Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

e

Universidade do Porto
Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

"Idosos em Unidades de Terapia Intensiva" na perspectiva de médicos em hospital brasileiro

Maria Angélica Ferreira Dias

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública e ao Programa Doutoral de Gerontologia e Geriatria para a obtenção do título de Doutor em Ciências e de Doutor em Gerontologia e Geriatria especialidade de Gerontologia.

Área de Concentração:
Serviços de Saúde Pública
Tese em Co-tutela.

Orientadora Brasileira:
Professora Doutora
Helena Akemi Wada Watanabe
(USP)

Orientadora Portuguesa:
Professora Catedrática
Maria Constança Leite de Freitas
Paúl dos Reis Torgal (UP)

São Paulo
2014

“Idosos em Unidades de Terapia Intensiva” na perspectiva de médicos em hospital brasileiro

Maria Angélica Ferreira Dias

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade de São Paulo e ao Programa Doutoral de Gerontologia e Geriatria da Universidade do Porto para a obtenção do título de Doutor em Ciências e de Doutor em Gerontologia e Geriatria especialidade de Gerontologia.

Área de Concentração:
Serviços de Saúde Pública
Tese em Co-tutela.

Orientadora Brasileira:
Professora Doutora
Helena Akemi Wada Watanabe
(USP)

Orientadora Portuguesa:
Professora Catedrática
Maria Constança Leite de Freitas
Paúl dos Reis Torgal (UP)

São Paulo
2014

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese.

Aos meus avós (in memoriam)
- Rosa da Piedade Martins Paes Ferreira; Dalva Rosa Petreca Dias;
Antônio Olímpio Dias e Antônio dos Anjos Ferreira -
com quem a convivência construiu passado e futuro

Agradecimentos

Às professoras Helena Watanabe e Constança Paúl, minhas orientadoras, pelo enorme crescimento que, cada uma à sua maneira, me possibilitaram; pela interlocução precisa e valiosa; por ampliarem meus horizontes guiando pacientemente meus passos no desafio interdisciplinar e intercultural que aceitamos neste projeto.

Aos professores Maria Helena Franco, Reinaldo Ayer e Conceição Nogueira, pela importante contribuição por ocasião do exame de qualificação e/ou pré-banca deste trabalho.

Aos profissionais participantes desta pesquisa, que tão prontamente acolheram e aderiram à realização do projeto, e à instituição que a viabilizou.

À Dra. Izabel Rios, Dra. Naira, Dr. Reinaldo, Profa. Cristina Mungioli e Profa. Mary Jane, da USP e da PUC-SP, pela disponibilidade ao diálogo, seja em uma reunião, uma aula ou um curso, e aos colegas que participaram desses momentos e contribuíram com meu aprendizado.

Aos meus pais, Ana e Ubaldo, por razões que não caberiam nem em todas as páginas desta tese.

Ao meu sobrinho, meus irmãos, cunhado, tios e primos, pelo carinho, apoio, generosidade e incentivo constantes.

Aos amigos Débora, Eva, Tati, Luiz, Carol Breda, Rafael, Manoel Zé (in memoriam), Celina e Raquel - terra firme além-mar; Yarinha, Carol Caldas, Lilian, Carol Fantin e Juliana – mar em terra firme.

Aos professores, funcionários e colegas da Faculdade de Saúde Pública da USP, do ICBAS e da UNIFAI / UP pelas contribuições.

Aos funcionários dos setores de Relações Internacionais e de Pós-Graduação da USP e da UP, em especial à Renilda, Cidinha, Viviane, Lívia, Susana, Ana Mato, Luísa Capitão e Carla. À Dra. Vera, Cátia e Nete, por cuidarem de mim e dos meus enquanto estive fora.

À CAPES, pela bolsa concedida.

RESUMO

Dias MAF. “Idosos em Unidades de Terapia Intensiva” na perspectiva de médicos em hospital brasileiro [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP / Porto: Universidade do Porto; 2014

O ritmo intenso do envelhecimento populacional no Brasil tem levado a questionamentos sobre o impacto das mudanças demográficas em diferentes âmbitos da Seguridade Social, dentre os quais destacamos a área da saúde e, mais especificamente, as Unidades de Terapia Intensiva. Os avanços representados pelos princípios do Sistema Único de Saúde, a criação do Estatuto do Idoso e a preocupação com os direitos humanos tornam urgentes reflexões sobre o que se coloca como desafio no atendimento médico à população idosa em UTI. Médicos intensivistas têm sua atuação marcada, dentre outros fatores, pelos sentidos que atribuem à fase da vida e a visão que têm de seus pacientes idosos. Esta pesquisa teve por objetivo compreender quais os sentidos que médicos que atuam em UTI atribuem a velho/velhice/envelhecimento e suas relações com as práticas de assistência prestada aos pacientes idosos. Trata-se de pesquisa qualitativa, realizada por meio de observação participante de reuniões de equipes que atuam em UTI de um hospital escola na cidade de São Paulo, e de entrevistas com médicos que compõem estas equipes. Os dados foram analisados sob a ótica Construcionista. Os resultados apontam para a existência de uma polissemia relacionada à velhice, incluindo sentidos que podem produzir práticas idadistas quando não há uma postura reflexiva dos profissionais a respeito do tema, ou quando conflitos decorrentes da complexidade que envolve o atendimento hospitalar em diferentes contextos econômicos se impõem aos profissionais, dificultando o diálogo entre os envolvidos mais diretamente na situação de internação (profissionais da saúde, pacientes, familiares, cuidadores, gestores). Essa nova realidade demográfica deve ser discutida na formação profissional, envolvendo as novas e diferentes demandas da população idosa. Relacioná-las ao respeito ao direito humano à vida e à dignidade, e aos sentidos atribuídos pelos profissionais à essa fase da vida, aos velhos e ao processo de envelhecimento, bem como à forma como esses sentidos são produzidos e os seus contextos de produção, pode contribuir para que práticas de exclusão não se (re)produzam.

Palavras-chave: idosos; idadismo; Unidade de Terapia Intensiva; médico intensivista; discurso; Construcionismo

ABSTRACT

Dias MAF. "Old People in Intensive Care Units" according to the perspective of physicians in a Brazilian hospital [thesis]. São Paulo (BR): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo / Porto (PT): Universidade do Porto; 2014.

The intense pace of population aging in Brazil has led to questions about the impact of demographic changes on different aspects of Social Security, among which we highlight the area of health and, more specifically, the Intensive Care Units (ICU). The advances represented by the principles of the Unified Health System (SUS), the creation of the Elderly Statute and the concerns for Human Rights, have sped up reflections on what it is a challenge in the medical care to old people population in the ICU. Intensive care physicians have marked their performance, among other factors, by the meanings they attribute to this stage of life and by the vision they have of their elderly patients. This research aimed to explain which are the meanings attributed by that physicians working in ICUs to old/old people/aging, and their relationship to practical assistance provided to elderly patients. This is a qualitative research, resulting from the participatory observations of teams working at ICU in a university hospital in São Paulo, and from interviews with the physicians who take part in these teams. Data have been analyzed from the constructionist perspective. The results signalize to the existence of an age-related polysemy, including meanings that may produce ageist practices when there is a lack of reflexive posture of professionals about the subject, or when conflicts arising from the complexity that involves inpatient care in different economic contexts are imposed to professionals, impeding the dialogue among those involved more directly in the hospitalization (healthcare professionals, patients, family members, caregivers, managers). This new demographic reality should be discussed during professional training, involving new and different demands of the elderly population. Relate those demands to the respect to the human rights, to life and dignity, and to the meanings attributed by the professionals to this stage of life, to the old people and to the aging process, as well as to the way these meanings are produced and their contexts of production, can contribute to impede the re(production) of exclusionary practices.

Keywords: old people, ageism, Intensive Care Unit; intensive care physicians; discourse, Constructionism

ÍNDICE

APRESENTAÇÃO

1. INTRODUÇÃO.....11

1.1 POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL.....21

1.2 IDADISMO E SUAS MANIFESTAÇÕES.....32

1.2.1 O idadismo em cuidados intensivos.....37

1.3 DA REPRESENTAÇÃO SOCIAL AO CONSTRUCIONISMO: A PROPÓSITO DE UM OLHAR SOBRE A VELHICE.....41

1.3.1 *Os sentidos da velhice e sua relação com Declínio e Finitude : discursos produzidos no cotidiano de nossa sociedade – comentários a notícias divulgadas na mídia*.....49

- O lançamento do filme "Amour".....49
- A notícia do suicídio de Walmor Chagas.....53

2. OBJETIVOS.....61

3. MÉTODO.....63

3.1 ETAPA DE OBSERVAÇÃO.....65

3.2 ETAPA DE ENTREVISTAS.....71

4. RESULTADOS.....77

4.1. ETAPA DE OBSERVAÇÃO.....78

4.2. ETAPA DE ENTREVISTAS.....81

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO.....103

5.1 "O VALOR SOCIAL DA VELHICE".....107

5.2 "A INSTITUIÇÃO *FAMÍLIA* NO CONTEXTO DA UTI".....121

5.3 "CONFLITOS IMPLÍCITOS DO CONTEXTO".....136

6. CONCLUSÕES.....140

7. REFERÊNCIAS 144

ANEXOS.....153
Anexo A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da FSP
Anexo B – Pré-roteiro de entrevista
Currículo Lattes

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Datas de realização das observações – 1° Fase - Unidade 1.....66

Tabela 2 – Datas de realização das observações – 1° Fase - Unidade 2.....67

Tabela 3 – Datas de realização das observações – 2° Fase - Unidade 1.....67

Tabela 4 – Datas de realização das observações – 2° Fase - Unidade 2.....67

Tabela 5 – Profissionais que participaram da fase de observação participante da unidade de terapia intensiva 1. São Paulo, setembro de 2011 a abril de 2012.....69

Tabela 6 – Profissionais que participaram da fase de observação participante da unidade de terapia intensiva 2. São Paulo, setembro de 2011 a abril de 2012.....70

Tabela 7 – Caracterização dos participantes da etapa de entrevista por sexo, função e idade.....73

Tabelas 8A e 8B – Sistematização das tabelas de tópicos, incluindo todos os participantes.....82

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AMA	Associação Médica Americana
ANS	Agencia Nacional de Saúde Suplementar
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
CREMESP	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
ESS	European Social Survey
FAS	Fundação de Apoio ao Desenvolvimento Social
IAP	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
PPA	Plano de Pronta Ação
PROCON	Fundação de Proteção e Defesa do Consumidor
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
R	Residente
RMV	Renda Mensal Vitalícia
SUS	Sistema único de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

APRESENTAÇÃO

Esta pesquisa aborda um tema associado a um fenômeno considerado relativamente recente no Brasil, mas já vivenciado há bastante tempo em diferentes países do mundo – o aumento do envelhecimento populacional, que tem modificado nossa pirâmide demográfica.

No cotidiano de nossas experiências, o aumento da expectativa de vida somado à uma maior proporção de idosos na sociedade, ampliou o contato intergeracional, permitindo a vivência cada vez maior de situações novas, as quais nos desafiam e nos convidam a refletir e a construir relações e modos de vida diversos, que acolham as transformações deste novo contexto social. Foi uma dessas experiências que motivou a realização desta pesquisa.

O interesse profissional pelo tema "sentidos atribuídos a idosos por médicos intensivistas, no contexto de internação" foi decorrente de uma experiência pessoal, em que, como familiar, acompanhava a internação de um parente idoso na UTI. Foi, no entanto, a formação e a experiência profissional como psicóloga clínica voltada ao atendimento a pacientes em situações de perdas e luto e de pesquisadora dedicada a temáticas que envolvem exclusão/inclusão social que nos auxiliaram a construir uma compreensão do que se passava naquela experiência particular que estávamos vivenciando, e a identificar que "havia algo errado...". Os sentimentos intensos que circulavam ali e que, de diferentes formas, afetavam a todos os envolvidos naquela situação, pareciam extrapolar aquela vivência particular.

Esse sentimento levou-nos a querer saber mais sobre o assunto, desafiando- nos a "entrar na discussão", pesquisar, compreender, dialogar, na expectativa de poder contribuir, assim, na construção de um contexto mais favorável de acolhimento às novas demandas que surgem e se tornam cada vez mais comuns com o envelhecimento populacional.

Esse trabalho, assim, foi construído a partir dessas expectativas e motivações. À nossa voz somaram-se muitas outras, soantes e dissonantes, que auxiliaram na construção desta pesquisa e culminaram nos resultados a que pudemos chegar, e que aqui apresentamos.

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional tem sido considerado um fenômeno mundial, e que ocorre com características próprias nos diferentes países. No Brasil, tem ocorrido em um ritmo acelerado, em um período de tempo mais curto do que tem ocorrido em países da Europa.

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU, 2009): "In 2009, an estimated 737 million persons were aged 60 years or over and constituted the "older population" of the world, nearly two thirds of whom lived in developing countries. Their number is projected to increase to 2 billion in 2050".

Os países que apresentam maior percentual de idosos em sua população, segundo os dados da ONU de 2009 são: em primeiro lugar o Japão, com 30%, seguido por Itália e Alemanha, com 26%; Suécia, 25%; Bulgária, Finlândia e Grécia, com 24%; Portugal (e mais seis países) com 23%. O Brasil aparece na 74ª posição, com 10% de sua população composta por pessoas com 60 anos ou mais, ao lado de mais 7 países.

Estudos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2008) quanto à projeção da população do Brasil revelam: "Em 2008, enquanto as crianças de 0 a 14 anos de idade correspondiam a 26,47% da população total, o contingente com 65 anos ou mais de idade representava 6,53%. Em 2050, o primeiro grupo representará 13,15%, ao passo que a população idosa ultrapassará os 22,71% da população total".

A equivalência de porcentagem desses grupos etários se dará, segundo as estimativas do IBGE, em 2036, com cerca de 16% da população brasileira em cada um desses grupos.

GONÇALVES et al. (2006) afirmam que em Portugal, por exemplo, a população idosa já ultrapassa em número a população jovem, e, embasados em outros autores, avaliam:

> (...) concluímos que com o envelhecimento do organismo humano se verifica um desequilíbrio sucessivo entre ganhos e perdas, motivado essencialmente pelo declínio de recursos biológicos e cognitivos (Schroots, 1995). No entanto, não só o ritmo a que se sucede este declínio poderia ser evitado ou minimizado, caso os contextos sociais e culturais compensassem a perda de recursos biológicos, como também é acelerado pelas expectativas subjectivas sobre o

> envelhecimento, a nível social económico e cultural (Baltes & Baltes, 1990), relegando os idosos para papéis secundários e discriminativos (Cutler & Hendricks, 2001). (p.138-9)

A velhice, fase final do ciclo vital, é associada muitas vezes a doenças, necessidade de internações, morte, desvalia, dependência e outros estigmas que podem tornar a vivência dessa fase uma experiência bastante difícil. A proximidade da morte pode, inclusive, influenciar numa postura de negação da velhice e supervalorização da juventude – o velho que, para ter valor social, precisa ser identificado com o jovem.

No cotidiano de nossa sociedade é comum ouvirmos simplificações sobre as causas de morte das pessoas, tal como "morreu de velho". Essa explicação é colocada num mesmo paradigma de outras como "morreu de câncer", "morreu do coração". A questão que merece atenção é quando, assim, velhice passa a equivaler a doença e, mais do que isso, a doença terminal. ARAÚJO et al. (2006) relatam em seu estudo a existência de uma conotação negativa que associa velhice à doença.

No contexto atual, de transição demográfica reconhecida, no Brasil, em políticas públicas expressas, por exemplo, no Estatuto do Idoso e no Envelhecimento Ativo, convivemos com o paradoxo e a polissemia da velhice.

Diferentes autores, conforme mostra levantamento bibliográfico realizado por TEIXEIRA et al. (2007) demonstram a valorização da juventude em detrimento do envelhecimento na sociedade brasileira. Outros, como SILVA (2008), analisam a passagem da "velhice" à "terceira idade" destacando a importância de haver espaço, em nossa cultura, à vivência da heterogeneidade, da diversidade, nesse período da vida, valorizando a agitação e a quietude; a atividade e a inatividade; a disposição e o descanso.

GUERRA e CALDAS (2010), embasados em levantamento bibliográfico que realizaram, sistematizam a idéia de que as representações sociais negativas dos idosos são assimiladas pelos mesmos, provocando reações como negação da velhice, passividade, isolamento, agressividade e contribuem para a exclusão do idoso. Alertam também para a diversidade de representações passíveis de serem encontradas no Brasil, circulando em grupos de idosos com características diversas

quanto à situação sócio-econômica, às regionalidades e religiosidades, entre outros fatores.

Pesquisa realizada por COSTA e CAMPOS (2009) com idosos em Goiânia, região Centro Oeste do Brasil, sobre representação social da velhice, encontra como resultado um campo comum em que esta aparece como sinônimo de declínio e morte, ainda que os idosos pesquisados sejam freqüentadores de universidade, clube e centro de convivência – propostas tidas como oportunidades, conquistas, ganhos dos idosos na sociedade contemporânea.

As diferentes maneiras como os idosos são vistos associam-se a diversas formas como o atendimento médico é prestado a essa população. ROSA (2009), ao discutir um caso clínico de atendimento a idoso, observa:

> O argumento da filha de que informar o pai sobre seu estado de saúde poderia vir a prejudicá-lo procede de uma tendência histórica de se considerar o idoso um sujeito incapaz. Não estamos livres da possibilidade de essa vocação cultural contaminar a relação médico-paciente, o que poderia, em algum momento, nos levar a fazer a mesma dedução. (p.15)

Idoso é visto, no caso relatado, como alguém sem autonomia, "incapaz", que deve ser poupado de questões que dizem respeito a ele próprio. ROSA (2009) nos alerta sobre o risco de que esse sentido possa constituir práticas médicas, no caso de, no atendimento ao paciente idoso, o médico adotar uma postura paternalista, que pode ser inadequada ao caso em particular. ROSA observa, no entanto, que essa postura paternalista é considerada adequada nos casos em que o próprio idoso manifesta ao médico esse desejo.

Ao abordar o tema da relação profissional-paciente idoso, GOLDIM (2002) cita Bonder:

> Uma mulher de 82 anos adentrou o consultório do Dr. Mayerovitz. "Doutor", disse ela sofregamente, "não estou me sentindo bem". "Sinto muito, Sra. Kupnik: algumas coisas a medicina mais avançada pode curar. Eu não tenho como torná-la mais jovem, a senhora compreende." Ela respondeu de imediato: "Doutor, quem foi que lhe pediu para fazer-me mais jovem? Tudo o que quero é que possa me fazer mais velha!"

(Bonder N. O segredo judaico de resolução de problemas. 9 ed. Rio de Janeiro: Imago, 1995:80)

A pequena anedota acima explicita bem a temática dos sentidos atribuídos ao idoso orientando a prática no atendimento médico. O contexto em que foi publicada por Bonder revela a perspicácia adquirida por pessoas que vivenciaram diversas situações de ameaça à sobrevivência (no caso, o povo judeu). Trazê-la ao contexto da relação profissional-paciente idoso, como fez GOLDIM, se não for uma forma bem-humorada de alertar os profissionais para o risco de que esses sentidos venham a ser uma ameaça aos idosos, no mínimo, permite essa interpretação.

Sentidos que associam *velhice* a *doença*, *declínio* e *finitude* estão presentes em diferentes âmbitos, podendo construir práticas de exclusão nos mais diversos contextos, inclusive no da saúde, como mostram as pesquisadoras portuguesas GORJÃO e MARQUES (2012), ao destacarem, nos estudos de Robinson, que "aos idosos é muitas vezes negado tratamento médico adequado, pois estes são vistos como 'velhos' e, portanto, incuráveis" (p.136).

No contexto brasileiro, MENEZES (2000), em sua pesquisa sobre o processo de tomada de decisões dos médicos intensivistas, quanto à vida e a morte de pacientes internados em Centro de Terapia Intensiva, revela: "...na avaliação prática do intensivista sobre o enfermo, entram em jogo representações sociais mais difundidas – muitas delas estigmatizantes – e também as tensões peculiares e constitutivas da prática médica, presentes no eixo 'competência-cuidado'". (p.45)

A pesquisadora (MENEZES, 2000) aponta que, dentre essas representações estigmatizantes, estão algumas relativas aos idosos que, segundo seu estudo, seriam preteridos, em relação aos pacientes jovens. Nesse período entre a divulgação de seu estudo, em 2000, até os dias de hoje, houve avanços em áreas como a dos Cuidados

Paliativos[2], que tem ganhado força, e da Bioética - vide publicações recentes do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) dedicadas aos temas, tais como *Cuidado Paliativo (*2008*); Bioética Clínica – Reflexões e Discussões Sobre Casos Selecionados* (2008); *Entrevistas Exclusivas com Grandes Nomes da Bioética – Estrangeiros* (2009). Houve também, no Brasil, a aprovação do Estatuto do Idoso, em 2003, e de políticas de valorização do idoso, que a seguiram.

O envelhecimento da população tem levado a discussões quanto a disponibilidade e adequação dos serviços de saúde a essa nova realidade demográfica. Os cuidados intensivos, nesse cenário, adquirem um peso especial, por envolverem um contexto que favorece discussões sobre o uso de tecnologias de suporte à vida, o limite vida/morte, incluindo ordens de (não) reanimação, eutanásia, distanásia, ortotanásia, tomada de decisões.

De acordo com o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, em sua resolução 71/1995, a Unidade de Terapia Intensiva, ou Unidade de Cuidados Intensivos, é o "local dentro do hospital destinado ao atendimento em sistema de vigilância contínua a pacientes graves ou de risco, potencialmente recuperáveis".

No contexto do atendimento em UTI, CIAMPONE,et al. (2006) apontam que tanto pesquisas nacionais quanto internacionais revelam um número elevado de pacientes idosos nas UTI, e trazem abertamente à discussão, em seu estudo, a polêmica levantada sobre o atendimento a pacientes com 60 anos ou mais nesse tipo de assistência, citando posicionamentos que questionam a pertinência da admissão de idosos na UTI. Consideram o alto custo do atendimento em UTI e a necessidade de otimizar recursos. Fala-se em "custo-benefício". Percebe-se, nesses casos, que o critério econômico prevalece, na decisão sobre assistir ou não o paciente na UTI. O "custo-benefício", assim, se sobrepõe ao risco-benefício, quando esse argumento é considerado. As autoras apontam ainda "perspectivas reduzidas de sobrevida" ou "limitada qualidade de vida após a alta" – outras questões do campo da bioética que merecem atenção.

[2] "Cuidado Paliativo é a abordagem que promove qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, através de prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual" OMS, 2002.

Considerando esses argumentos e a necessidade de atenção aos idosos, as autoras realizam uma pesquisa e concluem que pacientes idosos e não idosos não apresentam diferenças quanto à demanda de trabalho da enfermagem, na UTI. Portanto, nesse aspecto, atendê-los não implicaria necessidade de contratar mais profissionais do que os já exigidos para o atendimento do público em geral (CIAMPONE, et al., 2006). Da mesma forma, BRANDBERG et al. (2013), em estudo realizado na Suécia, não encontram diferenças na carga de trabalho na UTI quando comparam grupos de idosos de 65 a 79 anos ao grupo com 80 anos ou mais.

Autores como R. M. C. de SOUSA et al. (2009), SCHEIN e CÉSAR (2010), ALVES et al. (2010), C. R. de SOUSA et al. (2008) também abordaram a influência do fator idade na assistência (ou sua ausência) aos pacientes idosos em UTI. SCHEIN e CÉSAR (2010), embasados por estudo de Bahia, afirmam:

> Nas UTI, sobretudo em virtude da falta de leitos, prioriza-se a internação daqueles com maior probabilidade de recuperação, o que, por conseguinte, exclui os que apresentam pior condição clínica, que acabam sendo, em geral, os mais velhos e de pior nível socioeconômico. Embora não regulamentada, mas fartamente conhecida, essa prática, que atende limitações logísticas e de custo do sistema assistencial, ganha espaço, ainda que de forma tímida por sua gravidade (p.296)

R. M. C. de SOUZA et al. (2009) apontam a idade como um dos fatores considerados nos índices de prognóstico genéricos e a necessidade de avaliar a adequação desses índices, dado o crescente número de idosos nas UTI. C. R. de SOUZA et al. (2008) afirmam: "a idade dos pacientes é uma questão controversa na admissão nas unidades de terapia intensiva (UTI)" e concluem que "a Idade como fator isolado não deveria ser discriminativo para a admissão de pacientes idosos na UTI" (traduções da pesquisadora).

Esta ser uma conclusão a que os autores chegaram, pressupõe que haja uma prática que utilize o fator idade isoladamente como critério de admissão de pacientes em UTI.

Ora com uma abordagem mais direta, ora tangenciando a questão, esses estudos mostram a preocupação com este tema, que, só pelo fato de estar em pauta,

já explicita a necessidade e a urgência de mais reflexão, dada a gravidade do que representa, quando pensamos na sociedade saudável e longeva que se pretende construir, cuja parte dos princípios se pretende assegurada pelo Estatuto do Idoso, ou descrita, por exemplo, na proposta de "Saúde para todos", estimulada pela Organização Mundial da Saúde.

Em entrevista[3] à Associação Médicos do Mundo, em 2011, por ocasião do *Ano Europeu do Envelhecimento Activo e da Solidariedade entre Gerações*, em 2012, PAÚL contextualiza a situação do idoso em Portugal, afirmando: "No geral, os desafios são idênticos aos de outros países desenvolvidos e passam por manter a saúde (física e mental), uma rede social de suporte e os objectivos de vida que orientem a participação na família e comunidade, sem que a morte social e psicológica se adiante à morte física dos indivíduos".

A professora afirma ainda que há "um 'idadismo' (ageism) na nossa sociedade que segrega as pessoas em função da idade, nas esferas familiares, sociais e de trabalho, baseadas em preconceitos e não em dados de desempenho ou outros critérios objectivos".

ALVES et al. (2009), trazendo dados que incluem outros países, afirmam:

> Fatores culturais, religiosos e éticos podem influenciar a decisão de encaminhamento de um paciente idoso à UTI. Este contingente de pacientes críticos, não encaminhados à UTI, não é levado em conta nos estudos que avaliam a letalidade e o desempenho dos índices prognósticos na população idosa. Diante de falta de vagas nas UTI, pacientes idosos podem ser preteridos em função da admissão de um mais jovem. A idade superior a 70 anos foi identificada como a terceira causa para a não admissão em UTI. Esses pacientes, cuja internação foi negada, apresentaram maior letalidade.

As duas primeiras causas, segundo os autores que se referiam ao contexto brasileiro, foram: neoplasia metastática e pressão arterial sistólica menor que 90 mmHg, respectivamente.

---

[3] Disponível em: <http://www.facebook.com/notes/m%C3%A9dicos-do-mundo-portugal/1-de-outubro-dia-internacional-do-idoso/10150309146066114?ref=nf> Acesso em 10/2011.

Esses dados nos remetem à questão do lugar do idoso na sociedade atual. Um *Narayama* contemporâneo? Balada de *Narayama* é um romance japonês, de autoria de Shichiro Fukazawa, inspirado em fatos reais, em que devido às condições de escassez das aldeias, a sociedade sacrifica os seus membros improdutivos. Os idosos, em particular, ao perdem seus dentes, sinal de que se tornarão um peso para seus descendentes, são abandonados na montanha de Narayama, com uma única refeição para aguardar a morte. Essa história é contada, com extrema delicadeza, por Simone de Beauvoir, no livro *A Velhice.*

Como tem se estabelecido, no Brasil, o lugar social do idoso? Este lugar, como mostra BEAUVOIR (1990), em muitas sociedades, foi o de desvalia e esteve associado à renda, fortalecendo-os ou enfraquecendo-os aos olhos da sociedade, em função de critérios econômicos (ou de produção/utilidade).

É verdade que o corpo, nessa fase do ciclo vital, muitas vezes também demanda cuidados especiais e as especificidades do desenvolvimento podem tornar os idosos mais vulneráveis a determinados problemas de saúde do que em outras fases do ciclo vital. O avanço da idade, assim, pode significar um fator de risco que fragiliza essa população em alguns aspectos físicos e psíquicos. Porém, como se pode observar, a vulnerabilidade do idoso pode ocorrer em diferentes âmbitos: biológico, econômico, e também social e cultural.

Nessa experiência social nova, em termos de composição etária da população, abrem-se descobertas que envolvem limites e possibilidades, cercadas de incertezas e dilemas, que passam por "Como cuidar dos velhos?"; "Que tipo de assistência é a mais adequada a essa população, em nossa sociedade?"; "Como os serviços de saúde devem se adaptar para essa nova realidade?". Essas discussões se intensificam em situações limites como, por exemplo, de internação em UTI. Decisões tomadas nesse contexto envolvem questões importantes de Bioética, tais como Eutanásia/Distanásia/Ortotanásia, envolvendo também Cuidados Paliativos, vida/morte digna; concepções de sofrimento e de dignidade, qualidade de vida.

Quando esses temas se encontram com o da "velhice", que sentidos emergem e que práticas produzem? O que esse encontro produz em termos de sentimentos e emoções a quem é chamado a tomar decisões? Um ator importante, nesse contexto, como revelam alguns trechos já citados aqui, é o médico intensivista, que tem como

função pôr em prática decisões tomadas em meio a esses dilemas – decisões essas muitas vezes definitivas.

Nosso problema de pesquisa, portanto, é: **“**Quais os sentidos que médicos intensivistas atribuem a idoso/velho, velhice, envelhecimento e que práticas produzem?”.

O conhecimento produzido a respeito desta temática pode trazer contribuições que auxiliam na construção de sentidos e práticas que atendam mais satisfatoriamente às demandas sociais geradas com o envelhecimento populacional, quanto à assistência à saúde.

Assim, temos por objetivo compreender os sentidos que médicos que atuam em Unidades de Terapia Intensiva atribuem a idosos/velhos, a velhice e o envelhecimento, bem como as práticas relacionadas a esses sentidos produzidas no atendimento a pacientes idosos em UTI.

No primeiro capítulo desta parte, fazemos uma breve apresentação do percurso histórico do sistema de saúde brasileiro, percorrendo do Brasil colonial até os dias atuais, apresentando os princípios do Sistema Único de Saúde, e problematizando os desafios que enfrenta para sua concretização nos moldes pretendidos pelo movimento da Reforma Sanitária, referendados pela Constituição de 1988.

No segundo capítulo desta parte nos dedicamos ao tema “idadismo”, apresentando o conceito primeiro de forma geral, depois na área da saúde e, então, nos restringimos ao contexto da terapia intensiva, sobre o qual fazemos uma revisão bibliográfica realizada nas bases do Portal da Saúde, do Ministério da Saúde do governo brasileiro.

No terceiro, apresentamos os fundamentos teórico-metodológicos que embasam nossa pesquisa e apresentamos diferentes olhares sobre a velhice, buscados na literatura da área e também no cotidiano, por meio de exemplos retirados de publicações na mídia, sobre as quais tecemos uma reflexão.

Passamos, então, ao capítulo de Método, no qual descrevemos as etapas da pesquisa, e a sua realização.

Os resultados são apresentados, posteriormente, divididos de acordo com as duas etapas de realização da pesquisa: a de observação participante e a de entrevistas. São analisados e discutidos em seguida e, então, apresentamos nossas conclusões.

1.1 POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Na história do Brasil, assim como nos outros países, a saúde é reflexo dos diferentes momentos políticos, sócio-econômicos e culturais, ganhando o colorido do cenário de cada época. Se considerarmos o período a partir da colonização, quando o acesso a médicos era restrito à elite, e a medicina popular e instituições de caridade buscavam suprir as necessidades do restante da população (BLEICHER, 2003), já vemos o acesso aos cuidados de saúde – quando não oriundos do saber popular, a "medicina folk" - despontando como um favor, caridade à população menos favorecida.

No período colonial não havia um sistema de saúde formalmente estruturado. O primeiro passo nesse sentido se deu apenas em 1829, quando o Brasil era um Império, com a criação da Academia Real de Medicina Social, na Bahia, visando "a proteção da saúde da população segundo os modelos europeus e a defesa da ciência" (BERTOLOZZI e GRECO, 1996:382), o que, segundo as autoras, "contribuiu para a construção da hegemonia da prática médica no Brasil." (id.) As ações de saúde pública realizadas nesse contexto caracterizavam-se por campanhas focalizadas ocorridas nas ocasiões em que epidemias e endemias ameaçavam o campo econômico e social. Essas ações, no entanto, eram abandonadas tão logo as doenças eram controladas.

Com a Proclamação da República, em 1889, a saúde passa a ser considerada uma área de âmbito estatal, e a questão sanitária, uma questão política. Cria-se o Departamento Nacional de Saúde Pública (1920). Há a valorização da educação sanitária como forma de promover saúde.

É de tempos passados de sua história que, no Brasil, "saúde" se uniu a "capacidade de produção". Quando a falta de saúde da população começou a prejudicar o desenvolvimento econômico, com a industrialização, veio o surgimento das Caixas de Aposentadoria e Pensão, regulamentadas pela Lei Eloy Chaves (1923). Segundo BERTOLOZZI e GRECO, essas Caixas eram "o embrião do Seguro Social" no Brasil (Ibid, p.383), concedendo benefícios de aposentadorias e pensões, consultas médicas e medicamentos. Eram financiadas pelos empregados, pelas

empresas empregadoras e pela União. Inicialmente foi destinada aos ferroviários e, posteriormente, foi estendida a outros grupos de trabalhadores.

Nesse contexto histórico, a velhice ganha visibilidade social. A institucionalização das aposentadorias e pensões, ao lado do surgimento de asilos de idosos, significam formas de gestão da velhice e inauguram a compreensão do envelhecimento como um "problema social". (MORAES, 2011)

Com a crise do café, em 1929, intensificou-se o processo de industrialização e urbanização. Foi criado o Ministério da Educação e Saúde, delineando-se uma política nacional de saúde, que se limitava apenas à cobertura de certos segmentos de trabalhadores:

> O crescimento das desigualdades sociais entre as diversas categorias de trabalhadores, no que diz respeito à legislação, recursos financeiros e condições de trabalho, refletia o perfil da estratificação social que caracterizava a sociedade. A aceleração do crescimento industrial aumentava a preocupação com a manutenção da força de trabalho em condições de produção, bem como na sua reintegração rápida ao processo de produção. (BERTOLOZZI e GRECO, 1996: 384).

No período seguinte, do Populismo, entre os anos de 1945 e 1960, os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que a partir de 1933 substituíram as Caixas de Aposentadorias e Pensões, buscavam uniformizar os direitos e procedimentos sem, no entanto, terem tido sucesso. No período também se configura uma nova forma da prestação privada de serviços de saúde: a medicina de grupo. Segundo BRAVO (2006), "a estrutura de atendimento hospitalar de natureza privada, com fins lucrativos, já estava montada a partir dos anos 50 e apontava na direção da formação das empresas médicas" (p.5).

No período compreendido entre 1960 e o fim da Ditadura Militar (década de 1980), as políticas de Planejamento, na saúde, deram força à privatização dos serviços médicos. Cria-se o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que unifica os antigos IAPs.:

> ...o INPS passou a ter o terceiro orçamento da nação, ocupando o espaço primordial da prestação da assistência médica. Paradoxalmente a esse quadro, houve no INPS, um déficit orçamentário por conta das

> inúmeras fraudes que ocorreram na compra de serviços privados de assistência à saúde mascarando, de fato, o volume de unidades de serviço. Ainda nesse momento, ocorreu a expansão da cobertura da assistência médica aos trabalhadores rurais, empregados domésticos, autônomos e para os casos de acidentes de trabalho. (Bertolozzi e Greco, 1996: 388)

Há, nesse período, ainda, a criação do INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (1974), centralizado e no qual, segundo BLEICHER (2003): "Saúde não era um direito de todos, e a assistência médica era um privilégio dos trabalhadores com carteira assinada. Quem não tivesse a "carteirinha do INAMPS" deveria procurar uma Santa Casa de Misericórdia ou outra instituição que aceitasse "indigentes". (p.14)

O autor destaca ainda que o foco de tal noção de saúde era a curativa, e que questões de prevenção, por exemplo, eram menos valorizadas. Há a expansão da medicina hospitalar, nessa fase - as internações hospitalares passaram de 2,9% em 1970, para 9,7% em 1980. (PAULUS Jr. e CORDONI Jr., 2006)

Em 1974, para responder à demanda curativa, cria-se o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), para auxiliar na construção de hospitais privados, e o Plano de Pronta Ação (PPA): "um conjunto de ações que desburocratizou o atendimento de urgência ao segurado e permitiu o atendimento ambulatorial a toda a população *nos casos de urgência*" (ibid.) [destaque nosso], sendo considerado pelos autores o início da universalização do atendimento.

Foi nesse contexto, no começo da década de 70, ainda, que surge a primeira Unidade de Terapia Intensiva (UTI), no Brasil – mais especificamente em 1971, no Hospital Sírio-Libanês (NAKANO et al., 2007).

No final da década de 70 e início dos anos 80, a Geriatria e a Gerontologia se propagam como campos científicos, tendo por foco formas saudáveis de envelhecer. Segundo MORAES (2011) foi a partir da década de 70 que começaram a ocorrer sinais mudanças na gestão da velhice, tendo sido instituída a renda mensal vitalícia (RMV) para os que tivessem contribuído com a Previdência Social por no mínimo um ano, tivessem mais de setenta anos e vivessem em condição de pobreza. Em 1977, uma política social do idoso é definida pelo Ministério da Previdência e

Assistêcia Social, visando a implantação de um programa médico-social para atender aos idosos.

Após a ditadura militar, na década de 80, fortalece-se o movimento pela Reforma Sanitária, sobre o qual BERTOLOZZI e GRECO (1996), baseadas em Teixeira[4], afirmam:

> O movimento sanitário que remonta aos primeiros anos da Ditadura Militar, difundia um novo paradigma científico com a introdução das disciplinas sociais na análise do processo saúde-doença. Através delas, o método histórico-estrutural passou a ser utilizado no campo da saúde, buscando compreender processos como a "determinação social da doença" e a "organização social da prática médica". (p.390)

O movimento pela Reforma Sanitária, liderado por sanitaristas, destacou-se pela participação popular. A Reforma foi concretizada na Constituição de 1988. A partir de então, a saúde passa a ser "direito de todos e dever do Estado".

Foi, assim, por meio dos movimentos populares na época da redemocratização política do Brasil, que a saúde passa a configurar-se como um direito social, gerando uma nova política de saúde, cujas bases contaram, em sua elaboração, com imensa contribuição dos profissionais de saúde. (DALLARI, 2009)

A lei nº 8.080/90[5], "Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências". Comentando o artigo 3º da referida lei, BLEICHER (2003) aponta que "na lei o processo saúde-doença é visto não apenas como um acontecimento biológico, mas como expressão de um conjunto de fatores sociais."(p.15)

É nessa lógica, então, que surge o Sistema Único de Saúde (SUS), que vigora nos dias de hoje. O SUS pretende-se um sistema descentralizado, que tem dentre seus princípios: a universalidade; a integralidade; a resolutividade; a descentralização; a participação; a autonomia; o direito à informação; a igualdade; a intersetorialidade; a

[4] TEIXEIRA, S.M.F. Política de saúde na transição conservadora. Rev. Saúde Debate, n.26,p.42-43, 1989.
[5] Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>, acesso em 08 dez 2014.

racionalidade.

A universalidade determina que a saúde é um direito de todos os cidadãos. Assim, todas as pessoas poderiam utilizar os serviços de saúde. No entanto, estes eram insuficientes para atender a demanda populacional e, como conseqüência, em busca de uma melhor qualidade e/ou acesso aos serviços, pessoas com maior poder aquisitivo começaram a buscar uma assistência privada, adquirindo planos de saúde:

> Nas últimas décadas, ocorreu um fenômeno que os estudiosos costumam chamar de **universalização excludente**. Enquanto O SUS incorporava aquelas camadas da população abandonadas durante séculos, os setores melhor organizados e remunerados "pulavam fora". Os trabalhadores com maior poder de negociação conseguiram obter planos de saúde particulares em seus acordos coletivos. (Ibid.,p.16)

O princípio da Integralidade busca romper as barreiras entre ações de cura e ações de prevenção; assistência individual e atenção coletiva.

O princípio da Resolutividade implica que independente da complexidade do problema de saúde da pessoa que procura o SUS, o sistema deve ser capaz de atendê-lo. Para tanto, é necessária uma boa integração entre unidades básicas e unidades especializadas, para onde devem ser encaminhados os casos de maior complexidade.

A Descentralização é o princípio que busca garantir que as decisões referentes ao atendimento de saúde dos cidadãos sejam adequadas às necessidades de cada comunidade e, portanto, tomadas em um nível mais próximo a elas, ganhando um "colorido local" – o que é essencial em um país de dimensões continentais, como o Brasil. Assim, os municípios ganham maior poder de participação e planejamento nas ações referentes à saúde, evitando os "programas verticais", ou seja, aqueles que chegam prontos, de uma instância superior, e que pouco correspondem às necessidades da população que, muitas vezes, não se reconhece nas soluções propostas.

A descentralização também prevê a hierarquização do sistema, que corresponde à sua organização em diferentes graus de complexidade: atenção primária, secundária e terciária. Os níveis diferenciam-se entre si (do básico, o primário, ao mais complexo, o terciário) quanto ao número de unidades de atendimento, a especialização dos profissionais e o aparato tecnológico de que

dispõem. Como exemplo, temos a sequência: unidades básicas, centros de saúde, grandes hospitais. Dá-se grande importância à atenção primária, com o reconhecimento de que sua negligência comprometerá todo o sistema de saúde. Essa valorização rompe com a tendência histórica na qual o sistema curativo prevalece sobre o preventivo.

A entrada do usuário no Sistema de Saúde hoje, por exemplo, se dá pela Atenção Primária, pela Estratégia Saúde da Família, em que se estabelece uma equipe multiprofissional composta por, no mínimo, os seguintes profissionais: médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; auxiliar ou técnico de enfermagem; e agentes comunitários de saúde. Podem, ainda, contar com um profissional de saúde bucal.[6] Tais equipes têm a responsabilidade sanitária por um território de referência. É prevista também a Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde nas Unidades Básicas de Saúde.

A participação da comunidade – outro princípio – é prevista sob a organização de conselhos e conferências de saúde.

Faz parte dos princípios do SUS, ainda, o respeito à autonomia das pessoas, no que diz respeito à sua integridade física e moral. Sobre isso, BLEICHER afirma:

> Reconhecer a autonomia das pessoas implica em admitir que o corpo pertence ao sujeito e cabe a ele decidir, em última instância, se aceita ou não a intervenção que lhe é proposta. Para tanto, a pessoa deve estar de posse de todas as informações necessárias para tomar sua decisão - e o papel do profissional de saúde na provisão dessas é essencial. Mas ressaltamos, informar a pessoa não se confunde com decidir por ela. É assim que, no inciso V do art. 7° da lei 8.080/90, se prevê a garantia do *direito* à *informação*, às *pessoas assistidas, sobre sua saúde. (ibid.,p.21)*

O princípio da Equidade tem sido bastante discutido como substituto ao princípio da Igualdade, previsto na lei 8.080, quanto ao acesso à saúde. O primeiro prevê a distribuição da assistência segundo o critério de necessidades/ demanda, ou

[6] Disponível em <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php>, acesso em 16 dez 2013

seja, "dar mais a quem precisa de mais". Já o segundo prevê uma distribuição em partes iguais, independente das necessidades/demandas.

A Intersetorialidade na saúde,é o princípio que surge em resposta à estratificação na organização da administração pública: saúde, educação, meio ambiente... buscando conectá-los, no reconhecimento de que a solução a ou os determinantes de um problema de saúde muitas vezes tem relação com questões educacionais, ambientais ou outras, sendo necessárias, portanto, ações conjuntas. Passou-se a se considerar, ainda, a formulação de "políticas saudáveis", ou seja, na formulação de uma política, a consideração de que esta promova saúde.

A Racionalidade é o princípio segundo o qual os investimentos na área da saúde devem evitar desperdícios, e serem usados de modo racional, evitando, por exemplo, "a duplicidade de meios para fins idênticos" e buscando a conjugação de recursos federais, estaduais e municipais. A utilização da Epidemiologia é incentivada.

São esses, portanto, os princípios que norteiam a saúde na proposta do SUS, que sai do papel repleto de desafios em busca a um acesso universal e digno da população à saúde.

As mudanças promovidas pela Constituição Federal de 1988 possibilitaram, dentre outros avanços, a promulgação do Estatuto do Idoso, em 2003, do qual consta um capítulo sobre o direito à saúde desta população, garantindo-lhes, na lei, uma assistência ampla e especializada[7].

Embora a saúde tenha sido transformada em direito universal, na Constituição de 1988, o subfinanciamento do SUS, somado a outros fatores que abordaremos a seguir, gera preocupações entre os especialistas, e contribui para a construção de um cenário em que a assistência universal e de qualidade permanece distante da realidade.

Em um primeiro momento, a criação do SUS trouxe "pouco impacto na melhoria das condições de saúde da população, pois era necessária a sua operacionalização, que não ocorreu" (BRAVO, 2006, p.12). A autora explica que:

[7] Disponível em < http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/estatuto_idoso2edicao.pdf>, acesso em 14 dez 2013.

> Além dos limites estruturais que envolvem um processo de tal ordem, as forças progressistas comprometidas com a Reforma Sanitária passaram, a partir de 1988, a perder espaços na coalizão governante e, consequentemente, no interior dos aparelhos institucionais. O retrocesso político do governo da transição democrática repercute na saúde, tanto no aspecto econômico quanto no político.(id)

Na década de 90, por influência da Política de Ajuste Neoliberal, há um redirecionamento do papel do Estado, com a valorização de um modelo gerencial, balizado pela redução dos custos, descentralização, eficiência, controle dos resultados, produtividade. A Saúde passa a ficar vinculada ao mercado. Embora oficialmente houvesse uma adesão ao SUS, o que se observou foi o "descumprimento dos dispositivos constitucionais e legais e uma omissão do governo federal na regulamentação e fiscalização das ações de saúde em geral" (ibid, p.14).

Assim, haveria uma tensão entre esses dois projetos de saúde, que conviviam – o descrito na Constituição de 88, e o de saúde vinculada ao mercado. Neste último, o papel do Estado consistiria em garantir um mínimo àqueles que não têm condições de pagar, enquanto que o setor privado ficaria com o atendimento das pessoas que têm acesso ao mercado.

Tal polarização entre esses dois projetos, segundo BRAVO, foi mantida nos governos de Luiz Inácio Lula da Silva, (2003 – 2010) contrariando as expectativas de que se reforçasse a incorporação da agenda ético-política da Reforma Sanitária. Houve avanços nesse sentido, porém, manteve-se a dualidade, tendo sido realizadas ações tanto no sentido de fortalecer o projeto da Reforma Sanitária, quanto no de enfraquecê-lo, na medida em que algumas ações estavam mais coerentes com o projeto voltado para o mercado como, por exemplo, a tercerização e a precarização dos recursos humanos.

Essa dualidade, na visão de SANTOS (2013), favorece o incentivo aos planos de saúde em detrimento dos investimentos para melhorar o atendimento no SUS. Em sua perspectiva, o subfinanciamento federal no SUS tem como uma de suas consequências o maior investimento na medicina de complexidade, pois diante da falta de recursos, no Sistema Único de Saúde, acabava-se por priorizar os casos mais

graves. A falta de assistência no Atendimento Básico, porém, gera cada vez mais a necessidade da medicina mais complexa, pois aumenta sua demanda e assim, nesse ciclo vicioso, o cenário é de hospitais superlotados, falta de vagas, de equipamentos, de profissionais, demora ou ausência de atendimento, noticiados frequentemente pela mídia.

Compõem ainda esse cenário, ações de corrupção e desvios de verbas destinadas à saúde, também comumente divulgadas nos meios de comunicação.

A Saúde Suplementar, incentivada como alternativa para um melhor acesso aos serviços de saúde, também gera muitas queixas, sendo as operadoras de planos de saúde constantemente alvos de reclamações na Agencia Nacional de Saúde Suplementar[8] (ANS), na Fundação de Proteção e Defesa do Consumidor (PROCON) e na justiça[9]. Porém, ainda configuram como escolha de parte da população que pode pagar por serviços de saúde. Dados da ANS[10] revelam que em setembro de 2003 – fase inicial do governo Lula – a taxa de cobertura por planos privados de saúde no Brasil, referente aos beneficiários em planos privados de assistência médica com ou sem odontologia, era de 17,9%. Dez anos depois, em setembro de 2013, essa taxa é de 25,2% da população.

Em 2013, no atual governo, da presidente Dilma Rousseff, o SUS completa 25 anos de existência. Permanece ainda a ameaça de segmentação do sistema, e que se consolide como um sistema para classes menos favorecidas economicamente.

---

[8] Órgão que regulamenta e fiscaliza as empresas que operam no setor de convênios médicos privados. Há, inclusive, a criação de um índice de reclamações, que avalia os planos. Sobre isso, ver <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/indice-de-reclamacoes>

[9] Pesquisa do Datafolha, encomendada pela Associação Paulista de Medicina, noticiada na mídia em 2012, caracteriza reclamações no estado de São Paulo, e revela que o número de idosos que recorreram à justiça contra planos de saúde é três vezes maior do que os usuários que têm entre 18 e 59 anos. Disponível em < http://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2012/08/15/oito-em-cada-10-usuarios-de-plano-de-saude-tiveram-problemas-com-atendimento-aponta-pesquisa.htm> Acesso em 09 dez 2013.

[10] Disponíveis em < http://www.ans.gov.br/materiais-para-pesquisas/perfil-do-setor/dados-gerais> Acesso em 15 dez 2013

A proposta atual do governo, com relação ao financiamento, é "destinar 15% da receita líquida em um percurso escalonado, que demorará até 2018 [para atingir o patamar]", de acordo com a ministra de Relações Institucionais, Ideli Salvatti[11]. A ministra afirma: "O problema é que a receita corrente líquida é muito variável e suscetível às disputas de priorização de investimentos em políticas sociais ou em políticas econômicas", reconhecendo, ainda, que "o SUS precisa de um aporte maior e imediato".

Neste percurso da diacronia das políticas de saúde no Brasil, acompanhamos a construção de um sistema de saúde que pretende – e apresenta, pelo menos na Constituição - respeito à dignidade do ser humano, e cujos valores sistematizam-se no seguinte parágrafo, da Carta dos direitos dos usuários da saúde (2011), com o qual encerramos este capítulo, e que embasará nossas reflexões neste trabalho:

> Parágrafo único. É direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência... (p.11)

[11] Disponível em <agenciabrasil.ebc.com.br/noticia/2013-09-25/especialistas-defendem-reforço-no-financiamento-da-saude-para-melhora-de-servicos-do-setor>, acessado em 03 dez 2013.

1.2 IDADISMO E SUAS MANIFESTAÇÕES

Nessa hora, esse tipo de vida longa perde largura.
(Mário Sérgio Cortella)

O idadismo, também chamado de *ageismo,* é um tema que tem merecido a atenção de pesquisadores preocupados com a população idosa no que diz respeito à garantia da saúde, do bem estar e do respeito aos direitos humanos.

O termo *idadismo* se refere a atitudes de discriminação, estereótipos e preconceito com base na idade dos indivíduos. Pode ser usado com relação a qualquer grupo etário – embora tenha surgido e seja constantemente utilizado para se referir à discriminação contra idosos (por isso, alguns o chamam também de "idosismo" ou "gerontismo"). As origens do termo *idadismo* (*ageism*, em inglês) remetem ao psicólogo americano Robert Butler, por ocasião da oposição de moradores à construção de um condomínio para idosos no bairro em que morava (MARQUES, 2011).

O idadismo, segundo MARQUES, "não é apenas uma atitude negativa, individualizada em relação às pessoas idosas, mas espelha os nossos valores culturais mais profundos e as práticas institucionais da nossa sociedade" (2011:19), está, assim, relacionado aos sentidos que cada sociedade atribui a seus idosos, havendo indícios de que é um fenômeno anterior às sociedades contemporâneas.

As origens do idadismo são atribuídas a diferentes fatores, que se somam e interagem entre si, quais sejam: "o processo de categorização por idades, a inactividade das pessoas idosas e a percepção de ameaça dos gastos com o envelhecimento, e o predomínio da cultura da juventude" (ibid. p. 36)

A problematização e o estudo do idadismo tem ocorrido principalmente nas sociedades norte-americana e européia. Sobre estes contextos, PAÚL (2012) afirma:

> Defasados no tempo [com relação ao que ocorreu nos EUA], vivemos uma evolução paralela e condensada em Portugal que no advento de um sistema de Segurança Social com escassos 30 anos de existência, soam já vozes discordantes que se queixam da sobrecarga dos gastos com a saúde, a Segurança Social e as pensões dos mais velhos, sem uma compreensão clara do efeito destes benefícios dirigidos aos mais velhos, no alívio e suavização da experiência de envelhecimento, mas

> também das famílias que doutra forma serão chamadas, ainda mais, para apoiarem os seus membros mais velhos.
> Esta discussão introduz-nos às questões atuais sobre os direitos das pessoas mais velhas ou ao seu contraponto que é a discriminação e a violência.” (p.6)

Práticas idadistas ocorrerem tanto no âmbito individual como no institucional, podendo relacionar-se a situações de trabalho, à assistência à saúde, às relações familiares, expressar-se nas leis, regras e no cotidiano das sociedades. Estão baseadas em estereótipos associados à velhice, desconsiderando a heterogeneidade do grupo de pessoas que vivenciam esta fase da vida. Muitas vezes estão presentes em atitudes bem-intencionadas que culminam em paternalismo indesejado, por exemplo, ou em práticas que excluem ou evitam situações que o idoso desejaria, nas quais se pressupõe estar evitando sofrimento do indivíduo. Práticas idadistas nem sempre, portanto, são facilmente reconhecidas como tal.

Um estudo sobre o tema realizado em 28 países da Europa – o *European Social Survey* (ESS) – indica dois tipos de discriminação: uma mais flagrante e outra mais sutil. No primeiro grupo estariam as formas de discriminação mais explícitas, dentre os quais destacaram insultos, abusos e recusa de prestação de serviço; no segundo estariam as discriminações que ocorrem de forma mais velada, ou implícita, dentre os quais destacaram situações em que a pessoa é ignorada ou é tratada com superioridade em função da idade que tem. Observam ainda que a forma sutil é a mais experienciada, nos países pesquisados. Fala-se também em “preconceito hostil”, ao qual são associados sentimentos como inveja e desdém, e “preconceito benevolente”, relacionado aos sentimentos de pena e admiração. Este último – benevolente - se sobressaiu na forma como eram vistas as pessoas com mais de 70 anos. (LIMA, 2010)

Dentre as conclusões a que chegam no ESS, estão: “Apesar de a simpatia ser uma das características mais atribuídas aos jovens, os idosos são vistos como ainda mais simpáticos”, tomando aqui por idoso o indivíduo com mais de 70 anos, e ainda: “A competência é a característica menos atribuída às pessoas com mais de 70 anos” (ibid.,p. 48). Foi revelada também a prevalência de sentimentos pessoais positivos quanto aos jovens e aos idosos. No entanto, conclui-se também que “As pessoas

idosas são vistas principalmente como uma ameaça econômica (57%) e como um fardo para os serviços de saúde (49%)" (p.70).

Em um segundo relatório – este restrito a Portugal – LIMA (2011) focaliza o idadismo referente aos idosos, no país, e afirma que:

> apesar de os portugueses não considerarem as pessoas idosas como uma ameaça significativa para os gastos com a saúde nem para o padrão cultural vigente, consideram-nos como uma ameaça relevante à economia, já que consideram globalmente que eles contribuem pouco em termos económicos para o país. Como referido anteriormente, salienta-se ainda que, apesar da percepção de discriminação devido à idade ser reduzida de um modo geral, ela é significativamente mais elevada entre as pessoas com mais do que 80 anos. (...)
> De uma maneira geral, menor auto-controlo do preconceito, uma percepção mais baixa do estatuto social do idoso e maiores níveis de percepção de ameaça estão associadas a maiores níveis de idadismo. (pp.2-3)

Apesar do termo "idadismo" não ser tão difundido no Brasil, as atitudes e práticas a que corresponde já foram abordadas em textos que referem "violência" contra idosos, "discriminação", "preconceito" e "estereótipos" associados a esse grupo etário.

Estudo realizado por COUTO et al. (2009), embora restrito a uma amostra do sul do país, avalia a discriminação contra idosos em uma amostra no contexto brasileiro, comparando com estudo realizado em Portugal e outro nos EUA. Encontrou resultados que se assemelham mais à amostra portuguesa do que à norte- americana: episódios de discriminação relacionados ao contexto social (itens "contar anedotas sobre idosos"; "ser ignorado"; "sofrer insulto"; "paternalismo") e de saúde ("associar dores à idade"; "atribuição de surdez"; "falta de capacidade de compreensão com atribuição causal à idade") foram predominantes, no estudo brasileiro. Os níveis de estresse relacionados às experiências de discriminação foram também investigados, e se mostraram baixos, a que os autores atribuem a estratégias defensivas utilizadas pelos idosos para lidarem com o preconceito, e encontram na literatura explicações como a não identificação dos sujeitos como idosos – ou ainda com os estereótipos relacionados à sua faixa etária – e, ao não se identificarem, não reconheceriam as experiências de discriminação. Observamos que o item "negar

tratamento médico pela idade avançada" não foi avaliado como estressante pelos participantes que vivenciaram esta situação.

Ainda neste estudo, a percepção de discriminação esteve relacionada ao nível socioeconômico, não tendo sido encontradas relações com o sexo, a idade, escolaridade e a saúde percebida. A maior satisfação com o nível sócio-econômico teria relação com o menor impacto da variável ageismo.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), o envelhecimento não é homogêneo, sendo um processo que sofre influências de outros tipos de discriminação e exclusão como, por exemplo, as relacionadas ao gênero, à etnia, à raça, à região geográfica de moradia, às condições sócio-econômicas. Ao considerar a saúde de forma ampla, valoriza a importância de que se produza "um ambiente social e cultural mais favorável para população idosa". (p.7). Seu alerta para as práticas idadistas na assistência à saúde do idoso, no entanto, parece bastante contraditório:

> Dois grandes erros devem ser continuamente evitados. O primeiro é considerar que todas as alterações que ocorrem com a pessoa idosa sejam decorrentes de seu envelhecimento natural, o que pode impedir a detecção precoce e o tratamento de certas doenças e o segundo é tratar o envelhecimento natural como doença a partir da realização de exames e tratamentos desnecessários, originários de sinais e sintomas que podem ser facilmente explicados pela senescência. (p.8)

A preocupação com o idadismo na área da saúde é relatada em estudos norte-americanos, revelando que nos EUA a discriminação é verificada na interação dos profissionais da saúde com os pacientes idosos, no diagnóstico e no tratamento destes pacientes. Revela-se no tempo de duração da consulta (menor para os idosos), nos pormenores das informações, sendo mais compreensivos, envolvidos e respeitadores quando lidam com pacientes jovens. Os idosos seriam discriminados também com relação a ações de prevenção e tratamento de câncer, e na participação em pesquisas de novos medicamentos (MARQUES, 2011)

Destaca-se a necessidade de treinamento dos profissionais da saúde quanto ao envelhecimento como estratégia de combate ao idadismo nessa área.

1.2.1 O Idadismo em Cuidados Intensivos

Atitudes idadistas em cuidados intensivos podem significar dificuldades ou mesmo a exclusão do acesso de idosos a este tipo de serviço, em função unicamente da idade dos pacientes, reafirmando sentidos estereotipados. Uma vez admitidos no serviço, práticas idadistas também podem ocorrer, relacionadas à menor utilização dos recursos disponíveis, e à relação médico/paciente, como veremos. Conhecer o tema idadismo e suas ocorrências em cuidados intensivos pode contribuir na construção de uma postura reflexiva dos profissionais de saúde, auxiliando-os nas tomadas de decisões e no atendimento prestado ao público idoso.

BARILAN (2010) ao comentar artigo de Lieberman et alii informa que meta-análise realizada em numerosas publicações apontam a idade como fator de triagem para o acesso a UTI e considera a possibilidade da falta de leitos disponibilizados influenciar nessa decisão.

Afirma ainda que esse racionamento deliberado, tendo base na idade, é altamente controverso, concluindo: "Policy-makers should deliberate more openly the role of age in distributive justice in healthcare, while boosting awareness of existing ethical guidelines and of every doctor's commitment to protect the vulnerable".

ECCLES (2003), em *Ethical considerations in the care of older people*, apresenta os pontos relacionados aos direitos das pessoas idosas, a saber: serem tratadas de acordo com suas necessidades, independentemente da idade, respeitando sua autonomia e privacidade nas decisões relacionadas a seus tratamentos e o direito à informação clara. Aponta vulnerabilidade a que idosos ficam expostos, principalmente quando há déficit cognitivo (ou quando estes são erroneamente presumidos, em função, por exemplo, de falhas de comunicação devida a déficit auditivo). Discute questões, na interface Saúde/Direito, quanto a, por exemplo, prolongamento da vida e a reanimação.

ECLES alerta para o risco de abusos no contexto institucional, comentando a linha que separa cuidados e precauções para proteger quem está vulnerável e o uso

abusivo de restrições, que podem incluir a prescrição inadequada de medicação sedativa.

O autor relata avanços no sentido de combate ao idadismo citando, por exemplo:

no Reino Unido:

> "The General Medical Council (GMC) instructs doctors that: You should not allow your views about a patient's lifestyle, culture, beliefs, race, colour, gender, sexuality, age, social status or perceived economic worth to prejudice the treatment you provide or arrange." (p.416)
>
> "The National Service Framework (NSF) for Older People begins with Standard 1: Rooting out Age Discrimination.2 Age discrimination scrutiny groups now monitor NHS services, to identify areas of ageism and encourage the development of a non-ageist approach to the allocation of resources. Protecting vulnerable older people" (p.416)

Na Escócia:

> "Scottish doctors are therefore already expected to consult the previously nominated attorneys of incapacitated patients about healthcare decisions." (p 416)

A compreensão e o reconhecimento de práticas idadistas, no entanto, encontra divergências entre alguns médicos, como observamos nos argumentos de WATSON et al.(2007), ao somarem à discussão sobre o tema falas quanto a expectativas irreais de famílias sobre os tratamentos de pacientes idosos, e ainda ao abordarem a necessidade de se observar desgastes naturais do envelhecimento.

HUBBARD et al. (2003), em estudo, realizado no Reino Unido, visaram a investigar se havia preconceito contra idosos no acesso a leitos de cuidados intensivos, considerados como insuficientes para atender a demanda da população, conforme relatam pesquisas referidas pelos autores. Diferentes fontes, desde reportagens da mídia até estudos científicos, segundo os autores do estudo, apontam idadismo contra idosos, nos cuidados intensivos do Sistema Nacional de Saúde inglês. Citam, por exemplo:

> "The Royal College of Physicians [5] is also concerned that older people are excluded from the full range of therapies from which they could benefit and 'The National Services Framework for Older People' [6], published by the Department of Health in March 2001 acknowledged that older people had not received the same level of services and care as everyone else. Throughout the literature, concerns are expressed regarding the existence of a bias against admitting elderly people to critical care units [7–11]." (p.382)

Neste estudo, foram coletados dados de pacientes internados em hospitais ingleses e depois, ocultadas as idades, estes dados foram fornecidos a uma equipe bem conceituada de médicos intensivistas, para ouvi-los quanto à adequação ou não do local de assistência prestada a cada um desses pacientes. Chegaram à conclusão de que muitos pacientes que estavam na enfermaria se beneficiariam do atendimento em unidades de cuidados intensivos, porém, não encontraram relação entre a inadequação do local de internação e a idade dos sujeitos de pesquisa.

Este artigo gerou polêmica no meio médico, dividindo opiniões, como pudemos constatar nas críticas publicadas. ROZZINI et al. (2004), por exemplo, comentam o artigo de HUBBARD *et al.*, e relatam a sua própria experiência em serviços de cuidados intensivos, na Itália, com a criação bem sucedida de leitos de terapia Semi-intensiva nos quais idosos sem necessidades de suportes invasivos foram atendidos. Falam da desigualdade entre demanda/leitos, que motivou a criação dos leitos semi-intensivos, e afirmam que: "ageism is not usually an open discriminator against the elderly, but rather a lack of response to the rapid demographic changes and the current needs of an ageing population".

Já EPSTEIN et al. (2004) discordam das informações oferecidas no estudo de HUBBARD et al., considerando-as insuficientes e inadequadas para as conclusões a que chegam. Discutem vieses do público selecionado no estudo publicado e a falta de fatores que julgam importantes na consideração da questão (como o ponto de vista do paciente e da família quanto à internação). HUBBARD e seus colegas publicaram resposta, justificando suas escolhas e reafirmando as conclusões a que chegaram e demonstrando, assim, que é um tema que divide opiniões, entre os profissionais, e que o reconhecimento de práticas idadistas nem sempre é claro e consensual.

Na Suécia, BRANDBERG et al. (2013) justificam sua pesquisa com argumentos que revelam dificuldades quanto ao acesso dos muito idosos às Unidades de Terapia Intensiva: “Even if there are studies stating that age alone should not be an admission criteria for and use of ICU physician are reluctant to consider intensive care for elderly patients aged 80 years and older” (p.698). Com relação às práticas dentro das unidades, descrevem: “patients´ $\geq$ 80 years received less treatment and obtained more limitations in life-sustaining treatments compared with the younger cohort even after adjustment for severity of illness and comorbidity”, concluindo que “age alone should not be a criterion for treatment intensity in the ICU” (p.702).

CHRISTENSEN et al (2013), por sua vez, abordam o tema dos idosos muito idosos em Unidades de Terapia Intensiva levantando a seguinte questão: “are we doing good, too little, or too much?” e concluem pela necessidade de estudos de alta qualidade que acompanhem respostas a esta questão.

Os textos encontrados e selecionados em nossa revisão sobre o tema demonstram que o idadismo em cuidados intensivos é uma preocupação já reconhecida e divulgada pela comunidade científica, entre os profissionais da saúde. Estes se dividem quanto ao posicionamento sobre a existência de práticas discriminatórias em cuidados intensivos e/ou motivações que as embasam, prevalecendo, nos textos disponíveis, o posicionamento crítico e contrário ao idadismo.

1.3 DA REPRESENTAÇÃO SOCIAL AO CONSTRUCIONISMO: A PROPÓSITO DE UM OLHAR SOBRE A VELHICE

Há diferentes perspectivas pelas quais o envelhecimento humano é compreendido. Pode-se, por exemplo, entendê-lo pela ótica da Biologia, da Sociologia, da Psicologia, da Filosofia... ou ainda por uma conjunção delas, quando reconhecemos que o fenômeno é complexo. O envelhecimento, em si, é um fenômeno diverso, bem como as formas de compreendê-lo.

No campo da ciência, a Gerontologia considera fundamental a perspectiva holística (PAÚL e RIBEIRO, 2012) Há a tendência de que o conhecimento científico produzido na área se torne cada vez mais multidisciplinar (PAÚL, 2012)

Tal qual o envelhecimento, a velhice também é compreendida de forma diversa. Autores como LEAL (2009) e MERCADANTE (2009), entre outros, defendem o posicionamento de que a velhice seja considerada para além do aspecto biológico, incluindo-o. A primeira afirma que a "velhice não é só biológica, mas também biográfica, pois cada indivíduo tem sua história, que deve ser levada em conta em intervenção individual ou social".(p.50) A segunda, que a "velhice é, decerto, um fenômeno biológico, mas entendê-la apenas dessa maneira significa reduzir a questão e não analisá-la em sua totalidade e complexidade, o que implica ignorar os aspectos psicológico, social e, principalmente, cultural."(p.35)

Para investigar a velhice e o envelhecimento, fizemos a opção de compreendê-los pela ótica da Psicologia Social, percorrendo caminhos que agregam conceitos compartilhados por campos diversos das Ciências Humanas, como a Sociologia, a Filosofia e a Linguística. Iniciamos nossa revisão de literatura na perspectiva das Representações Sociais, pela importância que a teoria assume no campo científico estudado, tendo contribuído com muitos trabalhos publicados no tema em questão, relevantes para a compreensão do envelhecimento e da velhice na sociedade em que vivemos, principalmente no que diz respeito ao posicionamento histórico e anti-determinista que assume.

A aproximação com as noções de práticas discursivas, e questionamentos quanto à idéia de representacionalismo, no entanto, levou-nos a adotar o Construcionismo como teoria de base para nossa investigação, conforme explicaremos abaixo.

A noção de representação social, estruturadada por Moscovici no início da década de 1960, é bastante utilizada nas Ciências Humanas, tendo se constituído como uma teoria importante para a compreensão dos fenômenos estudados por estas disciplinas, "sempre que a reflexão se debruça sobre o poder das idéias de criar um universo simbólico compartilhado que possibilita a ação no cotidiano, de sustentar identidades grupais e de institucionalizar determinadas práticas sociais." (SPINK, 1996: 168)

De acordo com JODELET (2001), uma das difusoras desse campo de saber e principal colaboradora de Moscovici, a representação social caracteriza-se por ser:

> uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social (...) Geralmente reconhece-se que as representações sociais – enquanto sistemas de interpretação que regem nossa relação com o mundo e com os outros – orientam e organizam as condutas e as organizações sociais. (p. 22)

MEDRADO (1998), em estudos a propósito dos teóricos que tratam de representações sociais, considera partir de Jodelet o que julga ser a melhor definição deste conceito.

Apesar de serem muitas e diversas as definições de Representação Social, há um eixo comum segundo o qual "este tipo de conhecimento é um conjunto de crenças, imagens, metáforas e símbolos compartilhados coletivamente por um grupo, uma comunidade, sociedade ou cultura", como relata Wagner (*apud* SPINK, 1996: 175)

SPINK (1996) discute a "teoria das representações sociais" tomando a arquitetura conceitual de Moscovici como ponto de partida para dialogar sobre os consensos e dissensos que tal teoria tem promovido. Na década de 90, a autora atuou no momento de consolidação da teoria como um campo de saber no Brasil. Segundo ela, Moscovici e seus colaboradores possuem dois eixos de pesquisa:

1) como circulam as idéias numa determinada formação social, ou seja, os estudos sobre difusão.
2) O compartilhamento de idéias em um determinado grupo, configurando o que poderia ser chamado de uma

> epidemiologia das representações, incluindo aí duas temáticas,
>
> 2a) os processos de comunicação e interação social
>
> 2b) as identidades sociais e/ou coletivas
>
> (p. 176)

A despeito da importância da perspectiva teórica no campo da Psicologia Social, são apontadas limitações relativas à "falta de consistência conceitual" e "falta de consistência epistemológica, se vista a partir do *debate moderno sobre o representacionalismo*, especialmente na perspectiva do construcionismo" (id.) A primeira crítica focaliza o conceito da teoria, na medida em que as noções de "compartilhar" e "grupo" que contém seriam incompatíveis à idéia de polissemia.

O Construcionismo é uma abordagem na Psicologia Social que ganhou visibilidade nas últimas décadas do século XX. De acordo com MÉLLO et al.(2007:26) "para os pesquisadores que embasam seus estudos nesta postura, linguagem é uma forma de ação no mundo, é uma prática."

Iñiguez (2003) citado por MÉLLO et al. (ibid, p. 27-8), descreve que o Construcionismo, enquanto um movimento, caracteriza-se por ser:

- Antiessencialista – "as pessoas e o mundo não possuem uma natureza determinada , mas são construídos nas práticas sociais";
- Antirrealista – "a realidade não existe independente do conhecimento que se produz sobre ela";
- Relativista – há versões; essas versões são construídas coletivamente
- Questionadora de verdades – estas "nada mais são do que descrições feitas de diferentes maneiras, em diferentes épocas e para atingir diferentes propósitos";

De acordo com NOGUEIRA (2001:46), "a psicologia, nesta perspectiva, torna-se o estudo do ser socialmente construído, o produto de discursos histórica e culturalmente contingentes, discursos que trazem consigo uma rede complexa de relações de poder".

Kenneth J. GERGEN e Mary GERGEN (2011:13) afirmam que *"...nada* es real hasta que la gente se pone de acuerdo en que lo es".

Partindo de uma perspectiva crítica, o movimento construcionista propõe que se compreenda os processos de institucionalização que fazem com que determinados acontecimentos sejam tomados por naturais, essenciais. Essa compreensão pode se dar por meio do enfoque nas práticas discursivas, na medida em que estas consideram a linguagem uma ação que provoca efeitos, passíveis de serem compreendidos quando observamos os usos, as condições de produção e veiculação da linguagem.

Nesse sentido, NOGUEIRA e FIDALGO (1995) apontam que "os discursos não só reflectem ou representam entidades e relações sociais; eles constroem-nas ou constituem-nas" (p. 184). Analisá-los, nessa perspectiva, consiste em considerarmos sua "função", a "construção", a "variabilidade". (NOGUEIRA e FIDALGO, 1995; SPINK, 2000).

A primeira, "função", "refere-se ao discurso tomado como ação, pois é tão produtor de realidade quanto qualquer ação concreta"; a segunda, "construção", "diz respeito ao uso dos recursos lingüísticos preexistentes – os repertórios interpretativos
– o que implica em seleção e escolha"; e a terceira, "variabilidade", significa que "se o discurso é construído para a ação, diferentes situações implicariam na construção de diferentes discursos" (SPINK, 2000:38) Esses componentes se relacionam entre si, e constituem o que NOGUEIRA e FIDALGO (1995: 185) consideram ser a principal doutrina ou dogma da Análise do Discurso: "*a função envolve a construção de versões e isso é demonstrado pela variação da linguagem*".

NOGUEIRA e FIDALGO apontam ainda que as diferentes vertentes da análise do discurso partilham "a preocupação com a forma como a linguagem produz e condiciona significados, onde o sentido não está pelo menos exclusivamente, nas nossas cabeças, e onde as condições sociais dão forma às formas de linguagem disponíveis" (ibid., p.187).

Os fundamentos apresentados acima guiam nossa leitura em busca da compreensão dos discursos produzidos acerca da velhice, e seus efeitos ao longo da história e do cotidiano de nossa sociedade, e dão base para analisarmos, posteriormente, os dados de nossa pesquisa. Para contextualizar o tema em questão, então, apresentamos agora algumas reflexões e estudos produzidos sobre a velhice.

Em 1970, em seu livro *A Velhice*, Simone de BEAUVOIR abordava a negação vigente sobre essa fase da vida e o propósito da autora em "quebrar a conspiração do silêncio" (1990:8) acerca da velhice.

Vivemos novos tempos, sociedade em que muitos discursos são produzidos acerca de velhice, atentos aos índices de envelhecimento populacional, e muito ainda hoje reconhecemos do relato de Beauvoir: a relação ameaçadora velhice/morte; a negação, em novos trajes; o abandono.

Em seu intento de "forçar os leitores a ouvir a voz dos velhos", Beauvoir se esforça por criar uma identificação dos jovens com os velhos, estes colocados constantemente como futuro daqueles. Descreve o âmbito econômico em que se quebra a solidariedade entre os "trabalhadores" e os "improdutivos" e a aposentadoria é um problema; o âmbito social, em que os mesmos desejos, sentimentos e reivindicações de outrora, nos velhos escandalizam, e a recorrente cobrança de serenidade, violenta por ocultar uma expectativa de que se calem as reações. Do velho, produz-se um sentido de "sábio", restando o de "louco" aos que se afastam do primeiro – ambos desumanos. E, devido à decadência física, "a velhice aparece como uma desgraça" (p.12), afirma BEAUVOIR.

A História da velhice nas culturas ocidentais revela com bastante frequência seu lugar marginal na vida cotidiana, como mostra MINOIS (1999). A associação entre velhice e decadência/declínio e finitude é uma constante.

MERCADANTE (2009) explica que muitas vezes o velho rejeita essa imagem estigmatizada da velhice, não se identificando com ela. Ao fazer isso, não se reconheceria como velho (com essa identidade social da velhice) - o velho seria o "outro", colocando a velhice em oposição à juventude. No entanto, a autora explica que a negação dessa velhice estigmatizada pode significar também o reconhecimento de uma subjetividade do velho, que nega essa identidade social estigmatizada, podendo construir uma outra forma de ser velho: um sujeito que "não se define na contraposição a uma ´alteridade jovem´, mas sim na produção de uma ´subjetividade´ negadora da identidade estigma". (p.42)

Essa "identidade estigma", porém, produzida por discursos negativos de velhice e envelhecimento está muito presente na sociedade. A velhice fica caracterizada como uma fase de perdas.

Segundo LE BRETON (2011):

> Envelhecer, para a maior parte dos ocidentais, sobretudo nas camadas populares, mas não somente, é entregar-se a um lento trabalho de luto, que consiste em despojar-se do essencial daquilo que foi sua vida, em desinvestir as ações outrora apreciadas, e em admitir pouco a pouco como legítimo o fato de possuir apenas um controle restrito sobre sua existência. (p.227)

Reconhecendo o caráter social do envelhecimento, o autor situa a velhice como um sentimento, na medida em que "é o outro, sobretudo, que espelha sob uma forma depreciativa a inscrição da senescência". (p.235). A velhice, assim, torna-se um estigma. O autor afirma ainda:

> O velho está, na percepção comum, reduzido ao seu mero corpo, sobretudo, com certeza, nas instituições.(...) Na maior parte das instituições, a espessura humana, a singularidade individual, é apagada sob o clichê único do corpo danificado, do corpo que precisa ser alimentado, do corpo que deve ser lavado. O velho já não é sua história, já não é sujeito, mas um corpo desfeito, cuja higiene e sobrevivência é preciso cuidar (*sic*). (...) o velho é objeto de seu corpo, e não mais completamente sujeito.(...) O envelhecimento, em termos ocidentais, marca a redução progressiva ao corpo, uma espécie de escravização a uma dualidade que opõe o sujeito ao seu corpo e o torna dependente deste último. (p.226)

A esse respeito, MERCADANTE reforça a afirmação de LE BRETON:

> Ora, a vivência primeira da velhice se dá no corpo. O corpo por si só não revela como atributo a velhice, porém, uma vez que ela, como estigma, instala-se no corpo, passa a inquietar o idoso. Certamente, a inquietação decorre de uma avaliação também estigmatizada e, em consequência, de uma abominação do indivíduo diante do próprio corpo. A visão de um corpo imperfeito – "em declínio", "enfraquecido", "enrugado" etc. – não avalia apenas o corpo, mas sugere imediatamente ampliar-se além dele, sobre a personalidade, sobre o papel social, econômico e cultural do idoso. (p.40)

Estudo de BIMBATO (2008) acerca da representação da velhice por profissionais de uma equipe do Programa Saúde da Família, no estado de São Paulo, revela:

> Diversas concepções foram manifestadas pelos entrevistados sobre a velhice, de acordo com sua formação, idade e experiência de vida (pessoal ou profissional), como: velhice sendo uma fase de sabedoria e experiência de vida; evolução natural do corpo humano; estado de espírito; fase que se assemelha ao mundo infantil; melhor idade; fase de decadência ou solidão (p. 72)

A autora, que enfatiza como resultado de sua pesquisa a existência de representações negativas sobre a velhice, aponta a necessidade de melhor preparo de profissionais da saúde para lidar com pacientes nessa fase da vida, bem como o fortalecimento de políticas públicas na área (BIMBATO, 2008). Embora não explicite a leitura que faremos a seguir, o trecho citado dá base para afirmarmos que discursos aparentemente qualificados como positivos (“melhor idade”; “sabedoria” e a associação com o universo infantil) muitas vezes produzem violências, na medida em que podem construir a negação da velhice; o desconhecimento de suas particularidades como uma fase diversa da infância (o velho ridicularizado, tratado com paternalismo, desrespeitado em sua subjetividade); ou ainda a exigência de ser sábio. SILVA, citada acima, também aborda o tema de modo a permitir essa leitura.

Outra construção diz respeito ao velho ser visto como alguém cujo tempo é o passado, sendo a velhice apenas um período de espera pela morte; um período vazio; de declínio. De acordo com MERCADANTE, essa é uma forma de negar a possibilidade de um futuro para o velho. Segundo a autora:“A negação do futuro, a noção de um tempo que passa e que, ao passar, implica a decadência do corpo e do espírito do velho colocam-se como qualidades negativas socialmente imputadas aos idosos, criando, assim, um modelo, uma identidade genérica de velho”. (p.42)

BIMBATO (2008) apresenta ainda, como resultado de sua pesquisa, que os profissionais apresentam sentimentos como medo e ansiedade ao pensarem no próprio envelhecimento, considerando o contexto atual.

O levantamento bibliográfico realizado mostra que a velhice verbalizada, seja como em sua história; seja na experiência atual; ou como hipótese futura imaginada, não se apresenta em boas perspectivas, na medida em que os discursos produzidos a seu respeito frequentemente a relacionam a declínio e finitude.

Com a intenção de enriquecer a contextualização do tema na sociedade atual, passaremos à segunda parte deste capítulo, em que construiremos reflexões acerca de discursos publicados na mídia.

1.3.1 Os Sentidos da Velhice e sua Relação com Declínio e Finitude: discursos produzidos no cotidiano de nossa sociedade – comentários a notícias divulgadas na mídia

Fatos de diferentes naturezas, ocorridos e noticiados nos meses de passagem de 2012 para 2013 ilustram e revelam a velhice e o envelhecimento como um tema de relevância, gerando repercussões e polêmicas – ora locais, ora mais globais – acerca dos discursos produzidos a seu respeito

Por meio da discussão de duas notícias – o lançamento do filme "Amour" e o suicídio do ator e produtor brasileiro Walmor Chagas, que tiveram impacto ao abordarem recentemente o tema da velhice – procuramos tecer reflexões sobre alguns discursos produzidos atualmente acerca da velhice, e também efeitos perceptíveis a partir da leitura baseada nos pressupostos apresentados no início deste capítulo.

- O lançamento do filme "Amour"

Um exemplo do que expusemos acima pode ser verificado com o lançamento, em diferentes países, do filme "Amour" (Áustria, França e Alemanha), de Michael Haneke, que tem como temática a vida de um casal de idosos – Georges e Anne – imediatamente antes e após um Acidente Vascular Cerebral (AVC) sofrido por Anne.

A relação de cuidado, do marido à esposa, culmina com a morte dela, por sufocamento, causado por ele. Uma relação de amor, e homicídio. Assim a questão é apresentada: os temas são incômoda e explicitamente amarrados pelo título, pela história, pela construção das cenas, e reafirmados pelo impacto no público.

A morte (e não só ela, claro) como um ato de amor na história contada traz à tona a reflexão sobre dignidade; qualidade de vida, circunstâncias do envelhecimento e/ou necessidades especiais, e remeteu a familiares idosos nos comentários às críticas ao filme, numa clara identificação do público, manifesta por diferentes sentimentos.

Bem classificado pela crítica profissional, despertou sentimentos diversos no público em geral, que se manifestou em sites voltados à crítica cinematográfica, brasileira e internacional, em que os críticos profissionais publicaram suas opiniões.

A identificação do público com a situação vivenciada pelos personagens revela a velhice com incapacidade como uma possibilidade de experiência dolorosa para os familiares que a acompanham, suscitando tanto o reconhecimento da necessidade de se discutir o assunto quanto a vontade de não tocar nele, pela dor que provoca, parecendo gerar, dentre tantos sentimentos diferentes, raiva, como se o filme traísse a defesa dos desavisados, como podemos observar nos trechos de comentários destacados abaixo[12]:

> "Assisti ontem e gostei muito, mesmo sendo pesado. Achei comovente, ao mesmo tempo bonito e triste, me lembrou meus avós paternos.
> Pra gente refletir por muito tempo ainda.";
>
> "filme ruim dos infernos!!! dane-se que tem uma fotografia e direção de arte, o filme não funciona e chega a ser ofensivo para quem já passou por tudo aquilo que os personagens passam... mais atenção antes de indicar um filme assim..."
>
> "Assisti esse filme e achei muito horrível. Quem passou ou passa por essa situação não acha nada de belo ou amoroso. É triste pessoas terem que pagar para ter esse tipo de sentimento (...)"

[12] Disponível em: < http://omelete.uol.com.br/oscar/cinema/amor-critica/>

> Haneke não faz filmes pra gente se sentir bem, muito pelo contrário. É pra refletir mesmo. Vi de perto coisa semelhante com meus avós, fiquei triste em alguns momentos do filme ao relembrar de algumas coisas. Mas ao mesmo tempo não deixa de ser uma realidade... (...)"

Na crítica assinada por Pablo Villaça [13], a velhice aparece como um privilégio (apesar das "indignidades" que possa guardar) – um outro sentido produzido:

> "... Assim, não deixa de ser assustador pensar que, de certa forma, Anne é uma felizarda por ter tido a oportunidade de construir memórias e envelhecer – e que as indignidades de seu terceiro ato de vida são uma nota de rodapé sob o longo texto que representa sua jornada. E que, neste sentido, atravessamos nossas existências buscando estabelecer laços e despertar amores que nos tornem dignos de, ao fim, termos nossos corpos enfeitados com pétalas coloridas por aqueles que deixamos para trás."

Diferente da crítica de Villaça, em que **chegar à velhice** é um privilégio, Roger Ebert[14], no Chicago Sun-Times, aponta que **suportar a velhice** seria um privilégio, uma prerrogativa que não é para todos, mas para os fortes. A velhice aparece, então, como uma realidade difícil que demanda uma força que nem todos teriam:

> "Old age ain't no place for sissies," Bette Davis is said to have said, and the longer age lasts, the less of a sissy you can be. (…)
> Old age isn't for sissies, and neither is this film. Trintignant and Riva courageously take on these roles, which strip aside all the glamor of their long careers (he starred in "A Man and a Woman," she most famously in [15]"Hiroshima, Mon Amour"). Their beauty has faded, but it glows from within. It accepts

[13] http://www.cinemaemcena.com.br/plus/modulos/filme/ver.php?cdfilme=12369

[14] http://www.rogerebert.com/apps/pbcs.dll/article?AID=/20130109/REVIEWS/130109977

[15] http://rioshow.oglobo.globo.com/cinema/eventos/criticas-profissionais/amor-7648.aspx

> unflinchingly the realities of age, failure and the disintegration of the ego.

Não fica claro, na crítica, a quê exatamente ele atribui as dificuldades da velhice, que demandariam força: se apenas à "beleza que se desvanece", a seu ver, ou se a relaciona também com "falência" e "desintegração do ego", que ele relata acontecer na experiência da personagem.

Já na crítica de Susana Schild[16], n'*O Globo*, a velhice aparece claramente associada à humilhação e à falta de dignidade:

> Quando Anne sofre seu primeiro derrame, fica evidente que a perversão tão cultuada por Haneke se traduz desta vez por um **algoz implacável — o tempo —, senhor de uma inapelável degradação física e psicológica** (*grifos nossos).* O fim parece tão próximo que pode ser tocado com as mãos que antes deslizavam pelas teclas do piano. Em sua última batalha, **o velho casal tenta o impossível: aplacar a humilhação e preservar a dignidade** (*grifos nossos)* — principalmente a do outro. Uma atitude inocente, como a forma pela qual uma atendente penteia Anne, pode provocar uma reação extrema de Georges, que não aceita a insensibilidade alheia com alguém que ainda, e apesar de tudo, lhe comove tanto.

O sentido negativo da velhice, aqui, é atribuído à uma "inapelável degradação física e psicológica" – uma questão de "tempo", este "implacável", na visão da crítica, mas também a fatores sociais – a "insensibilidade" dos prestadores de cuidados.

A perspectiva que clama por atenção social ao assunto (o que sugere que discutir o tema possa melhorar as dificuldades identificadas na vivência mostrada no filme, não as naturalizando, ou seja, tirando delas o caráter de essência) encontra-se presente também no comentário de um leitor à crítica publicada no "The Hollywood Reporter"[17]:

---

[16] http://rioshow.oglobo.globo.com/cinema/eventos/criticas-profissionais/amor-7648.aspx

[17] (http://www.hollywoodreporter.com/movie/amour-austria/review/326962)

> As someone who suffers from progressive MS (major stroke), I think it's so important for cinema to confront society's approach to the needs and care of its ill and aging people.

Os discursos selecionados apresentam diferentes sentidos de velhice, que aparece, assim, como uma conquista, uma vitória; uma prova de resistência, um desafio para fortes; uma fase de humilhações e falta de dignidade; degradação; vulnerabilidade. Sentidos que naturalizam a fragilidade e a falta de dignidade nesta fase da vida, essencializando-as, mesclam-se a outros que as condicionam ao ambiente envolvendo qualidade de cuidados.

Discursos que produzem sentidos da velhice como uma construção social tornam-se importantes na medida em que constituem alternativas à idéia de morte como "a saída digna que resta aos velhos", que pode ser produzida quando circunstâncias que geram sofrimento – muitas delas produzidas socialmente – são percebidas como inerentes a esta fase da vida.

- A notícia do suicídio de Walmor Chagas

Na mesma linha dos sentidos observados nos comentários às críticas sobre o filme, seguem os produzidos nos comentários suscitados pela a notícia do suicídio de um ator, diretor e produtor brasileiro, Walmor Chagas, aos 82 anos. A notícia que selecionamos[18] inicia da forma reproduzida abaixo, e segue com o relato de profissionais da área da Psicologia e Gerontologia alertando sobre riscos da depressão em idosos:

---

[18] http://mulher.uol.com.br/comportamento/noticias/redacao/2013/01/24/suicidio-de-walmor-chagas-serve-de-alerta-para-a-depressao-na-velhice.htm

> O suicídio do ator, diretor e produtor Walmor Chagas, no dia 18 de janeiro, trouxe à tona um assunto espinhoso, mas de suma importância: a depressão na terceira idade. Aos 82 anos, Walmor vivia praticamente isolado em um sítio no interior de São Paulo. Enxergava mal, tinha dificuldades para andar, se alimentava pouco e contava frequentemente com a ajuda de empregados para executar tarefas cotidianas. Um de seus amigos disse à imprensa que o artista teria comentado que desejaria partir, caso se tornasse uma pessoa dependente.

Após a notícia, há um espaço para o público leitor se manifestar, escrevendo suas opiniões sobre o fato noticiado. A forma como a notícia foi construída favoreceu comentários e reflexões sobre velhice e finitude, tema deste item de nosso capítulo. De 106 comentários publicados, no momento em que construímos esta análise, poucos dias após a publicação da notícia, em 24 de janeiro de 2013, havia os que avaliaram a reportagem; os que julgaram o ato de suicidar-se (com base em argumentos de liberdade de escolha, religiosos, entre outros); os que atribuíram justificativas ao suicídio. Focamos aqueles que traziam comentários sobre a velhice, associando ou não a um julgamento sobre o suicídio em si ou o do ator. Assim, destacamos trechos em que são construídos sentidos sobre a velhice.

Dentre estes sentidos, está o de que essa fase da vida pressupõe solidão – a solidão, na velhice, é assim naturalizada, sendo esta uma fase cuja condição "caótica" justificaria o suicídio:

> Estava doente, perdendo a visão(não leria mais) e era só, como todo mundo no fim da vida. Escolheu dar fim a vida por achar sua situação caótica. Não se trata de depressão. É realidade e escolha.

O sofrimento na velhice foi um tema destacado e que, por vezes, foi base de justificativa do suicídio, nos comentários à notícia. O sofrimento, no entanto, foi atribuído não apenas a condições físicas, mas também sociais e econômicas, o que amplia os sentidos que associam velhice a sofrimento, e, de certa forma, as possibilidades de combatê-lo, na medida em que o sofrimento físico, nessa e em outras fases da vida, nem sempre é evitável, mas os de outras ordens são (ou deveriam ser):

> “...Ninguém se pergunta sobre tanta gente que envelhece muito bem, e não raro, pertence à alta elite...”
>
> “merecia uma velhice cercada de atenção, especialmente da Empresa que dedicou grande parte de sua vida (...)não fez absolutamente nada para tornar a velhice deste grande ator, um pouquinho melhor.”;
>
> “Houve um descuido de todos...”

Percebe-se, ainda, um esforço, em alguns comentários, no sentido de não vitimizar o idoso:

> Atenção dos outros é bom, mas fazer-se interessado e interessante depende de cada um. E, quando o resultado não satisfizer, 'ir embora' também é uma. Nada a ser lamentado ou 'curado'.

Destacou-se também o sentido de velhice como um “peso social”. O sofrimento em destaque, aqui, seria o “gerado pela velhice” (associado ou não ao vivenciado pelo próprio idoso) – ou seja, seria um sofrimento do outro em função do idoso:

> ...Hoje, mais do que nunca não há, para famílias de renda média, infraestrutura para suportar um idoso. Casais trabalham, moradias cada vez menores, valores de benefício da previdência ínfimos, valor de remédios altos. Tudo isto leva o idosos a tornar-se um peso, um incômodo. Dependendo do tipo de doença, ainda é pior, por exemplo mal de Alzaimer. A idade avançada só não seria um peso se tivéssemos uma infraestrutura do Estado compatível com as necessidades desta população...

Comentários que consideram o suicídio do idoso uma “saída digna”, “lucidez”, uma “escolha sensata”, “um gesto de amor” tiveram por base uma associação de velhice a sofrimento físico, psíquico, dependência, e/ou demonstraram

descrença, na maior parte das vezes, em mudanças sociais no sentido de torná-la uma fase vivida com atendimento digno às suas necessidades e às de cuidadores:

> "Porque se deixar ir até ao fim sofrendo e causando sofrimentos aos outros?"
>
> "O que mais alguém de 82 anos, com doenças degenerativas irreversíveis e incapacitantes, cujo único horizonte possível é tornar-se um fardo para quem amou, pode esperar da vida? É um enorme gesto de amor próprio, amor aos que o querem bem, e não tem nada a ver com depressão. (...) O que ele fez se chama bom senso..."
>
> "...Deu um fim digno numa vida digna. A dele. Me lembrou um dos irmão Graco enfrentando a morte pela mão de um escravo para não ter que se submeter ao inimigo (implacável). Viver só tem sentido quando há esperança no belo, no prazer, no bem estar. Qual o significado de viver sendo um problema para os outros e sem maiores esperanças de alegria, com dores, perdendo rapidamente a visão (essencial ao artista) e com sofrimento? Arrisco, com muita segurança, que a morte do Walmor não decorre de nenhuma depressão. E por isso humildemente homenageio Walmor, pela vida que teve e pela dignidade com que se retirou."
>
> "O corpo é dele, a vida é dele, o sofrimento é dele e ele disse que não mqueria dar trabalho à ninguém...."

Com relação às perdas de capacidades físicas e/ou mentais, os sentidos aparecem fortemente associados à dignidade (ou falta de), ainda que assistência seja oferecida:

> "...Lutamos para lhe dar uma velhice digna mas eu vejo que todo esse esforço não o faz ser feliz ainda que seja bem cuidado."
>
> "...deveriamos envelhecer aos 100 anos, com o corpo e agilidade da juventude, assim viveriamos melhor..."
>
> "Dizer que velhice é melhor idade é uma imbecil...idade. Perder mobilidade é a pior coisa que pode acontecer a uma pessoa. Perder a visão é pior ainda. Como a vida é sua a decisão de interrompê-la também o é..."

Outro sentido de velhice é o de um tempo de perdas, um tempo artificial, ou tempo de espera até a morte que, parecendo não ter outro sentido, poderia ser abreviado:

> "...por que seria mais louvável para um homem envelhecido, que sente a diminuição de suas forças, esperar seu lento esgotamento e dissolução, em vez de, em clara consciência, fixar um termo para si? neste caso o suícidio é uma ação perfeitamente natural e próxima, que, sendo uma vitória da razão, deveria suscitar respeito..."

> "...a medicina está criando a velhice eterna..."

Ao lado da ideia de "vazio" e de "falta de sentido" usadas para caracterizar esse período da vida, são ainda citadas a "cultura da juventude", na qual o valor social é relacionado à idade dos sujeitos, deixando idosos em desvantagens que ameaçariam tanto sua auto-estima como situações concretas, de emprego:

> "Vejam as novelas de hoje: só jovens, jovens e mais jovens".

O reconhecimento de questões como a aposentadoria e o sentimento de utilidade social estiveram relacionados aos sentimentos que poderiam interferir na vivência da velhice:

> "o homem sobra quando se aposenta";

> "Os colegas de trabalho somem e a gente perde o convívio social e começa a sentir se inútil e discriminado"

Sentimento de vulnerabilidade e negligência de autoridades com relação à violência física contra o idoso foram outros argumentos usados para justificar o suicídio de idosos. A velhice surge como uma fase em que se está indefeso e sujeito a violências. O velho surge como alguém passível de abusos:

> ...POUCA GENTE SABE - de velhinhos tem MUITA GENTE QUE ABUSA (...) PRINCIPALMENTE NESTES ASILOS E CASAS DE "REPOUSO", mesmo as de melhor qualidade!!!! A própria POLÍCIA sabe disso e recebe "cala a boca" delas. É A PURA VERDADE, GENTE!!!

Aqui cabe lembrar que como aponta WATANABE (2009), "decidir pela institucionalização de um familiar muitas vezes é difícil, principalmente na cultura brasileira" (p.26). A autora afirma ainda:

> Uma das consequências da institucionalização é o despojamento dos papéis sociais do idoso. O indivíduo perde indicações que revelam sua posição social no mundo externo, o que muitas vezes significa a perda do "eu". Ele é orientado sobre seus direitos e deveres na instituição; muitas vezes não possui as chaves de seu dormitório e tem de dividi-lo com pessoas desconhecidas; seus pertences pessoais são arrolados e identificados; passa a ter horários preestabelecidos para atividades cotidianas, como tomar banho, fazer as refeições, descansar etc., prejudicando, portanto, sua individualidade. (*ibid., p.25)*

O reconhecimento da diversidade da velhice e seus sentidos positivos estão presentes em comentários nos sites que apontam a "ausência de problemas sérios", "de causar inveja", destacando-se uma postura de "naturalidade em relação à velhice", "equilíbrio", resiliência, ora como um mistério, manifesto em frases como "ela deve ter lá os seus momentos de tristeza, mas deve ter alguma fórmula muito boa para superar isso"; ora como conhecimento:

> "invocando novas motivações prazerosas, sem prejuízo de fazer a pessoa valorizar a si própria e à sua vida, independentemente das eventuais "perdas" que experimenta ao longo de seu caminhar terreno".

Surgem associados tanto a questões sócio-econômicas quanto como independente delas:

> “ É claro que estou falando de uma pessoa rica e famosa, mas devem existir muitos outros casos de pessoas anônimas.”

E houve ainda quem tenha lembrado da necessidade de “nos preparamos para a velhice”. Estes posicionamentos, no entanto, estiveram associados explicitamente ao sentido individual de cuidado (que atribuem responsabilidades individuais à condição vivida na velhice, e que se relacionam à estilo de vida – nutrição, cuidados – e no sentido espiritual, relacionado a medo de viver e de morrer). Quando citadas, as questões sócio-econômicas foram apontadas enquanto queixa e constatação, e não necessidade de transformação.

Diante do exposto, podemos perceber que os sentidos de velhice são diversos, e que quando associados a “sofrimento” (ora do idoso; ora causado pelo idoso – “fardo” – ora uma associação deles) e “dependência”, e esta condição parece irreversível, tornam-se argumentos que justificam a morte como saída digna, sensata.

Nos dois acontecimentos selecionados neste item, a velhice e morte são temas paralelos, ora contestados, ora reafirmados em suas ligações, nos comentários e polêmicas que suscitam, permitindo reflexão sobre a velhice enquanto finitude. O que está instituído; o que sugere e demanda desconstruções e (re)construções; o que está naturalizado na sociedade e o que é contextualizado são discussões necessárias para a construção de uma velhice que possa ser vista na sociedade como a fase almejada e digna de ser vivida, que faça jus ao anúncio de sua possibilidade de existência.

Não tivemos a intenção, aqui, de julgar as opiniões expressas no material analisado, nem mesmo condenar o direito à Eutanásia, diante de sofrimento irreversível. Trata-se apenas de compreendermos, no caso da velhice, o que têm sido considerado “irreversível”, destacando a necessidade de se observar que muitas construções sociais relativas ao tema parecem ser naturalizadas e associadas à velhice, levando à defesa da morte como saída digna à uma situação “sem solução”. Neste “sem solução” incluem-se, como pudermos verificar, entre outras condições,

falta de apoio social; falta de estrutura à velhice; falta de amparo a cuidadores; solidão; dependência; dor; sofrimento físico e psicológico.

2. OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL:

compreender os sentidos que médicos que atuam em Unidades de Terapia Intensiva atribuem a idosos/velhos, a velhice e o envelhecimento, bem como as práticas relacionadas a esses sentidos produzidas no atendimento a pacientes idosos em UTI.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Apreender os sentidos de velhice/velho/envelhecimento no discurso de médico no contexto de UTI;
2. Descrever os sentidos e as práticas produzidas na atuação dos sujeitos de pesquisa.
3. Sistematizar uma reflexão sobre os sentidos de velhice/velho/envelhecimento produzidos no contexto estudado.

3. MÉTODO

Trata-se de pesquisa qualitativa, realizada por meio de observação participante e de entrevistas em profundidade com médicos que atuam em UTI, para compreendermos os discursos produzidos por esses profissionais acerca do tema "idosos em UTI", bem como os possíveis efeitos discursivos para o contexto estudado.

Esta pesquisa situa-se no campo de conhecimento da Psicologia Social. Como referencial teórico-metodológico, baseamo-nos nos fundamentos do Construcionismo e da Análise do Discurso, explicitados no capítulo anterior.

Os sujeitos de pesquisa são médicos residentes e assistentes que atuam em duas unidades de terapia intensiva de um hospital-escola na cidade de São Paulo. Na primeira fase da pesquisa houve ainda a participação de fisioterapeutas.

Consideramos importante para a seleção do local o fato de se tratar de uma instituição formadora de médicos. Sendo um local de formação de profissionais de saúde, configura-se como um espaço privilegiado de discussão e reflexão sobre a prática médica e as variáveis que nela interferem.

Os aspectos éticos envolvidos no estudo foram devidamente respeitados. Esta pesquisa trouxe baixos riscos de malefícios a seus participantes, cujos nomes foram preservados para garantir o anonimato. A pesquisadora esteve atenta e à disposição dos participantes para eventual apoio necessário, no caso de algum malefício decorrente da pesquisa. Os sujeitos participantes manifestaram por escrito o consentimento pós-informado e tiveram a possibilidade de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum prejuízo. Foi solicitada à instituição participante a autorização para a realização da pesquisa. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (anexo) e do Hospital em que foi realizada a pesquisa.

4.1. ETAPA DE OBSERVAÇÃO

Na primeira etapa, a fase de observação participante, foi possível uma aproximação inicial com os sujeitos da pesquisa, a familiarização com o contexto estudado e uma primeira apreensão dos discursos produzidos. Esta etapa permitiu ainda o aperfeiçoamento do roteiro de entrevista utilizado na segunda etapa da pesquisa – a de entrevista em profundidade, que aconteceu em data e local conveniente aos participantes da primeira etapa que aceitaram dar continuação à sua participação na pesquisa.

As observações foram realizadas em duas etapas, em duas Unidades de Terapia Intensiva, ambas de Clínica Médica, voltadas ao atendimento de adultos, com capacidade para 4 e 12 leitos, no momento de realização da pesquisa. A escolha das unidades se deu de modo a evitarmos as especialidades (cardiologia, pneumologia...), que poderiam influenciar na idade do público admitido, em função da própria especialidade.

As observações ocorreram de acordo com o seguinte cronograma:

Primeira Fase:

Tabela 1 – Datas de realização das observações- 1° Fase - Unidade 1

OBSERVAÇÃO	DIA DA SEMANA					DATA DA REALIZAÇÃO
1	2ª f	3ª f	4ª f	5ª f	6ª f	22/09/2011
2	2ª f	3ª f	4ª f	5ª f	6ª f	26/09/2011
3	2ª f	3ª f	4ª f	5ª f	6ª f	07/10/2011
4	2ª f	3ª f	4ª f	5ª f	6ª f	13/10/2011
5	2ª f	3ª f	4ª f	5ª f	6ª f	17/10/2011
6	2ª f	3ª f	4ª f	5ª f	6ª f	24/10/2011
7	2ª f	3ª f	4ª f	5ª f	6ª f	09/11/2011

Tabela 2 - Datas de realização das observações – 1° Fase - Unidade 2

OBSERVAÇÃO	DIA DA SEMANA					DATA DA REALIZAÇÃO
1	2ª f	3ª f	4ª f	5ª f	6ª f	03/11/2011
2	2ª f	3ª f	4ª f	5ª f	6ª f	04/11/2011
3	2ª f	3ª f	4ª f	5ª f	6ª f	10/11/2011
4	2ª f	3ª f	4ª f	5ª f	6ª f	11/11/2011
5	2ª f	3ª f	4ª f	5ª f	6ª f	16/11/2011
6	2ª f	3ª f	4ª f	5ª f	6ª f	21/11/2011
7	2ª f	3ª f	4ª f	5ª f	6ª f	22/11/2011

Segunda fase:

Tabela 3 – Datas de realização das observações- 2° Fase -Unidade 1

OBSERVAÇÃO	DIA DA SEMANA					DATA DA REALIZAÇÃO
1	2ª f	3ª f	4ª f	5ª f	6ª f	09/04/2012
2	2ª f	3ª f	4ª f	5ª f	6ª f	10/04/2012
3	2ª f	3ª f	4ª f	5ª f	6ª f	11/04/2012
4	2ª f	3ª f	4ª f	5ª f	6ª f	12/04/2012
5	2ª f	3ª f	4ª f	5ª f	6ª f	13/04/2012

Tabela 4 – Datas de realização das observações- 2° Fase -Unidade 2

OBSERVAÇÃO	DIA DA SEMANA					DATA DA REALIZAÇÃO
1	2ª f	3ª f	4ª f	5ª f	6ª f	17/04/2012
2	2ª f	3ª f	4ª f	5ª f	6ª f	18/04/2012
3	2ª f	3ª f	4ª f	5ª f	6ª f	19/04/2012
4	2ª f	3ª f	4ª f	5ª f	6ª f	23/04/2012
5	2ª f	3ª f	4ª f	5ª f	6ª f	24/04/2012

Observamos que na primeira fase privilegiamos que os encontros fossem espaçados e abarcassem dias diferentes da semana, de modo a obtermos o maior número possível de assistentes (que se alternavam pelos dias da semana), e pacientes (considerando que a permanência nessas unidades era curta); na segunda fase de observações, o critério foi realizá-las em dias seguidos, de modo a garantirmos uma

certa continuidade dos casos discutidos. As reuniões ocorriam diariamente, reunindo a equipe médica composta por médicos assistentes, residentes e eventualmente fisioterapeutas, de segunda a sexta-feira, com duração de aproximadamente duas horas. Nestas reuniões, a equipe discutia os casos dos pacientes internados em sua unidade. Ao apresentar os casos, o médico residente fazia uma breve apresentação do paciente, passando a descrever seu estado de saúde, as ocorrências ao longo do plantão, e a equipe discutia e decidia os procedimentos a serem realizados. Assim, cada caso consistia em um momento de breve apresentação; discussão e tomada de decisões.

Sujeitos da pesquisa na fase de observação:

Participaram das reuniões médicos assistentes (médicos responsáveis pela Unidade de Terapia Intensiva, que surpevisionam o trabalho dos residentes); médicos residentes (médicos que participam do programa de Residência Médica[19], identificados como "R", seguido de um número que indica o ano que está cursando na Residência); eventualmente médicos visitantes (assistentes e residentes de outros serviços ou especialidades); e fisioterapeutas.

Quanto aos residentes, os dois primeiros anos são de Clínica Médica; os dois últimos são da especialidade escolhida pelo estudante. Portanto, R1 e R2 são siglas que indicam alunos de residência em Clínica Médica; R3 e R4, no contexto da pesquisa, alunos da especialidade Medicina Intensiva.

Para se ter uma melhor caracterização dos participantes da pesquisa e seu contexto de atividade, apresentamos a seguir os sujeitos segundo unidade de atuação.

[19] Instituída pelo Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977, a residência médica é uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização. Funciona em instituições de saúde, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional, sendo considerada o "padrão ouro" da especialização médica. O mesmo decreto criou a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

O Programa de Residência Médica, cumprido integralmente dentro de uma determinada especialidade, confere ao médico residente o título de especialista. A expressão "residência médica" só pode ser empregada para programas que sejam credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica. Disponível em http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&id=12263&Itemid=507

Participaram na Unidade 1 e 2, respectivamente 30 e 35 profissionais. Conforme se observa na tabela 5, dos 30 participantes da Unidade 1, a distribuição por sexo era semelhante, a maioria tinha de 21 a 30 anos de idade, mas em relação à função, os médicos assistentes eram em sua totalidade homens, bem como os Residentes de quarto ano, que se especializam em Medicina Intensiva, havendo uma residente de terceiro ano. Participaram também 6 fisioterapeutas, dos quais 5 eram do sexo feminino.

Tabela 5: Profissionais que participaram da fase de observação participante da unidade de terapia intensiva 1. São Paulo, setembro de 2011 a abril de 2012

		Feminino	Masculino	Total
Faixa etária	21 a 25 anos	6	2	8
	26 a 30 anos	6	10	16
	31 a 35 anos	2	1	3
	36 a 40	-	2	2
	40 anos e +	-	1	1
função	R1	-	-	0
	R2	8	6	14
	R3	1	-	1
	R4	-	3	3
	Assistente	-	6	6
	Fisioterapeuta	5	1	6

Já na tabela 6, referente aos profissionais que atuam na Unidade 2, com 12 leitos, verifica-se que dos 35 profissionais, 18 são homens. À semelhança da unidade 1, a maioria tem até 30 anos de idade. Em relação à função, 14 informaram ser Residentes, mas não especificaram de que ano, e destes um era residente de outra especialidade e outra de outro serviço. Sabemos, porém, que nesta unidade grande parte dos alunos são residentes de primeiro e terceiro anos, R1 e R3, portanto. Dentre os que especificaram, 3 estão se especializando em Medicina Intensiva, todos homens.

Nesta Unidade dos 7 sujeitos que se identificaram como Médicos Assistentes, 2 eram mulheres. Nesta Unidade os fisioterapeutas não participaram das reuniões em que foi realizada a observação.

Tabela 6 Profissionais que participaram da fase de observação participante da unidade de terapia intensiva 2. São Paulo, setembro de 2011 a abril de 2012

		Feminino	Masculino	Total
Faixa etária	20 a 25 anos	4	2	6
	26 a 30 anos	10	9	19
	31 a 35 anos	2	2	4
	36 a 40	-	1	1
	40 anos e +	2	3	5
Função	R	8	6	14
	R1	3	4	7
	R2	3	-	3
	R3	1	2	3
	R4	-	1	1
	Assistente	2	5	7

Nesta etapa, as observações da pesquisadora foram anotadas para posterior análise. As anotações focavam as falas dos profissionais relacionadas principalmente às idades dos pacientes. Observamos os termos utilizados para se referirem a eles ou às situações relacionadas à descrição de seu estado de saúde, ou ainda as referentes à idade de outros pacientes. Anotações com relação ao contexto e outros tipos de discursos também foram feitas: os gestos, os tons das falas – quando chamavam atenção – o impacto que a presença da pesquisadora parecia gerar (olhares de curiosidade; falas como "você não vai anotar isso, né?", ou perguntas), a interação estabelecida entre os profissionais e deles com a pesquisadora; a distribuição dos profissionais no espaço dividido. Tais anotações favoreceram a melhor compreensão do ambiente estudado.

3.2. ETAPA DE ENTREVISTAS

A segunda etapa da pesquisa consistiu na realização de entrevistas semi-estruturadas, com os sujeitos participantes da etapa anterior, que aceitaram o convite para essa segunda fase (incluindo três profissionais que não participaram diretamente da etapa de observação, mas cuja entrevista fazia-se relevante à compreensão do tema estudado, por suas intervenções pontuais no trabalho nas unidades, ou por indicação dos próprios participantes da primeira etapa). O convite foi realizado na ocasião da primeira etapa, e a entrevista foi marcada para ocorrer após toda a primeira fase ter terminado. O roteiro de perguntas que serviu de guia às entrevistas foi aperfeiçoado a partir das observações feitas na primeira etapa.

É importante destacar que para esta fase, privilegiou-se a realização de entrevista aos médicos assistentes e os residentes de medicina intensiva que aceitaram participar desta fase dado que os residentes de primeiro e segundo ano eram residentes da área de clínica médica, nem todos com intenção de fazer da Medicina Intensiva como sua especialidade.

As entrevistas, individuais, ocorreram no período entre maio e julho de 2012, em local e horário convenientes aos entrevistados. Assim, a quase totalidade ocorreu no próprio hospital (a maioria na sala de descanso dos médicos; uma na sala da secretaria do curso), com horário marcado, geralmente logo após o período de plantão. Uma das entrevistas ocorreu na casa da médica. Tiveram duração variável entre 30 minutos a 1h45. Todas as entrevistas foram gravadas com a autorização expressa pelos sujeitos da pesquisa e transcritas pela própria pesquisadora para posterior análise.

Caracterização dos participantes por sexo, função e idade:

Tabela 7 - Caracterização dos participantes da etapa de entrevista por sexo, função e idade

	SEXO	FUNÇÃO	IDADE
E1	M	Assistente	41
E2	M	Assistente	35
E3	M	Assistente	29
E4	M	Assistente	29
E5	M	Assistente	49
E6	M	* Colaborador nas atividades da Unidade com menos recursos disponíveis aos pacientes	42
E7	M	* Professor Doutor	54
E8	M	Assistente	
E9	M	* Assistente ligado a tarefas administrativas e de docência	47
E10	F	R3 – de outra especialidade	29
E11	F	R2	28
E12	F	Assistente	48

Temos, assim, 12 participantes na etapa de entrevista. Em função da trajetória da pesquisa, 3 deles (marcados com *) não participaram diretamente da etapa de observação, sendo, portanto, novos participantes. Os 3 são do sexo masculino, ligados à atividades acadêmicas e/ou administrativas, com idades de 42, 47 e 54 anos.

Podemos, então, sistematizar os participantes da pesquisa da seguinte forma: ao todo, tivemos 68 participantes. Destes, 56 participaram exclusivamente da etapa de observação; 3 exclusivamente da etapa de entrevista e 9 participaram de ambas as

etapas. É importante informar que um dos R4 passou a médico assistente durante a realização da pesquisa. Destes 68, 36 eram do sexo masculino e 32 do sexo feminino; 13 eram Assistentes; 3 tinham função de docência/administrativa e de supervisão; 46 eram Residentes e 6 eram Fisioterapeutas. Com relação à idade, chama a atenção que nenhum dos participantes seja idoso. O médico mais velho tinha 55 anos e o mais novo tinha 23. Na faixa dos 20 havia 47 participantes; na faixa dos 30, 10 participantes; entre 40 e 55 anos havia 10 participantes. Um não revelou a idade (ao preencher a data de nascimento colocou a data em que o termo de consentimento foi assinado).

Com relação às entrevistas, 12 foram realizadas, porém, uma foi descartada devido ao fato das perguntas terem mobilizado na pessoa entrevistada sentimentos decorrentes de experiência pessoal, associada ao tema que, na visão da pesquisadora demandaram cuidados. Assim, apesar da entrevista ter prosseguido, as perguntas realizadas foram mais no sentido de cuidar dos sentimentos mobilizados do que de atender aos objetivos da pesquisa, ficando, assim, descaracterizada.

Na transcrição das entrevistas, realizadas pela própria pesquisadora, foram considerados os tons, os silêncios, as repetições, interrupções, hesitações.

Após transcritas, foram realizadas sucessivas leituras do material. Cada uma das entrevistas foi posteriormente distribuída por tópicos (assuntos sobre os quais se fala), em uma tabela criada para sistematizar os dados, com os seguintes tópicos:

- Idade/Tempo de UTI/outro emprego: informações sobre a idade do entrevistado, o tempo de prática do profissional na UTI e se tinha emprego em outra instituição (experiência em outras unidades de terapia intensiva).

- Preparo em idoso: discursos referentes ao preparo no atendimento ao idoso ao longo de sua vida acadêmica- à sua formação, portanto.

- Perfil do idoso internado em UTI Discursos referentes à percepção sobre idosos internados em UTI

- Seleção do idoso: discursos referentes à seleção de idosos para a internação em UTI.

- Sentidos atribuídos ao envelhecimento
- Sentidos atribuídos à velhice
- Sentidos atribuídos a velho
- Sentidos atribuídos à qualidade de vida
- Sentidos atribuídos à viver com dignidade
- Sentidos atribuídos a morrer com dignidade
- Família
- A UTI
- Outros temas marcantes

Trechos dos discursos dos entrevistados eram selecionados para exemplificarem os sentidos que emergiam da leitura das entrevistas, e que eram sistematizados e inseridos na tabela. Conforme esse processo era realizado, as tabelas sofriam modificações e eram revistas, sendo acrescentadas colunas que se faziam necessárias em função do conteúdo das entrevistas.

Em seguida criamos uma única tabela, na qual condensamos os discursos produzidos sem, no entanto, perdermos seus contextos de produção, garantidos pela seleção prévia dos trechos associados e numerados para posterior localização e utilização na etapa de discussão. As informações dessa tabela são apresentadas na parte "resultados", deste trabalho.

Os discursos, assim, puderam ser organizados e analisados em termos dos efeitos produzidos.

Inicialmente, após sucessivas leituras e organização dos dados, chegamos a três grandes temas:

1. o valor social da velhice;
2. a instituição família no contexto de UTI;
3. conflitos implícitos do contexto.

A partir desses temas, identificamos dois discursos: o “biológico”, que se fundamenta nas características físicas, biológicas dos indivíduos; e o “biográfico”, que enfoca a história de vida dos sujeitos.

Como efeitos discursivos, tivemos: a produção de cuidado, e a produção de práticas de exclusão, conforme abordamos na etapa de discussão dos dados.

4. RESULTADOS

4.1. ETAPA DE OBSERVAÇÃO:

Por meio da observação participante foi possível constatar que são diversos os discursos produzidos sobre velho nesse contexto, e que os resultados aqui apresentados nesta fase sugerem reflexões que foram aprofundadas, ampliadas e discutidas nas entrevistas.

Termos como "a vovó", "o vovô", "a vovozinha", "veinha" foram usados para se referirem a pacientes idosos, mais comumente nos muito idosos (octogenários e nonagenários). Os primeiros termos revelam uma certa condescendência, tendo sido geralmente associados a "boazinha", "bonitinha" – mas também associados a uma certa inconveniência, no tom utilizado, por exemplo, na frase "o que a gente faz com o vô?"; o último termo, intencionalmente caricatural, foi utilizado na tentativa de produzir humor, associado à falta de dentes reproduzida por imitação facial (episódio isolado). A referência ao papel familiar ou à idade na nominação dos pacientes foi menos observada com relação a pacientes de outras faixas etárias.

A condescendência que prevalecia no comportamento dos médicos com relação aos pacientes mais idosos se verificava, por exemplo, na tolerância ao mau- humor, descrito com graça, ou na valorização destacada do bom humor, nesses pacientes. O mau-humor dos pacientes de outras faixas etárias, ainda que reconhecido como decorrência de estresse pela situação de internação (e ora caracterizado como um traço do paciente – "rabugento"), nem sempre era bem tolerado pelos médicos, chegando, por vez, a desorganizá-los (como vemos na pergunta "vamos dar alta?"). Essa diferença de atitudes pode ser sugestiva de uma naturalização do mau-humor em paciente mais idoso, pelo destaque da equipe quando não ocorria e pela tolerância visivelmente maior quando se manifestava. Vale ressaltar, no entanto, a menor proporção de pacientes muito idosos em relação a pacientes das outras faixas etárias.

Em outra ocasião, relato de situação em que paciente muito idoso manifestou e defendeu sua autonomia, gerou comentários, divertindo e surpreendendo a equipe, empática a ele. Ressaltamos que a manifestação do paciente em questão era no

sentido de aderir a um procedimento descartado, a princípio, por médicos e familiares, por ser considerado desnecessário, em função da idade do paciente, e na intenção de poupá-lo.

Observamos situação em que a admissão de paciente muito idoso foi questionada por médico de alto cargo, que não assistia aos pacientes, mas ocasionalmente participava das reuniões de equipe. Diante da explicação da equipe de que "era o melhor paciente que tinha na ocasião de admissão", a assistência foi apoiada e incentivada pelo referido médico, que, na ocasião, justificou sua aprovação referindo-se a critérios da Associação Médica Americana (AMA). O questionamento quanto a admissões foi observado também em outra situação: na de um paciente relativamente jovem, considerado "inviável". Isso sugere uma associação *paciente muito idoso/paciente "inviável"*, pelo questionamento *a priori*. A aprovação quanto à internação do paciente jovem considerado inviável, no entanto, não ocorreu.

Com relação aos médicos que prestavam assistência diretamente aos pacientes, o questionamento quanto à admissão dos pacientes em ambas as situações relatadas não foi observado. Observou-se apenas certo estranhamento, no caso do paciente muito idoso, expresso em frases como "É parente de alguém?!" ou ainda "se eu chegar nessa idade assim, to feliz!".

Entre os grupos de idosos mais novos, jovens e adultos, não foram observadas no discurso médico – quando o foco é a idade – diferenças que aparentemente os desigualassem nas condutas de assistência. No entanto, falas como "Puxa, é jovem!" em tom de pesar, frequentemente marcavam a manifestação de lamento diante da piora de pacientes mais novos.

Assim, podemos afirmar que foi significativo, nessa etapa de observação, com foco nas questões etárias, o destaque do grupo de pacientes mais idosos, descritos por estereótipos como: "bonzinhos"; alguém a quem se devem concessões paternalistas; desdentados e atrapalhados; mal-humorados; terminais.

Pudemos observar, ainda, situações que, apesar de não serem o foco principal, relacionam-se com o tema, ajudando a contextualizar os discursos produzidos. Dentre essas, destacamos as relações de poder que atravessam o contexto estudado, tais como entre diferentes níveis hierárquicos dos profissionais da equipe: médico assistente e residentes, residentes do 1º e do 2º ano de residência médica e residentes

do 3º e do 4º ano; médico e paciente; médico e familiar; médico e pesquisadora; médico interno ao hospital ou à equipe e médico externo; médicos e gestores. Sobre essas relações, CARAPINHEIRO (2005: 183), em pesquisa sobre saberes e poderes no hospital, feita no contexto português, afirma:

> Ao longo da formação médica organizam-se os traços constitutivos da sua pertença ao corpo social e profissional hospitalar, através de uma formação universitária longa, continuamente acompanhada do valor da responsabilidade médica, elemento de eleição na distinção das práticas médicas das práticas não médicas: o interno geral face à enfermeira, os professores médicos face aos professores não médicos, os médicos hospitalares face aos outros técnicos superiores.

A prática médica hospitalar seria "valorizada e distanciada de outras práticas da medicina" *(idem).*

Merece destaque também o tema morte e fim de vida, sendo a piora dos pacientes expressa por termos como "descer a ladeira"; "pegar o caminho do mal".

A etapa de observação permitiu que os seguintes tópicos fossem acrescentados ao roteiro de entrevistas, dos quais algumas perguntas buscaram trazer esclarecimentos em relação a expressões levantadas no período de observação:

- Em que momento da formação teve uma aproximação com idoso (disciplina, Congresso, leituras, grupo de estudo...)?
- já ouviu a expressão "morreu de velho"? O que ela significa?
- Do que morrem os velhos?(E na UTI? Em sua experiência...)
- O que significa as seguintes expressões: "pegou o caminho do mal"; "descer a ladeira" (ex.: está descendo a ladeira muito rápido); "dar caca"?
- Sentido que atribui aos usos de papéis familiares na denominação dos pacientes muito idosos ("vô"/ "vó"/ "vozinho"/ "vozinha")?
- Há algo que julgue importante ao assunto pesquisado e que não tenha sido abordado?

4.2. ETAPA DE ENTREVISTAS:

Os resultados de cada entrevista, após distribuídos em tabelas individuais, foram organizados em uma única tabela permitindo a seguinte apresentação, de acordo com os tópicos:

TABELA 8A - Sistematização das Tabelas de tópicos (assunto sobre o qual se fala), incluindo todos os participantes

PREPARO EM IDOSO	PERFIL DO IDOSO INTERNADO EM UTI	SELEÇÃO DO IDOSO	SENTIDOS ATRIBUÍDOS AO ENVELHECIMENTO	SENTIDOS ATRIBUÍDOS À VELHICE	SENTIDOS ATRIBUÍDOS A VELHO
1.Experiência prática (maior parte) associada à formação teórica (considerada pequena) 2.Apenas experiência prática	1.Octogenários geram mais discussões entre os profissionais quanto à adequação da internação 2.Varia com o tipo de Hospital: 1.1 PÚBLICO: - familiares mais receptivos aos médicos; - uma ou mais doenças crônicas (pacientes antigos do hospital) - doenças agudas - maior chance de	1. Diferenças entre Hospital Público e Privado: 1.1 PÚBLICO: - seleção realizada pelo médico intensivista - necessidade de seleção em função da falta de vagas 1.2 PRIVADO: - seleção realizada pelo médico do paciente - geralmente não há falta de vagas, portanto não há necessidade de seleção - possibilidade de melhora (idade não é vista como isolada) 2. baseada em perspectiva de melhora	1. Processo que ocorre ao longo da vida (perceptível a partir de determinada idade; para existir, depende de reconhecimento); Passagem do tempo 2. Inerente à condição humana (natural, inexorável, parte da vida) 3.Qualificações positivas: amadurecimento, oportunidade, vencimento de etapas,	1.O mesmo que envelhecer; ficar velho (OBS: diferente de mais velho – envelhecimento como etapa e não processo) 2.O mesmo que velho: alguém que já viveu bastante 3.Natural; um estado da pessoa; fase da vida; fase da vida em que se morre (fase em que a morte acontece) 4.Qualificações negativas:	1. Desperta postura benevolente/infantilizados: bonitinho; remedinho...; enquanto paciente, desperta uma forma de falar mais carinhosa (Efeito discursivo: Visão paternalista) 2. Estereótipos negativos: Dementes, sofrimento; quanto mais velho, pior de saúde; no caso de dependência, alguém que fica submetido às decisões familiares (falta de autonomia) 3. Estereótipos positivos: mantém relações estáveis, o que gera admiração; história

	PERFIL DO IDOSO INTERNADO EM UTI sobreviver - sem comorbidade - idosos mais jovens -performances melhor -mais ativo - há seleção prévia do setor que pede a vaga (Geriatria) 1.2 PRIVADO: - familiares menos passivos com relação à participação -maioria dos pacientes são idosos - idosos com bastante comorbidade,	SELEÇÃO DO IDOSO 2.1expectativa de resolver 3. IDADE não é prognóstico, mas o grau de disfunções orgânicas no momento de admissão 4. IDADE compõe prognóstico, não sendo isolada(deve-se observar: condições de saúde do paciente) 4.1 Idosos a partir de 70 anos, acamados, que exigem cuidado o dia inteiro, crônicos,com doença incurável, com comorbidades, reconhecidos como em fim de vida seriam preteridos	SENTIDOS ATRIBUÍDOS AO ENVELHECIMENTO maravilhoso por ser desconhecido/ novidade; sabedoria ; experiência de vida 4.Qualificações negativas: empobrecimento financeiro/gera necessidades não supridas; perda de funções físicas ; caminhar rumo à morte; redução da qualidade de vida 5. Qualificações que carregam simultaneamente aspectos positivos e negativos; 5. Processo associado às condições sociais de vida: relacionada ao contexto	SENTIDOS ATRIBUÍDOS À VELHICE inverno; fase da vida em que sofrer é normal (sofrimento físico); pressupõe morte (mesmo quando há saúde; é uma fase em que se morre; fase em que a morte tem que acontecer - idadismo), doenças 5.Qualificações positivas: novidade; vitória para poucos, estar no topo de uma estrutura de poder que envolve conhecimento.	SENTIDOS ATRIBUÍDOS A VELHO longa, detalhada (que a entrevistada gosta) 4. Vivência associada ao contexto: reconhecimento da diferença sem que esta implique desigualdade; com ajuda podem ter conquistas; morrem de alguma insuficiência, não de velhice; perdas físicas não implicam perdas afetivas; despertam necessidade de serem vistos em suas necessidades e contextos, e não apenas tolerância, mas “lidar com o medo de que a UTI seja ante-sala da casa de repouso, medo de ser enganado); relacionada ao papel

	PERFIL DO IDOSO INTERNADO EM UTI demência, dependência, hipertensão, - idosos com qualidade de vida ruim - performance pior - maioria vai para Cuidados de fim de vida ou tratamentos que envolvam cuidados de fim de vida -prevalência de idosos muito idosos 2.3 Atribuição das diferenças: falta de leitos PERFIL DO IDOSO	SELEÇÃO DO IDOSO 5. IDADE é prognóstico (sim, pesa "um pouco"; acontece, mas isso seria inexperiência e preconceito) 6. contato do médico com a família (conhecer a história de vida do paciente auxilia na tomada de decisões) 7. Ser institucionalizado (a institucionalização dá ao médico o sentido de abandono, que ele reproduz 8. Perspectiva de quantidade de vida que resta ao idoso (associada ou não à perspectiva de qualidade de vida após a internação)	SENTIDOS ATRIBUÍDOS AO ENVELHECIMENTO (acesso a segurança pública, condições de saúde); processos que traz conflitos intergeracionais decorrentes do contexto como mercado de trabalho 7. Processo associado a condições individuais de vida (autocuidado); 8. Caracterização: Senescência (conseguir ser independente) e senilidade ("uma luta perdida")	SENTIDOS ATRIBUÍDOS À VELHICE 6.Alternativa à morte 7.Inevitável 8.Associada ao contexto social: "maltratada" 9.Condens a aspectos positivos e negativos: não havendo danos cognitivos, significa ter experiênci a	SENTIDOS ATRIBUÍDOS A VELHO familiar em termos econômicos: no contexto atual, tanto pode ser o provedor da família, por suas pensões, quanto representar uma despesa que ultrapassa as possibilidades de renda da família; características de comportamento derivariam da "geração" de idosos de que se fala' , no caso atual, menos ameaçador, menos grosseiro, mais plácido; crítica ao contexto em que alguém é tratado com menos pudor, visto como assexuado, em função da idade 5. natural, parte da vida; a caminho da morte no percurso da vida ,

	<u>INTERNADO EM UTI</u> 2. Varia com a especificidade da UTI: clínica, oncológica... 3. Decorrentes da situação de internação: (agressividade, isolamento) 4. Tipo de Hospital: Escola: maior presença de cuidados paliativos	<u>SELEÇÃO DO IDOSO</u> 9. Há uma pré-seleção realizada pelo médico de outro serviço que pede a vaga. 10. Depende do hospital – cultura de Cuidados Paliativos 11. Custo/benefício da internação, somado às possibilidades físicas do paciente 12. Performance melhor no ambulatório			<u>SENTIDOS ATRIBUÍDOS A VELHO</u> menor reserva funcional 6. Evoca experiência pessoal 7. Muito idosos: podem surpreender quanto às expectativas relacionadas à sobrevivência (poderiam ser resistentes); - “ser funcional”, “ter uma vida”, “gostar da vida que tem”, “não ter comorbidade”,ter independência (“morar sozinho”) são características atribuídas à juventude: “um jovem de oitenta anos” – e tornam sua morte “repentina” 8. Alguém cuja morte é esperada 9. Desde que tenha o

					SENTIDOS ATRIBUÍDOS A VELHO cognitivo preservado, deve ter autonomia, enquanto paciente na UTI 10. Muito idosos

TABELA 8B - Sistematização das Tabelas de tópicos, incluindo todos os participantes

SENTIDOS ATRIBUÍDOS À QUALIDADE DE VIDA	VIVER COM DIGNIDADE	MORRER COM DIGNIDADE	FAMÍLIA	A UTI
1. Reconhecimento da subjetividade do conceito 1.1 Deve ser respeitado 1.2 Deveria ser respeitado, mas não é 2. Dependente do contexto: = qualidade de cuidado (inclusive em pacientes com demência 3. Independência quanto a atividades básicas de vida diária (pessoal) 4. Cognitivo preservado (pessoal) 5. Conjunção de fatores: felicidade por estar vivo +	1. Reconhecimento da subjetividade do conceito 2. O paciente ter autonomia nas decisões de UTI 3. Viver com qualidade de vida 3.1 Independência para ABVD e bom estado cognitivo 3.2 Satisfação do doente com a própria vida 4. Grau máximo de função e incômodo mínimo pela disfunção 5. Não ser institucionalizado (sinônimo de	1. Ter autonomia quanto a decisões de morte (não ter suas vontades nem princípios ofendidos) 2. Reconhecimento de dificuldades no contexto de UTI quando há divergências que envolvem: 2.1: divergências com o paciente baseadas em preconceitos contra a doença 2.2: conflitos legais - Condições de morte 3. Morrer sem sofrimento físico 4. Ter assistência médica 5. Morrer sem dor	1. Ameaça à autonomia do paciente; representa um risco de submeter ou mascarar o desejo do paciente à própria vontade, aos próprios conflitos (dos familiares) 1.1.dificuldade da família para lidar com a morte é vista como um conflito anterior à situação de internação, motivando o sentimento de desresponsabilização do profissional da UTI para enfrentá-lo	1. Diferenças atribuídas ao tipo de hospital PÚBLICO ou PRIVADO: 1.1 Quanto ao número de idosos (maior no particular) 1.2 Quanto ao estado de saúde do paciente idoso (pior no particular) 1.3 Quanto às responsabilidades pela admissão (Abertas, particular; fechadas, no público) 2. Diferenças atribuídas ao tipo de hospital, quanto a ser instituição de ensino: trabalharia melhor a terminalidade

SENTIDOS ATRIBUÍDOS À QUALIDADE DE VIDA	VIVER COM DIGNIDADE	MORRER COM DIGNIDADE	FAMÍLIA	A UTI
conseguir realizar AVD + Convívio social adequado/ satisfatório 6. Teorizações sobre o conceito, reconhecido como complexo 7. Caracterizada pela ausência:"ter consciência e não mexer o corpo	abandono familiar); presença familiar	6. Morrer ao lado da família 7. Morrer dormindo em casa 8. Morrer sem sofrimento psíquico e moral 9. (Associados a Evitar distanásia) Deixar a doença evoluir quando não há possibilidade de reversão para um estado de vida considerado digno, ou quando a chance de óbito é grande (morte natural) – considera-se: perspectiva de reversão do quadro, seqüelas,grau de dependência, estado cognitivo posterior à intervenção, sofrimento	1.2 as dificuldades de aceitar que seu familiar muito idoso vai morrer estaria associada, na compreensão do médico, à experiência de já tê-lo visto sair de internações muitas vezes. 1.3 Estaria relacionada ainda ao fator sócio-econômico: no hospital particular as pessoas que sempre compraram o que quiseram teriam dificuldades para aceitar que não podem comprar a	3. Reconhecimento entre um "real" e um "ideal"quanto a tomadas de decisões à beira do leito: falta de recursos humanos e atribuições profissionais como entraves a uma atuação adequada (relacionada a quantidade de pacientes internados e qualificação dos profissionais, ou inerentes à urgência do contexto) 4. Não é lugar para cuidados de fim de vida; e sim de cura 5. Lugar onde é possível que ocorra distanásia 6. Lugar onde tem sido freqüente a

		<u>MORRER COM DIGNIDADE</u> 10. Reconhecimento do caráter “subjetivo” 11. Cuidados Paliativos	<u>FAMÍLIA</u> saúde de seu familiar (OBS: saúde como mercadoria) Os familiares no hospital público teriam uma postura mais respeitosa para com seus idosos, e uma compreensão mais próxima à real da doença do idoso e das possibilidades e limites do médico 1.4 familiares motivados por sentimentos de culpa, na visão do médico, provocam distanásia. Transformam, junto com os médicos, a morte em “intercorrência técnica” ou a medicina em um modelo litigioso	<u>A UTI</u> reinternação, criando a ilusão de que a medicina pode muito mais do que de fato pode. 7. Lugar de receio do profissional quanto a conflitos litigiosos 8. Lugar de investir até o último segundo, uma vez o paciente dentro 9. Questionamentos quanto a ser um local em que seja possível um morrer com dignidade 10. Local de grande risco de complicações e óbito

			<u>FAMÍLIA</u> 1.5 Algumas famílias de idoso muito idoso: criam uma "visão deturpada" da realidade, achando que seu familiar está bem quando o médico vê que não está – isso, na visão dele, deveria ser visto como "anomalia". Essa "visão deturpada" seria por responsabilidade do médico também, na medida em que falta um diálogo que possa esclarecê-los por "preguiça do profissional", inclusive, porque conversar "dá trabalho", na visão do médico, ou porque "alguns pacientes querem uma postura paternalista". 1.6 pode estar movida por interesses econômicos e não por afeto	<u>A UTI</u> 11. Local onde não há discriminação do idoso

			<u>FAMÍLIA</u> 2. O profissional como Familiar: 2.1 respeito à autonomia do idoso de não querer determinados procedimentos. 3. Fonte de conhecimento sobre o paciente 4. Fonte de Cuidados 5. Famílias que colocam o idoso em instituições são consideradas ausentes (relacionadas a sentimentos de abandono e culpa)	

			<u>FAMÍLIA</u> 6. Autoridade a ser respeitada 7. Deve receber informações e cuidados e acolhimento 8. Seu sofrimento causa impacto nos médicos (podendo estar associada À idade dos pacientes falecidos) 9. Família boa é a que não reclama 10. Há diferenças entre familiares de hospital público e familiares de hospital particular	

I. **Com relação ao "Preparo para trabalhar com idosos"**

Grande parte dos profissionais relata ter tido pouca ou nenhuma formação específica para trabalhar com idosos; o preparo, em sua maioria, teria vindo fundamentalmente da experiência prática, no trato com os pacientes, ou partido de situações exteriores à formação da graduação.

A falta de formação específica no tema Idosos, ou a formação considerada insuficiente, restringindo-se apenas a experiências pontuais e consistindo basicamente da experiência prática dos profissionais, demonstra que há pouco espaço formal de discussão que possa aprofundar o conhecimento de temas sobre idosos, durante a formação. Os idosos foram muitas vezes classificados como um grupo que apresenta características específicas, ao longo das entrevistas.

II. **Com relação ao perfil do idoso internado em UTI**

A internação de octogenários na UTI gera mais conversas entre os profissionais sobre ter sido adequada ou não do que a internação de pacientes com idades inferiores.

O perfil do idoso internado em UTI, segundo os profissionais, varia com o tipo de hospital, em termos de ser público ou privado, da seguinte maneira:

- No hospital público, são apontados: familiares mais receptivos aos médicos; uma ou mais doenças crônicas, quando se trata de pacientes antigos do hospital; geralmente são idosos mais novos, com doenças agudas; avaliados como tendo maior chance de sobreviver, comparados aos idosos que são aceitos em unidades de hospitais particulares; sem comorbidades; mais ativos; e geralmente há uma seleção prévia dos pacientes, pela Geriatria, quando a solicitação da vaga parte desse setor.
- No hospital privado, são descritos: há proporcionalmente um número maior de pacientes idosos (principalmente de muito idosos) internados na UTI, comparado ao hospital público; maior participação de familiares nas situações que ocorrem ao longo da internação; geralmente são idosos com bastante comorbidade, demência, dependência, hipertensão; idosos que

têm uma qualidade de vida ruim, na perspectiva do médico; idosos com performance pior, com relação aos do hospital público; a maioria é internada para cuidados de fim de vida ou tratamentos que envolvam cuidados de fim de vida.

Essas diferenças entre o perfil do paciente idoso nos dois tipos de hospital são atribuídas à falta de leitos nos hospitais públicos, que implicaria em uma seleção de pacientes na qual seriam privilegiados os que estivesses em mais condições de sobreviver.

O perfil dos pacientes idosos varia também de acordo com a especificidade da UTI – se é Clínica, Oncológica... e do hospital quanto a ser uma instituição de ensino: no hospital escola haveria uma maior presença dos Cuidados Paliativos.

Agressividade e isolamento foram comportamentos citados e compreendidos como decorrentes da situação de internação.

III. **Com relação ao processo de seleção dos idosos para admissão em UTI**

Novamente são citadas diferenças entre Hospital Público e Privado:

- PÚBLICO: a seleção é realizada pelo médico intensivista, que avalia as solicitações que vieram dos outros setores do hospital; há necessidade de seleção, em função do número de leitos ser insuficiente para atender a demanda.

- PRIVADO: o encaminhamento para a UTI é realizado pelo próprio médico do paciente; geralmente não há falta de vagas, portanto não há necessidade de seleção; é observada para a admissão a possibilidade de melhora do paciente, sem que a idade seja vista como um fator isolado;

Saindo da comparação público/privado, são citadas: a expectativa de que a internação dê resultados; a idade apontada como não sendo prognóstico, mas sim o

grau de disfunções orgânicas no momento de admissão; a idade como compondo prognóstico, não sendo considerada isoladamente, devendo-se observar as condições de saúde do paciente; a idade sendo prognóstico (“pesa um pouco, acontece”), porém essa postura é qualificada como inexperiência e preconceito do médico.

Idosos a partir de 70 anos, acamados, que exigem cuidado o dia inteiro, crônicos,com doença incurável, com comorbidades, reconhecidos como em fim de vida seriam preteridos.

Foram citados ainda como exercendo influência: o contato do médico com a família (conhecer a história de vida do paciente auxilia na tomada de decisões); o fato de o idoso ser institucionalizado (a institucionalização daria ao médico o sentido de abandono, que ele reproduz); a perspectiva de quantidade de vida que o médico avalia que resta ao idoso (associada ou não à perspectiva de qualidade de vida após a internação); o custo/benefício da internação, somado às possibilidades físicas do paciente; e performance melhor no ambulatório.

É apontado que há uma pré-seleção realizada pelo médico de outro serviço que pede a vaga.

IV. **Com relação aos sentidos atribuídos pelos profissionais a “envelhecimento”**

O envelhecimento foi descrito como um processo que ocorre ao longo da vida, mas que seria perceptível ao sujeito a partir de determinada idade (por volta dos 40 anos). Observamos, portanto, que, nesta descrição, o envelhecimento, para existir, dependeria de reconhecimento.

Foi apontado também como “passagem do tempo”; inerente à condição humana (“natural”, “inexorável”, “parte da vida”).

Foi descrito por meio de qualificações positivas: “amadurecimento”, “oportunidade”, “vencimento de etapas”, “maravilhoso por ser desconhecido/ novidade”; “sabedoria”; “experiência de vida”. Recebeu também qualificações negativas: “empobrecimento financeiro”/”gera necessidades não supridas”; “perda de funções físicas” ; “caminhar rumo à morte”; “redução da qualidade de vida”. E qualificações que carregam simultaneamente aspectos positivos e negativos.

Foi compreendido como um processo associado às condições sociais de vida: relacionada ao contexto (acesso a segurança pública, condições de saúde); e como um processo que traz conflitos intergeracionais decorrentes do contexto, como o mercado de trabalho.

Foi ainda conceituado como um processo associado a condições individuais de vida (autocuidado);

Por fim, a resposta que o definiu por meio de sua caracterização: Senescência (conseguir ser independente) e senilidade (“uma luta perdida”).

V. **Com relação a sentidos atribuídos pelos profissionais a “velhice”**

A velhice foi compreendida como “o mesmo que envelhecer”; ficar velho (OBS: diferente de mais velho – envelhecimento como etapa e não processo). Foi também compreendida como “o mesmo que velho”: alguém que já viveu bastante.

Outras definições foram aquelas que a vêem como “natural”; “um estado da pessoa”; “fase da vida”; “fase da vida em que se morre” (significando “fase em que a morte acontece”)

Foi definida por meio de qualificações negativas: inverno; fase da vida em que sofrer é normal (sofrimento físico); pressupõe morte (mesmo quando há saúde; é uma fase em que se morre; fase em que a morte tem que acontecer - idadismo), doenças. E também por qualificações positivas: novidade; vitória para poucos, estar no topo de uma estrutura de poder que envolve conhecimento. Houve situação ainda em que condensou aspectos positivos e negativos: não havendo danos cognitivos, significa ter experiência.

A velhice aparece ainda como “alternativa à morte”, e como “inevitável”.

Foi associada ao contexto social: “maltratada”.

VI. **Com relação a sentidos atribuídos pelos profissionais a "velho"**

Os velhos foram apresentados como alguém que desperta postura benevolente, quando infantilizados: "bonitinho"; "remedinho"...; enquanto pacientes, despertariam uma forma de falar mais carinhosa.

Foram associados a aspectos ou estereótipos negativos como: "dementes", "sofrimento"; quanto mais velho, pior de saúde; no caso de dependência, alguém que fica submetido às decisões familiares (falta de autonomia). Com relação a aspectos positivos, foram apontados:

mantém relações estáveis, o que gera admiração; contam história longa, detalhada (que a entrevistada gosta).

Alguns discursos foram construídos de modo a perceber o velho em suas particularidades, em que se admitiam influências ambientais: reconhecimento da diferença dos pacientes idosos sem que esta implique desigualdade; com ajuda podem ter conquistas; morrem de alguma insuficiência, não de velhice; perdas físicas não implicam perdas afetivas; despertam necessidade de serem vistos em suas necessidades e contextos, e não apenas tolerância, mas "lidar com o medo de que a UTI seja ante-sala da casa de repouso", medo de ser enganado;

Foi também relacionado ao papel familiar e situado historicamente em termos econômicos: no contexto atual, tanto pode ser o provedor da família, por suas pensões, quanto representar uma despesa que ultrapassa as possibilidades de renda da família; características de comportamento derivariam da "geração" de idosos de que se fala' , no caso atual, descrito estereotipadamente como "menos ameaçador", "menos grosseiro", "mais plácido"; houve ainda crítica ao contexto em que o velho é tratado com "menos pudor", visto como assexuado, em função da idade. O exemplo citado marca ainda diferenças de gênero.

A "velho" foi associado também termos como: "natural", "parte da vida"; "a caminho da morte" no percurso da vida , "menor reserva funcional".

Falar sobre velho com freqüência evocou experiência pessoal do entrevistado, quanto a situar-se no ciclo vital, ele próprio, ou motivando discursos sobre familiares.

O velho foi ainda compreendido, parte das vezes, como alguém em uma faixa etária considerada dos "muito idosos". Raramente se falou sobre idosos na faixa de 60 ou 70 anos.

Sobre os muito idosos, foram produzidas descrições como: podem surpreender quanto às expectativas relacionadas à sobrevivência (poderiam ser resistentes); "ser funcional", "ter uma vida", "gostar da vida que tem", "não ter comorbidade", ter independência ("morar sozinho"). Porém, essas características foram relacionadas à juventude: "um jovem de oitenta anos" – e, quando presentes, tornam a morte do "muito idoso" "repentina".

Do mesmo modo, o velho foi compreendido como alguém cuja morte é esperada.

Enquanto paciente na UTI, o velho seria alguém que, desde que tenha o cognitivo preservado, deve ter autonomia.

VII. **Com relação a sentidos atribuídos pelos profissionais a "Qualidade de Vida"**

Diante da pergunta sobre o conceito de qualidade de vida, na quase totalidade das respostas houve o reconhecimento da subjetividade com que este poderia ser preenchido. Esse reconhecimento gerou discursos segundo os quais o conceito de qualidade de vida deveria ser considerado, na situação de internação, da forma como os pacientes o consideram, e não como o médico o considera. Parte dos discursos, porém, acrescentou que, "deveria, mas não é", dando diferentes razões para isso (o tempo, estrutura do trabalho e da equipe...)

A qualidade de vida foi descrita também como dependente do contexto – situação em que foi tomada como sinônimo de qualidade de cuidado (inclusive em pacientes com demência).

Foi tomada ainda como significando, para os profissionais: independência quanto a atividades básicas de vida diária; cognitivo preservado; ou ainda por um conjunto de fatores (felicidade por estar vivo + conseguir realizar atividades básicas de vida diária + ter convívio social adequado/ satisfatório)

Diante da solicitação para que apresentassem um conceito sobre qualidade de vida, houve ainda quem, reconhecendo a complexidade do termo, preferisse teorizar sobre ele. Ou quem respondesse de modo a caracterizar sua ausência: "ter consciência e não mexer o corpo"

VIII. **Com relação a sentidos atribuídos pelos profissionais a "viver com dignidade"**

Neste item também houve o reconhecimento da subjetividade do conceito. Na descrição do que consideravam ser "viver com dignidade", citaram: o paciente ter autonomia nas decisões tomadas na UTI, que dizem respeito a ele; viver com qualidade de vida (significada, aqui, como ter independência para Atividades Básicas de Vida Diária e bom estado cognitivo; e ainda satisfação do doente com a própria vida)

Viver com dignidade também foi compreendido como viver com um "grau máximo de função e incômodo mínimo pela disfunção".

Assumiu também o sentido de não ser institucionalizado (viver em Instituições de longa permanência, aqui, foi entendido como sinônimo de abandono familiar). Nesse sentido, "viver com dignidade" pressupõe "presença familiar".

IX. **Com relação a sentidos atribuídos pelos profissionais a "morrer com dignidade"**

Aqui também houve o reconhecimento do caráter subjetivo do conceito, em alguns discursos.

Na consideração do que seria "morrer com dignidade", entrou o sentido de o paciente ter autonomia quanto a decisões de morte (não ter suas vontades nem princípios ofendidos). Houve, porém, o reconhecimento das dificuldades no contexto de UTI, que ocorreriam quando há divergências de decisões que envolvem situações

em que o médico considera que a decisão do paciente está embasada em um preconceito sobre a doença, e também quando envolvem conflitos legais, de bioética.

Em resposta a este item, foram citadas ainda condições de morte: "morrer sem sofrimento físico"; "ter assistência médica"; "morrer ao lado da família"; "morrer dormindo em casa"; "morrer sem sofrimento de nenhuma ordem: nem físico, nem psíquico, nem moral".

Em alguns discursos esteve presente a idéia de que "morrer com dignidade" significava evitar aspectos que eles associam à distanásia, ou seja, submeter o paciente a intervenções consideradas inúteis na medida em que não trariam benefício à sua saúde. Nesse contexto, foi defendida a idéia de que se deveria deixar a doença evoluir quando não há possibilidade de reversão para um estado de vida considerado digno, ou quando a chance de óbito é grande (morte natural). Aqui, seriam avaliadas: perspectiva de reversão do quadro, seqüelas, grau de dependência, estado cognitivo posterior à intervenção, sofrimento.

Os Cuidados Paliativos também foram lembrados.

X. Com relação ao tópico "Família de pacientes idosos"

Em alguns discursos, a família do paciente idoso foi compreendida como uma ameaça à autonomia do paciente, na medida em que representa um risco de submeter ou mascarar o desejo do idoso à própria vontade, aos próprios conflitos (dos familiares).

Foi atribuída à família dificuldade de lidar com a morte, e isto sendo compreendido como um conflito anterior à situação de internação, motivando, assim, o sentimento de não responsabilização do profissional da UTI para lidar com esta situação. As dificuldades da família em aceitar que seu familiar muito idoso vai morrer estariam associadas, na compreensão do médico, à experiência de já tê-lo visto sair de internações muitas vezes – comum nos dias de hoje. Estaria relacionada ainda ao fator sócio-econômico: no hospital particular as pessoas que "sempre compraram o que quiseram" teriam dificuldades para aceitar que não podem comprar a saúde de seu familiar (OBS: crítica do profissional à concepção de saúde como mercadoria) Os familiares no hospital público teriam uma postura mais respeitosa, na

visão do médico, para com seus idosos, e uma compreensão mais próxima à real da doença do idoso e das possibilidades e limites do médico.

Familiares motivados por sentimentos de culpa, na visão do médico, provocam distanásia. Transformam, junto com os médicos, a morte em "intercorrência técnica" ou a medicina em um modelo litigioso.

Algumas famílias de idoso muito idoso: criam uma "visão deturpada" da realidade, segundo o médico, achando que seu familiar está bem quando o médico vê que não está – isso, na visão dele, deveria ser visto como "anomalia". Essa "visão deturpada" seria por responsabilidade do médico também, na medida em que falta um diálogo que possa esclarecê-los – o que ocorre por "preguiça do profissional", inclusive, porque conversar "dá trabalho", na visão do médico, ou porque "alguns pacientes querem uma postura paternalista".

É apontado ainda que a família do paciente idoso pode estar movida por interesses econômicos e não por afeto.

Famílias que colocam o idoso em instituições são consideradas ausentes (relacionadas a sentimentos de abandono e culpa)

As famílias também foram vistas como fontes de cuidado, para o paciente idoso, ou ainda como ela própria demandando atenção e cuidados do profissional (no trato em situações de comunicação sobre o paciente). Foram consideradas uma autoridade a ser respeitada (porta voz dos desejos do idoso, na impossibilidade deste se comunicar)

Houve também relatos em que os médicos descreviam suas próprias experiências enquanto familiares de pacientes idosos. Nessas circunstâncias, descreviam: respeito à autonomia do idoso de não querer determinados procedimentos; reconheciam-se como fontes legítimas de conhecimento sobre o paciente.

O sofrimento do familiar diante da morte do paciente causa impacto nos médicos, e este impacto está associado, em alguns discursos, à idade dos pacientes falecidos (sendo maior no caso de jovens); em outros discursos não há esta diferenciação.

Por fim, foram citadas diferenças entre familiares de hospital público e familiares de hospital particular, quanto ao comportamento. As famílias do hospital privado seriam mais participativas; ou haveria outra qualidade de participação: teriam mais divergências quanto ao trabalho do médico.

Relações familiares estiveram presentes no contexto estudado de outra maneira, também: na forma como os pacientes eram denominados, às vezes, fazendo referência ao papel familiar (vô, vó...). A compreensão dos médicos sobre esse assunto variou entre a aprovação e a desaprovação do uso dos termos. Na maioria das vezes, foi associada a "carinho".

XI. **Com relação a UTI**

Foram atribuídas diferenças relacionadas ao tipo de hospital, quanto a ser público ou privado: quanto ao número de idosos (maior no particular); quanto ao estado de saúde do paciente idoso (pior no particular); quanto às responsabilidades pela admissão dos pacientes (abertas, no hospital particular; fechadas, hospital no público)

Houve também a consideração de diferenças atribuídas ao tipo de hospital, quanto a ser instituição de ensino: trabalharia melhor a terminalidade.

Falou-se sobre o reconhecimento entre um "real" e um "ideal" quanto a tomadas de decisões à beira do leito: falta de recursos humanos e as atribuições profissionais foram citadas como entraves a uma atuação adequada do médico (relacionada a quantidade de pacientes internados e qualificação dos profissionais, ou inerentes à urgência do contexto)

A UTI foi vista como: não sendo lugar para cuidados de fim de vida, e sim de cura; lugar onde é possível que ocorra distanásia; lugar onde tem sido freqüente a reinternação, criando a ilusão de que a medicina pode muito mais do que de fato pode; lugar de receio do profissional quanto a conflitos litigiosos; lugar de investir até o último segundo, uma vez o paciente dentro; questionamentos quanto a ser um local em que seja possível um morrer com dignidade; local de grande risco de complicações e óbito; local onde não há discriminação do idoso.

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO

Após a leitura e organização do material de pesquisa, chegamos a três temas a partir dos quais identificamos dois discursos, e dois efeitos discursivos, conforme discorreremos nesta parte do trabalho.

Aqui, iremos utilizar trechos dos discursos dos médicos para embasarmos nossas reflexões. Na transcrição dos trechos, utilizamos sinais com os seguintes significados: ~ = frase interrompida; (?) = gravação inaudível; (palavra?)= dúvida da pesquisadora quanto ao termo utilizado; [ ] = explicação da pesquisadora; sublinhado = ênfase na palavra; **negrito** = falas da pesquisadora.

O primeiro grande tema – "o valor social da velhice" – concentra principalmente os tópicos "sentidos atribuídos a...": "...velho", "...velhice", "...envelhecimento", "...qualidade de vida", "perfil do idoso internado em UTI", "seleção do idoso", "preparo em idoso". Observamos que os tópicos podem estar presentes em mais de um tema, pois as falas produzidas mostram intersecções entre os assuntos, revelando construções que se entrelaçam diante da complexidade do fenômeno estudado. Observamos ainda que um mesmo sujeito pode produzir mais de um discurso para as questões investigadas, e a seleção dos trechos prioriza o que está em foco, o discurso em questão.

Da mesma forma, assumimos também, na Análise do Discurso, que frases semelhantes podem ter sentidos diferentes, quando contextualizadas. Por exemplo: a velhice como uma "*fase em que se morre*" engloba tanto o sentido de "já viveu muito, está na hora de morrer", que produziria como efeito a exclusão do idoso, quanto o sentido de "nessa fase acontece de as pessoas morrerem", em que a velhice é vista como parte final do ciclo vital e que se preparar para atender o público idoso passa por estar preparado, entre outros temas, para lidar com a morte. Nesse segundo sentido, o efeito discursivo é de cuidado ao idoso, não de exclusão. Assim, para discutirmos nossos resultados, apresentaremos trechos dos discursos dos entrevistados, de modo a contextualizá-los.

O segundo tema - "a instituição *família* no contexto da UTI" – concentra principalmente os tópicos "família", "morrer com dignidade", "viver com dignidade". A família vista como uma instituição aborda não apenas os familiares de

pacientes internados na UTI, mas também diz respeito a como a noção de família atravessa o contexto estudado. Nas observações, foi comum referir-se aos mais idosos por um papel familiar (“Vô”/”Vó”/ “vovô”/ “vovó”...) e, durante as entrevistas, ao abordar o tema, não raramente os entrevistados se remetiam espontaneamente (na maioria das vezes) às suas próprias experiências como familiares de idosos.

O terceiro tema constitui o que chamamos de “conflitos implícitos do contexto”. Diz respeito aos assuntos abordados com receio ou hesitação, pelos entrevistados; àqueles discursos construídos como gestos, silêncios, não ditos, “confessados”, ditos pelos corredores, construídos como informais, atribuídos a outros falantes ou ainda os que se revelam explicitamente como dificuldades, impasses... “o que é”, em oposição a “o que deveria ser”.

Em todos esses temas pudemos nos orientar por dois tipos de discursos: o “biológico”, que são as falas construídas com base em argumentos de ordem fisiológica; e o “biográfico”: aquele em que são considerados aspectos das condições de vida dos pacientes, como rede de apoio, situação sócio-econômica, papel familiar, sua história, suas vontades, crenças. Muitas vezes esses dois discursos se combinam, e são considerados tanto um como outro, em uma mesma construção acerca do paciente. Em várias ocasiões, o “biológico” e o “biográfico” se misturavam em uma mesma fala, e essa fusão também foi considerada.

A perspectiva biológica e biográfica do ser humano tem contemplado algumas reflexões a propósito do idoso e do preconceito que permeia as relações humanas na sociedade. Na visão de LEME (2011): “O ser humano é, pois, não apenas um ser *biológico,* dotado de anatomia, fisiologia e psicologia peculiares à sua condição animal, mas também um ser biográfico, dotado de liberdade e ética, peculiares à sua condição racional”. (p.40)

Por fim, como efeitos discursivos, temos práticas de cuidado ao paciente idoso, que implicam no reconhecimento da velhice como uma fase heterogênea e do velho em suas particularidades, integridade e necessidades, situado em um contexto sócio-cultural mais amplo. Em oposição, temos como efeito as práticas idadistas, nas

quais há a exclusão do idoso baseada em construções estereotipadas acerca de sua idade.

Percebemos que ambos os discursos – biológico e biográfico – podem gerar diferentes práticas, ou seja, não há uma associação entre tipo de discurso e o efeito gerado. Assim, tanto o discurso biológico quanto o discurso biográfico podem gerar como efeitos discursivos práticas de cuidado e práticas de exclusão. Por exemplo: o idoso pode ser discriminado por sua suposta história de vida (estar institucionalizado, compreendido como "ter sido abandonado pela família") ou pela condição fisiológica atribuída genericamente a categoria idosos (ser idoso significa ter baixa reserva funcional, ou ser idoso como ser dependente ou estar próximo à morte por ter fragilidade física). Do mesmo modo práticas de cuidado podem ser construídas tanto com base no discurso biológico (por exemplo, quando se considera avaliar o caso específico para ver se a senhora nonagenária tem resistência para ser entubada ou operada) ou com base no discurso biográfico (qual o desejo manifesto por aquele paciente em situações semelhantes?)

Passaremos, então à análise dos temas:

5.1 “O VALOR SOCIAL DA VELHICE” OU...

“ENVELHECIMENTO: UMA ‘BENÇÃO INCONVENIENTE?’”

(Termo retirado de texto[1] que acompanhava um retrato feito pelo fotógrafo moçambicano Mário Macilau - nascido em 1982, exposto no Centro Português de Fotografia, na cidade do Porto, em julho de 2013)

A velhice, o velho e o envelhecimento receberam diferentes sentidos, ao longo da pesquisa, conforme mostramos em “Resultados”. Na consideração desses sentidos, associados a outros como qualidade de vida, a velhice vai sendo produzida, significada e qualificada, encontrando um lugar social que congrega elementos de valorização e desvalorização dessa fase do ciclo vital, ponderada pelos discursos biológico e biográfico.

Aqui, recuperamos NOGUEIRA (2001:47), ao afirmar que:

> *Os termos e as formas pelas quais se consegue compreender o mundo e cada um individualmente são artefactos sociais, produtos de inter-relações entre as pessoas, com especificidade histórica e cultural.* Para os construcionistas, as descrições e explicações não são nem motivadas pelo mundo como ele é, nem o resultado inexorável de propensões estruturais genéticas dentro do indivíduo. Pelo contrário, elas são o resultado de uma acção humana coordenada.

[1] *“ESQUECIDOS - Estudos indicam que a esperança média de vida aumentou nas últimas décadas. A implementação de tecnologia, agricultura, medicina e saneamento contribuiu para este aumento. Como resultado, uma parte significativa da população está a atingir uma idade que já não permite sua participação no trabalho e contribuição na produção das actividades do dia-a-dia e sustento próprio. O crescimento da população acima dos 65 anos – idade da reforma – é tanto, que a população idosa poderá constituir metade de toda a população européia nos próximos vinte anos. Poderá, então, o envelhecimento ser entendido como uma benção inconveniente?...”*

O DISCURSO BIOLÓGICO

Velhice, envelhecer e velho são associados a sofrimento físico, perdas de ordem biológica:

> *"Velhice eu acho que é só uma fase da vida, assim. É você... uma fase que todo mundo vai chegar e que...que... é... e que... você tem que fazer dela... a menos sofrida possível, porque... é... é normal, né, você... os seus órgãos não funcionam mais tão bem, o seu joelho (rindo) não funciona mais tão bem... né, eu acho que... mas é uma fase da vida! Todos temos que passar. (riso)"*

> *"Você... perde capacidade funcional... começa... como é que se diz? Já não consegue... correr como você corria, pular como você corria, e outras coisas que... não precisamos comentar (risos), certo? É... você... tem mais...começa a sentir dores que você não sentia, começa a ter doenças que você não tinha, tomar remédios que você não tomava..."*

> *"...sem dúvida que você envelhecer você vai perdendo função, isso é uma coisa inevitável! Então assim... eu uso óculos... ãh... quem me ~quem fazia esporte, né, o que os pacientes falavam, assim: mergulhava quarenta metros, agora mergulha dez metros... corria... a quadra inteira, corre meia quadra... Então isso... assim, acho que até os quarenta e poucos anos estava tudo excelente, de quarenta e três anos para cá, há uma perda de função... eu já estou me percebendo... um envelhecimento..."*

As perdas apontadas no segundo e terceiro trechos são narradas, na continuação deles, em comparações a ganhos na capacidade emocional para lidar com as situações – resiliência – ou outros, de ordem biográfica, o que retomaremos na interface biológico/biográfico, mais adiante.

No terceiro trecho, o envelhecimento é construído como um processo que ocorre ao longo da vida, porém só perceptível por volta da meia idade, justamente

em função das perdas físicas, o que estreita a relação envelhecer/perder capacidades fisiológicas.

A propósito de perdas biológicas, LEME (2011) afirma que do ponto de vista da Geriatria, a pessoa idosa:

> pode apresentar uma série de peculiaridades que manifestam sua fragilidade biológica. Característica essencial do envelhecimento é a perda de reserva funcional dos diversos órgãos e sistemas, sendo, portanto, menos protegido contra as condições de estresse, doença, traumas físicos ou psíquicos.
> Apresenta, ainda, redução na capacidade funcional dos órgãos dos sentidos, ouvindo menos, enxergando menos, tendo alterações de paladar e olfato. O raciocínio pode ficar mais lento e pode haver uma redução da capacidade de se adaptar a situações novas, podendo propiciar quadros de tristeza e de depressão. (p.40)

Há discursos em que essas perdas produzem efeitos de exclusão: quando, generalizadas e naturalizadas, são construídas com o sentido de não haver o que fazer, restando àqueles que envelhecem a necessidade de se conformar. Assim, naturaliza-se junto o sofrimento. Outros, no entanto, constroem-nas como associadas a recursos do ambiente, como veremos nos discursos de interface biológico/biográfico.

Parece também ser o discurso biológico que orienta classificações de velhice como um processo natural, inexorável, parte da vida.

O discurso biológico constituiu grande parte do que foi produzido acerca do processo de seleção de idosos para o acesso à UTI. Ainda que a seleção esteja associada a fatores biográficos, sendo determinada pela posição do sócio-econômica do indivíduo no contexto de falta de leitos, a admissão dos idosos considerados frágeis do ponto de vista fisiológico ou cognitivo demonstrou, quando ocorrem, causar desconforto em parte dos profissionais e ter como efeito práticas de exclusão:

> *"Então alguns pacientes idosos que já são muito debilitados, que já tem uma performance muito ruim... (...)... e que <u>possivelmente</u> não <u>tem</u> benefício de ir pra*

UTI, ou que pode não ter benefício de ir pra UTI, ãh, a questão da terminalidade me parece que ela é um pouco melhor trabalhada aqui do que fora, né. Acho que… que um perfil mais de UTI privada, em São Paulo, né. A impressão que me dá é que é… fora você…ãh, muita gente que talvez não tivesse benefício em ir pra UTI acaba indo. Seja idoso ou não!"

"Se você tem muitas, múltiplas comorbidades ou uma idade muito avançada, um paciente que a UTI considera que não valeria a pena os esforços, esses pacientes vão… pra [Unidade com menos recursos]. Com certeza."

Já, considerando a variação lingüística, quando o discurso é construído como um lamento, o efeito discursivo é de cuidado:

"Um critério, assim, de gravidade de como chega no Pronto Socorro, e de perspectiva de melhora.É como se você investisse naquele que você aposta que vai melhorar mais do que… Então eu acredito que o idoso, nessas, acaba ficando em desvantagem.Acredito que sim, mas isso é uma visão… enviesada porque na verdade eu nunca selecionei.

A idade, então, é um critério de prognóstico?

Eu acredito. Particularmente no SUS, onde a vaga de… o número de vagas é insuficiente, você acaba tendo que escolher, e sempre tem demanda! Não é uma situação em que não tem demanda, entendeu? Então sempre tem um jovem, junto com outro. Quando você vai pedir vaga de UTI, cê sai com uma etiquetinha, vai em várias UTIs, bota o nome, cê vê que tem uma lista de pacientes lá esperando! Na hora de selecionar, eu não sei porque eu nunca selecionei, mas eu acredito que deva influenciar sim na escolha de paciente pra ir pra UTI. Infelizmente, né (riso)."

O discurso biológico, exemplificado pelo texto abaixo, foi construído claramente com a função de negar desigualdades entre jovens e velhos quanto à assistência nas UTI, mas acaba por reafirmá-la:

"Bem, de modo geral, atualmente, eu acho que… de modo geral o idoso tem uma evolução mais prolongada, a evolução que muitas vezes é mais conturbada… Também tem os prognósticos, né, atualmente a literatura é

> *bem… bem centrada que a idade não é prognostica! O maior fator prognostico do idoso é o grau de disfunções orgânicas que ele tem na hora em que ele interna na UTI! Então nesse ponto, idoso e jovem são muito semelhantes! Ãh… quanto mais problemas eles têm na hora que chegam, vai ser a gravidade maior vai ser acho de… de má evolução durante a internação. Então, nesse ponto, um idoso bem cuidado, e um jovem cheio de patologias prévias, o idoso vai ter uma chance muito maior de ele ter uma melhor evolução! Mesmo com a idade maior.*
>
> *(...) Geralmente o jovem traz uma… conotação de que ele não tem comorbidades e tem uma reserva maior. Então neste ponto, ele tem uma vantagem em cima do idoso, que tem uma reserva menor e mais comorbidades de modo geral. Mas, acho… que tudo ponderando o jo ~ o… qual é o paciente jovem e qual é o paciente idoso. Não adianta se é um jovem que desde a infância tem doenças, teve… derrame, tem doença (?), tem cardiopatia, é dialítico… mesmo que tenha trinta anos! Ele tem muita complicação e muita chance de… compli ~ de morbidade e mortalidade, em relação ao idoso que só tem hipertensão e uma outra patologia! Então eu acho que tem que ponderar as coisas. A idade isolada é prognostico mas não é tudo.*

Uma vez na UTI, os desafios enfrentados pelos velhos para obterem assistência continuam, como mostra o trecho abaixo, que constrói uma associação entre velhos e terminalidade:

> *Ah, em linhas gerais… ãh… há uma tendência realmente… ãh… dos médicos encararem o paciente idoso como um paciente mais… propenso a… a terminalidade. Ãh… Então… acho que talvez por causa (daquele?) estado natural de que é mais natural a pessoa idosa morrer do que o paciente jovem morrer. Então muitas vezes, acho que talvez o limiar pra discussão sobre terminalidade… sobre… ãh… continuar ou não o tratamento é mais baixo para o paciente idoso.*

Embora a Organização Mundial de Saúde (OMS), na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) reconheça, de acordo com FARIAS e BUCHALLA (2005), o

> papel central do meio ambiente no estado funcional dos indivíduos, agindo como barreiras ou facilitadores no desempenho de suas atividades e na participação social, mudou o foco do problema da natureza biológica individual da redução ou perda de uma função e/ou estrutura do corpo para a interação entre a disfunção apresentada e o contexto ambiental onde as pessoas estão inseridas. (p. 192)

alguns discursos produzidos acerca da funcionalidade foram de ordem biológica. Por isso, situaremos aqui esta discussão. A funcionalidade, assim entendida, foi construída como fator relevante à seleção do idoso para cuidados intensivos, produzindo efeitos de exclusão:

> *"...Isso acontece também, porque às vezes a pessoa fala também pra gente: "Ah, mas...uma semana...ele é funcional, doutora!". Às vezes chega idosos, né às vezes.Tinha uma ontem, inclusive, no Pronto Socorro, de noventa e dois anos! Aí falava: "Não, mas ele é funcional! A semana passada tava super bem!" Tudo bem, mas ele tá com noventa e dois anos, chega a hora dele também, né? Chega a hora dele partir! E agora, depois de tudo isso que aconteceu, talvez ele não vai virar mais funcional de novo, né! Diferente de um...de uma pessoa jovem, que você sabe que... você vai investir ali, por pior que seja a doença, se ele conseguir sair, a chance dele voltar a ser funcional é muito...grande, né. De por diversos motivos: plasticidade do cérebro, dos órgãos... tem uma (riso) uma uma... meia vida aí também, né (risos). E aí, eu acho que eu acho que é isso. Acontece! A gente já... já tirou de UTI pacientes de oitenta noventa anos que... que saíram! Incrivelmente saíram. Mas ser funcional é...você ter a sua independência, né... Porque o idoso totalmente dependente, demenciado, que precisa dos outros pra fazer as necessidades básicas, isso eu acho que é péssima qualidade de vida."*

Percebe-se aqui, claramente, que são citadas as condições físicas do paciente, ignorando-se os fatores ambientais, ou seja, suas possibilidades de cuidado e de adaptação às novas condições que estariam relacionadas a fatores sociais, por exemplo.

Quanto à predominância do discurso biológico no contexto hospitalar, CARAPINHEIRO (2005: 182) afirma:

> a ocultação dos aspectos que escapam ao modelo dominante da causalidade fisiológica das doenças, acaba por definir os outros modelos de causalidade alternativos como exógenos ao trabalho médico hospitalar, aumentando desmeduradamente, para os médicos que escolhem carreiras médicas não hospitalares, a distância e a discrepância entre as normas e os valores veiculados na educação médica e as normas e os valores a adquirir e a interiorizar na socialização profissional.

A autora, baseada em Baszanger, afirma ainda que tal prática seria resultante "do monopólio da formação médica detido pelos médicos hospitalares, descentrado das necessidades específicas de formação para a prática da medicina em zonas de cuidados não hospitalares" (*idem*).

O DISCURSO BIOGRÁFICO

A velhice é construída ainda como fase em que a vida deixa de ter sentido, e a morte, assim, se impõe, apesar da ausência de doenças. A velhice, dessa forma, caracteriza-se como uma fase em que se morre, no sentido de "ter que morrer".

> ***"morrer de velho": o que ela (expressão) significa pra você?***
> *Morreu de velho? (breve silêncio) Olha, eu quero morrer de velha (rindo). Ah, eu acho que morrer de velho que…eles usam, é… você… chegou num ponto da vida que… é… não tinha mais porque…não tinha mais porque continuar! Mas…p parece que é uma coisa até saudável, né? "Ah, morreu de velho!" Tipo, não tinha nenhuma*

> *doença, nada que… que o matasse, né. Morreu porque tinha, chegou a hora, né, acho que é isso! (risos)*
>
> ***Certo… É… E de que morrem os velhos?***
>
> *Ichi! Como qualquer outra pessoa, o que mais mata é doença cardio-vascular, né? Em segundo lugar seriam os as as neoplasias, os cânceres, né? Mas… É, isso, com certeza, disparado, é o que mais mata.*

Fica claro, aqui, o lugar social da velhice – ou a falta de lugar. O reconhecimento de que "o velho morreria como qualquer outra pessoa", associado a doenças, parece não ter tido nenhuma influência na produção de sentido "não tinha mais porque continuar", a vida deixar de ter sentido, na velhice, "chegar a hora".

Percebemos, aqui, o discurso biográfico produzindo como efeito prática de exclusão.

O envelhecimento é visto também numa perspectiva biográfica quando se consideram os aspectos que caracterizam e influenciam o modo de vida na velhice. Aqui, o "biográfico" é compreendido não apenas como um discurso sobre uma trajetória individual, mas coletiva: "ser velho hoje em dia":

> *"Antigamente (...) coisa dos últimos cinquenta anos principalmente, é… em que na verdade o vovô morava na casa porque, enfim, o vovô tinha tido… dez filhos, era uma pessoa que trabalhava na roça, agora não consegue mais trabalhar, não tem mais renda, mas enfim (?) os filhos, que vão sustentar o vovô.[Atualmente] Meio que inverteu: agora na verdade o vovô que conseguiu um… um benefício [decorrente do jubilamento ou da Assistência social] , que tem um dinheirinho, que às vezes o filho tá desempregado, o neto… é menor, ou não tem emprego, e quem vai sustentar a casa é o vovô. (...)*
>
> *o processo de envelhecimento gera uma série de necessidades de consumo diferentes também do do… do que você tem, anteriormente, ao se tornar idoso, e eventualmente você não consegue manter uma renda… uma renda compatível. Você pode ter uma queda, aliás, frequentemente tem uma queda de renda com a idade, enfim. Aumenta sua despesa, diminui sua receita, por assim dizer."*

"A: Velhice é...

Maltratada. Eu acho que hoje é maltratada. Assim, eu não consigo ver que as pessoas cuidem bem, entendeu? Eu acho que a velhice hoje é sinônimo de abandono… de… na maior parte das vezes. (...)Eu vi muito isso aqui, assim, sabe? De abandono… de você receber no Pronto Socorro principalmente paciente com… estado geral ruim, de escara, de falta de cuidado… de não limpeza… Eu vi muito. Muito mesmo."

A velhice enquanto "maltratada" aparece como uma construção social localizada no tempo – "hoje" – e associada à falta de cuidados, a abandono. Sendo assim, caracterizada como sinônimo de abandono, ou vista pela perspectiva do empobrecimento econômico situado historicamente, num discurso coletivo, da forma como os entrevistados construíram nos trechos destacados, traz a perspectiva de que pode ser diferente, na medida em que a velhice não é naturalizada, não é percebida como tendo "determinantes" essencialistas. A velhice varia com os contextos de cuidados, tanto físicos quanto sociais, nos quais é produzida.

Há ainda o discurso sobre envelhecimento como passagem do tempo, que traria experiência, sabedoria, e *status* social:

Velhice é você ser o… o último a ser consultado (além das?) as situações mais difíceis, por ter mais experiência. (...)

Então é uma experiência difícil?

Não.

O último a ser consultado, não?

Não.

Hum… Certo… Então me conta um pouquinho mais de… dessa sua definição de velhice.

(silêncio). Bom, como envelhecer é o tempo passado, o tempo traz experiência, então a velhice é você ter experiência. Desde que a cabeça seja boa.

A demora da pesquisadora para compreender como bom ser "o último a ser consultado" foi em decorrência de ter atribuído a essa frase o significado de "ser desconsiderado", "não ser ouvido" etc. No entanto, ao associá-la ao contexto de sua produção, pode compreender que a frase significava justamente o contrário: *status* social, na medida em que na hierarquia médica, os profissionais recorrem primeiro ao imediatamente superior e apenas quando não obtém respostas é que recorrem ao médico "que sabe mais", que, de outra forma, não é chamado.

No discurso biográfico, tanto conhecer quanto desconhecer os aspectos da vida do paciente foram apontados como razões para promover o cuidado (ou a tentativa de curar, associada à cultura médica). O discurso biográfico que descreve a exclusão do idoso como um preconceito promove o efeito de cuidado:

> ***"E o que leva, na sua opinião, o que leva o médico a fazer tudo?***
> *Leva o, esse desconhecimento, de você saber, como você não sabe como é a vida dessa pessoa antes, você não sabe se o a essa pessoa uma semana atrás tinha uma…uma…uma…era funcional, entendeu, fazia de tudo. Às vezes a pessoa chega ali, morrendo, mas ela…uma semana atrás ela tava super bem! Então você acaba investindo. Às vezes a pessoa não, a pessoa tá lá há dois três anos, já, e não quer mais viver, a gente escuta isso: "Não, mas, doutora, eu não quero mais viver, me deixa morrer, deixa no…", sabe assim? E aí… e eu acho que é isso, esse desconhecimento e, e também um pouco de você ter uma uma uma…cultura… na faculdade… eu acho que da própria medicina de que você… é o médico que tem que curar, né, que você tem que salvar. Salvar vidas. Não necessariamente cê tem que salvar, né, eu acho que…tem que focar também pro lado de que… Bom, até aonde devemos ir? Eu acho que… mas como chega lá paciente, você desconhece história… muitas vezes chega numa situação crítica você acaba fazendo dando todo o investimento."*

> *"O Dr. (assistente da UTI), pra mim, foi o melhor, por conta da forma como ele é, como ele pensa… como ele age com os pacientes. Ele é muito humano. E ele te ensina a ser muito humano, com o exemplo dele, entendeu? Como conversar com a família de idoso… Eu me lembro de uma paciente, não sei se você tava lá na época, de noventa e um anos, e que… Assim, nossa! Olha só, pra cê vê, até o meu*

preconceito: quando ela chegou, ela chegou no meu plantão, e (nome da colega residente) tava entubando essa mulher. Na hora eu pensei: "Mas pra quê vai entubar uma mulher de noventa e um anos?" Essa foi minha visão, mas eu nem conhecia a história de vida dela! E nem sabia quão funcional ela era. Isso, Graças a Deus, mudou depois do contato que eu tive, entendeu? Mas a princípio minha cabeça era "mas pra quê trazer uma mulher de noventa e um anos pra UTI?!" Mas nem sempre noventa e um anos é~não é funcional e…claro que ele pode ter uma abordagem sim, como o jovem! Isso foi bom. Isso eu aprendi lá, com o Dr. (assistente da UTI). Coisa que eu não tinha essa visão, entendeu?"

INTERFACES BIOLÓGICO/BIOGRÁFICO

Dentro do discurso biográfico, destacamos a noção de tempo de vida, o aspecto cronológico, que se coloca de modo bastante peculiar: a interpretação do tempo de vida que restaria ao idoso interfere, mesmo quando mascarada pelo discurso biológico do envelhecimento, nas decisões sobre o cuidado do paciente idoso, gerando exclusão. O que está em jogo, aqui, não são as capacidades físicas do indivíduo – usadas principalmente em argumentos sobre distanásia, mas uma percepção de que tempo de vida que restaria ao idoso seria considerado insuficiente para justificar a assistência. A percepção de tempo (que em nosso entendimento é da ordem do biográfico), quando não foi travestida de "biológico", diluída entre argumentos de ordem fisiológica, somou-se a este gerando como efeito a exclusão do paciente, principalmente os muito idosos, nas práticas de assistência em cuidados intensivos.

"Engraçado, às vezes a gente nota que… um um a maioria das pessoas "Não, mas já tem noventa e tantos anos!" (tom de cochicho) "Já…passou da hora!", às vezes…sabe? (rindo) "Ai, já viveu tudo que tinha que viver! Vamo… vamo deixar quieto, vamo deixar em…paz!" Sabe? Eu acho que… isso… a idade tem um peso. Agora… quando a gente fala de idosos, um pouco menos, né, não falando de <u>noventa</u> anos, porque a idade média do brasileiro é o a… estimativa de vida, né, é…setenta e cinco, no máximo oitenta anos, né! mudou, isso era muito menor antes, e aí, então… noventa anos já… a gente costuma brincar que já…(rindo) passou da

cota, até, né! (rindo) Mas…mas… eu acho que quando o idoso tem em torno de sessenta, setenta anos, que hoje em dia tá muito diferente, né, cê vê idosos de sessenta anos que… tão super bem, né, que… tem uma…uma vida… que ainda tem perspectiva de vida de quarenta anos! Trinta anos, né, mas… eu acho que… depende muito da… da condição, né, do… da condição física do paciente, e… e da doença, né, que tá… por volt por trás, deles, assim."

"Que acaba sendo até uma distanásia, assim, você… tentar prolongar uma vida que… às vezes só vai prolongar um sofrimento, ou uma…uma…uma vida que a gente sabe que vai ser por pouco tempo, né. Mas a gente sabe que esse foco é diferente de UTI pra UTI"

"E aí… Então, assim, a gente tem esses conflitos também, sabe? E era uma paciente idosa… já… que…ia morrer, mesmo se tivesse…né, não tivesse a doença, ia viver, mais o quê? Dez anos... E aí… ali a gente… com certeza eu acho que prolongamos um sofrimento (baixo), assim. Bem…bem difícil (riso)."

"Os geriatras em geral vêm pedir vaga pra esse tipo de doente, que são os doentes que… realmente têm alguma perspectiva de viver uma quantidade de vida com uma qualidade razoável. Os que vêm do Pronto Socorro já são um pouco mais… são um pouco diferentes e… aí até alguns pacientes desses, raramente, mas até acontece de um doente com muita comorbidade, que provavelmente está vivendo o seu final de vida, mas não é… não é tão frequente isso acontecer não."

Na interface biológico/biográfico, percebemos também falas em que o primeiro se associa a perdas e o segundo, a ganhos:

"Eu… encaro até certo ponto, eu falei, de uns anos pra cá eu digo que eu não comemoro mais… aniversário. Eu digo que eu sobrevivi mais um ano (risos). Então (…) você perde certamente muitas coisas com a idade, né? Você… perde capacidade

funcional... começa... como é que se diz? Já não consegue... correr como você corria, pular como você corria, e outras coisas que... não precisamos comentar (risos), certo? É... você... tem mais...começa a sentir dores que você não sentia, começa a ter doenças que você não tinha, tomar remédios que você não tomava... Cê ganha algumas coisas também, né? Eu realmente acho que... não sou tão idoso ainda, mas, em relação a a a... sei lá, dez, vinte anos atrás, eu diria que tem coisas que me incomodavam há vinte anos e que realmente não estão no rol das minhas preocupações hoje em dia. Eu considero isso um ganho. Mas acima de tudo eu acho que você... assim, não querendo glamourizar a idade, mas se você tá envelhecendo é porque você está... vencendo etapas, né e... e aquela coisa: você pode achar que a sua vida é muito ruim na velhice, mas não vejo, não vejo tanta gente assim se matando, né [A:riso], ativamente, pelo menos."

"Envelhecer é...?

Maravilhoso. (riso) Não, eu... eu... Isso é uma coisa que eu falo para as pessoas mais jovens ~ como também pessoas mais velhas me falaram: sem dúvida que você envelhecer você vai perdendo função, isso é uma coisa inevitável! Então assim... eu uso óculos... ãh... quem me ~quem fazia esporte, né, o que os pacientes falavam, assim: mergulhava quarenta metros, agora mergulha dez metros... corria... a quadra inteira, corre meia quadra... Então isso... assim, acho que até os quarenta e poucos anos estava tudo excelente, de quarenta e três anos para cá, há uma perda de função... eu já estou me percebendo... um envelhecimento, mas por outro lado eu, pessoalmente, acho maravilhoso assim, eu não gostaria de ficar eternamente nos vinte ou trinta anos, eu não sou deste tipo, sabe? É... acho que a mulher, assim, acho o ~o que eu tinha que aproveitar com vinte, trinta anos eu aproveitei, eu quero conhecer o que eu posso fazer com cinquenta, se Deus quiser sessenta, não sei se eu vou chegar, porque nós moramos em São Paulo, então... em São Paulo não é uma questão de saúde, é uma questão de segurança pública, você atingir certa idade.<...> eu procuro me preservar, então, por exemplo, minha alimentação, <...> eu faço muito pouco esporte porque... infelizmente nesta fase que eu to, o que está acontecendo? Tem o problema do mercado, né? É... das várias gerações

Se por um lado há perdas físicas, por outro há ganhos de conhecimento (o estereótipo de velho como sábio, alguém que ensina, dá conselhos – embora aqui associado à "mais velho", e não "velho" – nas primeiras frases), o ganho da possibilidade de vivenciar o desconhecido, e o reconhecimento de que há fatores sociais que interferem nessas possibilidade de viver a velhice, como a segurança pública, cultura, relações de trabalho e outras condições de vida. Não podemos deixar de notar aqui um outro estereótipo que se associa à velhice, apontado na frase que o médico inicia e logo abandona: o relacionado ao gênero, dificuldades de envelhecer e desejo de juventude são atribuídos a mulheres.

No balanço de ganhos e perdas, há também os discursos que constroem a velhice como uma fase em que há perdas que, entretanto, podem ser amenizadas pelo meio ambiente e, assim, produzem como efeito cuidado:

> *"Tem coisas tristes: velhinhos com demência, né? É triste, mas também, essas pessoas, se você ajudar, elas conseguem ter alguma atividade, então…"*

> *"Eu acho que é você ter… olha, é difícil definir qualidade de vida, né, mas… bom, não é nem autonomia (riso), só. Porque mesmo demenciado ele pode viver bem cuidado. Acho que qualidade de vida é isso, é você tentar ser bem cuidado (ao extremo?)~ vai ter um momento que seu corpo vai ter uma resposta, mas enquanto você puder virar seu idosinho a cada uma hora pra evitar que ele tenha escara, que vai dar dor e você não vai saber, porque ele é demenciado… Então isso é qualidade de vida, pra mim, entendeu? É o cuidado. Você ter o cuidado, ali, com o paciente. Por mais que ele não seja autônomo. Não é só ter autonomia. Porque ter autonomia é <u>muito</u> mais fácil que ter qualidade de vida. Você vai dizer "Não, não quero. Eu quero…" Sem autonomia também é possível. É o cuidado. E o cuidado desde a família ao cuidador. Acho que isso é importante, também".*

O cuidado também é efeito de discursos que produzem a qualidade de vida na velhice como um conceito pessoal, do sujeito idoso e, assim, deve ser considerada:

Principalmente na parte idosa, talvez, por conta que às vezes interna octogenário, cheio de comorbidades... O quanto que... valeu a pena internação na UTI... (se eles ? de vida...) a evolução posterior, se o cara saiu bem, ou se saiu muito sequelado, se saiu com uma condição de vida pior do que entrou... se valeu a pena ou não...

Quando vale a pena? O que que é valer a pena?

Valer a pena no mínimo, no mínimo, o paciente sair... como entrou e as expectativas eram essas. Às vezes o paciente interna, a gente tem claro que talvez a perspectiva de ele sair vai ser igual, mas provavelmente vai ser pior porque como ele entrou, em termos de qualidade e independência, se... é isso que é a expectativa da pessoa, porque se a pessoa interna com a expectativa de que vai... resolver tudo, vai ser uma coisa (?). Então às vezes a gente conversa que as necessidades vão ser aumentadas, que aquela condição que o paciente tava provavelmente nunca mais vai voltar, perante tudo o que aconteceu... se era a vontade dele, se alguma vez ele tinha comentado na vida, o que que ele gostaria, no caso de ter essa evolução... Então... nesse contexto a gente às vezes aborda essa parte. Então acho que valer a pena é... é bem relativo! A gente sabe que muitas vezes o que que o médico, profissional da saúde, acha que é qualidade de vida, não é o que que o paciente... o que que o... pelo menos o paciente acha que é qualidade de vida. Muitas vezes a gente subestima muito a qualidade de vida do... do individuo. A gente achar aquilo um... um caco, e na verdade pro paciente ele se adapta! Apesar da condição ser pior do que estava antes, ele acha que... a vida daquele jeito tá bom.

5.1"A INSTITUIÇÃO *FAMÍLIA* NO CONTEXTO DA UTI" OU...

..."E SE FOSSE A SUA MÃE?"

(Relato de uma médica acerca do incômodo causado pela pergunta de familiares de pacientes, em situação de tomada de decisão, durante discussão de grupo de profissionais sobre o tema Bioética, em faculdade de Medicina em São Paulo).

Em nossa pesquisa, observamos que os próprios médicos trazem à tona as experiências pessoais. O "E se fosse a sua mãe/a sua avó/o seu avô..." ronda as

reflexões produzidas nesse tema, ora provocados a isso, como no relato dessa médica na reunião de Bioética, ora espontaneamente remetem-se a essas experiências pessoais.

Essa pergunta tem como contexto a relação médico/família em tomadas de decisões. Há uma compreensão, no meio acadêmico da área médica, de que ela revela o desejo/pedido do familiar para que o médico faça seu melhor, assim como ocorre muitas vezes com o pedido de "faça tudo, doutor". Assim, em vez de responder, seria interessante ajudar o paciente ou o familiar a descobrir o seu "melhor", ou seja, como preenche de significados o que considera "melhor", levando em conta o conhecimento do médico, do caso em questão (discurso biológico), e do próprio familiar, acerca do paciente em questão (discurso biográfico), na busca do que seria de fato o melhor para o paciente, na impossibilidade deste se manifestar, ou como cuidar bem do paciente, como não desampará-los.

A família, em nossa cultura, assume posição importante de cuidado aos idosos – ou pelo menos é cobrada quanto a essa função. O Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), em suas "Disposições Preliminares", determina:

> Art. 3.º É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.
> Parágrafo único. A garantia de prioridade compreende:
> (...)
> V - priorização do atendimento do idoso por sua própria família, em detrimento do atendimento asilar, exceto dos que não a possuam ou careçam de condições de manutenção da própria sobrevivência;

Por vezes percebida como cuidadora zelosa, por vezes percebida como ameaça ao idoso ou ao médico, ou até mesmo como uma extensão do idoso quanto às demandas de cuidado, virando, ela própria, alvo de intervenção do profissional, como veremos nos trechos selecionados mais adiante, a família se faz presente de

diferentes formas no contexto estudado. Assim, aqui, vemos a família como uma instituição:

> A instituição é um valor ou regra social reproduzida no cotidiano com estatuto de verdade, que serve como guia básico de comportamento e de padrão ético para as pessoas, em geral. A instituição é o que mais se reproduz e o que menos se percebe nas relações sociais. Atravessa, de forma invisível, todo tipo de organização social e toda a relação de grupos sociais. Só se recorre claramente a estas regras quando, por qualquer motivo, são quebradas ou desobedecidas (BOCK et al. 2002:217).

Dessa forma, não é sinônimo de familiar, apesar de incluí-lo, mas é percebida como uma construção que carrega em si um determinado tipo de relação interpessoal, que contém implicações, produz efeitos.

Nas experiências interpessoais dos médicos com os familiares dos pacientes, a família mostrou-se como exercendo forte influência – tanto por sua presença quanto por sua ausência – na percepção dos médicos acerca de seus pacientes. Tivemos a família construída como representante ou porta-voz do discurso biográfico produzido sobre o paciente.

No Art. 17 do Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), temos:

> Ao idoso que esteja no domínio de suas faculdades mentais é assegurado o direito de optar pelo tratamento de saúde que lhe for reputado mais favorável.
> Parágrafo único. Não estando o idoso em condições de proceder à opção, esta será feita:
> I - pelo curador, quando o idoso for interditado;
> II - pelos familiares, quando o idoso não tiver curador ou este não puder ser contactado em tempo hábil;
> III - pelo médico, quando ocorrer iminente risco de vida e não houver tempo hábil para consulta a curador ou familiar;
> IV - pelo próprio médico, quando não houver curador ou familiar conhecido, caso em que deverá comunicar o fato ao Ministério Público.

A família surge como porta-voz da vontade do idoso, e também precisa de cuidados, tornando-se foco da atenção médica. Compõe, assim, o discurso biográfico do idoso, e tem como efeito a noção de cuidado:

> *Porque no final aquilo que importa é o que o paciente gostaria, e se ele não pode falar, o que a gente consegue tirar da família, do que o paciente gostaria. E o quanto a família tá preparada.*

De modo contrário, família é construída também como uma ameaça à autonomia do paciente; representa um risco de mascarar ou submeter o desejo do paciente à própria vontade, aos próprios conflitos (dos familiares):

> *Sempre vale [o que a família diz, na impossibilidade do paciente se comunicar], mas… o problema é que algumas famílias têm uma visão… uma idéia meio… (delusional?) do que o doente pensa, né, então, assim, nem sempre o que a família fala pra você é a vontade real do doente. Eu tive <u>vários</u> casos que… doentes que ãh… depois que acorda ~na UTI do trauma, por exemplo, isso é uma coisa muito comum, né, quando você pegava algum doente que fala que "Ah, se for pra eu ficar debilitado eu prefiro que não, <u>não ficar</u>", e a família tem uma vontade, fala assim "Não, ele sempre quis qualquer coisa… Ele sempre achava que a <u>vida</u> antes de tudo…" etc, e quando o doente acorda, ele olha e fala… assim… isso no trauma aconteceu pelo menos umas três vezes, que eu me lembro. O doente acordava e depois o… passar o… o furacão, ele olhar e falar "i <u>isso</u> eu não queria".*
>
> *Algumas coisas eu acho que são afrontas à dignidade, né, então eu acho, você, por exemplo, você <u>afirmar</u> que você não quer uma coisa, e essa coisa ser feita, isso eu acho uma afronta à dignidade, né. Mas… de novo: o o o <u>lidar</u> com isso, isso não é tão tão direto quanto é. Não é assim. Eu já vi pacientes que não queriam uma coisa receberem essa coisa porque <u>o filho</u> quis, mas isso é uma coisa <u>bem</u> latina, né, eu acho.*
>
> ***É?***

> *Ah, eu acho que sim... Acho que é uma coisa bem... do desespero da hora, né. E às vezes você chegar pro familiar e falar assim: "seu pai não queria isso". Olha, eu lembro, eu conto nas mãos quantas vezes esse argumento do tipo "o seu pai conversou comigo"; "a sua mãe conversou comigo, e ela manifestou a vontade de que não fizesse isso", eu conto nas mãos, em situação de conflito, quantas vezes isso fez algum impacto na cabeça da pessoa. Acho que fez m... possivelmente essa é uma pessoa que já não levava em conta a opinião do pai e da mãe a vida inteira, e não vai ser agora! Que é a , que eu acho que é a raiz da maior parte dos conflitos, principalmente.*

Os discursos nos quais a família é apresentada como não respeitando a autonomia do paciente encontra eco na literatura da área de Bioética. ROSA (2009:17), por exemplo, diz:

> É frequente na prática clínica vivenciarmos situações em que filhos interferem na vida pessoal e emocional de pais idosos, impedindo que eles construam uma vida independente, tudo muito bem recheado com um forte discurso protetor.

A relação com os familiares dos pacientes faz com que os médicos se definam como profissionais de qualidade, considerados bons – "médicos" – ou como "técnicos de medicina", desvalorizados. Essa distinção se dá por práticas de orientação e cuidado à família, onde o médico argumenta, em oposição a situações em que o médico se submete à vontade dos familiares ou não se envolve nas decisões, cumprindo ordens ou decisões que sabe serem pouco fundamentadas em conhecimentos técnicos. Temos, assim, um conflito entre o discurso biológico, baseado no saber médico acerca do estado fisiológico de seu paciente e consequências de possíveis intervenções, e o discurso biográfico representado pelas construções produzidas a respeito da família. Para terem como efeito o cuidado, esses discursos precisam interagir de forma harmoniosa, caso contrário, têm como efeito o abandono:

> *A gente apresenta as… o que ~ as possíveis evoluções, e tenta ajudar a família na decisão. Porque acho que chegar (?)… como o pessoal fala: "fazer um menu", e falar "olha, escolhe qual que é a melhor opção, para você" é… meio… que deixar o paciente desamparado. Acho que o paciente não tem a <u>total</u> ~ pode ter autonomia, né, mas não tem um <u>total</u> conhecimento técnico pra saber as repercussões de tal, tal, tal decisão, do que vai acontecer. Acho que <u>nessa hora</u> você tem que ser um pouco tutor. Você tem que <u>apresentar</u> e também dar a opinião pessoal! Que "<u>nessa</u> <u>condição atual</u>, isso, isso e isso, e talvez fosse mais adequado por causa disso!". Ou se ele opta por uma opção que você não acha a mais adequada, "talvez isso não… seria mais interessante por causa daquilo, daquilo e daquilo". Acho que você tem que deixar o paciente tomar a decisão, mas também dar o seu feedback! Só espalhar as decisões pro paciente e pra a família… "escolha e boa sorte! Eu vou fazer… a despeito do que aconteça", acho que aí é muito ruim! Aí você é extremamente técnico.*
>
> ***Hum-hum… E o contraponto de ser muito técnico é…?***
>
> *A vantagem de ser muito técnico é que… você não… mistura muito os seus sentimentos. Você fica meio… por fora, então o que acontecer, você enfia na sua cabeça que o… problema é do paciente, porque foi ele que escolheu assim, e você… não se ~você não se… expõe muito. A contrapartida é que… no máximo você vai ser um técnico em medicina! Médico, talvez… não.*

Contestações dos familiares às ações médicas são construídas pelos profissionais como desconhecimento ou despreparo do próprio familiar, que se torna, assim, parte desagradável do trabalho médico. O que seria "dificuldade da família para lidar com a morte" é construído como um conflito anterior à situação de internação, motivando, algumas vezes, o sentimento de não responsabilização do profissional da UTI para enfrentá-lo:

> *"Quando é hospital particular, às vezes o familiar tá muito envolvido nessa questão de que… você tem que fazer <u>tudo</u> pelo paciente… apesar (riso) se vai dar certo ou não, a gente percebe que… às vezes as pessoas não sabem lidar com… com a morte mesmo, né, a gente vê que isso é muito comum.*

Então... eu acho que é é um pouco complicado pra gente, mas infelizmente a gente trabalha nessas situações e precisa também saber lidar com isso, não é?

O familiar tá menos envolvido no hospital público?

Eu acho que não menos envolvido, mas, é... (breve silêncio) talvez (breve silêncio) pelo fato não sei se envolve um pouco a questão social também por por, é... carência de informação... carência de...de... de até de entendimento das situações às vezes você vai ~aconteceu muito com a gente tava enfermaria, da gente pegar paciente que não tinha prognóstico, e a gente querer investir na parte de Cuidados Paliativos isso acontece, porque a gente vê que não tem prognóstico ~às vezes é uma doença um câncer... metastático... que a gente sabe que vai morrer... invariavelmente, e aí a gente discute isso com com com os familiares e às vezes eles acham que a gente tá fazendo eutanásia. Isso aconteceu não foi não foram poucas vezes (admirada) De você querer abordar, você praticar os Cuidados Paliativos: "Olha, a gente vai dar conforto pro paciente, a gente quer que ele morra dignamente, né" e aí... e as pessoas falam "Não, mas então vocês tão querendo matar meus meu pai minha minha minha irmã..." seja lá quem for, eles... é muito difícil eles entenderem isso."

"É um doente que tem uma doença grave, incurável, avançada... e que tá evoluindo com prejuízo da função dos vários órgãos e, na opinião do médico, do médico, esse doente tá falecendo. Iniciou-se um processo de morte. E você tem uma família com dificuldade pra lidar com isso. Ãh... o grande problema na UTI, é que, às vezes, quando o doente chega, o conflito já tá instalado! (gesto de estalos de dedos) há muito tempo. Às vezes voc~e num ~não é na hora que você ~é difícil desentortar o pepino quando ele chega pra gente!"

"Acho que fez m... possivelmente essa é uma pessoa que já não levava em conta a opinião do pai e da mãe a vida inteira, e não vai ser agora! Que é a, que eu acho que é a raiz da maior parte dos conflitos, principalmente."

O discurso biográfico produzido pela consideração da família do paciente se constrói também relativo à ausência do familiar. Nessas circunstâncias, o idoso é tido como abandonado. Esse mesmo sentido de abandono se constrói diante da presença do familiar que se desespera ou que questiona as condutas do médico, pedindo para que este "faça tudo" pelo seu familiar. Na percepção do médico, a cobrança seria motivada por sentimentos de culpa do familiar. Assim, tanto a presença associada à postura de envolvimento e cobrança relativa à assistência ao idoso, quanto a ausência do familiar do idoso, principalmente institucionalizado, são construídas pelo médico como posturas de abandono e/ou negligência, presentes ou passadas, que produzem como efeito possibilidade ou justificativa para práticas de exclusão por parte do médico:

> *"A gente atende bastante idoso institucionalizado. E que também é, às vezes acaba sendo outro enfoque, também, né? Engraçado, às vezes... não sei, mas parece que tem um preconceito porque é institucionalizado, que não tem o direito de viver dignamente, porque não, sabe assim? Parece que é abandonado pela família... a gente atende bastante idoso que... não tem familiar e é institucionalizado, né"*

> *"... às vezes tem pacientes que são muito agressivos, com a gente que... assim, eu tive até um, agora, no mês passado, eu tava na enfermaria, e ele era extremamente agressivo! Você ia lá (A: Quantos anos?) Tinha 81 anos. Era o idoso, que já tinha uma neoplasia de próstata, metastática, também, tava fazendo diálise, mas era um idoso extremamente complicado, que a família num não aceitava... que ele...eu acho que ele tinha sido muito negligente com os filhos, e os filhos tavam sendo muito negligente com ele, e aí ele tava praticamente abandonado, e ele não tinha condições clínicas de... ele era totalmente dependente, e ele não tinha familiar pra cuidar dele, então era um idoso extremamente agressivo e aí você entrava pra examinar, pra conversar, pra saber como tinha sido, pra saber se tava doendo alguma coisa daí e às vezes ele~ cê perguntava: "Mas, tá sentindo dor?" – "Eu falei de dor?! Eu tô falando alguma coisa de dor? Se eu fa se eu tiver dor eu vou*

falar! Se eu não falei de dor é porque eu não tô sentindo dor!"(risos) Aí, sabe assim, umas coisas... cê fala "Tá bom. Não tá aqui mais quem perguntou."(risos) Aí, então, daí você evita o contato com o paciente, entendeu? Porque cê sabe que cê vai... ali,né, levar uma patada, ali. (riso) Então cê acaba...é... se distanciando, assim".

"Mas o o...idoso institucionalizado é... aí... cê acaba fazendo... é engraçado, né, parece que é uma pessoa abandonada, assim. Cê tem a sensação que é uma pessoa abandonada que, que não tem família por trás... que... você não precisa... que sempre uma vida envolve outras vidas né. Parece que ali não, que é uma pessoa meio que largada, abandonada".

"Eu acho ruim você colocar o idoso na instituição. Então não sei se isso pra mim já é uma forma de julgar... Mas eu acho que tem [diferenças]. Porque primeiro a família é ausente. Segundo, quando presente, eles querem que você faça, talvez por culpa de não fazer. Eu vejo muito dessa forma, entendeu? Então, por exemplo: nem conhece nada do quadro, você vai perguntar, muitas vezes, à cuidadora, que muda... Então imagina: se um dia é uma cuidadora boa, outro dia uma cuidadora ruim, o cuidado vai mudar! O paciente vai ter escara, vai ter uma série de coisas que não teria se fosse uma só cuidadora... ou se a família tivesse tão presente. Acho que é diferente você ter uma cuidadora dentro da sua casa, com seu pai, você também junto, e ter na instituição, entendeu? Então se a cuidadora for boa naquele dia ela vai te dar ótimos detalhes, senão ela não vai saber falar, e ela tá de plantão! Como eu estaria, entendeu? Então é complicado. É muito complicado. Eu acho que assim, o idoso institucionalizado, ele é muito mais abandonado do que aquele ~não que quem tá dentro de casa também não seja, isso a gente vê, diversa sorte ~ mas principalmente no Pronto Socorro eu via muito isso. E a família quando chegava, chegava cobrando coisas que ela nem tava sabendo do caso do paciente, na maior parte das vezes. (...)

os piores conflitos que eu tive até hoje eram conflitos de final de vida. Tipo: doentes realmente moribundos, doentes realmente absolutamente dependentes, com, na minha opinião, com uma ofensa grande à dignidade, do tipo... ãh... procedimentos desnecessários... coisas que prolongam a vida de maneira artificial sem trazer nenhum benefício pra ele... que foram

submetidas a isso, por vontades familiares... que... a gente não consegue entender. Né? A questão da culpa dos filhos é uma coisa que é muito presente, principalmente no meu outro trabalho, quer dizer, eu eu eu lido muito com filhos com culpa.

a família deságua mágoas de... décadas em cima da... em cima daquela situação. Aquela situação é o resultado de mágoas de décadas, né. Do filho ausente que nunca viu o pai, agora o pai tá morrendo e ele... se desespera, e ele traz a culpa...

Porque o que eu vejo é: "já que ele é institucionalizado, vamos, digamos assim, priorizar a volta para instituição. Então se você pode dar um antibiótico intra-muscular você dá... Eu não sei até aonde isso faria bem ao paciente, mas também... não sei se faria bem. A minha visão é que falta... um hospice[2], assim. Depois que eu tive, entendeu, eu acho que teria que ter. Claro que isso, em SUS é meio complicado! Mas eu acho que deveria ter uma atenção especial pra isso, porque a gente também não faz muita diferença. Essa é a minha percepção. Naquele momento... (pequeno silêncio) eu não to fazendo muita diferença. Me chega um idoso, com escara, com infecção, aí ele tá com infecção urinária, então naquele momento onde eu não tenho a participação da família, nem to todos os dias dando plantão, pra acompanhar e conversar com essa família, acho que o meu papel ali vai ser basicamente tratar a infecção. Entendeu? Não acho que eu vou fazer muita diferença na vida daquele paciente. Isso é uma visão minha. Eu acho que faltaria um serviço voltado pra isso. Eu to dando a visão de Pronto Socorro, que é um ambiente caótico, onde você não tem uma multidisciplinaridade, praticamente não existe! Cada um tem sua função e... sai, né, você tem mil pacientes pra ver. Acaba sendo assim. Se tivesse um serviço voltado pra isso, pra reabilitação... pra cuidado, nesse sentido, aí eu acho que mudaria! O aspecto de tratar... como tratar... como abordar a família, seria diferente, entendeu?

[2] "Hospice, não significa um local, mas uma filosofia que reconhece e cuida com respeito dos sofrimentos globais, isto é, do corpo, da mente e do espírito." Disponível em < http://www.crmpb.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=21891:cuidados-paliativos-hospice&catid=46:artigos&Itemid=483> Acesso em 09 jan 2014.

> *(...)É meio que: "já que ele já está na instituição…" Eu não sei. Eu tive essa visão. (A: ã-hã…) Eu acho que falta formação da gente, voltada pra isso… falta um serviço, que possa ajudar a gente a atuar nisso…*
>
> *...eu nunca vi um idoso abandonado aqui na UTI, porque não chega a entrar na UTI. É difícil falar. (?) sair do PS pra ir, entendeu. "Ah, abandonado! Não, nem precisa…", também, entendeu? Às vezes é uma coisa simples que você poderia até tratar e depois ele ir pra casa. Acho que interfere dessa forma. Porque a família tem uma decisão muito grande. A gente, óbvio, como médico, cê não vai deixar de fazer, só que a opinião da família, e do próprio idoso, enquanto lúcido, vai ajudar a definir conduta. Entendeu?"*

A família aparece também relacionada a um conjunto de relações que influenciam nas formas de sobrevivência de um grupo, na qual o idoso tem um papel variável ao longo da história, quanto a ser provedor/dependente financeiro:

> *Cê tem, como é que se diz?, domicílios que são multigeracionais mas porque na verdade a única renda da família é a… pensão do vovô mas na verdade, é uma situação inversa, não é? Antigamente era a pensão de sei lá, do modo de organização da família, principalmente, é, antes da, do processo de… acentuação da urbanização, que é uma coisa dos últimos cinquenta anos principalmente, é… em que na verdade o vovô morava na casa porque, enfim, o vovô tinha tido… dez filhos, era uma pessoa que trabalhava na roça, agora não consegue mais trabalhar, não tem mais renda, mas enfim (?) os filhos, que vão sustentar o vovô. Meio que inverteu: agora na verdade o vovô que conseguiu um… um benefício, que tem um dinheirinho, que às vezes o filho tá desempregado, o neto… é menor, ou não tem emprego, e quem vai sustentar a casa é o vovô. Ou até, sei lá, pensando na questão aí do… dos programas sociais, pode ser que a família tenha uma… algum tipo de renda… de renda, dessas públicas, suplementar, mas que também essa renda será pequena pra manter a casa, mas essa renda mais o… mais a aposentadoria do vovô consegue manter as coisas mais ou menos, né? Só que isso, enfim, pro, pra grande parte da população urbana, a população que teja empregada, ou tenha alguma renda, acaba não sendo… não sendo*

> *válido, né, enfim, é... e e... sei lá, principalmente, cê mora num numa região um pouco mais central da cidade, que o aluguel é mais caro... se você tiver que alugar uma casa que tenha um quarto a mais pro vovô, pra vovó, já vai ser mais caro, aí já fica... a... já fica pior o orçamento, "Ah, mas tem a... a pensão... compensa, mas não compensa muito, o remédio custa caro..."*

Ao produzi-la dessa maneira, na construção do discurso, o médico tem por função situar o papel social do idoso naquele grupo (o que aquele indivíduo representa para aquele grupo específico? E, ao escolher uma leitura histórica de um contexto mais amplo – a variabilidade do discurso – parece situá-lo também na sociedade de modo geral). O efeito discursivo de exclusão ou de cuidado relaciona- se ao conteúdo com que preenche o papel social do idoso. No entanto, o fato de mostrar que este papel é variável e tem relações com o contexto histórico carrega em si a percepção de que pode ser diferente, que não é naturalizado e, assim, pode promover como efeito o práticas de cuidado. De acordo com Kenneth GERGEN e Mary GERGEN (2011:30): "desde el momento en que tomamos conciencia de que cualquier pronunciamiento sobre la naturaleza de las cosas (...) es simplemente ´una manera de ver las cosas´, también nos damos cuenta de que podría haber otras".

Passaremos agora ao tópico em que a "família" não significa mais o "familiar" enquanto figura concreta. "Família", aqui, é um tópico preenchido por papéis familiares que atribuem aos idosos, em virtude de sua idade, no agrupamento familiar, por exemplo: o avô, a avó, o "vozinho", a "vozinha", o "vovô" e a "vovó"...

A maneira de tratar o paciente idoso por papel familiar (já por si estereotipada, na medida em que assumem que o idoso tenha este papel, ou pelo menos cria-se esta identificação) é, na maior parte das vezes, significada como não pejorativa. É ainda relacionada a uma questão cultural, em que esses papéis familiares são evocados na caracterização de outros tipos de relação (professor/aluno, por exemplo), e isso é visto negativamente pelo médico, que classificou esse uso de "sem sentido". Associa-se também a uma relação de cuidado, "uma forma mais

carinhosa de falar" que, no entanto, se infantiliza o idoso, produz como efeito uma prática idadista:

> *"Transferência, eu acho, né? Será que não é um papel de transferência? Acredito que seja transferência... né? Eu não sei. Eu não sei explicar. Mas talvez uma transferência. Você transfira e veja ali o seu avô, de alguma forma...*
>
> ***E das outras faixas etárias isso não acontecia muito…***
>
> *É, não sei. Talvez também por requerer maior cuidado... uma forma de falar mais carinhosa... Não sei. É como se fosse uma criança, que você fica... falando de uma forma diferente, eu não sei explicar! (riso)"*

> *"A primeira resposta que eu vou te falar é assim: é um jeito carinhoso de... de falar sobre a pessoa, e não... não sei se alguém falaria isso com o sentido de...de quebrar a imagem, de... demérito à imagem."*

> *Eu acho que... isso é uma coisa cultural, né? Pô, nossa... nossa sociedade tá acostumada de chamar a tia do ~ a tia do primário (risos) (professora do ensino primário). A vozinha... Não é vozinha! (risos). Não é tia, também! (risos) Sei lá! Eu acho que... eu acho que talvez seja um... (breve silêncio) um eufemismo de... ou vícios de linguagem... Na Pediatria você vai ver também um monte de gente que... vira e chama a pessoa: "Então, mãe...". Então... você substitui o nome da pessoa pelo papel dela na soc na família! Eu acho meio... um mecanismo que não soa natural isso! E acho (que é o mesmo?) que nem a "vozinha"! "Oi, mãe"; "A vozinha tá internada"... e "vamos falar com a tia, do primário"! (risos) Pra mim não faz sentido! Mas eu vejo que acontece!*

Por fim, abordaremos os trechos que trazem o médico como familiar – a concretização do "E se fosse a sua mãe/ vó/ pai/ vô...". Nessa situação, as fontes de informação sobre os aspectos biológicos e biográficos do paciente partem do próprio profissional.

Remeter-se à experiência pessoal, durante a entrevista, possibilitou que emergissem discursos que ampliavam o biológico, ao incluirem o biográfico, na consideração da funcionalidade, valorizando-se também a autonomia do idoso no processo de decisões (cujas escolhas eram conhecidas pelos médicos) e a participação familiar. Nesse sentido, produziam efeitos discursivos de cuidado.

> ***O que que é morrer com dignidade?***
> *Pra mim é sem sofrimento. Meu avô morreu sem dignidade, por falta de assistência médica, vomitando com (?) obstrutiva. Isso pra mim foi terrível.(...) Então morrer com dignidade é morrer sem sofrimento. Sem dor... em condições em que você possa de preferência estar ao lado da família. Eu acho que isso é o mais importante. Hoje eu tenho tento tenho a tender mais pela paliação nesse sentido, entendeu? Não é paliação de não fazer nada, que eu acho que é uma visão errada, é a paliação de aliviar o sofrimento. E um dos livros que eu li, que foi o de Dráuzio Varela, ele falava isso – foi uma visão que eu tive diferente, porque a gente entra na faculdade querendo curar – talvez aquela velha história de super-herói... não sei de onde é que vem isso, e hoje, pra mim, a medicina não é cura. Não é. É condução de doença, é alívio de sofrimento... a cura pode ser uma consequência... Eu acho que é isso. Morrer com dignidade é morrer sem sofrer. Sem sofrer nesse sentido, pelo menos fisicamente, porque psicologicamente é impossível você tirar da pessoa, né?*

> *Eu acho que assim: no momento em que eu fosse ~se eu fosse selecionar um paciente, eu não ia só saber do médico a história. Eu ia tentar falar com a família antes, entendeu? E eu falo por experiência própria do meu avô, que eu levei pra UTI. E que depois ele não quis mais ir. E eu dizia à minha mãe: "Ele não vai! Porque ele é lúcido, ele é orientado, e ele não quer ir!", entendeu? Hoje seria diferente. Eu acho que a família tem que tar muito envolvida. Coisa que a gente não vê, principalmente no momento que a gente vai puxar o paciente pra UTI. Eu acho que um dos, ia falar das barreiras – isso não é uma crítica ao Serviço não, mas... é que você não tem*

a <u>família</u> à disposição pra conversar o tempo todo, entendeu? Mas talvez conversar, por exemplo, com o residente responsável pelo paciente e procurar saber: "E aí, a família, como é?" Por mais que você não tenha o contato direto. Eu acho que seria diferente nesse sentido.

Minha vó morreu aqui. Minha vó, minha vó era assim: ela tinha oitenta e quatro anos, ela morreu... nos leitos que estão fechados. Morava sozinha. Um belo dia... caiu, quebrou o fêmur – um clássico!
Aí, veio pra cá. Tinha muita dor, operou o fêmur. (Teve na cama?) no pós-operatório... E ela, a gente tinha conversado, já, antes... e tal, e ela não era muito, não queria absolutamente <u>nada</u>. Ela falava: "Não quero um canudo!" (entubação ou sonda) E ela morreu sem nada! E assim: minha vó era relativamente inteira: ela morava sozinha! Quer dizer, não era uma idosa...ela tava <u>limpando armário</u> quando ela caiu e quebrou. Mas... ela falava várias vezes, quando ela falava que, quando ela saiu, ela saiu do pós-operatório, ela tava melhorando, eu até fui falar com ela. Eu falei: "Vó, a gente vai ver, quando a senhora for pra casa, a senhora vai precisar de alguém pra ajudar a senhora, fazer fisioterapia, fazer reabilitação...e tal" Ela num minuto: "Ai, se for pra ficar com alguém em casa... não quero ir pra casa." Aí infectou (o pulmão?) e morreu. E minha vó, assim, ela morreu sem absolutamente nada. (com soro ou punção?) na veia, pra tomar morfina, <u>só</u>. Que era a vontade dela. A minha outra vó, ela tem um quadro demencial, também, e ela também, assim, a diretriz dela... é a mesma. Quer dizer: não tem... eu não... porque a vontade dela é a mesma! Mesmo, assim, por exemplo os meu pais, por exemplo: meu <u>pai</u> tem uma <u>diretriz</u>, que é o que ele <u>quer</u>, que (?) outra diretriz. Minha mãe, ela fala assim: "<u>Mesmo</u> que seja uma coisa reversível eu não quero ser entubada". É o jeito dela. Eu não vou ir contra uma vontade da minha mãe. Nesse aspecto, a vontade é dela.

Houve também discurso em que a identificação de idoso demenciado com criança e associado a uma linguagem geralmente usada no universo infantil produzisse, por isso, efeito de exclusão. Mas a referência a características associadas a noção de cuidados, independente das condições

de limitação biológica, produziram também efeito de cuidado. Percebe-se como função o esforço em construir a velhice como desejável e não assustadora, no discurso produzido:

> *E vejo os velhinhos com admiração! Entendeu? Quando eu vejo...por exemplo: umas coisas belíssimas assim, casais idosos, que tão juntos há mais de cinquenta anos, eu acho lindo! É... velhinhos que apesar de estarem doentes, não sei o quê, tomam os remedinhos e tão bonitinhos e tal. Tem coisas tristes: velhinhos com demência, né? É triste, mas também, essas pessoas, se você ajudar, elas conseguem ter alguma atividade, então... Minha mãe: tem demência. Então assim: é triste, mas e... ~e outra coisa: ela é que nem uma criança, se a gente não ajudar, sozinha ela só vai fazer coisas inadequadas, não tem capacidade de se defender, de se alimentar, de se...promover a própria higiene... Então a gente tem que ajudar com essas coisas. Mas...é... assim, é é é triste. Não... não é uma coisa... sei lá, será que quando eu tiver uma certa idade eu vou ser que nem ela? Eu não sei, né, mas... também isso não me traz medo! Assim, sabe: "Eu não quero envelhecer...", "eu não quero ficar com demência...", acho que... o que for vai ser! Sabe, é natural.*

5.3 "CONFLITOS IMPLÍCITOS DO CONTEXTO" OU...

A "ZONA CINZENTA"; OU AINDA...

"SENDO BEM SINCERO?"

(Termos utilizados pelos sujeitos da pesquisa)

O uso desses termos, aqui, associa-se a situações impossíveis de serem ignoradas, que motivam os médicos e suas decisões, envolvendo ainda características do contexto que as influenciam.

YOUNES (2012)[3], ao abordar os conflitos de interesse em Medicina, afirma:

> A atividade médica nem sempre é um nítido preto no branco. Boa parte de nossas decisões ficam em zona cinzenta, com varias opções possíveis em cada momento. Cabe ao médico escolher a decisão mais adequada naquela situação, tendo em vista sempre o benefício máximo ao paciente, independente de maior ou menor lucro pessoal.

Em um cenário em que convivem os princípios do SUS com princípios de uma medicina mercantilista, conforme explicitamos no capítulo dedicado às políticas de saúde, neste trabalho, interesses das mais diversas ordens atravessam o contexto hospitalar, e a vivência dos médicos, produzindo conflitos sobre os quais por vezes não se fala abertamente. A estes discursos – nem sempre produzidos pela linguagem verbal – que nos dedicaremos nesta parte.

Iniciaremos por um trecho em que estão em foco o discurso médico quanto aos aspectos biológicos do paciente e os efeitos produzidos por esse discurso:

> *A impressão que me dá sinceramente é que tem algumas famílias que não se importam com a vontade.*
>
> ***Com a vontade… do paciente?***
>
> *Global! Com a vontade do médico… com a vontade do paciente… com a vontade da equipe… com aquilo que o pessoal acha… Sendo bem sincero? Isso é uma coisa que é um pouco fora da sua… da da da sua pesquisa, é assim: o que me parece <u>o maior problema</u>, hoje em dia, da Terapia Intensiva, da Medicina (Sensural?) é que a gente atribui a coisas que são <u>parte</u> da vida, do tipo: eventualmente algum desconforto, do tipo eventualmente alguma falta de ar, do tipo alguma frustração, do tipo <u>morte</u>,*

[3] Disponível em <http://abp.org.br/portal/clippingsis/exibClipping/?clipping=15513> acesso em 07/01/2014

> *a gente atribui a isso, ãh... a gente tenta transformar isso em "intercorrências técnicas", e não em "coisas que fazem parte da vida". Então às vezes é difícil, pra gente, depois de alguns doentes que foram ãh multiplamente investigados, ou que tiveram trinta intervenções ~eu peguei pacientes que tinham assim, quinze internações em um ano... etc, é muito difícil você chegar pra esse doente, que sempre teve a a a intercor a a a o sintoma tratado como uma questão técnica, do tipo: dói, faço isso; tem falta de ar, faço isso; tem isso, faço isso... ãh, e que dá pra explicar pra ele que "meu, isso faz parte! Um pouco disso vai acontecer. Desculpa.". Então assim... isso vai acontecer. E às vezes quando você tenta falar isso pra algumas pessoas, nem sempre você é muito bem recebido, quando você avisa que... que... a vida é assim.*

No desabafo médico, que se inicia por uma crítica à postura de familiares e logo passa à crítica a um modo de atuação médica, vigente nos dias de hoje, questiona-se a expectativa de que o médico trate ou resolva sintomas de desconforto dos pacientes, ou mesmo evite a morte, mas – "sendo bem sincero" – há coisas que ele não pode resolver. O que ganha contornos de confissão, aqui, é o sentimento de impotência. A impotência seria diante do que em sua visão "faz parte da vida", mas que a medicina atual transforma em "intercorrência técnica". O discurso biológico e seus efeitos decorrentes estão em foco, aqui. Há um esforço por incluir o biológico no biográfico, transformando-o em "parte da vida".

CARAPINHEIRO (2005), examinando o contexto de formação médica pela ótica sociológica, refere-se à cobrança por acertos, que produziria a necessidade e de evitar vulnerabilidades e divergências, e ocultar erros. Baseia-se em diferentes autores, e afirma:

> A ocultação pode ser, assim, entendida como um mecanismo implícito de iniciação lenta e progressiva dos internos ao segredo das decisões que tecem o trabalho médico, expressão da dimensão mágica que acompanha a dimensão técnica de "fazer" um médico. Então, ganhar experiência clínica e partilhar da responsabilidade médica, entendidos como os expoentes da conquista de competência, equivale à dissipação das zonas de penumbra e à abertura dos véus que envolvem

> o acto de curar, em travessias demoradas por arenas arriscadas de actuação médica e sob específicos processos de regulação profissional. (p. 177)

Os sentimentos de impotência quanto ao funcionamento da medicina nos dias atuais mesclam-se aos de submissão a normas e regras institucionais, com as quais os profissionais nem sempre concordam, mas reconhecem que interferem e produzem, assim, "aquilo que não se pode dizer".

Durante as entrevistas, em ocasiões diferentes, aconteceu de médicos pedirem para desligar o gravador, para falarem sobre algum assunto, ou apontaram para ele, fazendo com as mãos um gesto que comunicava algo como "depois eu falo". Assim, não foi raro que após o término da entrevista gravada, a conversa se estendesse por mais algum tempo. Essas conversas "informais" que compuseram a pesquisa, anunciadas pelos gestos e olhares, mostravam a demanda dos profissionais por abordarem assuntos sobre os quais havia o sentimento de "é preciso falar disso", somado ao sentimento de que "falar, na posição em que estavam, compromete", daí a solicitação para desligar o gravador. Esses discursos produzidos por olhares e gestos tinham por função informar a existência desse conflito.

Sobre o que se fala sem registros comprováveis, a percepção de interesses financeiros e políticos influenciando decisões e práticas profissionais em diferentes contextos de saúde no Brasil, uma realidade, aliás, bastante divulgada pela mídia em nosso país. Nessas situações, haveria um esforço por construir um discurso biológico acerca do paciente que justificasse motivações de outra ordem, baseadas em conflitos de interesses desse contexto de atuação médica.

6. CONCLUSÕES

Por meio das observações das reuniões da equipe médica das Unidades de Terapia Intensiva investigadas, bem como das entrevistas com os médicos que nelas atuam, foi possível compreender os sentidos que esses profissionais atribuem a idosos/velhos, a velhice e o envelhecimento, e também as práticas relacionadas a esses sentidos produzidas no atendimento a pacientes idosos em UTI.

A polissemia associada aos termos revela, em meio à sua multiplicidade, a construção de práticas que podem se constituir como idadistas, em circunstâncias específicas. Da mesma forma, o efeito de cuidado também foi promovido em muitos dos discursos produzidos pelos profissionais, que implicados em suas atividades, percorriam contextos diferentes de possibilidades de atuação, como os que caracterizam os serviços de saúde em instituições públicas e particulares em nosso país. O compromisso com o trabalho traduzia-se na grande dedicação às atividades profissionais (por vezes ultrapassando o tempo e as responsabilidades para que tinham sido contratados), e se fez notar também na disponibilidade dos profissionais para contribuir com a construção desta pesquisa, por cujo tema demonstraram bastante interesse.

Práticas de exclusão dos pacientes idosos foram relacionadas não apenas ao contexto de falta de vagas, que caracteriza o hospital público no discurso dos profissionais e que forçava a seleção de pacientes. Relacionam-se também com a percepção, por parte do profissional, do tempo de vida que restaria ao idoso e do valor desse tempo – sem que esses sejam percebidos como "subjetivos"

Os sentidos que os profissionais atribuem a "qualidade de vida", "viver com dignidade" e "morrer com dignidade" são facilmente reconhecidos como uma possibilidade entre outras, por parte dos profissionais. Na medida em que isso é assumido por eles, passam a levar em consideração os conceitos que os pacientes atribuem, garantindo-lhes o respeito à autonomia. Não considerar as possibilidades de divergências com relação ao sentido desses conceitos é tido como um erro, na visão dos profissionais pesquisados.

São construídos discursos com a função de revelar o trabalho na UTI como atravessado por circunstâncias que por vezes tornam conflituosa a vivência dos profissionais em seu trabalho. Os médicos se sentem submetidos ao que chamam "medicina litigiosa", que transformaria, na visão de alguns, "médicos" em "técnicos

de medicina" – esses últimos, submetidos a decisões alheias nas quais a opinião do profissional não é considerada, ou nem mesmo chega a ser apresentada.

Quando isso ocorre, o contexto do discurso envolve falas de queixas a normas de funcionamento institucional e também à postura de familiares dos pacientes idosos que, em alguns casos, são descritos das mais diversas formas como responsáveis pelos conflitos. Dentre essas formas, estão "dificuldade de aceitar a morte", "crença na onipotência do médico e da Medicina" e "sentimentos de culpa".

A família, enquanto instituição, atravessa fortemente o contexto estudado, seja na figura do familiar, seja nas denominações dos idosos por papel familiar, ou ainda nas reflexões construídas pelos médicos sobre o atendimento a pacientes idosos, remetendo-se às próprias experiências enquanto familiares.

A ausência do familiar, presumida pelo médico como abandono, principalmente nas situações em que o idoso é institucionalizado, está relacionada a práticas de exclusão dos idosos no contexto estudado. A construção de discursos que trazem a experiência pessoal do médico como familiar tiveram por função reforçar a presença da família e o respeito à autonomia do idoso como relevantes à qualidade de cuidados.

A abordagem da questão do acesso aos serviços de saúde e à assistência neles prestada passa por considerar não apenas as relações interpessoais construídas no contexto estudado, mas também pela compreensão das políticas que influenciam e atravessam essas relações, e que demandam envolvimento tanto dos profissionais quanto da sociedade como um todo. A criação de contextos favoráveis à abordagem dessas questões é relevante e urgente.

Esta pesquisa pode trazer contribuições à área da educação médica e ao contexto de trabalho investigado, posto que esses se revelaram como campos em que há esta demanda e que são promissores quanto à possibilidade de produção de novos discursos.

Ao lado de discursos que têm como efeitos discursivos a manutenção de estereótipos relacionados ao velho, à velhice e ao envelhecimento, há também os que produzem como efeitos a velhice enquanto uma fase com especificidades que a tornam diferente, mas não desigual, e que demanda transformações sociais para que deixe de ser "... maltratada". Essas transformações são importantes não apenas

porque os idosos são e serão cada vez mais “muitos”, mas também, e principalmente, porque são “únicos”.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, C. J. et al. Avaliação de índices prognósticos para pacientes idosos admitidos em unidades de terapia intensiva. *Rev. bras. ter. intensiva*. São Paulo, vol.21, n.1, p. 1-8, Jan./Mar. 2009.

ARAÚJO, L.F. et al. O idoso nas instituições gerontológicas: um estudo na perspectiva das representações sociais. *Psicologia & Sociedade;* vol.18, n.2, p. 89-98; mai./ago.2006.

BARILAN Y.M. The dilemma of good clinical practice in the study of compromised standards of care. *Critical care* (London, England) ,14:4 (176), 2010.

BEAUVOIR, S. *A Velhice.* Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BERTOLOZZI, M R; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e p e r s p e c t i v a s atuais. *Rev.Esc.Enf.USP*, v.30, n.3, p.380-98, dez. 1996

BIMBATO, A.M.J. *A representação de velhice entre os profissionais que atuam nos Núcleos de Saúde da Família.* Dissertação (Mestrado) 2008. 91f.- Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto – SP.

BLEICHER L. Esse tal de SUS. In: *Saúde para todos, já*. Salvador: Étera, C 1. p. 13-33, 2003.

BOCK, A.M.B et al. *Psicologias*: uma introdução ao estudo de psicologia. 13 ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

BRANDBERG, C. et al.. What is the importance of age on treatment of the elderly in the intensive care unit? *Acta Anaesthesiologica Scand* 2013; 57:698-703

BRASIL. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde / Ministério da Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

_____. Conselho Nacional de Saúde. *13ª Conferência Nacional de Saúde: saúde e qualidade de vida: políticas de Estado e Desenvolvimento:* relatório final. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa* – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. *Estatuto do idoso*. Brasilia: MS; 2003.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A.E. *et al* (orgs.) *Serviço Social e Saúde*: Formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez Editora, 2006.

CARAPINHEIRO, G. *Saberes e poderes no hospital:* uma sociologia dos serviços hospitalares. 4 ed. – Porto: Edições Afrontamento, 2005.

CHRISTENSEN, K. et al. Intensive care units and the oldest-old: are we doing good, too little, or too much? *Acta Anaesthesiologica Scand* 2013; 57:681-683.

CIAMPONE, J.T. et al . Necessidade de cuidados de enfermagem e intervenções terapêuticas em UTI: estudo comparativo entre pacientes idosos e não idosos. *Acta paul. enferm.*, São Paulo, v. 19, n. 1, Mar. 2006.

COSTA, F.G.; CAMPOS, P.H.F. Representação Social da Velhice, Exclusão e Práticas Institucionais. *Revista Eletrônica de Psicologia e Políticas Públicas*, vol.1, n.1, 2009. Disponível em: <http://www.crp09.org.br/NetManager/documentos/v1n1a6.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2011.

COUTO, M. C. P. de P. et al . Avaliação de discriminação contra idosos em contexto brasileiro - ageismo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília , v. 25, n. 4, Dez. 2009 .

CREMESP. *Entrevistas Exclusivas com grandes nomes da bioética [estrangeiros*]./ Coordenação de Gabriel Oselka. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Centro de Bioética, 2009.

_____. *Bioética Clínica* – Reflexões e Discussões sobre Casos Selecionados. 2. ed. / Coordenação de Gabriel Oselka. São Paulo : Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Centro de Bioética, 2009.

_____. *Cuidado Paliativo.* Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008.

DALLARI, S. G. A construção do direito à saúde no Brasil. *Revista de Direito Sanitário, São Paulo.* v. 9, n. 3 p. 9-34 Nov. 2008 /Fev. 2009

ECCLES J. Ethical considerations in the care of older people. *Clinical Medicine,* 3:5 (416-418), 2003.

EPSTEIN, E et al. Ageism in access to critical care (multiple letters) [8] *Age and Ageing* , 33:2 (209-210), 2004.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C.M. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Rev. bras. epidemiol.*, São Paulo , v. 8, n. 2, June 2005 .

GERGEN, K.J.; GERGEN, M. *Reflexiones sobre la construcción social.* Barcelona: Paidós Iberica, 2011.

GOLDIM, J.R. Bioética e Envelhecimento. In: Freitas EV de, Py L, Neri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM da. *Tratado de geriatria e gerontologia.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002:85-90.

GONCALVES, D. et al. Promoção da qualidade de vida dos idosos portugueses através da continuidade de tarefas produtivas. *Psic., Saúde & Doenças*, vol.7, no.1, p.137-143, 2006.

GORJÃO, S.; MARQUES, S. Idadismo e a participação social das pessoas idosas. In *Rediteia. Revista de Política Social*, n 45 Porto: EAPN Portugal, p.129-138, 2012.

GUERRA, A.C.L.C.; CALDAS, C.P.. Dificuldades e recompensas no processo de envelhecimento: a percepção do sujeito idoso. *Ciênc. saúde coletiva*, vol.15, n.6, p. 2931-2940, Jan./Set. 2010.

HUBBARD, R.E et al. Absence of ageism in access to critical care: a cross-sectional study. *Age Ageing*; 32: 382–7, 2003

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população do Brasil por sexo e idade 1980-2050**:** Revisão 2008. *Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica*. Rio de Janeiro, 2008. n. 24.

JODELET, D.. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D (org.) *As representações sociais.* Trad. Lilian Ulup – Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001

LEAL, M.G.S. Psicologia do envelhecimento. In: PELEGRINO, P.S. *Perspectiva biopsicológica do envelhecimento* / Paulo Sergio Pelegrino, Maria das Graças Sobreira Leal; [coordenação geral Áurea Eleotério Soares Barroso]. -- São Paulo: Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social: Fundação Padre Anchieta, 2009

LE BRETON, D. *Antropologia do corpo e modernidade.* Trad. Fábio dos Santos Creder Lopes. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

LEME, L.E.G. "Quem gosta de velho é reumatismo!". In: PINSKY, J. (org) *12 faces do preconceito.* 11° ed. – São Paulo: Contexto, 2013

LIMA, M.L.P de (coord.). *Idadismo na Europa* – uma abordagem psicossociológica com foco no caso português – Relatório I. EURAGE, European Research Group on Attitudes to Age. CIS/IUL, dez. 2010.

_____. *Idadismo na Europa* – uma abordagem psicossociológica com foco no caso português – Relatório II. EURAGE, European Research Group on Attitudes to Age. CIS/IUL, dez. 2011.

MARQUES, S. *Discriminação da Terceira Idade.* Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2011.

MEDRADO, B. Das representações aos repertórios: uma abordagem construcionista. *Psicologia e Sociedade,* vol.10, n.1, jan/jun., p.86-103, 1998.

MÉLLO, R.P et al. Construcionismo, Práticas Discursivas e possibilidades de pesquisa em Psicologia Social. *Psicologia & Sociedade*; 19 (3): 26-32, 2007.

MENEZES, R.A. Difíceis Decisões: uma abordagem antropológica da Prática Médica em CTI. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol. 10, n.2, p. 27-49, 2000.

MERCADANTE, E. F. Velhice: identidade e subjetividade. In: QUEIROZ, Z. P. V. *Perspectiva cultural do envelhecimento* / Zally P. V. Queiroz, Elisabeth Frohlich Mercadante, Ruth Lopes; [coordenação geral Áurea Eleotério Soares Barroso]. -- São Paulo: Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social: Fundação Padre Anchieta, 2009.

MINOIS, G. *História da velhice no ocidente* – da Antiguidade ao Renascimento. Trad. Serafim Ferreira. Lisboa: Editorial Teorema, 1999.

MORAES, A. O corpo no tempo: velhos e envelhecimento. In: DEL PRIORI, M. e AMANTINO, M. (orgs.) *História do corpo no Brasil.* São Paulo: Editora UNESP, p.427-452, 2011.

NAKANO, C.S. et al. Análise crítica dos pacientes cirúrgicos internados na unidade de terapia intensiva. *Rev. bras. ter. intensiva*, São Paulo, v. 19, n. 3, Set. 2007.

NOGUEIRA, C. Construcionismo social, discurso e gênero. *Psicologia*, vol. XV (1), 2001, pp.43-65

NOGUEIRA, C; FIDALGO, L . Análise do Discurso: a tarefa e o poder das palavras. *Avaliação Psicológica:* formas e contextos, p.181- 188, 1995.

ONU - Organização das Nações Unidas. *Population Ageing and Development 2009*. New York (NY/USA): ONU; 2005.

PAÚL, C. Tendências atuais e desenvolvimentos futuros da Gerontologia. In: PAÚL, C. e RIBEIRO, O (coords.). *Manual de Gerontologia*. Lisboa-Porto: Lidel, 2012.

PAÚL, C. e RIBEIRO, O. Introdução. In: PAÚL, C. e RIBEIRO, O (coords.). *Manual de Gerontologia*. Lisboa-Porto: Lidel, 2012

PAULUS JUNIOR, A.; CORDONI JÚNIOR, L. Políticas Públicas de Saúde no Brasil. *Revista Espaço para a Saúde*, Londrina, v.8, n.1, p.13-19, dez.2006

ROSA, C.A.P. Discussão de caso no tema "Autonomia do Idoso". In: CREMESP. *Bioética Clínica* – Reflexões e Discussões sobre Casos Selecionados. 2. ed. / Coordenação de Gabriel Oselka São Paulo : Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Centro de Bioética, 2009.

ROZZINI, R. et al. A silent ageism in access to critical care [6] *Age and Ageing* ; 33:5 (517), 2004.

SANTOS, N. R. dos. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 18, n. 1, Jan. 2013 .

SCHEIN, L.E.C.; CESAR, J.A.. Perfil de idosos admitidos em unidades de terapia intensiva gerais em Rio Grande, RS: resultados de um estudo de demanda. *Rev. bras. epidemiol*., vol.13, n.2, p. 289-301, 2010.

SHIMIZU, H. E. Como os trabalhadores de enfermagem enfrentam o processo de morrer. In: *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, v.60, n.3, maio-jun. 2007.

SILVA, L.R.F. Da velhice à terceira idade: o percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.155-168, jan.-mar. 2008.

SOUSA, C. R. de et al . Predictors of nursing workload in elderly patients admitted to intensive care units. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 16, n. 2, Abr. 2008.

SOUSA, R. M. C. de et al. Carga de trabalho de enfermagem requerida por adultos, idosos e muito idosos em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev. esc. enferm. USP*, vol.43, n.spe2, p. 1284-1291, Dez. 2009.

SPINK, M.J.P. (org.) *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano*: aproximações teóricas e metodológicas – 2. ed. – São Paulo: Cortez, 2000.

SPINK, M. J. Representações sociais: questionando o estado da arte. *Psicologia & Sociedade*; v.8, n. 2, jul./dez., p. 166-186, 1996.

TEIXEIRA, M.C.T.V *et al.* Envelhecimento e rejuvenescimento: um estudo de representação social. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia.* Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Universidade Aberta da Terceira Idade, Centro de Referência e Documentação sobre Envelhecimento – Rio de Janeiro, v.10, n.1, jan../abr..2007.

WATANABE, H.A.W. Instituições de longa permanência para idosos. In: São Paulo (Estado). Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social. *Rede de atenção à pessoa idosa.* São Paulo: Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social: Fundação Padre Anchieta, 2009.

WATSON, T.; SHANTSILA, E.; LIP, G.Y.H. In response [7] *Clinical Medicine, Journal of the Royal College of Physicians of London*; 7:2 (199-200), 2007.

ANEXOS

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Faculdade de Saúde Pública
Universidade de São Paulo

OF.COEP/319/11

05 de setembro de 2011.

Prezadas pesquisadora e orientadora,

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, em sua 7.ª/11 Sessão Ordinária, realizada em 02/09/2011, analisou de acordo com a Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, o protocolo de pesquisa n.º 2274, intitulado "**A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DO IDOSO NA PERSPECTIVA DE MÉDICOS INTENSIVISTAS**", do grupo III, sob responsabilidade da pesquisadora Maria Angélica Ferreira Dias e orientação da Professora Helena Akemi Wada Watanabe, considerando-o **HOMOLOGADO**.

Cabe lembrar que, de acordo com a Res. CNS 196/96, são deveres do(a) pesquisador(a): 1) Comunicar de imediato qualquer alteração no projeto e aguardar manifestação deste Comitê de Ética em Pesquisa para dar continuidade à pesquisa; 2) Manter sob sua guarda e em local seguro, pelo prazo de 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo COEP, no caso eventual auditoria; 3) Comunicar formalmente a este Comitê quando houver o encerramento da pesquisa; 4) Elaborar e apresentar relatórios parciais e final; 5) Justificar perante o COEP interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Atenciosamente,

Prof. Tit. Claudio Leone
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - FSP/USP

Anexo B – Pré-roteiro de entrevista

Pré- Roteiro de Entrevista

Residente ( ) __ Assistente ( ) Doutor ( ) Livre Docente ( ) Titular ( )
Sexo:
Idade:

Tempo de atuação em UTI:
Especialidade(s):
Tempo de formado:
- Percurso Profissional (outros locais de trabalho):
- Qual é o perfil do paciente idoso internado na UTI em que você trabalha? Você atribui essas características a quê?
- Como esses pacientes são selecionados e admitidos?
- O que você considera qualidade de vida?
- O que você considera viver com dignidade?
- E morrer com dignidade?
- Como você observa isso em seu trabalho?
- Envelhecer é...
- Velhice é...
- Você pode falar um pouco sobre a experiência no atendimento a idosos em situação de internação em UTI?
    - O paciente idoso é semelhante a qualquer paciente da UTI? (Se necessário)
    - Como é o relacionamento do médico intensivista com o paciente idoso internado na UTI ou com seu familiar? O que te agrada e o que te desagrada nessa relação? E com a equipe de saúde que também atende ao idoso internado?
- Em sua opinião, qual a melhor forma de explicar a um paciente idoso ou seu familiar – leigos – que determinado tratamento que seria eficiente para um jovem não é, no seu caso?
        - usa metáforas?
        - Quais?
- Como você vê a internação de idosos em Unidades de Terapia Intensiva?
- Você considera a idade como um elemento prognóstico?

CURRICULUM VITAE

1. Personal data

Full Name: Maria Constança Leite de Freitas Paúl dos Reis Torgal

Name under which you publish Constança Paúl

National of Portugal

Gender F

Work address

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar
Lg. Prof. Abel Salazar,2
4099-003Porto
Portugal
Work Phone +351 222062200

Email constancapaul@gmail.com; paul@icbas.up.pt

URL www.unifai.eu

2. Academic degrees

2002- '*Agregação*' in Psychology, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, aprovada por unanimidade.
1992- PhD in Biomedical Sciences expertise in Psychology, ICBAS-UP.
1986- Master in Biomedical Sciences expertise in Psychology, ICBAS-UP.
1981- '*Licenciatura*' in Psychology, Faculty of Psychology and Education Sciences UP.

3. Current activity and status

2006/ - Full Professor of Psychology, Dpt Behavioural Sciences, ICBAS-UP

2004/ - Director of Research and Education Unit on Aging (UNIFAI)

2009/- Director of the PhD Program of Gerontology and Geriatrics UP and UA

2010/ - Directora do Dpt. Ciências do Comportamento

4. Area of scientific activity

Ageing; Gerontology
Health Psychology

5. Books

Constança Paúl, Oscar Ribeiro (2012). *Manual de Gerontologia* [Manual of Gerontology]. Lisboa: LIDEL.
, Constança Paúl (Coord.), (2011). *Manual de Envelhecimento Activo* [Manual of Active Aging]. Lisboa: LIDEL.
Paúl, C. e Fonseca, AM. (Eds) 2005, *Envelhecer em Portugal, Psicologia Saúde e Prestação de Cuidados* [Aging in Portugal, psychology health and care]. Lisboa: Climepsi.
Martin, I., Fernandes, T., Paúl, C. e Roseira, L (2005). *Medidas Nacionais para a Promoção do Movimento Voluntário em Portugal* [National recomendations for promoting volunteering in Portugal], Porto: Inovação à Leitura.
Paúl, C. e Fonseca, AM. (2001) *Psicossociologia da Saúde*, Lisboa: Climepsi. [Psychossociology of health]