



Artigo Original

COMPREENDENDO O SIGNIFICADO DO SER IDOSO VIVENCIANDO SUA AUTONOMIA NA HOSPITALIZAÇÃO*

UNDERSTANDING THE MEANING OF OLD HUMAN BEINGS LIVING THEIR AUTONOMY IN HOSPITALIZATION

COMPRENDIENDO EL SIGNIFICADO DEL SER ANCIANO VIVENCIANDO SU AUTONOMÍA EN LA HOSPITALIZACIÓN

Marisa Basegio Carretta¹, Luiz Antonio Bettinelli², Alacoque Lorenzini Erdmann³, Giovana Dorneles Callegaro Higashi⁴, José Luís Guedes dos Santos⁵

O envelhecimento populacional é um desafio para a sociedade e os profissionais da saúde. Estudo qualitativo com o objetivo de compreender as experiências do idoso em relação a sua autonomia durante a hospitalização. Foram entrevistados onze idosos que estiveram hospitalizados em dois hospitais do norte do Rio Grande do Sul entre abril-outubro de 2010. Os dados foram coletados por meio de entrevistas e analisados com base no referencial fenomenológico. Os resultados destacaram as experiências e significados da hospitalização, sendo construídas as categorias: vivenciando a vulnerabilidade, convivendo com o paternalismo profissional e conscientizando-se da autonomia relativa. A partir das categorias, originou-se o fenômeno: Emergindo a vulnerabilidade e dependência dos profissionais como limitante da autonomia do idoso hospitalizado. Os resultados estimulam os profissionais a buscarem novas estratégias de cuidado, a fim de permitir que o idoso exerça a sua autonomia durante a hospitalização.

Descritores: Idoso; Idoso fragilizado; Vulnerabilidade; Hospitalização; Enfermagem.

The aging population is a challenge to society and health professionals. This qualitative study aimed to understand the experiences of the elderly in relation to their autonomy during hospitalization. We interviewed eleven seniors, who were hospitalized in two hospitals in the northern Rio Grande do Sul between April and October, 2010. Data were collected through interviews and analyzed based on the phenomenological reference. The results highlighted the experiences and meanings of hospitalization, and built the categories: experiencing vulnerability, living with professional paternalism and becoming aware of the relative autonomy. From the categories, a phenomenon emerged: Emerging vulnerability and dependence on professionals as limiting the autonomy of the elderly hospitalized. The results encourage professionals to seek new care strategies in order to allow the elderly to exercise their autonomy during hospitalization.

Descriptors: Aged; Frail elderly ; Vulnerability; Hospitalization; Nursing.

El envejecimiento poblacional es un reto para los profesionales de salud y la sociedad. Estudio cualitativo, cuyo objetivo fue comprender las experiencias de ancianos en relación a su autonomía durante la hospitalización. Se entrevistaron once ancianos internados en dos hospitales en el norte del estado de Rio Grande do Sul, Brasil, de abril/octubre del 2010. Los datos fueron recogidos mediante entrevistas y analizados por medio del referencial fenomenológico. Los resultados revelaron las experiencias y los significados de la hospitalización para los ancianos, y surgieron las categorías: experimentando vulnerabilidad, conviviendo con el paternalismo profesional y autoconcientizándose de la autonomía relativa. Se destacaron la vulnerabilidad y dependencia como limitantes en la autonomía del anciano hospitalizado. Los datos obtenidos en este estudio instan a los profesionales a buscar nuevas estrategias de atención para que ancianos hospitalizados se empoderen de su autonomía.

Descriptores: Anciano; Anciano frágil; Vulnerabilidad; Hospitalización; Enfermería.

* Artigo originário da Dissertação intitulada "Experiências de idosos hospitalizados: a compreensão do fenômeno autonomia" apresentado do Curso de Mestrado em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo.

¹ Enfermeira do Hospital da Cidade de Passo Fundo. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, RS, Brasil. marisa.basegio@yahoo.com.br

² Enfermeiro. Doutor em Enfermagem pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Professor do Curso de Enfermagem e do Mestrado em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo Passo Fundo, RS, Brasil. bettinelli@upf.br

³ Enfermeira, Doutora em Filosofia da Enfermagem pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Professora Titular do Departamento de Enfermagem e do Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil. alacoque@newsite.com.br.

⁴ Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil. gio.enfermagem@gmail.com.

⁵ Enfermeiro, Doutorando em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil. joseenfermagem@gmail.com.

Autor correspondente: Alacoque Lorenzini Erdmann

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC, Campus Universitário, s/nº - Bairro Trindade, CEP 88040-970 - Florianópolis, SC, Brasil. E-mail: alacoque@newsite.com.br

INTRODUÇÃO

Desde 1950, na maior parte do mundo, a expectativa de vida das pessoas aumentou em duas décadas, ou seja, de 48 anos em 1950-55 para 68 anos em 2005-10. Durante a primeira metade do século XXI, a Organização das Nações Unidas projeta que a expectativa global de vida aumente para 76 anos⁽¹⁾. Nesse sentido, o envelhecimento populacional é um triunfo e ao mesmo tempo um desafio para a sociedade e para os profissionais da saúde, que tem a oportunidade de conviver e compartilhar experiências com pessoas idosas.

O Rio Grande do Sul, estado com maior expectativa de vida do Brasil, apresenta uma tendência ao aumento da longevidade, uma vez que, a expectativa média de vida ao nascer passou de 63,6 anos, em 1971, para 69,2, em 2004, para os homens; e, de 70 em 1971, para 77,4, em 2004, para as mulheres. Em relação aos indicadores de mortalidade do idoso, foi constatado um aumento de 45,4% em 1980 para 66,0% em 2005⁽²⁾.

Com o crescimento da população idosa, surgiram políticas de saúde específicas para essa faixa etária. Em 1994, foi promulgada a Política Nacional de Saúde do Idoso que tem como objetivo assegurar os direitos sociais da pessoa idosa, entre os quais a promoção de sua autonomia, principalmente no âmbito dos serviços de saúde. Posteriormente, esse documento foi atualizado em 2006 e denominado Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Nela ampliou-se o escopo das ações de promoção, atenção integral, provimento de recursos, participação e controle social e formação permanente dos profissionais visando a realização de um cuidado integral às pessoas idosas⁽³⁾.

As pessoas idosas podem ser acometidas por doenças e agravos crônicos não transmissíveis, que requerem acompanhamento por um grupo

multiprofissional em serviços de saúde e, muitas vezes, internação hospitalar. Durante a hospitalização, a autonomia do idoso, pode ficar mais restrita em decorrência das normas e rotinas que regem a realização do cuidado no âmbito hospitalar. A situação de vulnerabilidade e fragilidade, associado ao ambiente hospitalar altamente tecnológico, a insegurança diante do processo da doença, restringe o idoso em suas atividades, reduzindo ainda mais sua capacidade de decisão.

Entende-se como vulnerabilidade a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como resultante de um conjunto de aspectos biológicos/individuais, coletivos e programáticos/institucionais que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inerente, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos⁽⁴⁾.

A fragilidade entre idosos possui caráter multidimensional, pois sabe-se que ela relaciona-se à idade, porém não se apresenta de maneira uniforme em todos os indivíduos. Ela é decorrente de fatores biológicos, psicológicos, cognitivos e sociais advindos do processo de envelhecimento fisiológico (senescência) e patológico (senilidade), assim como de condições adversas como dependência funcional, quedas e institucionalização. A situação de vulnerabilidade e fragilidade em que se encontra o paciente idoso pode levar à perda da individualidade, dificultando ainda mais o exercício da autonomia e da tomada de decisão sobre o seu cuidado e o seu tratamento. No entanto, o idoso frágil pode ter sua autonomia e independência estimuladas de maneira precoce, evitando incapacidades⁽⁵⁾.

Parte-se da perspectiva de que há duas condições essenciais para a autonomia: liberdade e ação. A liberdade está relacionada à independência do controle de influências; e, a ação refere-se à capacidade de agir intencionalmente. Um indivíduo autônomo age livremente de acordo com um plano próprio. Uma pessoa com autonomia diminuída, por outro lado, é, pelo menos em algum aspecto, controlada por outros ou é incapaz de deliberar ou agir com base em seus desejos e planos⁽⁶⁾.

Portanto, emerge a necessidade de discutir as práticas profissionais e as relações de cuidado presentes nas instituições hospitalares em relação à autonomia das pessoas idosas. Assim, questiona-se: qual o significado para o ser idoso da sua autonomia vivenciada na hospitalização?

A partir do panorama apresentado, o objetivo do estudo foi compreender as experiências do idoso em relação a sua autonomia durante a hospitalização.

MÉTODOS

O método escolhido foi a fenomenologia a qual possibilita a compreensão do ser humano, a partir da sua experiência de vida e, como ele se mostra nas suas relações⁽⁷⁾. A compreensão do significado da autonomia para o paciente idoso hospitalizado não deve partir de ideias pré-concebidas ou de pressupostos já estabelecidos. O profissional, ao entrar no mundo dos sujeitos que vivenciam essa experiência, pode desvelar necessidades e significados ocultos e, como tal não reconhecidos no cotidiano do cuidado hospitalar.

A fenomenologia é uma abordagem significativa que possibilita a compreensão dos fenômenos que permeiam o viver humano. Desse modo, pensar sobre o ser humano e a existência sob esse enfoque permite, portanto, ampliar a construção de conhecimento. A

pesquisa fenomenológica direciona-se à descoberta dos significados da experiência a partir de revelações advindas da percepção que os participantes têm acerca do vivido.

Utilizou-se, a fenomenologia existencialista⁽⁷⁾ cujo objetivo está na percepção do sujeito que vivencia a experiência. Esse método busca compreender o sentido do objeto da experiência para a consciência e a intencionalidade do outro para reposicioná-la no mundo⁽⁸⁾. O desvelamento das sensações que envolvem a totalidade corpo-alma revela o que está desconhecido, e essa revelação conduz a uma melhor compreensão do ser humano e de sua existência. O ser humano exterioriza ações, gestos, expressões que atuam como mediadores entre a experiência e a consciência. Há que se ponderar, igualmente, que os silêncios e as lacunas também dizem algo⁽⁷⁾.

No método, pode-se destacar que a percepção descreve o mundo vivenciado pelo sujeito exatamente como ele se apresenta, sem o desejo de oferecer explicações abusivas. Nesse momento, concretiza-se a descrição da experiência consciente vivida. Nessa perspectiva, toda consciência é consciência de algo, de modo que tudo o que é percebido pela consciência é compreendido pela fenomenologia como fenômeno, ao qual é designado um sentido em um dado momento pela consciência doadora de sentido⁽⁷⁻⁸⁾. A segunda fase, a descrição, busca compreender a percepção anteriormente vivenciada. E, a última, intencionalidade, a fenomenologia existencial compreende a experiência consciente como uma visão de mundo. Portanto, não é simplesmente uma descrição passiva das situações vividas, mas uma descrição feita para compreender como elas acontecem e unem o ser humano ao mundo⁽⁷⁻⁸⁾.

Foram entrevistados onze idosos que estiveram internados em duas instituições hospitalares do norte do estado do Rio Grande do Sul, sendo que o período de coleta de dados foi de abril à julho de 2010. O primeiro cenário foi um hospital geral de grande porte, referência do SUS e de alta complexidade, atende a uma população de aproximadamente dois milhões de habitantes, totalizando 580 leitos para internação. O segundo foi desenvolvido em um hospital de médio porte, centro de referência regional o qual atende a uma demanda de pacientes oriundos da cidade e da região norte do estado do Rio Grande do Sul e de Santa Catarina, tendo uma capacidade de 364 leitos.

A abordagem inicial ocorreu durante o período de internação do idoso, o qual não poderia ser menor que cinco dias. Definiu-se que esse tempo de internação seria suficiente para proporcionar ao idoso a possibilidade de manter uma interação com os profissionais que atuam nesse contexto, conhecendo as rotinas, normas, formas de cuidado, e fazer alguma escolha.

As entrevistas foram realizadas no domicílio dos pacientes, após a alta, sendo acordados data e horário pelos envolvidos nesse processo. Antes da realização da entrevista, que teve em média a duração em torno de 60 minutos, houve a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas cópias, ficando uma com os pesquisadores e outra com o participante. O desenvolvimento do projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade de Passo Fundo com o parecer de nº 258/2009. A confidencialidade dos depoimentos dos

participantes do estudo foi preservada por meio de códigos compostos pela letra "P" referente à "Participante", seguidos do número ordinal correspondente a realização das entrevistas (P1, P2,..., P11).

A partir da autorização dos participantes, as entrevistas foram gravadas, decodificadas e validadas pelos sujeitos do estudo. A análise das entrevistas foi realizada por meio de leitura integradora, identificação dos possíveis sentidos, detecção dos elementos temáticos, releitura das expressões significantes, extração dos significados e desvelamento do fenômeno. O processo de compreensão do fenômeno foi empreendido com base na análise das falas e à luz da fenomenologia⁽⁷⁻⁸⁾, o que permitiu desvelar o significado da vivência da autonomia no ambiente hospitalar a partir da percepção das pessoas idosas, trazendo à tona o significado do vivido.

RESULTADOS

Participaram do estudo 11 idosos com idade entre 62 e 78 anos, sete eram do sexo masculino e quatro estavam aposentados. Encontravam-se hospitalizadas em decorrência de demandas de cuidados de natureza clínica e/ou cirúrgica. O Quadro 1 sintetiza as principais características sociodemográficas dos participantes do estudo.

Quadro 1 – Caracterização dos participantes do estudo em relação ao sexo, idade, profissão e motivo de internação. Passo Fundo, 2012.

Participante	Sexo	Idade	Profissão	Motivo de internação
P. 1	F	78 anos	Aposentada	Distúrbio metabólico
P. 2	M	62 anos	Aposentado	Oclusão arterial
P. 3	M	66 anos	Aposentada	Cirurgia de gastrectomia radical
P.4	M	66 anos	Agricultor	Insuficiência valvar
P. 5	F	74 anos	Dona de casa	Cirurgia de tireoidectomia
P. 6	M	66 anos	Funcionário público	Insuficiência renal crônica
P. 7	M	72 anos	Policial aposentado	Pneumonia.
P. 8	M	69 anos	Funcionário público	Pneumonia.
P. 9	M	62 anos	Advogado	Prostatectomia
P. 10	F	68 anos	Dona de casa	Colecistectomia
P. 11	M	64 anos	Agricultor	Cardiopatia

A partir da releitura das falas dos participantes foram encontradas três categorias e onze subcategorias. O fenômeno intitulou-se: tendo consciência da condição de vulnerabilidade e, a dependência do paternalismo

profissional, como limitante do exercício da autonomia na hospitalização. A seguir, serão apresentadas as categorias encontradas do estudo:



Figura 1 - Categorias e fenômeno: Emergindo a vulnerabilidade e dependência dos profissionais como limitante da autonomia do idoso hospitalizado. Passo Fundo, Brasil, 2012.

Na primeira categoria, **vivenciando a vulnerabilidade**, foi possível apreender, em diversas falas o vivido pelo idoso internado, emergindo a vulnerabilidade associada à fragilidade, oriundas do

desconhecimento do processo e da insegurança vivida, e da pouca autonomia durante a hospitalização, como pode ser constatado nas falas a seguir: *a gente não pode decidir. O paciente sozinho se sente mais incapaz, mais frágil, ele está sempre dependendo, sabe que tem as enfermeiras ali, mas a gente*

também não quer ser totalmente dependente (P2). No hospital, eles fazem com a gente o que querem, a vida da gente não é nada. Temos que aceitar, pois dependemos dos outros e ainda mais neste momento de fraqueza e fragilidade por causa da doença. Não tenho nem vontade de pedir e de decidir as coisas (P6).

Na segunda categoria, **convivendo com o paternalismo profissional**, o espaço reservado ao cuidado, proporciona a valorização excessiva dos aspectos técnicos, o que promove atitudes paternalistas ao paciente, já que, muitas vezes, os idosos não são consultados sobre as decisões e os cuidados realizados. O paternalismo profissional refere-se ao fato de não se proporcionar ao paciente as informações básicas acerca do processo de doença que envolve seu ser: *Não, não foi me dada nenhuma opção. Ele disse que não iria fazer biópsia para não me judiar e que a situação ali era de fazer cirurgia. Quando ele disse isso, eu respondi: 'De novo!'. E eu comecei a chorar. Eu perguntei se dava tempo de os meus filhos virem. Mas eles sabem o que fazem (P6).*

No trecho acima, a decisão unilateral exercida pelo profissional de saúde no ambiente hospitalar, fortalecendo o paternalismo: *Na hora de internar, não me comunicaram, e sim à minha filha. Apesar de eu estar consciente, não me disseram nada. Nunca me disseram por que eu internei, eu não lembro disso (P4).*

Na categoria **conscientizando-se da autonomia relativa**, os idosos participantes do estudo demonstraram-se resignados em relação ao exercício de sua tomada de decisão e livre arbítrio no que tange à sua saúde. As falas demonstram o manejo delicado das situações de autonomia relativa mediada pela força institucional. *Autonomia depende do tipo de problema que você tem, muitas vezes não tem esclarecimento algum, você não sabe nada, não pode dizer nada. Não é fácil exercer essa autonomia em um ambiente assim, desconhecido. Existem normas, regras a seguir e um comportamento, para cada tipo de problema se segue os caminhos já definidos. Eu acho que a autonomia de quem está doente é muito pouca, ou nada, talvez (P8).*

Na fala supracitada, evidencia-se a relatividade da autonomia do ser, quando este se encontra em uma

situação de desconhecimento de causa, afastado de seu *status quo*. Sobre a percepção quanto à própria autonomia, destaca-se a seguinte fala: *Acho que eu consigo tomar decisões dentro do hospital, mas é difícil saber como, a gente não tem chance (P10).*

Nessa fala, o paciente acredita poder tomar decisões, mas não considera viável, pois não aparecem oportunidades. Além da relativização da autonomia, surgem, novamente, o paternalismo profissional e a força da estrutura hospitalar como entraves nesse exercício.

Em contrapartida, preservar a autonomia deste supõe o respeito à sua vontade, assim como o respeito às suas crenças e aos seus valores morais. A fala, a seguir, reforça a interferência do paternalismo profissional na autonomia do paciente: *A autonomia a gente tem quando a gente é informada, que alguém chegue e te diga: 'olha, você tem isso, você vai ser tratada para isso e nós vamos ter que te cuidar de tal forma, te administrar tais medicamentos'. Não foi assim, nunca foi detalhado nada, eles tateavam e tateavam e tampouco me diziam as coisas (P1).*

Nesse sentido, em uma outra fala um idoso afirma que, no ambiente hospitalar, ocorre uma "despersonalização", colocando-se à disposição de outros para a tomada de decisão: *Lá, naquele ambiente as minhas características pessoais morreram, não existem. Não adianta eu querer decidir. Quem sabe faz, quem não sabe fica à disposição do outro (P3).*

A condição de vulnerabilidade decorrente da fragilidade e incapacidade é um fator limitante da autonomia na hospitalização do idoso. Assim, tal condição demonstra uma relativa desproteção do idoso, pois o mesmo vive temporariamente "à margem" do processo de cuidados hospitalares e frente aos potenciais danos, agravos e ameaças à saúde.

Essa é a demonstração de que em condições de vulnerabilidade a tomada de consciência do idoso como um ato reflexivo sobre si mesmo, sua doença e sobre

sua atuação, sofrem modificações significativas durante a hospitalização. A consciência como identidade de cada ser humano, está em constante mudança e adaptação, sendo ela que julga os valores existentes e estimula a construção e reconstrução de um novo modo de viver nessas condições de instabilidade na saúde do ser humano idoso.

DISCUSSÃO

A internação hospitalar para os idosos passa a fazer parte de um cenário específico, rigoroso, limitado, tornando-os mais vulneráveis, dependentes e fragilizados à situação vivenciada. A normatização do cuidado e rotinas institucionais e as dificuldades que surgem no ambiente hospitalar propiciam limitações que reduzem a autonomia do paciente.

A vulnerabilidade é externada quando o paciente vivencia a hospitalização, pois durante o período de internação hospitalar o ser humano está vulnerável, vivenciando uma experiência ímpar, que pode ocasionar ruptura na relação do ser humano com o mundo. Nesse sentido, o cuidador deve exercer suas funções para reduzir essa situação e manter a autonomia e dignidade do ser humano na condição de paciente hospitalizado⁽⁹⁾.

Esta condição deveria ser entendida como algo contingente ao próprio fato de estar vivo. Desse modo, vai além de uma situação ou condição específica para se avizinhar dos processos ora mais amenos, ora mais intensos ou abruptos presentes no viver humano. Desenvolvem-se num *continuum* atravessado por aspectos biológicos, afetivos, emocionais, genéticos, políticos, subjetivos, em uma multiplicidade de dimensões que não podem ser separadas ou fragmentadas em categorias. Portanto, a vulnerabilidade é pertinente ao processo vital do ser humano em todos os momentos, inclusive, durante a hospitalização⁽¹⁰⁾.

Nessa linha de pensamento, a vulnerabilidade impõe a perda de poder e a conseqüente diminuição do controle das situações. Significa que a pessoa passa a ser controlada por, ao invés de controlar, desencadeando sentimento e sensação de impotência, incompetência e medo. Ao adoecer, a pessoa não é apenas vulnerável, mas suscetível a um possível agravamento. Assim, a incapacidade física, psíquica ou intelectual constitui um aspecto da vulnerabilidade, o qual caracterizaria a situação de dependência. Assim, a vulnerabilidade, dignidade e integridade são características descritivas dos seres humanos e, embora não sejam normativas em si, são fundamentais para inspirar exigências éticas. A vulnerabilidade é, pois, um referencial importante na bioética e independe de autonomia, de justiça e de outros referenciais, embora estejam intrinsecamente imbricados⁽¹¹⁻¹²⁾.

A vulnerabilidade do ser humano adoecido fomenta a dependência do paciente que necessita ser cuidado no contexto hospitalar⁽¹³⁾. Nesse sentido, vale frisar que a autonomia envolve independência de ação, discurso e pensamento do indivíduo, com a possibilidade do alcance amplo de direitos políticos, jurídicos, civis e humano, constituindo a base filosófica do ser humano podendo resistir à interferência coerciva de poderes externos em suas vidas. Esse conceito de autonomia inclui a independência, autodeterminação, capacidade de tomar decisões livres, e competência para fazer a avaliação do que constitui o melhor interesse e vontade do indivíduo⁽¹⁴⁾. Pode ser entendida também como o estado de ser capaz de estabelecer e seguir regras⁽¹⁵⁾.

Nessa linha de pensamento, os achados deste estudo que sinalizam a estreita e sensível relação entre o ser humano idoso em condições de vulnerabilidade e dependência durante a internação hospitalar vão ao encontro de trabalhos anteriores sobre o tema^(14,16-17).

A compreensão sobre a experiência de internação do paciente idoso, possibilitando tanto a apreensão e interpretação das coisas e do mundo que os rodeia, como a entrada no seu mundo, conhecendo-o e orientando-o durante o processo do cuidar viabiliza que o outro (paciente) perceba a verdadeira presença do profissional⁽¹⁶⁾. Assim, a compreensão passa a guiar este processo possibilitando o desvelamento de sentimentos e necessidades do ser que está sendo cuidado.

Na multidimensionalidade do cuidado, é importante valorizar o ser humano na sua totalidade, pois as pessoas desejam ser cuidadas e tratadas com dignidade, e não apenas identificadas doença ou partes de um corpo doente. Torna-se necessário resgatar os valores humanísticos no cuidado à saúde. Desse modo, é preciso ouvir as pessoas que vivenciam o processo de cuidado no ambiente hospitalar⁽¹⁸⁾.

No sistema organizacional hospitalar, os profissionais de enfermagem desenvolvem suas ações fundamentados em normas e rotinas, o que pode dificultar a possibilidade de espaço para o exercício da autonomia do cidadão, ser humano hospitalizado e, muitas vezes, acaba limitando a sua tomada de decisão, induzindo a sua passividade no que tange à sua saúde⁽¹⁷⁾. Ao se instalar discordância de pensamentos e vontades, a validade da decisão do paciente é normalmente colocada em dúvida. Na prática, são poucas as alternativas oferecidas, a não ser aquela normatizada. Novamente, está presente a noção de que o ambiente hospitalar interfere na possibilidade de tomada de decisão. Sem opções, a alternativa é seguir as normas, regras, ou seja, uma "disciplina" entendida como necessária ao bom andamento do cuidado.

Dessa forma, pontua-se a necessidade de que os profissionais de saúde, além de compreender o envelhecimento, também reconheçam que as suas

atitudes podem auxiliar na maximização da autonomia e da independência do idoso. Para tanto, são fundamentais os valores éticos e a comunicação no cuidado a pessoa hospitalizada, os quais envolvem ações de consideração que respeitem a dignidade e a privacidade do idoso, que lhes conceda liberdade de escolha e decisão, a utilização com qualidade e atenção do tempo na interação, gestos de incentivos, que são estratégias que contribuem para a organização do ambiente de forma que o idoso se sinta inserido no contexto, participe das atividades e, portanto, seja ativo⁽¹⁹⁾.

Isso não significa levar a autonomia ao extremo e convertê-la num princípio absoluto e sem exceções, o que poderá conduzir a aberrações não menores do que as do paternalismo beneficentista. O bem comum exige, pois, por limite às decisões livres dos indivíduos. Nessa perspectiva, só com o princípio da autonomia, não se pode construir uma ética coerente e responsável. A razão, às vezes, está do lado da beneficência e não do lado da autonomia. E, muitas outras vezes encontram-se entre estes dois princípios, entre a pura beneficência e a pura autonomia. Daí a necessidade de um terceiro princípio que faça a mediação entre ambos: é o princípio da justiça às pessoas⁽²⁰⁾, o qual representa uma possibilidade a ser pensada e valorada pelos profissionais de saúde.

CONCLUSÃO

O estudo possibilitou o alcance do objetivo proposto de compreender as experiências do idoso em relação a sua autonomia durante a hospitalização. Revelou-se a estreita e sensível relação entre o ser humano idoso hospitalizado em condições de vulnerabilidade e dependência, como fatores limitantes do exercício da sua autonomia. Os resultados

destacaram as experiências e significados da hospitalização, sendo construídas as categorias: vivenciando a vulnerabilidade, convivendo com o paternalismo profissional e conscientizando-se da autonomia relativa.

Esta temática configura-se de forma complexa, imersa em um cenário subjetivo e dinâmico, que requer novos estudos e produção de conhecimentos em prol do cuidado e bem estar humano. O cuidado ao paciente vulnerável perpassa a esfera técnica e, necessariamente, precisa resgatar a dignidade do ser idoso doente de tal forma a lhe conceder a segurança imprescindível para o rompimento de estigmas que conferem plenos poderes ao cuidador.

A utilização do método fenomenológico no estudo possibilitou a compreensão do sentimento de vulnerabilidade e dependência imbuídos no processo da hospitalização. Compreender essa situação pode redirecionar ações congruentes entre profissionais e pacientes, permeada pela reciprocidade e o equilíbrio entre obrigações e direitos bilaterais.

Um anseio do ser humano é ser reconhecido e sentir-se valorizado. Durante a hospitalização, esse anseio é ainda maior, pois costuma ser acompanhado pelo desconhecimento, dúvidas, medos e incertezas. Frente a tal situação, os profissionais da saúde que atuam no contexto hospitalar enfrentam no seu cotidiano diversos desafios, dentre os quais se destaca a necessidade de repensar e valorizar o princípio da autonomia das pessoas.

A compreensão sobre o fenômeno da vulnerabilidade e a dependência do paternalismo profissional como limitante do exercício da autonomia na hospitalização, estimulou a reflexão, quase constante, sobre a estruturação do sistema de cuidados e seus significados para esses seres humanos/pacientes. Essa

experiência comporta a manifestação de que existem outras formas/maneiras de cuidar no ambiente hospitalar.

Dessa forma, acredita-se que este estudo, embora circunscrito à perspectiva de um grupo limitado de pacientes, contribui para a pesquisa em Enfermagem ao pontuar que há um longo caminho a ser percorrido para a ressignificação do processo de cuidado, das relações, dos sentimentos e do respeito à dignidade humana no contexto hospitalar. Para tanto, é necessário mudança de atitude pelo cuidado responsável, sensível e ético, com o propósito de valorização da vida, do ser humano que está sendo cuidado.

As práticas que cercam o contexto de cuidado e a condição de vulnerabilidade e dependência do idoso durante a hospitalização necessitam ser repensadas continuamente. Assim, espera-se que os resultados emergidos do presente estudo se configurem em possibilidades de reflexão e ação na esfera assistencial com o objetivo de potencializar a autonomia de pacientes idosos durante a sua hospitalização. Para tanto, sugere-se a realização de novos estudos que ampliem as perspectivas ora apresentadas, incluindo o olhar de outros idosos e também profissionais de saúde no ambiente hospitalar.

REFERÊNCIAS

1. Bloom DE, Boersch-Supan A, McGee P, Seike A. Population aging: facts, challenges, and responses [Internet]. PGDA Working Paper No. 71, May 2011. [cited 2012 nov 6]. Available from: http://www.hsph.harvard.edu/pgda/WorkingPapers/2011/PGDA_WP_71.pdf.
2. Secretaria Estadual da Saúde (RS). Centro Estadual de Vigilância em Saúde. A saúde da população do estado do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: CEVS; 2006.

3. Brasil. Portaria nº 2.528, de 8 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. [citado 2012 nov 06]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>
4. Ayres JRCM, França Junior I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 117-39.
5. Fabrício SCC, Rodrigues RAP. Revisão da literatura sobre fragilidade e sua relação com o envelhecimento. *Rev Rene*. 2008; 9(2):113-9.
6. Goldim JR. Princípio do Respeito à Pessoa ou da Autonomia [Internet]. [citado 2012 nov 6]. Disponível: <http://www.bioetica.ufrgs.br/autonomi.htm>.
7. Merleau Ponty M. Fenomenologia da percepção. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1999.
8. Terra MG, Gonçalves MG, Santos EKA, Erdmann AL. Sensibilidade nas relações e interações entre ensinar e aprender a ser e fazer enfermagem. *Rev Latino-am Enferm*. 2010; 18(2):203-9.
9. Waldow VR, Borges RF. The caregiving process in the vulnerability perspective. *Rev Latino-am Enferm*. 2008; 16(4):765-71.
10. Ayres JRCM. Uma concepção hermenêutica de saúde. *Rev Saúde Coletiva*. 2007; 17(1):43-62.
11. Hossne WS. Dos referenciais da Bioética - a vulnerabilidade. *Bioethikos*. 2009; 3(1):41-51.
12. Kottow M. Vulnerability: what kind of principle is it? *Med Health Care Philos*. 2004; 7(3):281-7.
13. Gandolpho MA, Ferrari MAC. A enfermagem cuidando do idoso: reflexões bioéticas. *Mundo Saúde*. 2006; 30(3):398-408.
14. Araújo MOPH, Ceolim MF. Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. *Rev Esc Enferm USP*. 2007; 41(3):378-85.
15. Farias N, Buchalla OM. Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Rev Bras Epidemiol*. 2005; 8(2):187-93.
16. Prochet TC, Silva MJP, Ferreira DM, Evangelista VC. Afetividade no processo de cuidar do idoso na compreensão da enfermeira. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46(1):96-102.
17. Pessini L. Bioética, espiritualidade e a arte de cuidar em saúde. *Mundo Saúde*. 2010; 34(4):457-65.
18. Carretta MB, Bettinelli LA, Erdmann AL. Reflexões sobre o cuidado de enfermagem e a autonomia do ser humano na condição de idoso hospitalizado. *Rev Bras Enferm*. 2011; 64(5):958-62.
19. Prochet TC, Silva MJP. Estratégias que colaboram na independência física e autonomia do idoso hospitalizado. *Rev Rene*. 2011; 12(4):678-83.
20. Gracia D. Fundamentos de bioética. Madrid: Triacastela; 2008.

Recebido: 17/10/2012
Aceito: 15/12/2012