem que controlar com remédio para veia, para ver se ajuda, tem que ir tomando para ver se consegue porque, depois de três meses, ter que fazer de novo a operação é duro.

O receio de uma complicação pela intervenção cirúrgica traz consigo o medo da morte. O “senhor” Gabriel expressava medo de morrer em decorrência da cirurgia de risco, da idade avançada, das múltiplas afecções que apresentava e da dor intensa. Ao fazer isso, ele demonstrava estar alerta para a doença que tem risco iminente e buscava por assistência médica. Para os idosos, a idade avançada, pela predisposição a maiores riscos cirúrgicos, não permite intervenções cirúrgicas de alto risco. O “senhor” Otávio manifestava temores pelo insucesso da cirurgia e o “senhor” Eugênio tinha medo de que o seu estado agravasse, por sua família resistir em aceitar a sua doença e a necessidade de assistência hospitalar. A “senhora” Carmem desesperava-se pela indicação de amputação, não apenas pela perda do membro, mas também pelo risco de morte que a cirurgia podia trazer.

**Gabriel:** Tudo o que eu fazia, agora não dá mais ... (chora). E eu tô com medo de operar agora ... (...) É por causa que na minha segunda operação eu quase morri. (...) O organismo meu tá fraco, não tem mais jeito. (...) Por causa da idade, se perde muito sangue, a pessoa não resiste.

**Gabriel:** É, eu tenho medo porque é uma dor que pode até matar de repente. Quando esfria, e chega essa dor, o sujeito pode até morrer de repente.

**Otávio:** Quer dizer, ele (o médico) vai cortar de novo, ver onde tá vazando, aí fecha e não vaza mais. Agora, só tem que tomar cuidado pro corte não abrir de novo, outra vez, né? Pesquisadora: O senhor tem medo que isso aconteça? Otávio: É, o problema é esse.

**Eugênio:** Eu falei para a minha filha: "Por que você não me interna?" "Para que ser internado?" Aí, quando eu vim para cá, eu falei: "Eu não falei que precisava internar?" "Mas eu não queria, queria o senhor junto comigo".

**Carmem:** Eu tenho medo deles quererem me cortar e eu morrer de repente.

Os sentimentos de angústia e desamparo em relação à equipe de saúde, e de insegurança quanto ao tratamento médico, apareceram nos depoimentos que se seguem:

**Gabriel:** (...) Às vezes, o que eu acho é que o médico vem um dia e falha dois dias para vim. Às vezes, o sujeito tá com uma dor filha da mãe e ele (o médico) não aparece. E o sujeito tem que agüentar (...), o sujeito fica sofrendo.

**Otávio:** (...) Os professor tá aí, mas o professor dá explicação para os alunos, para mim não, né? Mas o médicos, um é hoje, amanhã é outro, depois é outro...

**Carmem:** (...) Da primeira operação eu já não fiquei boa. Ele operou a minha perna duas vezes. Eu fiquei meio assim... Se errou uma vez, não acerta mais.

Apesar do desamparo e da insegurança, o "senhor" Gabriel esforçava-se para confiar na equipe médica e de enfermagem e para cumprir as ordens médicas. Todavia, de maneira contraditória, ele manifestava segurança por receber assistência médica e de enfermagem durante a hospitalização. O "senhor" Otávio seguia o acompanhamento ambulatorial com regularidade e reconhecia a responsabilidade dos profissionais da saúde. A "senhora" Adélia, por sua vez, não reconhecia a ajuda da equipe de saúde para evitar a reinternação, enquanto a "senhora" Elza relacionava a qualidade da assistência às características pessoais e não profissionais da equipe. No relato do "senhor" Eugênio a uma

única menção à equipe de saúde, referiu-se à possibilidade de doação de uma cadeira de rodas.

**Otávio:** (...) Que nem essa médica que tá comigo agora, eu conheci ela essa semana. (...) Porque ela é estudada, tá dentro da equipe, né? Às vezes, uns dá palpite de um jeito, outros dá de outro. (...) Mas são legal, aqui são tudo legal aqui, aqui é tudo legal. Aqui tem tudo, o hospital é bom, tudo, tudo aqui é bom, não me falta nada. Tando aqui tô melhor que em casa.

Pesquisadora (em entrevista à “senhora” **Adélia**): E, dona Adélia, os médicos, as enfermeiras, as pessoas que trabalham aqui no hospital eles podem ajudar a senhora a não voltar mais, a não voltar de novo para o hospital? Adélia: Não sei. (...) Acho que não...

Pesquisadora (em entrevista à “senhora” **Elza**): (...) ... as meninas são boas, delicadinhas...

O “senhor” Otávio comentou sobre o resultado cirúrgico insatisfatório associado ao aparecimento de novo diagnóstico, mas, ao mesmo tempo, avaliou que a cirurgia, à qual foi submetido no passado, conferiu-lhe a capacidade para retornar a deambular. O “senhor” Gabriel também apresentou complicações na cirurgia anteriormente realizada e, à época da entrevista, demonstrava dificuldade em aceitar a amputação, como indicação cirúrgica. Ele revelou insegurança, angústia e medo do resultado cirúrgico insatisfatório e de nova intervenção cirúrgica. A “senhora” Carmem compartilhava da mesma desconfiança, uma vez que o tratamento anterior não foi bem sucedido.

**Otávio:** Agora vai cortar de novo, outra vez. Vai cortar assim porque disseram que ficou uma parte assim, que colocaram uma peça que não deu contato com a carne, a carne rejeitou... (...) Agora, só tem que tomar cuidado pro corte não abrir de novo, outra vez, né?

**Gabriel:** O médico falou para mim que esse tipo de serviço (a cirurgia) não é fácil. Que nem a outra veia, com 90 dias, perdeu o serviço (cirurgia). (...) Porque se não der certo, voltar? ... Não vou voltar mais. Perde muito sangue. (...) A pessoa não resiste com o corpo todo cortado, todo picado, né? Que nem eu fui cortado da perna (...) fui cortado bastante, duas vezes, agora, vai cortar mais uma vez na perna. Quem sabe acerta e melhora dessa vez? O problema é entupir.

**Carmem:** (...) É porque eu fiquei triste porque operou a minha perna e a minha perna não endireitou mais. E o medo, eu fiquei meio cismada, né?

A cirurgia para o “senhor” Gabriel, “senhor” Otávio e “senhora” Carmem tem significados ambivalentes: ao mesmo tempo que pode curar, ela pode trazer complicações ou, até mesmo, matar.

**Gabriel:** A pessoa não resiste com o corpo todo cortado, todo picado, né? (...) E eu tô com medo de operar agora...

**Otávio:** (...) Quer dizer, ele vai cortar de novo, ver onde tá vazando, aí fecha e não vaza mais. Agora, só tem que tomar cuidado pro corte não abrir de novo, outra vez, né?

**Carmem:** Ah, ele fala que corta e que fica bom, não sei o que... Ele não fala palavra que eu confio. (...) Eu tenho a impressão de que não vai dar certo para mim.

Os quadros 4 e 5 apresentam a descrição completa das limitações de cada sujeito para o autocuidado, segundo os requisitos estabelecidos por OREM (1991): universal, desenvolvimental e por desvio de saúde.

**Quadro 4:** Limitações para o autocuidado segundo as categorias universal, desenvolvimental e por desvio de saúde (OREM, 1991). Entrevistas de Adélia, Elza e Carmem. Campinas, 2000 e 2001.

<p><b>IDOSOS</b> <b>CATEGORIA</b></p>	<p><b>Adélia</b></p>	<p><b>Elza</b></p>	<p><b>Carmem</b></p>
<p><b>UNIVERSAL</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dificuldade para deambular</li> <li>- Dor</li> <li>- Dependência física e impossibilidade para atividades domésticas</li> <li>- Incômodo pela dependência de terceiros</li> <li>- História de tabagismo e dificuldade para abandoná-lo</li> <li>- Crença em Deus para impedir novas reinternações</li> <li>- Dificuldade para prevenir pequenos traumas</li> <li>- Dificuldade para deslocar-se do leito hospitalar</li> <li>- Não realiza o autocuidado no hospital</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dificuldade para deambular</li> <li>- Dor</li> <li>- Dependência física</li>   <li>- Crença em Deus para a cura da doença</li> <li>- Vulnerabilidade a traumas físicos</li>   <li>- Alteração emocional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Impossibilidade para deambular</li> <li>- Dor</li> <li>- Dependência física e dificuldade para atividades domésticas</li>   <li>- Crença em Deus para a cura da doença</li> <li>- Medo de morrer devido ao risco cirúrgico</li> <li>- Dificuldade para dormir</li> <li>- Desconhece os cuidados a serem realizados no domicílio</li> <li>- Identificação com o sofrimento de outra paciente</li> <li>- Não se identifica com história bem sucedida de recuperação</li> </ul>
<p><b>DESvio DE SAÚDE</b> <b>DESENVOLVIMENTAL</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ressentimento pela perda da independência física e impossibilidade para atividades domésticas</li> <li>- Dificuldade para aceitar a perspectiva de longa internação, distante do ambiente familiar</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Impedimento para trabalhos artesanais</li> </ul>

<b>IDOSOS</b> <b>CATEGORIA</b>	<b>Adélia</b>	<b>Elza</b>	<b>Carmem</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Doença recorrente, com evolução severa</li> <li>- Desconhecimento sobre a doença</li> <li>- Não reconhece a ajuda de pessoas próximas e da equipe de saúde para evitar a reinternação</li> <li>- Reincidência da doença após tratamento anterior bem sucedido</li> <li>- Possui poucas informações sobre a indicação cirúrgica</li> <li>- Limita o autocuidado ao uso de medicamentos, sem identificá-los</li> <li>- Dificuldade para adaptar-se às acomodações hospitalares e aceitar a internação por tempo prolongado</li> <li>- Apresenta perspectiva pessimista quanto ao período pós alta hospitalar</li> <li>- Ausência da figura do médico</li> <li>- Reporta-se ao discurso médico para explicar a causa da doença</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Doença crônica que a acompanha há anos</li> <li>- Desconhecimento / negação da doença e das dificuldades dela decorrentes</li> <li>- Relaciona a qualidade da assistência às qualidades pessoais, e não profissionais da equipe de saúde</li> <li>- Reincidência da doença após tratamento anterior bem sucedido</li> <li>- Compreensão superficial sobre a cirurgia indicada</li> <li>- Utiliza grande quantidade de medicamentos; não sabe identificá-los</li> <li>- Sensação de aprisionamento durante a hospitalização</li> <li>- Não reconhece mudança no estilo de vida após a alta hospitalar</li> <li>- Ausência da figura do médico</li> <li>- Explicação limitada e confusa sobre a doença e sua evolução</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Doença recorrente, com evolução severa e sem controle médico</li> <li>- Desconhecimento sobre a doença</li> <li>- Insegurança / desconfiança em relação à equipe médica</li> <li>- Tratamento anterior mal sucedido reforça desconfiança às condutas médicas</li> <li>- Apresenta dúvidas, medo, desespero e recusa à indicação da amputação.</li> <li>- Mostra-se confusa quanto aos procedimentos terapêuticos</li> <li>- A permanência no hospital revela-se como ameaça à integridade pessoal e ao respeito à vontade própria</li> <li>- Resignação quanto à perspectiva de limitações no período pós alta hospitalar</li> <li>- Falta de atenção e compreensão médica</li> <li>- Explicação fantasiosa sobre a doença</li> </ul>

DESVIO DE SAÚDE

**Quadro 5:** Limitações para o autocuidado segundo as categorias universal, desenvolvimental e por desvio de saúde (OREM, 1991). Entrevistas de Eugênio, Gabriel e Otávio. Campinas, 2000 e 2001.

IDOSO CATEGORIA	Eugênio	Gabriel	Otávio
UNIVERSAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Impossibilidade para deambular</li> <li>- Dor</li> <li>- Dependência física para atividades da vida diária*</li> <li>- Dificuldade em obter ajuda familiar para minimizar a dependência física</li> <li>- Crença em Deus para obter melhora</li> <li>- Negação da doença pelos familiares leva a complicações e preocupa paciente</li> <li>- Dificuldade para deslocar-se do leito hospitalar</li> <li>- Dificuldade para as eliminações e higiene</li> <li>- Tentativa frustrada para o uso de cadeira de rodas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Impossibilidade para deambular</li> <li>- Dor</li> <li>- Dependência física e impossibilidade para o trabalho</li> <li>- Angústia pela dependência de terceiros</li> <li>- História de tabagismo</li> <li>- Crença em Deus para evitar complicações</li> <li>- Medo de morrer devido a idade, doenças coadjuvantes e pela própria cirurgia</li> <li>- Dificuldade para dormir</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Impossibilidade atual e futura para o trabalho físico</li> <li>- Ausência de dor</li> <li>- Redução severa das atividades relacionadas ao esforço físico</li> <li>- Evita solicitar ajuda familiar</li> <li>- História de tabagismo</li> <li>- Crença em Deus</li> <li>- Doença de alto risco</li> </ul>
DESENVOLVIMENTAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dificuldade para a permanência distante do ambiente familiar</li> <li>- História de vida marcada por perdas importantes / Sofrimento pelo falecimento da esposa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- História de intenso e prolongado esforço físico na atividade profissional</li> <li>- História de risco à saúde e ao bem estar para superar a limitação física</li> <li>- Sofrimento pela impossibilidade de continuar trabalhando</li> <li>- Idade avançada</li> <li>- Renda familiar insuficiente para a compra de medicamentos</li> <li>- Privação educacional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- História de esforço físico e exposição a agressões prolongadas na profissão</li> <li>- História de reinternações e cirurgias devido a falta de atenção à doença</li> <li>- Insatisfação pela auto-imposição de reduzir atividades físicas (significativas e prazerosas)</li> <li>- Idade avançada</li> <li>- História de dificuldade financeira para buscar assistência médica e terapêutica</li> <li>- Fragilidade do organismo pela idade e história de várias intervenções cirúrgicas</li> </ul>

IDOSO CATEGORIA	Senhor Eugênio	Senhor Gabriel	Senhor Otávio
<b>DESVIO DE SAÚDE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- História de derrame com seqüelas e reinternações</li> <li>- Desconhecimento sobre a doença (ignora diagnóstico de aneurisma que levou à internação)</li> <li>- Demora no atendimento gera incômodo</li>   <li>- Ignora tratamento relacionado ao diagnóstico de aneurisma</li> <li>- Relaciona o autocuidado ao uso de medicamentos</li> <li>- Hospitalização tardia devido a recusa e adiamento pela família</li> <li>- Teme a permanência das limitações no período pós alta</li> <li>- Ausência do médico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Doença com evolução severa e de difícil controle</li> <li>- Desconhecimento sobre a doença</li>   <li>- Insegurança / angústia / desamparo em relação à equipe médica e à terapêutica</li>   <li>- Cirurgia anterior mal sucedida (incompetência médica)</li> <li>- Insegurança / angústia / medo da nova intervenção cirúrgica. Resistência à amputação</li> <li>- Associa e limita o autocuidado ao uso de medicamentos</li> <li>- Insegurança no domicílio devido a falta de recursos humanos</li> <li>- Apresenta-se ambivalente quanto ao pós operatório (oscila entre otimismo e pessimismo)</li> <li>- Carência da atenção médica</li> <li>- Explicações fantasiosas e ameaçadoras sobre a doença</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Busca tardia de assistência médica agravou problema auditivo</li> <li>- Desconhecimento sobre a doença</li>   <li>- Falta de confiança na equipe de saúde da cidade de procedência</li> <li>- Insegurança / desamparo em relação à equipe médica</li> <li>- Resultado cirúrgico insatisfatório associado a novo diagnóstico</li> <li>- Apresenta dúvidas sobre a cirurgia e medo de possível resultado insatisfatório</li>   <li>- Insegurança no domicílio devido ao risco potencial da doença</li> <li>- Resignação quanto à perspectiva de limitações no período pós alta hospitalar</li> <li>- Falta de atenção médica</li> <li>- Reporta-se ao discurso médico para explicar a causa da doença</li> </ul>

\* "Necessidades básicas diárias" (DIOGO, 2000:76)

A análise apresentada até o momento mostrou-nos as limitações para o autocuidado que mais se destacaram nos depoimentos dos idosos portadores de vasculopatias, com história de reinternação. Essa análise trouxe dados sobre as dificuldades em relação ao autocuidado encontradas pelos idosos no período que antecedeu à atual internação, no momento de hospitalização e, ainda, uma perspectiva de quais limitações poderiam surgir após a alta. Embora apresentasse riqueza de material, ela requeria uma outra análise que permitisse a compreensão do funcionamento dessas limitações. Para tanto, optamos por uma análise discursiva do material.

Assim, a análise a seguir nos dará a compreensão de como as limitações, que surgiram nos depoimentos dos idosos, funcionam dentro da discursividade da saúde e, mais especificamente, do autocuidado.

## **5.2 Análise discursiva**

Esta análise compreende o funcionamento discursivo dos sujeitos em relação a condições de produção específicas. Para tanto, iniciaremos situando as condições deste material, entendendo que ao fazer isso estaremos dando visibilidade para a própria noção de processo. Em seguida, explicaremos o percurso da análise, que se inicia com a delimitação da pergunta discursiva<sup>21</sup> e se desenvolve no encontro das principais marcas lingüísticas (que interessam enquanto regularidades na materialidade).

As condições de produção mais imediatas nesta análise compreendem a particularidade dos sujeitos (idosos, com história de reinternação, portadores de vasculopatias); o momento em que se deu a entrevista (período de internação, antecedendo a cirurgia); o local (enfermaria de um hospital escola); e as práticas das relações sociais (assimetria na relação médico-paciente). Como condições de produção, em contexto mais amplo, temos que a relação médico-paciente é constitutiva da discursividade da saúde, assim como a relação saúde/doença também estrutura essa discursividade.

Como foi mencionado anteriormente, o trabalho de análise teve início com a delimitação da pergunta discursiva, que tinha como interesse compreender o funcionamento dos discursos dos idosos frente à proposta de autocuidado. De acordo com esse recorte,

---

<sup>21</sup> Na Análise do Discurso, a pergunta discursiva compreende o deslocamento do conteúdo para o funcionamento dos discursos.

foram levantadas as marcas no material, que posteriormente foram reunidas por temas. Os temas, na verdade, como verificamos com o andamento da análise, eram diferentes formulações para um mesmo funcionamento. As marcas mais recorrentes mostraram regularidades entre as falas dos pacientes; regularidades que, como mostraremos, transcendem as temáticas e fundamentam o que estamos considerando como a discursividade da saúde.

Mesmo apresentando história de vida diferente, frente às condições de produção, configuradas no processo de internação, esses sujeitos estarão interpelados como “pacientes” e esse fato é importante para a nossa análise. Isso quer dizer que existem dois pré-construídos dentro da discursividade da saúde: a assimetria médico-paciente e as noções de saúde e doença, que fazem com que existam possibilidades de dizer algumas coisas e outras não. Assim, o sujeito (paciente) fala de dentro de um recorte, que “obedece” a determinações.

LAGAZZI (1988:60) explica que “na Análise do Discurso, a apreensão das marcas não é automática e também a interpretação dos seus sentidos não é mecânica. O objetivo do pesquisador, suposto pelo método discursivo e constitutivo deste, é fator determinante para o que será privilegiado no material tomado para análise”. A autora coloca que as marcas lingüísticas que mais se sobressaem são pistas para a análise, que levarão o analista ao processo discursivo e à compreensão do funcionamento do discurso.

“Uma determinada marca lingüística não é exclusiva de um único ‘tipo’ de discurso, podendo repetir-se nas mais diversas situações de linguagem. No entanto, um determinado funcionamento dessa marca será exclusivo de certas condições de produção. Uma mesma marca só apresentará o mesmo funcionamento em diferentes situações de linguagem, se as condições de produção ‘gerais’ e ‘específicas’ forem semelhantes nessas situações” (LAGAZZI, 1988:61).

No nosso material, encontramos a presença recorrente do verbo “cortar”, marca que num primeiro momento nos fez recortar o tema “OBJETIVAÇÃO”. A ênfase em fragmentos do corpo (“sangue”, “carne”, “perna”) deu nome ao tema “PROTAGONISTAS”. As negações, chamamos de “SILENCIAMENTOS”. A repetição de alguns verbos recebeu o nome “O CRÔNICO NA CAUSALIDADE”. A citação repetida de “Deus” recebeu a designação de “CURA FORA DO CAMPO DA SAÚDE”. As reticências nas frases resultaram

no mesmo nome “RETICÊNCIAS...”. O uso freqüente de “por causa” e “porque”, recortamos com o nome de “EXPLICAÇÃO SEQUENCIAL”. E a menção aos profissionais de saúde deu nome ao tema “EQUIPE”.

Esses temas, que denominamos de funcionamentos, trouxeram visibilidade para um funcionamento maior: a “falta de interlocução”. Esse funcionamento tem dois desdobramentos: a falta de interlocução entre paciente-médico e a falta de interlocução paciente-corpo.

Mostraremos, então, as marcas presentes em trechos das entrevistas dos pacientes, relacionando-as aos funcionamentos discursivos (que denominamos “temas”).

#### “OS PROTAGONISTAS” e “OBJETIVAÇÃO”

**Gabriel:** A pessoa não resiste com o corpo todo cortado, todo picado, né? Que nem eu fui cortado da perna, um corte assim, cortei um outro debaixo assim, um outro até o rim (aponta pernas e abdômen), fui cortado bastante, duas vezes, agora vai cortar mais uma vez na perna. Quem sabe acerta e melhora dessa vez? O problema é entupir. O médico falou que o duro é entupir, fazer o serviço e entupir. Não é coisa que a pessoa fez mal feito, é que é a doença. Mas tá bom, vamos ver como vai ficar agora.

Podemos observar que o paciente sai de cena. O corpo fica em evidência e fragmenta-se em partes. Cada parte toma vida própria e torna-se protagonista da situação (“perna”, “rim”). O tratamento, por sua vez, reduz-se à intervenção cirúrgica. Ocorre, dessa forma, a redução do paciente ao corpo, do corpo à parte e do tratamento ao ato cirúrgico. A cirurgia reafirma a perda do todo, que se fragmenta em partes isoladas, que fogem do domínio do paciente, mas terminam dominadas pela equipe médica (“cortado da perna”, “fui cortado bastante”, “cortar mais uma vez na perna”, “o médico falou que...”). Notamos também que os autores (médicos) do tratamento estão sempre indeterminados nas frases, expressão da ausência da interlocução com o médico. Podemos perceber, ainda, que o paciente não se posiciona na fala, o que nos leva a considerar esse não posicionamento frente às condições de produção. As afecções vasculares e a necessidade cirúrgica são consideradas como riscos à integridade dos idosos. Os pacientes, portadores de vasculopatias, estão no período pré-operatório, o que traz o medo da morte e seu não posicionamento na fala. Temos, assim: “a pessoa” e não “eu” e “não resiste” como uma

formulação possível para “morre”. Assim, não é ele quem morre, é “a pessoa” que “não resiste”. “Cortar” que reduz a cirurgia à intervenção no corpo (ou em partes dele). O discurso mostra sempre a fragmentação do tratamento e do paciente. O tratamento reduz-se à cirurgia e o paciente reduz-se a partes do corpo. “Quem sabe acerta e melhora dessa vez?” não denomina o médico como o responsável pelo sucesso do tratamento, o que, em outras palavras, significa a ausência da figura do médico e uma real possibilidade de interlocução. O paciente faz referência ao médico e traz o problema do entupimento, “O médico falou que o duro é entupir, fazer o serviço e entupir”. O entupimento fica como a grande questão, a doença é o ponto principal: “é que é a doença”. Quando o paciente diz “não é coisa que a pessoa fez mal feito”, sua afirmação mostra que existe um discurso de erro médico, mas esse discurso fica como pano de fundo. Na formulação, o paciente isenta o médico da culpa e traz para a cena o entupimento e a doença.

Pesquisadora (em entrevista com “senhor” **Otávio**): E o outro problema que o senhor tem, o da circulação? Como é esse problema? Otávio: Ah, o da circulação... Quem me vê assim, diz que eu não tô doente. Mas o problema é que eu operei e aí, com 11 meses, saiu um carocinho. Primeiro, cortaram aqui e mais dois cortes aqui. Com 11 meses saiu um carocinho que nem... como se fosse um carocinho de ervilha. O carocinho começou a crescer, crescer, aí saía água, feito uma água, que nem uma água que põe na bacia, não fica nem água nem sangue. Aí eu voltei aqui para operar de novo. Aí, quando foi um ano, voltou outra vez. Aí saiu, ficou crescendo, só que não doía, eu facilitava... Tinha uma chácara vizinha minha, que é da filha minha, e eu gosto muito de chácara, e eu sempre mexendo na chácara, acho que aquilo foi crescendo e agora tá assim... Só que não dói.

Observamos também, na seqüência que “cortaram” deixa a frase indefinida e, conseqüentemente, não designa o responsável pelo insucesso da cirurgia. O médico está fora de foco e o tratamento toma seu lugar, como redução, o “cortar”. O “carocinho” parece não apenas “crescer”, mas tomar vida, tamanha a visibilidade com que surge no relato.

**Gabriel:** (...) porque a idade vai chegando, vai mexer... Melhor não mexer. (...) O corpo da pessoa, até um ponto, vai indo. Depois, por causa da idade... (...) Na minha idade, eu já tô fraco. (...) A gente vai ficando mais velho, o sangue vai ficando mais encorpado (...) vai ficando mais grosso, ele aperta (...) engrossa e entope.

Outra marca acentuada, que deu origem ao tema “protagonistas”, são os aspectos concretos, vividos no corpo do paciente. São eles que determinam a possibilidade de saúde ou de doença. A idade, o corpo, o sangue são os protagonistas, não o próprio paciente, que fica focado em partes.

Pesquisadora (em entrevista ao “senhor” **Gabriel**): (...) *O senhor táva realizando algum cuidado antes de vir para cá? O médico tinha pedido para fazer alguma coisa? Gabriel: Não, eu táva meio parado porque o médico lá nem decidiu uma coisa, nem decidiu outra, então, eu fiquei afastado, fiquei quieto, parei tudo. O que eu vou fazer lá? Ele vai me internar, sem fazer receita de remédio. O dia em que eu entrei lá, voltei para trás. O que eu vou fazer? Não adianta mais. O serviço da perna que foi feito, perdi tudo.*

O trecho acima é um raro momento de protagonização do paciente. Nele observamos que o médico vem para a cena, mas o que o paciente ressalta é a não decisão do médico, o que faz com que o paciente fique afastado, quieto, pare tudo. A seqüência restabelece o paciente como protagonista no momento em que as conseqüências do ato médico anterior tornam-se negativas. Assim, no início a cirurgia é a protagonista. Mas quando acontece o erro, o paciente passa a ser a figura principal do mau resultado.

Pesquisadora (em entrevista à “senhora” **Carmem**): *A senhora acha que vai precisar voltar outra vez para o hospital? Carmem: Ah, agora eu fiquei com tanto medo. Eu não sei se volto, mas o médico falou para mim: “A senhora, ou mais cedo ou mais tarde, vai operar dessa perna”. (...) Com os médicos eu tenho até medo de conversar porque eles tão se esforçando bastante para ser cortada a perna. Era para ser cortada semana passada e ele deixou para lá e agora deixou para cortar amanhã...*

Embora na fala referida ao médico encontremos o termo “operar”, a paciente diz “cortar”: “para ser cortada a perna”. Os dois exemplos que se seguem revelam que o termo “operar” é usado, mas vai sendo recoberto por “cortar”. Isso fica mais visível quando o “operar” vem seguido imediatamente da “perna”, em “vai operar dessa perna”. Com o “operar” esperaríamos que aparecessem as pessoas envolvidas na cirurgia, porém mais uma vez o que fica em pauta é a perna “(alguém) vai operar dessa perna”. Assim, “vai operar a perna” está muito próximo de “ser cortada a perna”.

**Otávio:** É porque a minha idade já tá muito avançada. Já vai operar três vezes. Já por qualquer coisinha, aí já não dá certo.

A idade fica aqui protagonizada, como uma evidência desse incômodo com o próprio corpo.

Pesquisadora (em entrevista à "senhora" **Adélia**): *E, dona Adélia, o que indicaram para a senhora de tratamento? Qual o tratamento que a senhora vai ter que fazer para esse problema que apareceu agora?* Adélia: Eles falaram que vai ter que fazer ponte de safena na outra perna e vai operar de novo. Pesquisadora: *Então, vai fazer uma cirurgia.* Adélia: Eu vou.

Observamos também a presença, na frase, de sujeito indeterminado, quando se refere ao médico. Isso se reforça quando a paciente posiciona-se como único sujeito da situação, ou seja, quem vai realizar a operação, está indeterminado ("vai operar") e ela fica sozinha no contexto da cirurgia ("eu vou").

"SILENCIAMENTOS"

Pesquisadora (em entrevista à "senhora" **Adélia**): *Tem mais alguma dificuldade que a senhora lembra por estar no hospital?* Adélia: Ah, tem. Pesquisadora: *Tem?* Adélia: Tem nada.

Esse trecho traz outra marca comum aos relatos. Ele mostra a negação que surge quase sempre que o paciente é indagado sobre as dificuldades decorrentes da hospitalização. O exemplo de Dona Adélia é um sinal de que a pergunta sobre dificuldades fica estranha na discursividade da saúde. Ao mesmo tempo "tem" e "tem nada". Um paciente relaciona-se com seu médico em primeiro lugar pelo corpo, e as colocações que podem ser sobre dificuldades pessoais ficam deslocadas. Assim, quando a pesquisadora pede a Dona Adélia que se posicione, a paciente inicia, mas não mantém esse posicionamento, retomando e estabilizando o discurso da saúde no discurso do corpo. Como se vê, a afirmativa inicial é prontamente substituída por negativa, anulando o efeito anterior e mantendo silêncio sobre as dificuldades encontradas no hospital.

Pesquisadora (em entrevista à "senhora" **Elza**): *E, dona Elza, me conta uma coisa, qual é o problema que a senhora tem?* Elza: Problema nenhum. O problema meu é circulação.

Na fala da "senhora" Elza, temos outro exemplo de negação. Quando indagada sobre as possíveis/prováveis dificuldades encontradas a paciente responde com contradições e silencia os problemas.

Pesquisadora: *O que é difícil para a senhora? Quais são as dificuldades que o seu problema circulatório traz para a senhora?* Elza: *Não, agora tá tudo bem, graças a Deus. Não tem nenhuma dificuldade.* Pesquisadora: *Alguma coisa incomoda a senhora?* Elza: *Não, não tem nada que ficar nervosa porque ficar aqui presa. Não tem nada.*

**Eugênio:** *Eu peço a Deus para...* (começa a chorar) Pesquisadora: *Pede o que a Deus, seu Eugênio?* Eugênio: *Para melhorar...*

Essa negação faz sentido se compreendemos o espaço hospitalar como aquele reservado ao cuidado ao corpo e não a queixas pessoais. Medos, dúvidas, desejos ficam silenciados. O paciente é chamado a se manifestar no que diz respeito ao corpo. Como disse bem Dona Elza: “Não tenho problema nenhum. O meu problema é circulação”.

A sensação de aprisionamento que o hospital traz é contestada e o preenchimento pela falta de interlocução é feito com a menção a Deus. O último trecho também traz Deus como preenchimento à falta de interlocução: “Eu peço a Deus para... para melhorar”.

#### “O CRÔNICO NA CAUSALIDADE”

**Gabriel:** Eu morava em Foz do Iguaçu, na divisa com o Paraguai. Então, a médica lá falou: “Olha, tem um médico lá, assim, é bom, eu vou mandar uma cartinha, você leva”. Ou ela mandou a cartinha para ele direto e ele não me atendeu... Enrolaram, enrolaram... Fiquei oito meses esperando. Aí fui obrigado a tratar para fora, operar para fora, pelo SUS, tive que operar. O que eu ia fazer?... Não, eles falam que foi falta de sorte. Mas, não é, não. Isso acontece, ter entupido a veia depois da operação. Às vezes, não é descuido do médico, não é nada.

A narração seqüenciada, inclusive com o verbo “enrolar” repetido e seguido de reticências, mostra a situação crônica marcada por fatos negativos, agora com referência explícita à figura médica. A negação relativizada presente na fala “Às vezes, não é descuido, não é nada” aponta para a possibilidade da falha médica. Assim, se explicitamente, “não é descuido”, implicitamente não é “cuidado”, ou seja, é “nada”.

Pesquisadora (em entrevista ao “senhor” **Gabriel**): *Encontra alguma dificuldade?* Gabriel: *Não, graças a Deus, não... Às vezes, o sujeito tá no hospital dois, três, cinco dias... Às vezes, o que eu acho é que o médico vem um dia e falha dois*

*para vim. Às vezes, o sujeito tá com uma dor filha da mãe e ele não aparece. E o sujeito tem que agüentar, não toma remédio, ou não tá tomando remédio certo, o sujeito fica sofrendo. (...)*

***Carmem:** Esse pessoal fala que depois de cortado ia ficar bom. Mas o meu coração não confia. Eu tenho medo deles quererem me cortar e eu morrer de repente. Não sei por que isso vem na minha cabeça.*

Observamos no primeiro trecho que a figura do médico vem explicitamente formulada, mas nesse caso como presença na ausência (“o médico vem um dia e falha dois para vim”). Nos dois exemplos temos o desencontro entre médico e paciente, que resulta em longa duração do sofrimento e, em alguns casos, acentua o medo do risco cirúrgico. A expressão “esse pessoal” revela a distância e a impessoalidade na relação médico-paciente. O elo entre eles é o “cortar”. A desconfiança e o medo são coadjuvantes no preenchimento, que tem como protagonistas o “coração” e a “cabeça”. Mesmo quando o paciente refere-se a sentimentos e pensamentos, ele não deixa de estar “desprotagonizado”, falando do lugar de um corpo fragmentado.

***Elza:** Circulação desde novinha. Desde novinha começou a me dar. Não tinha 25 anos... começou a me dar dor nas pernas. Tratava, tratava, pnhava pano molhado...*

O caráter crônico da situação fica evidenciado nas marcas desse trecho. Importante notar que “começou” é o marco que separa o antes e o depois da instalação da doença, que passa a protagonizar toda a situação. A marca “Tratava, tratava, pnhava...” representa a entrada da paciente no processo crônico, determinada pela doença e pela relação com o sistema hospitalar.

#### “CURA FORA DO CAMPO DA SAÚDE”

Pesquisadora (em entrevista à “senhora” **Adélia**): *E, dona Adélia, os médicos, as enfermeiras, as pessoas que trabalham aqui no hospital eles podem ajudar a senhora a não voltar mais, a não voltar de novo para o hospital?* Adélia: *Não sei.* Pesquisadora: *Não tem nada que eles possam fazer para a senhora não ter que internar de novo?* Adélia: *Acho que não... Eles falam que... eu não posso mais fumar. Se eu fumar, a doença volta.* Pesquisadora: *E a senhora acha que vai conseguir largar de fumar?* Adélia: *Eu não sei, né? Vou tentar, mas eu conheço gente que largou e continuou fumando.* Pesquisadora: *A senhora acha difícil?* Adélia: *Ah, é difícil porque dá nervoso. Só o cigarro que agüenta.* Pesquisadora: *O cigarro acalma a senhora?* Adélia: *O cigarro acalma a gente... O cigarro*

*deixa bem nervoso... ficar sem ele.* Pesquisadora: E me conta uma coisa, dona Adélia, a senhora me disse que é a segunda vez que a senhora tá aqui no hospital, né? A senhora acredita que possa fazer alguma coisa para evitar voltar de novo? Tem alguma coisa que a senhora mesma pode fazer para não ter que voltar de novo para o hospital? Adélia: Ah, não sei. Se Deus permitir, eu tenho fé que não volta mais. Só Deus pode saber. Pesquisadora: E, dona Adélia, aqui no hospital a senhora tem feito algum cuidado para ajudar no seu tratamento? Adélia: Ah, eu não posso fazer nada. Pesquisadora: E, dona Adélia, quando a senhora voltar para casa, depois que tiver alta, a senhora acha que vai ter alguma mudança no seu modo de vida? Adélia: Ah, tudo igual, né? Nunca muda nada.

Observamos nesse trecho que as reinternações são dadas como certas pela paciente. A cura não está com os médicos, eles controlam a doença e liberam o paciente após a cirurgia, que retorna para novos cuidados quando ocorre a próxima complicação. Não há nada que o paciente possa fazer e não há como a equipe hospitalar evitar a reinternação. “Apenas há Deus para barrar o inevitável”. Deus é o preenchimento para a lacuna entre médico-paciente e paciente-corpo. A cura está, portanto, fora do campo da saúde e da capacidade individual.

A protagonização do cigarro que aparece na fala da "senhora" Adélia: “Só o cigarro que agüenta (...) O cigarro acalma a gente... O cigarro deixa bem nervoso... ficar sem ele”, também aparece no discurso da "senhora" Elza.

***Elza:** ... Aí eu vim aqui, com 15 dias me operaram, fui embora, não deu trabalho nenhum na perna, ficou direitinho, eu andava, táva andando por tudo. Fala que é porque fuma, eu nunca fumei.*

O cigarro, mais uma vez é o recurso explicativo para a causa da doença, ainda que no caso de Dona Elza afirmá-lo como razão se mostre incoerente, uma vez que ela nunca fumou. A paciente reporta-se ao discurso da saúde sobre o mal do cigarro “Fala que é porque fuma” e acrescenta aquilo que torna essa razão absolutamente descabida: “eu nunca fumei”. O cigarro torna-se o protagonista na própria discursividade médica.

Pesquisadora (em entrevista a “senhora” **Elza**): E, dona E, depois que a senhora tiver alta, a senhora vai voltar para casa, né? Elza: Se Deus quiser. Pesquisadora: E a senhora acha que vai ter alguma mudança no seu modo de vida? Elza: Não sei, né? Só Deus que sabe. Eu não sei, né?

A presença constante de Deus como possibilidade de cura afirma que a vitória sobre a doença está fora do campo da saúde e a figura do médico está sendo recoberta por Deus.

### "RETICÊNCIAS..."

Pesquisadora (em entrevista ao "senhor" **Otávio**): *E me fala uma coisa, aqui no hospital, o senhor tem encontrado alguma dificuldade?* Otávio: *Aqui dentro, não. Aqui para mim, eu vou dizer, tô bem ajeitado. Tô bem ajeitado. Tô melhor que em casa. Porque lá em casa é meu, mas não tem socorro. Se eu tô com saúde, tá bem, mas como eu tô com esse problema não tem socorro em casa. Vamos dizer, se eu tô em casa e esse problema quer... Aí, como é que eu faço? Não tem socorro nenhum e eu tenho que correr para aqui, né? Agora, eu tô aqui, eu tenho socorro. Então, aqui para mim tá bom.*

O risco iminente gerado pela doença vascular é uma peculiaridade desse grupo de pacientes. As vasculopatias podem levar a rompimentos dos aneurismas e a amputações (em decorrência da obstrução arterial crônica). Em ambos os casos há o risco e o medo da morte. As reticências estão presentes nas duas situações. Especificamente para os aneurismas, as reticências permitem a não formulação da conclusão na frase, embora deixe entrever uma continuidade. Esse é o limite do formulável. A frase sem conclusão assemelha-se ao aneurisma, porque um aneurisma que evolui termina por romper. Uma frase sem reticências exigiria uma conclusão, o que transformaria uma ameaça em uma realidade. Por outro lado, uma frase com reticências é uma frase interrompida, tal qual um aneurisma latente. Isso pensado na situação vivida pelos pacientes portadores de aneurisma arterial permite-nos pensar no sentimento de estar acuado pelo risco de morte iminente pela rotura do aneurisma a qualquer momento e pelo conhecimento do risco cirúrgico. A falta de interlocução entre médico e paciente agrava o medo do insucesso da cirurgia e o desconhecimento quanto ao próprio corpo torna o aneurisma ainda mais amedrontador.

Pesquisadora (em entrevista à "senhora" **Carmem**): *Faz quanto tempo que a senhora não consegue andar?* Carmem: *Ah, eu não sei explicar o tempo, mas sei que eu não tô conseguindo andar, não. Esse pé aqui (esquerdo) eu tenho que firmar só com esse pé aqui. Eles queriam cortar e colocar outro para eu poder andar, mas eu tenho medo. Eu acho que vou... O meu coração não vai aceitar eu ficar sem... O cortar é que é o problema.* Pesquisadora: *E o que disse o médico?* Carmem: *Ah, ele fala que corta e que fica bom, não sei o que... Ele não*

fala palavra que eu confio. Pesquisadora: *Não consegue confiar?* Carmem: *Não confio nele, não.*

As condições de produção específicas da entrevista de Dona Carmem têm como dados a recusa da paciente em amputar a perna e permanecer internada. A possibilidade de amputação é tão intensamente vivida no relato que as frases são também “amputadas”: “Eu acho que vou... O meu coração não vai aceitar eu ficar sem...” e “Ah, ele fala que corta e que fica bom, não sei o que...”. A paciente não conclui a frase e, dessa forma, não há a conclusão da ameaça cirúrgica. A materialidade da língua mostra, mais uma vez, o limite do formulável.

“EXPLICAÇÃO SEQUENCIAL”

**Adélia:** A minha doença é... não sei, é... isso que eu tô falando. Ficou o dedo preto e ficou ruim, ficou feio...

Pesquisadora (em entrevista à “senhora” **Adélia**): *A senhora sabe alguma coisa mais sobre essa doença?* Adélia: Os médicos disse que era por causa do cigarro.

Quando o paciente quer explicação para sua doença e seu tratamento e não a tem isso é logo “resolvido”: o paciente repete os termos técnicos que o médico diz e descreve o procedimento que a equipe de enfermagem realizou. Ele tem a ilusão de domínio desse conhecimento, nunca verdadeiramente compartilhado. O que se vê é muito mais uma descrição, uma repetição, enfim, uma tentativa de explicação determinada por uma posição de paciente que busca uma compreensão. Muitas vezes, as explicações no tocante à doença são meramente uma repetição do discurso médico.

Nos exemplos acima, novamente a explicação está vaga e é preenchida com aspectos concretos do corpo. Quando a pesquisadora insiste em expandir essa explicação, a paciente recorre à repetição do discurso do médico. O cigarro aparece, nesse caso, como o protagonista da causa para o surgimento da doença. Nota-se, ainda, que a frase inicial está em negativa. A frase torna-se afirmativa quando a paciente reporta-se ao médico, a fatos concretos vividos no corpo (“dedo preto, feio”) e à explicação do cigarro. As explicações para a doença que os médicos trazem são sempre legitimadas pelo paciente, ainda que não façam sentido algum para ele.

Pesquisadora (em entrevista ao "senhor" **Otávio**): *É, qual o tratamento que indicaram?* Otávio: *Aqui para mim?* Pesquisadora: *É.* Otávio: *É a operação. Era hoje mesmo, ela táva aí... Acho que você deve conhecer a Dra. L.* Pesquisadora: *Não, não. Eu não trabalho aqui.* Otávio: *Ah, é, você não conhece. Ela é novinha também. Aí ela trouxe um professor. Porque tem uns professor aí que explica, porque tem muitos estagiários. Aí, às veis, eles ficam em dúvida, aí o professor vem e explica para eles. Ela foi lá, explicou e tem que cortar, tem que tomar remédio... Que nem eu tô tomando soro... Já não doía, mixaria. Agora, então, que eu não sinto mais nada. Fica aí, mas se chegar a quebrar... então, tem que cortar. Vamos ver como é que fica. O problema vai ser cortar de novo.* (...) Pesquisadora: *Por que o senhor disse que "o problema vai ser cortar de novo"?* Otávio: *Porque cortando de novo ele agora vai ver onde tá vazando esse sangue do interior... não sei de onde é... tá vazando... ele fica na pele, faz aquela bola, né? Quer dizer, ele vai cortar de novo, ver onde tá vazando, aí fecha e não vaza mais. Agora, só tem que tomar cuidado pro corte não abrir de novo, outra vez, né?* Pesquisadora: *O senhor tem medo de que isso aconteça?* Otávio: *É, o problema é esse.*

**Otávio:** *Agora eu vim para aí, vim sexta-feira. Vim fazer exame e não deixaram eu voltar. Agora vai cortar de novo, outra vez. Vai cortar porque disseram que ficou uma parte assim, que colocaram uma peça que não deu contato com a carne, a carne rejeitou...*

Uma vez que o hospital de estudo tem como finalidade o ensino, a pesquisa e a assistência, são freqüentes as reuniões entre professores e alunos do curso de Medicina, à beira do leito do paciente, para discussão sobre a doença e a terapêutica. Nessa atividade didática, o professor esclarece dúvidas e acrescenta informações. Neste trecho específico observamos que o paciente se reporta às explicações dadas, repetindo termos que são reduzidos a uma tecnicidade, a uma somatória de procedimentos segmentados: "(...) tem que cortar, tem que tomar remédio... Que nem eu tô tomando soro...". Nota-se que o paciente descreve aspectos concretos, manifestados fisicamente (ele diz "bola na pele", mas não menciona seu diagnóstico e nem consegue explicar a doença), repete a necessidade da intervenção cirúrgica (reduzindo a complexidade de uma cirurgia a um "corte") e narra os procedimentos realizados durante a hospitalização. Costura muitas informações, sem chegar a uma compreensão do que realmente elas significam. Com sua explicação seqüencial, a organização que faz das informações, de alguma forma, preenche sua busca pela compreensão da doença, do seu tratamento e prevenção de complicações no pós-operatório. O conhecimento, que somente a interlocução poderia saciar, é substituído por

medo, insegurança, dúvida e quase por uma certeza de nova internação (“Agora, só tem que tomar cuidado pro corte não abrir de novo, outra vez, né?! O senhor tem medo que isso aconteça?! É, o problema é esse”). No último trecho permanece com sujeito indeterminado: “Vai cortar porque disseram que ficou uma parte assim, que colocaram uma peça que não deu contato com a carne, a carne rejeitou...”. Não está explícito “quem corta” o paciente. Entretanto, o “quem” indefinido (“porque disseram”) afirma que o problema do insucesso cirúrgico está em uma “peça” e, sobretudo, na “carne” do paciente, que rejeitou a “peça”. O “quem” oculto está isento da responsabilidade. Os protagonistas são a “carne” e a “peça”.

#### “EQUIPE”

Pesquisadora (em entrevista ao “senhor” **Otávio**): *O que mais de conselho eles dão, seu Otávio? Otávio: Os médicos? Pesquisadora: É. Otávio: Os médicos eu não sei explicar porque hoje é um, amanhã é outro, depois é outro... Não tenho médico firme, né? Não tem por causa que é equipe. Você conhece a equipe que tem aqui, né? Essa equipe aí... A primeira equipe, quando eu operei, não tem nenhum mais aqui. Já pegou seus consultórios e tudo... Agora, é tudo novo. Só tem os professor. Os professor tá aí, mas os professor dá explicação para os alunos, para mim não, né? Mas os médicos, um é hoje, amanhã é outro, depois é outro... Então, não tem firmeza com os médicos, o que tem mesmo é com a equipe, com a equipe. Com os médicos não. Que nem essa médica que tá comigo agora, eu conheci ela essa semana. Eu nem sabia que ela táva aqui. Mas me trata a mesma coisa que os primeiros que me tratou, né? Porque ela é estudada, tá dentro da equipe, né? Às veis, uns dá palpite de um jeito, outros dá de outro. Porque as pessoas não são igual, né? Mas são legal, aqui são tudo legal aqui, aqui é tudo legal. Aqui tem tudo, o hospital é bom, tudo, tudo aqui é bom, não me falta nada. Tando aqui tô melhor que em casa.*

Pesquisadora (em entrevista à “senhora” **Elza**): (... ) ... as meninas são boas, delicadinhas...

As frases anteriores afirmam as constantes mudanças na equipe médica, o que poderia explicar a presença constante de sujeito indeterminado. O “mas” que inicia a frase (“Mas são legal, aqui são tudo legal aqui, aqui é tudo legal. Aqui tem tudo, o hospital é bom, tudo, tudo aqui é bom, não me falta nada”) mostra que “tudo é bom” apesar da situação descrita anteriormente. A repetição e enumeração das qualidades do serviço oferecido contradizem a idéia posta, ou seja, negam a dificuldade em ser atendido por uma equipe e não por um único profissional. A exaltação das qualidades pessoais em substituição às

qualidades profissionais é recorrente nos depoimentos. Isso é sintomático, uma vez que mostra que é apenas isso que os pacientes podem dizer do serviço. Por que dizer “legal” (ou qualificações como bondade e delicadeza), ao invés de adjetivos que definam competência profissional? Essa marca, encontrada nos outros relatos, torna-se bastante significativa quanto à falta de interlocução entre profissionais e pacientes.

**Otávio:** Eles são muito bom, cuida bem da gente... (a continuação da frase está incompreensível) Não sei.

Pesquisadora (em entrevista à “senhora” Elza): *E, dona Elza, qual o tratamento que indicaram para a senhora?* Elza: Só tratando, né? Eu não sei que remédio que eles tão dando. Primeiro, eu tomo soro. Depois, tomo remédio para dor. Pesquisadora: *E o que mais eles tão indicando?* Elza: Depois eu tomo remédio para pressão, depois eu tomo remédio para o sangue. Pesquisadora: *Mais alguma coisa?* Elza: Agora eu não sei se vão operar agora, quarta- feira.

Neste último trecho, observamos outros funcionamentos já descritos: explicação seqüencial (“primeiro, eu tomo soro. Depois, tomo remédio para dor. Depois eu tomo remédio para pressão, depois eu tomo remédio para o sangue”) e os protagonistas (“dor”, “pressão”, “sangue”). Outra presença importante é o uso de negativas e reticências, sugerindo incompreensão da doença e do tratamento indicado, o que contraria a possibilidade do autocuidado. Sem conhecimento não há autocuidado. Os protagonistas (“remédio”, “soro”) são parte do funcionamento explicativo que sustenta a busca do paciente pela compreensão. A listagem que marca as frases parece organizar o que não é compreendido pela paciente, que no entanto produz o efeito da ilusão de controle sobre o corpo, que não é mais do seu domínio. Aqui estão presentes tanto a falta de interlocução médico-paciente quanto o que resulta disso, ou seja, a falta de interlocução paciente-corpo.

O efeito explicativo também está presente no depoimento de “senhora” Carmem. Assim como outros pacientes, ela busca uma compreensão sobre a doença e sobre o tratamento. A explicação sobre a doença é uma mera repetição de termos médicos. A utilização dos termos não passa de uma tentativa de compreensão.

**Carmem:** Eu fiquei doente porque eu tinha úlcera na perna (esquerda) e eu fui coçar, então, ela passou para essa (direita). Foi por causa que eu cocei. Só de coçar ela passou. (...) O micróbio da perna que passou. Por que diz que a gente

*não pode coçar, né?(...)Tinham falado para mim que se eu continuar o tratamento aqui na sola do pé, se eu continuar o tratamento ele sara, ele sara.*

Em síntese, observamos que a análise de todas as marcas mostrou regularidades determinadas na discursividade da saúde. Essa discursividade estabelece uma relação assimétrica, de autoridade médica. A composição de equipe e a alta rotatividade entre seus membros são alguns dos fatores que fazem essa autoridade tornar-se difusa e a comunicação entre médicos e pacientes difícil.

A relação médico-paciente está sempre posta pela doença. Quando algum mal estar surge, há a procura por uma assistência que explique e restaure a ordem do organismo. O hospital é reconhecido como um espaço de cura e as internações e reinternações legitimam essa condição. O paciente espera que o médico forneça as explicações para as causas da doença, esclareça seu tratamento, promova o restabelecimento físico e o conduza à “normalidade” da vida. Entretanto, a análise das entrevistas mostra que não há interlocução entre médico e paciente, o que significa que muitos sentidos se perdem, não se produzem. O paciente é informado de que está doente, mas a doença não é esclarecida, nem tão pouco o seu tratamento. No caso dos pacientes idosos, notamos que a cura nem sempre é atingida, até porque as condições de produção não dão possibilidade para isso, o que as muitas reinternações acabam por comprovar.

A partir do momento de sua internação o paciente “despoja-se” de seu próprio corpo, que é entregue à equipe médica, na medida em que ele deposita nos médicos a esperança/ crença da cura. A relação passará a ser mediada por esse corpo e sua doença. Será um corpo e uma equipe relacionando-se. Não apenas a interlocução entre médico e paciente esvazia-se, mas também a interlocução entre paciente e corpo fica comprometida. Perdendo-se a grande interlocução necessária, paciente-corpo, o autocuidado revela-se inviável. Se não há interlocução, não há autocuidado e a possibilidade de reinternação torna-se uma realidade. Sem conhecer e compreender o seu corpo, a sua doença e a sua prevenção, o paciente torna-se impotente. Ele retorna à sua casa não habilitado para lidar com o próprio corpo, o que faz com que o autocuidado não faça sentido. Para que o autocuidado seja efetivado é preciso que o paciente sinta-se capacitado, o que não ocorre. Assim, ao paciente “resta, como alternativa, agir segundo suas condições e conhecimento e aguardar a ocorrência de uma complicação para poder voltar ao hospital” (MARIN, 1999:8).

A relação médico-paciente está preenchida por insegurança, desconfiança e ameaça. A falta de interlocução também cria novos protagonistas: saem o médico e o paciente e surgem Deus, o corpo, a equipe, a idade, o cigarro, entre outros. Por seu lado, o médico é reduzido a um técnico, que tem como finalidade única o procedimento cirúrgico. Temos, assim, a redução do tratamento a um procedimento cirúrgico e, indo mais longe, de uma cirurgia a um corte.

O médico está interpelado pela discursividade da saúde. O discurso que se estabelece entre ele e o paciente que se interna está naturalizado. A história da instituição hospitalar constitui esse discurso. Para o paciente esse funcionamento discursivo causa estranheza e desconforto, mas ele o reconhece e o legitima. Ele perde o seu espaço como pessoa e passa a evidenciar o corpo. O corpo, por sua vez, fragmenta-se em partes: são “a perna”, “o sangue”, a “barriga”. O tratamento resume-se à intervenção cirúrgica, onde não cabem explicações e orientações, apenas sua execução. Diante da falta de interlocução, outros preenchimentos se fazem presentes. O que o paciente buscou a partir da instalação de sua doença continua a atravessar a discursividade da instituição, mas não a desestabiliza.

### **5.3 Funcionamento discursivo nas limitações.**

Até o momento, identificamos as limitações para o autocuidado reveladas nos depoimentos dos idosos e realizamos a análise discursiva deste material, visando à compreensão das limitações no funcionamento discursivo. A análise discursiva foi fundamental para entender o que determina as limitações para o autocuidado, e nem sempre é verbalizado pelos idosos.

Por meio das duas análises percebemos que, tal como estão configuradas na discursividade da saúde, as condições de produção dos discursos dos idosos são determinantes no surgimento de limitações e impedem a efetivação do autocuidado.

Para facilitar essa discussão, recorreremos à categorização dos requisitos estabelecida por OREM (1991): universal, desenvolvimental e por desvio de saúde.

Em relação aos *requisitos para o autocuidado universal*, estabelecidos por Orem, as limitações “dificuldade/impedimento para deambular”, “impossibilidade e dependência

para a realização de atividades físicas”, e “presença de dor” mostraram ser originárias da relação médico-paciente. Previamente à internação hospitalar, quando essas limitações manifestaram-se, os sujeitos buscaram a assistência médica. Assim, a relação entre eles estava posta pela doença: as manifestações dos sinais e sintomas da vasculopatia e as limitações decorrentes levaram os idosos a procurar o médico para o restabelecimento da saúde, o que resultaria no início da trajetória das internações hospitalares.

Nessa trajetória, contudo, as limitações que eram originárias da relação médico-paciente perdem esse caráter *a priori* e passam a ser consequência das sucessivas internações. Considerando que nesse estudo a hospitalização não garantia a cura da doença, e para alguns idosos levava ao seu agravamento, após a alta eles retornavam ao hospital apresentando quase sempre as mesmas limitações relacionadas a: deambulação, atividade física e dor.

Os idosos também demonstraram dificuldades em prevenir riscos à sua saúde, receio, dúvidas e até desconfiança quanto às condutas médicas. Frente à dificuldade em estabelecer a interlocução com o médico, eles recorrem a Deus para obter a cura da doença ou a sua melhora, com o objetivo de evitar futuras reinternações. A crença em Deus, por si só, não se configura como uma limitação. Ela se revela uma limitação apenas quando ocorre um total preenchimento da figura do médico por essa crença.

Isso nos leva a acreditar que a manifestação das limitações, que inviabiliza o autocuidado e favorece as reinternações, está vinculada ao desconhecimento sobre a doença e o tratamento que, por sua vez, decorrem da falta de interlocução entre médico e paciente.

Quanto aos *requisitos para o autocuidado desenvolvimental*, determinados por Orem, todas as limitações enquadraram-se no funcionamento discursivo da saúde. A idade avançada foi apontada pelos idosos como limitação, uma vez que, associada às doenças e intervenções cirúrgicas, ela se configura como um fator de risco. A idade avançada, enquanto fator de risco, amplia o desconforto dos sujeitos em relação ao próprio corpo: somado ao declínio natural que acompanha o envelhecer, o corpo é, ainda, acometido pela doença, agravando o seu estado de saúde.

Outras limitações que expressaram a dificuldade de interlocução dos idosos com o corpo foram as perdas sofridas por eles: luto por entes queridos, abandono de atividades profissionais e saudade do ambiente doméstico. O estado emocional alterado afeta diretamente a relação com o próprio corpo. Estados depressivos ou quadros de confusão mental, gerados por situações de perda ou separação, podem dificultar a compreensão de informações quanto à doença e ao tratamento e, além disso, desmotivar o paciente quanto à realização do seu cuidado à saúde.

Os *requisitos para o autocuidado por desvio de saúde*, instituídos por Orem, também estabelecem uma relação direta com a discursividade da saúde, dado que a vasculopatia, para os idosos, desencadeia maiores dificuldades para a obtenção da cura, indicando a dependência permanente desses idosos do médico.

Em síntese, podemos afirmar que o autocuidado que poderia trazer, senão a cura, ao menos o controle da doença, não se efetiva pelo desconhecimento sobre a doença e sobre o tratamento. Essa falta de informações, por sua vez, está relacionada à falta de interlocução do paciente com o médico e com o seu próprio corpo. O desconhecimento e a perda de domínio sobre o corpo impossibilitam o autocuidado. Para que este se efetive, é preciso tomar posse do corpo, o que significa compreender o seu funcionamento. Entretanto, essa efetivação será possível quando houver interlocução entre médico e paciente. Sem ela o preenchimento será feito pelas dúvidas e pela insegurança quanto ao corpo, às condutas médicas e ao prognóstico.

## 6. DISCUSSÃO

Embora existam, hoje, concepções mais otimistas da fase da velhice, as quais defendem que o declínio que acompanha o envelhecimento não significa exatamente doença e incapacidade, sabemos que para uma parcela expressiva da população brasileira o “envelhecimento bem sucedido” está longe de ser uma realidade. Muitos idosos encontram-se acometidos por doenças, resultantes de acúmulos de deficiências ao longo da vida, e com necessidades prementes de assistência. Assim, o nosso estudo teve como principal enfoque essa população que sofre pela instalação e concomitância de doenças, e sem recursos financeiros é levada à uma verdadeira peregrinação pelos serviços de saúde, em busca de resolução para esses problemas.

As doenças que comumente acompanham a velhice são, em sua maioria, crônicas, associadas a outras afecções, e exigem atendimento de longa duração. Esse quadro requer uma assistência, predominantemente hospitalar, a qual não tem se mostrado eficaz na promoção da saúde desses idosos, uma vez que se obtém com maior frequência o controle do quadro clínico do que a cura das afecções. Além disso, não é raro o desenvolvimento de complicações durante a hospitalização, agravando ainda mais a saúde do idoso. Este, que procurou o serviço em busca da cura da doença ou da sua melhora, surpreende-se com novas alterações orgânicas, novas dificuldades e com um percurso interminável de consultas, tratamentos e reinternações hospitalares. Assim, um verdadeiro ciclo vicioso é estabelecido. A doença passa a não ser a única origem da busca pela assistência, mas a hospitalização pode trazer novas incapacidades e determinar a necessidade de novas intervenções.

Com isso, as limitações que se mostram causas de reinternações, revelam-se também um efeito delas, na medida que vêm agravar as manifestações clínicas apresentadas por essa população. A longa permanência nos serviços hospitalares, ao contrário de minimizar as doenças crônicas degenerativas, acaba por intensificar as limitações e os sofrimentos gerados por elas. A entrada dos idosos nos serviços de saúde implicará em décadas de sua utilização (CHAIMOWICZ, 1997).

A evidência do impacto que as doenças crônicas trazem à vida de um segmento significativo da população idosa, que tem de lidar com crescentes situações de limitações e necessidade de assistência hospitalar, trouxe o interesse em investigar melhor essa

problemática. Para essa investigação, elegemos as vasculopatias, dado que estudos têm mostrado que elas lideram as estatísticas das doenças crônicas que mais acometem os idosos e levam à internação hospitalar.

Como acreditamos que as doenças crônicas, embora originárias da relação idoso-assistência hospitalar, não são as únicas determinações da busca pelo atendimento, decidimos estudar as limitações para o autocuidado, que também podem contribuir para o agravamento das afecções e, conseqüentemente, para a necessidade de reinternações. Apesar dessas considerações, nesse estudo, as reinternações foram abordadas como parte do perfil do grupo de idosos e não como uma relação direta com as limitações para o autocuidado. Tomamos essa preocupação porque, de início, não havia dados que pudessem afirmar essa relação.

No meio científico, a proposta de autocuidado tem sido discutida como uma estratégia para minimizar e prevenir as dificuldades encontradas na velhice. Com uma visão mais otimista sobre a velhice, que incentiva a autonomia e reconhece as potencialidades dos idosos, a proposta de autocuidado encontra um terreno favorável para sua divulgação. A educação à saúde, com ênfase na prática do autocuidado, tornou-se o grande destaque neste momento. Dessa forma, a Teoria do Autocuidado, de Dorothea E. Orem, tem sido objeto de estudo para muitos pesquisadores interessados no “envelhecimento bem sucedido”. Sua premissa de que todas as pessoas podem tornar-se agentes de seu próprio cuidado encaixa-se na crença de que não há limites de idade para se aprender esse cuidado. Segundo Orem, com o suporte familiar e profissional, as pessoas passam a agenciar ativamente sua saúde.

Embora ninguém questione a necessidade das pessoas, especialmente dos idosos, de promoverem sua própria saúde, existem aspectos que devem ser considerados antes que abracemos entusiasticamente essa concepção. Assim sendo, elegemos alguns estudos acerca do autocuidado, os quais oferecem subsídios para a nossa discussão. Inicialmente destacaremos os trabalhos que fazem uma reflexão sobre as implicações políticas da utilização do autocuidado e, posteriormente, daremos ênfase às pesquisas sobre a assistência centrada na Teoria do Autocuidado, de Orem.

Nos estudos que trazem uma reflexão crítica sobre o autocuidado, o primeiro ponto a considerar é a clareza de que o autocuidado não elimina a responsabilidade dos

governos e dos profissionais de saúde, transferindo-a ao idoso e, com isso, culpando-o diante da manifestação da doença e de limitações decorrentes dela. O autocuidado baseia-se numa parceria entre entidades, profissionais, familiares e idosos, na qual a responsabilidade pelo sucesso ou fracasso da saúde depende da participação de todos. Os autores DEBERT (1999), CHOMPRÉ (1994) e SAYEG (1998) discutem sobre o propósito do autocuidado e as implicações que ele pode trazer se não for corretamente compreendido.

Para DEBERT (1999:229), a constituição do envelhecimento frente a um novo mercado de consumo trouxe o dever de todos manterem-se jovens. São glorificadas as iniciativas das pessoas que aderem a estilos de vida que promovam a saúde e o bem-estar. Dessa forma, “os problemas ligados à velhice passam a ser tratados como um problema de quem não é ativo e não está envolvido em programas de rejuvenescimento”. A velhice, então, quando vivida em seus aspectos mais negativos, acaba sendo por culpa exclusivamente de quem não aderiu a esses padrões.

Acreditamos que essa tendência em responsabilizar os idosos pela própria doença pode retirar do Estado o seu dever de promover a saúde de seus cidadãos, transferindo-o ao idoso. Para CHOMPRÉ (1994) esse risco é uma importante crítica à proposta do autocuidado, uma vez que ele deve ser considerado como uma necessidade de responsabilidade individual e coletiva.

Segundo DEBERT (1999), a visão sobre a velhice, anteriormente compreendida como uma fase de declínio e incapacidades, promoveu a garantia de alguns direitos aos idosos, como a aposentadoria. Uma outra visão que leve ao extremo, em que a velhice passa a ser um período de intenso desenvolvimento de potencialidades, pode comprometer a aquisição desses direitos.

Ao nosso ver, o autocuidado, que se apóia na premissa de incentivo a potencialidades, jamais deve implicar numa perda de direitos dos idosos, mas sim em uma conquista. Se bem divulgado, ele pode revelar-se uma proposta muito oportuna, uma vez que o autocuidado promove um salto na qualidade de vida dessa população. Segundo SAYEG (1998:97), a imagem do idoso bem sucedido é a do cidadão autônomo e independente funcionalmente, que além da consciência da necessidade de cuidar-se, amplia essa consciência a outras pessoas, “transmitindo-lhes orientação e condutas específicas (idoso solidário)”.

De acordo com essas considerações, enfatizamos que o autocuidado revela-se uma proposta que requer um olhar crítico. Em meio à aclamação de acadêmicos e da mídia, que promovem uma concepção mais ativa da velhice, é preciso atenção para que a prática do autocuidado não se tome estratégia de barateamento de custos a um Estado preocupado com a sobrecarga de idosos em seus serviços de saúde e previdência social. Um número importante de idosos sofre por muitas doenças e limitações e, se não atendem aos requisitos de “envelhecimento bem sucedido”, vivendo a velhice em seus aspectos mais sombrios, é porque certamente não receberam suporte apropriado ao longo da vida que pudesse evitar o aparecimento e o agravamento dessa situação.

Concomitante às análises críticas sobre o autocuidado, encontramos na literatura nacional estudos que utilizam a Teoria de Dorothea E. Orem nos serviços de saúde, especificamente com indivíduos em seguimento ambulatorial, e que merecem nossa atenção. Embora a nossa pesquisa tenha sido realizada com idosos internados, em um serviço no qual a sistematização da assistência não contempla o autocuidado, identificamos pontos convergentes entre esses estudos e os nossos achados e, também, algumas divergências que consideramos fundamentais para essa discussão.

FONSECA (1997) e DUARTE et al. (2000), em estudo com pacientes em quimioterapia antineoplásica e com uma paciente epiléptica, respectivamente, afirmam que a implantação da Teoria do Autocuidado de Orem promove o atendimento humanístico e recupera a visão holística do paciente. Isso se mostra coerente com os resultados da nossa pesquisa, os quais revelam a necessidade da interlocução entre pacientes e equipe, bem como a importância de se desestabilizar a objetivação do paciente, na qual o seu corpo torna-se o protagonista da situação e não o próprio paciente. A “ascensão” de um corpo, ou ainda, de seus fragmentos, mostra a despersonalização do paciente, resultado de uma especificidade médica, que faz a parte tomar o lugar do todo. Isso mostra, portanto, sucessivas reduções: de indivíduo (senhor fulano de tal) para paciente (leito número), de paciente para corpo e do corpo para partes.

Os estudos são unânimes em afirmar que os indivíduos apresentam capacidade e potencial para o autocuidado. Em parceria com os profissionais de saúde, essa capacidade e potencialidades são empregadas a serviço do autocuidado, levando esses indivíduos à superação de dificuldades, maior participação na promoção da saúde e efetiva melhora do quadro clínico. Temos, porém, como ressalva, que os autores utilizam uma outra visão de

sujeito, que é consciente e intencional, e que domina o seu querer. Na perspectiva discursiva, nosso sujeito é interpelado, não tendo controle de como os discursos o afetam. Essa diferença torna-se de extrema importância quando refletimos sobre o processo de implantação dessa teoria nesses serviços. Se o ponto de partida dessas pesquisas é o sujeito intencional, a compreensão de comunicação levará, possivelmente, a uma perspectiva comportamental, de estímulo e resposta. Dessa forma, o paciente recebe do profissional a informação e a assimila, agindo segundo essa informação. Contudo, se essa comunicação se processasse dessa maneira direta, mecânica e automática, a falta de adesão dos pacientes, tão comum na assistência, se mostraria injustificada. A nosso ver, conforme os dados obtidos em nosso estudo, a interlocução significa mais do que a troca de informações e o cumprimento de metas: ela faz com que o corpo faça sentido. Assim, o paciente toma a posse do seu corpo, chegando a se autorizar em procedimentos que, mesmo não reproduzindo com exatidão o que foi indicado pela equipe, trazem melhora à saúde. Retornaremos à essa discussão após apresentarmos os resultados desses estudos.

Todos os trabalhos consideram relevante a Teoria do Autocuidado de Orem, uma vez que ela permite uma melhor identificação dos entraves que levam o indivíduo à falta de cuidado consigo mesmo, além de auxiliar os pacientes na busca pelo restabelecimento da saúde e bem estar, tornando-os para isso agentes de cuidado. Em sua maioria, os estudos mostraram que a sistematização da teoria de Orem iniciava-se com o levantamento dos *déficits para o autocuidado*, seguia-se com o estabelecimento de metas e objetivos junto ao paciente e, posteriormente, escolhia-se o modelo de aplicação para a superação dos *déficits*, terminando com a avaliação dos resultados. Os estudos não mencionam dificuldades na implantação e não trazem muitas informações sobre as condições de produção. São mostrados, sobretudo, os resultados, apontados como satisfatórios na promoção da prática do autocuidado.

PEIXOTO (1996), FIALHO; PAGLIUCA (2000), FERNANDES et al. (2000) e SILVA et al. (2000) revelam que os pacientes apresentavam desconhecimento ou incompreensão sobre a doença, tratamento, complicações e cura. Esses dados mostram-se compatíveis aos nossos quanto à falta de interlocução do paciente com seu próprio corpo e também com a equipe. Entretanto, nesses estudos, os caminhos que levaram à busca pela superação dessas limitações mostraram-se diferentes. FIALHO; PAGLIUCA (2000:49) procuraram “desenvolver ambiente favorável à aprendizagem” e “explicar a relação dos sinais e sintomas existentes com a patologia”. FERNANDES et al. (2000:81) revelam que os

sujeitos do estudo apresentavam *déficit de conhecimento*, relacionado “à falta de familiaridade de recursos de informações”. Como intervenção, relatam que “o método de ajuda foi o ensino” e que a “aplicação da teoria de Orem foi fundamental, principalmente quando se adquiriu maior conhecimento da doença e aquisição de habilidades com o manejo da doença”. PEIXOTO (1996) descreve a participação dos pacientes diabéticos em um programa de aulas teóricas e práticas, que abrangia os temas: conceito de Diabetes; fisiopatologia; sinais e sintomas; dieta; atividades físicas e cuidados com o corpo; complicações; e medicação. SILVA et al. (2000) apostam em uma proposta de consciência corporal, para que a prática do autocuidado (auto-exame das mamas) se efetive.

Observamos a partir desses resultados que os quatro estudos mencionam a incompreensão dos participantes quanto à doença, entretanto, são os dois últimos trabalhos que apresentam maior aproximação com a nossa pesquisa, a qual mostra a falta de interlocução com o corpo como o grande tropeço na efetivação do autocuidado, e que apontam para práticas dirigidas ao conhecimento e à compreensão do corpo.

Não pretendemos com o nosso estudo sugerir a implantação da Teoria de Autocuidado, de Dorothea E. Orem, na instituição em que realizamos a nossa pesquisa ou em outros serviços. Essa teoria foi utilizada para que pudéssemos conhecer quais as limitações para o autocuidado encontradas pelos idosos reinternados portadores de vasculopatias. A amplitude dessa discussão, que nos fez questionar como seria a sistematização dessa teoria, foi possível pelo trabalho de análise discursiva, que mostrou condições de produção adversas à premissa do autocuidado. Acreditamos que, frente a essas condições específicas, a implantação da teoria de Orem seria, hoje, inviável. Os dois grandes funcionamentos encontrados, ou seja, a falta de interlocução do paciente com a equipe e com seu próprio corpo, mostram-se absolutamente incompatíveis à concepção dessa teoria: o autocuidado, para ser efetivado, requer posse do corpo e parceria com os profissionais. O que encontramos, no entanto, está distante dessa premissa. A desprotagonização do paciente e a redução da assistência à uma tecnicidade impedem não apenas a sistematização da Teoria do Autocuidado, mas também a própria prática de autocuidado. Além disso, temos uma outra diferença fundamental entre o nosso e os demais estudos: os idosos estão internados e não em seguimento ambulatorial e, ainda, apresentam história de readmissões hospitalares. A necessidade de internação e as reinternações anteriores parecem atestar o fracasso dos tratamentos, fazendo triunfar a doença, na qual o corpo saudável não faz sentido.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como pôde ser visto, a tríade idoso – autocuidado – reinternação orientou a realização desse estudo. A relação entre autocuidado e a reinternação revelou-se na falta de interlocução do paciente com a equipe e com o seu próprio corpo. Esses dois grandes funcionamentos mostraram-se originários das limitações para o autocuidado e, conseqüentemente, contribuíram para as readmissões hospitalares nesses idosos portadores de vasculopatias. Assim, pudemos compreender a partir de nossos resultados que as doenças vasculares, embora caracteristicamente crônicas, não são, por si só, determinantes da necessidade das (re)internações. Mas o que podemos dizer do terceiro elemento dessa tríade, o idoso?

O nosso estudo, além de ampliar a compreensão sobre o autocuidado, revelando a sua complexidade e implicações, trouxe outra descoberta. Embora a palavra *idoso* tenha sido, sem dúvida, a mais recorrente no texto, não pudemos deixar de observar que ela foi muito pouco mencionada pelos próprios idosos. Estamos tão acostumados a considerar a idade como o principal atributo de um grupo de pessoas acima de 60 anos, que por pouco, ignoramos a ausência da menção à idade pelos próprios sujeitos. Por que ela não adquiriu nos discursos dos idosos a mesma visibilidade que demos a ela? Por que o fator idade não foi destacado pelos sujeitos? Isso nos chamou a atenção uma vez que todos os estudos consultados seguem a mesma linha, ou seja, colocam em evidência a questão do idoso e as particularidades relacionadas a esse grupo. Todas as propostas consideram que essa determinação etária requer medidas específicas. Contudo, essa diferenciação não foi percebida nos discursos dos sujeitos, o que nos leva a tecer algumas considerações a esse respeito.

A primeira, refere-se ao critério etário estabelecido pela OMS (1974), que considera, para os países em desenvolvimento, idosas as pessoas com idade igual ou acima de 60 anos. Esse critério vem sendo ainda utilizado por pesquisadores da área da saúde, especificamente nos estudos acerca de questões relacionadas aos idosos, para a definição da amostra de sujeitos de suas pesquisas. Esse critério acabou naturalizando-se no meio científico sem que muitas vezes fossem compreendidas as suas implicações.

CINTRA (1998:9) acredita que, no Brasil, esse critério já está sendo questionado em função de alguns fatores como o aumento da expectativa média de vida. Para a autora, “conceber como idosa uma pessoa com idade igual ou próxima a 60 anos representa, para muitas que pertencem a esta faixa etária, uma atitude de menosprezo às suas capacidades físicas e cognitivas, ainda preservadas”. Para MERCADANTE (1996), as pessoas conhecem que são classificadas socialmente como idosas, porém rejeitam essa classificação. O conhecimento, mas a não aceitação desse modelo implica na construção de uma identidade onde o velho não sou “eu”, mas é o “outro”. BEAUVOIR (1990:40) diz que existem “importantes diferenças entre sujeitos de uma mesma idade” e descreve vários exemplos onde a senescência pode ser mais ou menos acelerada.

Uma outra questão refere-se à indiferenciação por parte dos profissionais da área de saúde entre “paciente adulto” e “paciente idoso”. Embora a Enfermaria da Clínica Vascular receba um número significativo de idosos, a atenção é dada às vasculopatias e não aos processos de senescência e senilidade. As preocupações variam de acordo com as especialidades e o idoso é visto como tal, sobretudo, em enfermarias geriátricas, e pouco nas demais. Aparentemente, os idosos reproduziram em seus depoimentos um discurso dessa equipe, demonstrando que ser paciente é a principal identidade no momento da hospitalização, e não o fato de ser uma pessoa idosa.

Outro enfoque se dá sobre a noção de finitude, que a idade avançada traz. A velhice é o momento de aproximação da morte e, quando essa fase é acompanhada por doenças, o incômodo frente à finitude é ampliado. Assim, somam-se o desconforto natural (velhice) à doença, tornando o desafio maior (GAVIÃO, 2001)<sup>22</sup>. Os discursos mostraram o medo pela presença da doença de risco iminente, o que torna a idade um fator de maior angústia. Como a doença não poderia ser negada, em função de seus aspectos concretos, tão intensamente vívidos, a resistência recaiu sobre a idade, mais abstrata e, por isso, mais “fácil” de ser negada. Há um imaginário muito marcado sobre o idoso, no qual a decadência física está muito presente. Isso leva a um esforço em negar essa identificação, sem no entanto jamais esquecê-la.

De acordo com esse aspecto, essa associação da doença e da idade com a morte pode ser um reflexo na assistência indiferenciada e distante aos idosos. O medo da

---

<sup>22</sup> Notas de palestra de Congresso.

morte faz com que os idosos sejam “esquecidos” pelos profissionais, que se afastam para não depararem com essa questão, que é de todos (PY, 2001)<sup>23</sup>. Embora seja muito difícil pensar nisso, a questão é que todos nós seremos velhos e todos nós somos transitórios.

Antes de encerrarmos, acreditamos ser importante ressaltar que abordado na perspectiva discursiva, o autocuidado deixa de ser uma responsabilidade que acarreta culpas e acusações, para ser pensado como uma premissa que se efetiva na interlocução entre pacientes e profissionais da saúde, e na interlocução com o próprio corpo, ou seja, de “sentidos com o corpo”. Reforçamos, contudo, que o autocuidado, nas condições em que se produz, não encontra espaço para a sua efetivação. Nesse sentido, as limitações imperam e, com elas, aumentam as possibilidades de agravamento do quadro clínico e, conseqüentemente, da reinternação.

Finalizando, este estudo não pretende ser uma crítica à relação entre profissionais e pacientes e tampouco à concepção de autocuidado. Nossa intenção foi mostrar o funcionamento discursivo das limitações para o autocuidado dos idosos portadores de vasculopatias, e foi por meio desse funcionamento que entendemos como as limitações estão determinadas pela relação entre os idosos e os profissionais de saúde. Sabemos que a dificuldade em efetivar-se a proposta de autocuidado não é decorrência de intencionalidades. Mas o funcionamento que observamos, de falta de interlocução do paciente com a equipe e com seu próprio corpo, está naturalizado. Ele precisa ser posto em evidência porque, conforme foi dito, essas condições de produção específicas não propiciam o autocuidado. Somente quando o idoso for assistido pelos profissionais de forma mais próxima e for restituído à condição maior do que um corpo, a proposta de autocuidado deixará de ser mera oratória. Assim, esperamos que a visibilidade que demos à situação possa trazer alguns deslocamentos que tornem mais favoráveis as condições para a prática do autocuidado.

---

<sup>23</sup> Notas de palestra de Congresso.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBERS, M.T.V. Aneurismas arteriais. In: \_\_\_\_\_. **Clínica Cirúrgica**. São Paulo: Sarvier, 1988. cap. 20, p.183-193.
- ALMEIDA, M.H.M.; DERNTL, A.M. Autocuidado: uma estratégia de atenção ao idoso em terapia ocupacional. **Gerontologia**, v.4, n.2, p.79-82, 1996.
- ALVARENGA, M.R.M. **Perfil das reinternações de idosos e a percepção da enfermagem sobre a organização da alta hospitalar**. 2000. 128f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- ANZOLA-PÉREZ, E. **Enfermería gerontológica: conceptos para la practica**. Washington, OPAS/ OMS, 1993. cap.4, p.25 (Série PALTEX para ejutores de programas de salud, n.31).
- BEAUVOIR, S. **A velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.
- BONAMIGO, T.P. Aneurismas arteriais. In: **O exame do paciente vascular**. São Paulo: Sarvier, 1995. Cap.8. p. 68-74.
- BOWLBY, J. **Separação- Angústia e Raiva**. São Paulo: Martins Fontes, 1984. vol. 2
- BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Plano integrado de ação governamental para o desenvolvimento da política nacional do idoso**. Brasília, D.F., 1997.
- BRITO, C.J. Doença Oclusiva Crônica. In:\_\_\_\_\_ **O exame do paciente vascular**. São Paulo: Sarvier, 1995. Cap.2. p. 19-29
- CAVANAGH, S.J. **Orem's Model in Action**. 3.ed.Houdmills: Macmillan Press, 1993.
- CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista Saúde Pública**, v.31, n.2, p.184-200, 1997.

CHAKUR, S.S. **Interações e construção do conhecimento no deficiente mental**: um estudo na pré-escola de ensino regular. Campinas, 1994. 106f. Dissertação (Mestrado em Educação) Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

CHOMPRÉ, R.R. Autocuidado: necessidade ou responsabilidade? **Em-Pauta**-Revista da Faculdade de enfermagem da UFBA, v.7, n.1/2, p.153-161, 1994.

CINTRA, F.A. **A significação do glaucoma e a mediação dos significados de velhice na perspectiva vygotkiana**: subsídios para a educação à saúde. São Paulo, 1998. 321f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

COSTA et al. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. **Informe Epidemiológico do SUS**, v.9, n.1, p.23-41, 2000.

DEBERT, G.G. **A Reinvenção da Velhice**: socialização e reprivatização do envelhecimento. São Paulo: EDUSP, 1999.

DERNTL, A.M. As muitas autonomias e o autocuidado. **Gerontologia**, v.6, n.4, p.197-199, 1998.

DIOGO, M.J.D'E. O papel da enfermeira na reabilitação do idoso. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v.8, n.1, p.75-81, 2000.

DUARTE et al. Diagnóstico de enfermagem em paciente epilética embasado na teoria do autocuidado: estudo de caso. **Neurologia Nursing**, n.25, ano 3, 2000.

DUPAS et al. Reflexão e síntese acerca do modelo do autocuidado de Orem. **Acta Paul.Enf.**, v.7, n.1, p.19-26, 1994.

FARINATTI, P.T.V. Avaliação da autonomia do idoso: definição de critérios para uma abordagem positiva a partir de um modelo de interação saúde - autonomia. **Arq. Geriatr. Gerontol**, v.1, n.1, p.31-7, 1997.

FERNANDES et al. Sistematização da assistência de enfermagem ao diabético jovem embasada no autocuidado. **Rev . RENE.Fortaleza**, v.1, n.1, p.76-82, 2000.

FERRERO, S.H.; CINTRA, F.A. Estudo das reinternações de idosos portadores de vasculopatias em um hospital universitário. In: CONGRESSO PAULISTA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA 2., 2001, São Paulo. **Resumos...** São Paulo: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2001. p. 21.

FIALHO, A.V.M.; PAGLIUCA, L.M.F. Mulher portadora de câncer: diagnósticos de enfermagem à luz da teoria do autocuidado de Orem. **Rev. RENE.Fortaleza**, v.1, n.1, p.46-50, 2000.

FONSECA, S.M. O cuidado de enfermagem a pacientes em quimioterapia antineoplásica: uma aplicação da teoria de Dorothea Orem. **Acta Paul. Enf.** v.10, n.2, p.74-79, 1997.

FOSTER, P.C.; JANSSENS, N.P. Dorothea E. Orem. In: \_\_\_\_\_. **Teorias de Enfermagem: os fundamentos para a prática profissional.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

GAVIÃO, A.C.D. A depressão no câncer no sistema digestório. In: CONGRESSO PAULISTA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA 2., 2001, São Paulo. **Resumos...** São Paulo: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2001. p. 120.

HARTWEG, D.L. **Dorothea Orem: self-care deficit theory.** London: Sage Publications, 1.ed., 1991.

JACOB FILHO, W; SOUZA, R.R. Anatomia e fisiologia do envelhecimento. In: \_\_\_\_\_  
**Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica.** 1. ed. São Paulo: Atheneu, 1994. Cap. 3, p. 31-40.

JAHNIGEN, D.W. Hospital Care. In: HAM, R.J.; ALOANE, P.D. **Primary Care Geriatrics: A case – based Approach.** 3.ed. E.U.A., 1997.

KALACHE et al. O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. **Revista Saúde Pública**, v.21, n.3, p.200-10, 1987.

LAGAZZI, S. **O desafio de dizer não.** Campinas: Pontes, 1988.

LAGAZZI, S. Tipologia do Discurso/ Disciplina apresentada na Unicamp, Campinas, 2001.

LEOPARDI, M.T. **Teorias em Enfermagem**: instrumentos para a prática. Florianópolis: Papa-Livros, 1999.

MARIN, M.J.S. **Preparando o idoso para a alta hospitalar**. Ribeirão Preto, 1999. 190f. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

MARIN, M.J.S.; ANGERAMI, E.L.S. Problemas dos idosos na alta hospitalar. **Gerontologia**, v.4, n.2, p.68-74, 1996.

MARIN et al. Proposta para implantação de programa de internação domiciliar para idosos no Município de Marília. **Gerontologia**, v.8, n.2, p.40-7, 2000.

MERCADANTE, E. (1996) Aspectos antropológicos do envelhecimento. In: \_\_\_\_\_. **Gerontologia**. São Paulo, Atheneu. cap. 6, p. 73-76.

MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 2.ed. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1993. cap.3, p.105-96.

NAYLOR, M.D. Comprehensive discharge planning for hospitalized elderly: a pilot study. **Nurs. Res.**, v.39, n.3, p.156-161, 1990.

OLIVEIRA, A.C., FORTES, P.A. de C. O direito à informação e a manifestação da autonomia de idosos hospitalizados. **Em Pauta** -Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v.33, n.1, p.59-65, 1999.

OREM, D.E. **Nursing**: concepts of practice. 4.ed. St. Louis: Mosby-Year Book, 1991. cap.6, p.117-144: Self-care, self-care requisites, therapeutic self-care demand.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Planificación y organización de los servicios geriátricos**: informe de un Comité de Expertos. Ginebra, 1974 (Série de informes técnicos, 548).

ORLANDI, E. **Análise de Discurso**: princípios e procedimentos, Campinas: Pontes, 1999.

PASSARELI, M.C.G. O processo de envelhecimento em uma perspectiva geriátrica. **O mundo da saúde**, São Paulo, v.21, n.4, p.208-12, 1997.

PAVARINI, S.C.I. **Dependência comportamental na velhice**: uma análise do cuidado prestado ao idoso institucionalizado. 1996. 230f. Tese (Doutorado em Educação) Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

PÊCHEUX, M. **Semântica e Discurso**: uma crítica à afirmação do óbvio. Campinas: Unicamp, 1988.

\_\_\_\_\_ **Por uma análise automática do discurso**. Uma introdução à obra de Michel Pêcheux. Campinas: Unicamp, 1997.

PEIXOTO, M.R.B. Divergências e convergências entre um modelo de assistência de enfermagem a pacientes diabéticos e a Teoria do Déficit de Autocuidado de Orem. **Em Pauta**-Revista da Faculdade de Enfermagem da USP, São Paulo. v.30, n.1, p.1-13, 1996.

PY, L. Tanatologia./Trabalho apresentado. CONGRESSO PAULISTA DE GERIATRIA e GERONTOLOGIA, 2., 2001, São Paulo. **Resumos...** São Paulo: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2001. p. 137.

QUINTERO O., M. El autocuidado. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **La atención de los ancianos**: un desafío para los años noventa. Washington, 1994. p.352-59. (Publicación científica, 546).

RAMOS et al. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Revista Saúde Pública**, v.27, n.2, p.87-94, 1993.

RIBEIRO, G.L.M.T. **O processo de admissão hospitalar do idoso em unidade de clínica médica**. 2001. 105f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) – Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

RICH et al. A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. **N. Engl. J. Med.**, v. 333, n.18, p.1190-95, 1995.

RODRIGUES, R.A.P. **Atividade educativa da enfermeira geriátrica**: conscientização para o autocuidado das idosas que tiveram “queda”. 1993. 203f. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

\_\_\_\_\_. O cuidar e o autocuidado: promoção da vida do idoso. Soc. Bras. de Geriatria e Gerontologia. **Boletim**, n.14, p.12-13, ano 4, 1997.

SAYEG, M.A. Envelhecimento bem sucedido e o autocuidado: algumas reflexões. **Arq geriatr gerontol**, v.2, n.3, p.96-8, 1998.

SCHOLZ, M.R. **Deficiências e incapacidades de pessoas com doença arterial oclusiva crônica em membros inferiores**. 1999. 187f. (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo.

SILVA et al. Auto-exame das mamas em mulheres jovens e a relação com o autocuidado. **Rev. RENE.Fortaleza**, v.1, n.1, p.9-13, 2000.

SILVESTRE, J.A. et al. O envelhecimento populacional brasileiro e o setor saúde. **Arq geriatr gerontol**, v.0, n.1, p.81-9, 1996.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G.(eds.) **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 7.ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1993.

TEIXEIRA, J.J.V.; SPÍNOLA, A.W.P. Comportamento do paciente frente à aderência medicamentosa. **Arq geriatr gerontol**, v.2, n.1, p.5-9, 1998.

WILLIAMS, E.I.; FITTON, F. Factors affecting early unplanned readmission of elderly patients to hospital. **BMJ**, v.297, p.784-87, 1988.

## ANEXO I Instrumento

### I) Dados pessoais:

Data da entrevista: \_\_\_\_\_

Nome (iniciais): \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Como é a forma de moradia?

casa/apto     sobrado     cortiço     outro \_\_\_\_\_

Com quem reside (parentesco/ idade)? \_\_\_\_\_

Qual o seu estado civil (se casado, amasiado ou viúvo, há quanto tempo)?

solteiro     casado \_\_\_\_\_     amasiado \_\_\_\_\_     viúvo \_\_\_\_\_

Quantos filhos tem? \_\_\_\_\_

Qual a sua escolaridade? \_\_\_\_\_

Qual a sua profissão (em caso de aposentadoria, há quanto tempo)? \_\_\_\_\_

Qual a sua ocupação (sem haver necessariamente remuneração)? \_\_\_\_\_

Qual a sua renda mensal (incluindo ajuda de familiares) e de que maneira ela é obtida?

### II) Dados do prontuário do paciente:

Diagnóstico, data da admissão e da alta de cada internação:

Tratamento indicado para cada internação:

Data da admissão da atual internação (reinternação):

### III) Descrição da rotina diária pré internação:

Quais os cuidados que fazem parte do tratamento pedido para ser feito em casa?

\_\_\_\_\_

### IV) Compreensão sobre a doença, o tratamento e o prognóstico:

Qual o seu problema?

Quais as dificuldades que a sua doença traz?

O(a) senhor(a) consegue entender por que ficou doente?

O(a) senhor(a) consegue entender por que precisou voltar para o hospital? \_\_\_\_\_

Qual o tratamento que indicaram para o(a) senhor(a)? \_\_\_\_\_

Quando o(a) senhor(a) voltar para casa, o(a) senhor(a) acha que vai ter que mudar o seu modo de vida? \_\_\_\_\_

**V) Descrição da rotina diária hospitalar:**

Quais são os cuidados que o(a) senhor(a) tem no dia-a-dia no hospital, para ajudar no seu tratamento? \_\_\_\_\_

Como (a) senhor(a) se sente por estar aqui no hospital? \_\_\_\_\_

O(a) senhor(a) tem encontrado alguma dificuldade aqui no hospital? \_\_\_\_\_

**VI) Expectativas do pós – alta:**

O(a) senhor(a) acha que pode evitar uma nova internação ? \_\_\_\_\_

Como as pessoas que estão próximas do(a) senhor(a) podem ajudar a evitar uma nova internação? \_\_\_\_\_

O(a) senhor(a) acha que os médicos e os enfermeiros podem ajudar para que o “senhor” não seja reinternado? \_\_\_\_\_

## ANEXO II

### Termo de Consentimento

PROJETO: Estudo da relação entre o déficit para o autocuidado dos idosos portadores de vasculopatias e a reinternação hospitalar.

RESPONSÁVEL: Profa. Dra. Fernanda Aparecida Cintra.

ORIENTANDA/ ALUNA PESQUISADORA: Sílvia Helena Ferrero

Eu, \_\_\_\_\_, idade \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_, Registro \_\_\_\_\_

Concordo em participar da pesquisa em questão, que tem por finalidade estudar os fatores que levam à reinternação dos idosos portadores de vasculopatias e, dessa forma, contribuir para a redução do número de novas admissões. Além disso, estou ciente de que:

- 1) serei submetido à uma entrevista oral, que será registrada (gravada e anotada) pela pesquisadora;
- 2) recebi e receberei resposta a qualquer pergunta e esclarecimento acerca dos assuntos relacionados com a pesquisa;
- 3) tenho a garantia do sigilo e do caráter confidencial das informações que prestarei à pesquisadora;
- 4) estou ciente do número de telefone da responsável pela pesquisa (0xx 19 788 8838), para proceder eventuais explicações ou reclamações. Também poderei recorrer à secretaria do Comitê de Ética (0xx 19 788 8936) para recurso ou reclamações.
- 5) caso não concorde em participar da pesquisa, não terei prejuízo no atendimento, cuidado e tratamento pelas equipes de saúde do hospital.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Entrevistado

# ANEXO III

## Parecer do Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA  
☐ Caixa Postal 611  
13083-970 Campinas-SP  
☎ O \_ 19 7888926  
☎ O \_ 19 7888925  
✉ [cep@med.fcm.unicamp.br](mailto:cep@med.fcm.unicamp.br)

PARECER PROJETO: N° 40/2000

### I- IDENTIFICAÇÃO:

P. DE PESQUISA: ESTUDO DA RELAÇÃO ENTRE O DÉFICIT PARA O AUTOCAUIDADO DOS IDOSOS PORTADORES DE VASCULOPATIAS E A REINTERNAÇÃO HOSPITALAR

PESQUISADOR: Sílvia Helena Ferrero

### II- OBJETIVOS

Fornecer subsídios para a melhor compreensão dos fatores relacionados ao déficit para o autocuidado, que contribuem para a reinternação dos idosos, visando minimizar a reincidência das internações.

### III- SUMÁRIO DO PROJETO

A pesquisa será realizada através de entrevista padronizada realizada com 30 pacientes idosos portadores de vasculopatias internados na enfermaria de clínica vascular, com história de reinternação. Além disso, serão também entrevistados todos as enfermeiras lotados na enfermaria.

### IV- COMENTÁRIOS DOS RELATORES

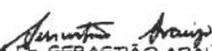
O método de estudo não acarreta riscos aos pacientes, que serão apenas entrevistados pelo pesquisador no próprio quarto da enfermaria.

### V- PARECER CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e 251/97, bem como ter aprovado os termos do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa supracitado.

### VI- HOMOLOGAÇÃO

A ser homologado na II Reunião Ordinária em 14 de março de 2000.

  
Prof. Dr. SEBASTIÃO ARAÚJO  
VICE-PRESIDENTE do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA  
FCM / UNICAMP