

## **DIFICULDADES ENFRENTADAS PELO ACOMPANHANTE IDOSO NO AMBIENTE HOSPITALAR: NOVAS DEMANDAS NAS PAUTAS DAS POLÍTICAS SOCIAIS E DIREITOS DA PESSOA IDOSA.**

**Autor(a): Lécia Alves Soares Pontes**

*Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
alveslecia@yahoo.com.br*

### **RESUMO**

Em face da vivência do estágio no Hospital Estadual Dr. Ruy Pereira dos Santos em Natal/RN, pudemos observar pessoas da terceira idade na condição de acompanhante. O contato com esses cidadãos, nos possibilitou conhecer o perfil socioeconômico e as expressões da questão social impressas no seu cotidiano. Daí, a ideia de abordarmos um tema voltado ao idoso enquanto acompanhante, proposto a identificar as dificuldades enfrentadas, por este, no ambiente hospitalar, bem como trazermos uma discussão sobre a construção dos direitos da pessoa idosa no Brasil; como e em que momento se deram as conquistas desses direitos bem como as batalhas que ainda são travadas pelos sujeitos/cidadãos - idosos ou não - para mantê-los em vigor; as dificuldades enfrentadas e os estigmas comumente atribuídos às pessoas pertencentes ao grupo etário denominado de terceira idade e a segregação que se estabelece por parte, não só da sociedade, mas também, e muitas vezes, dos próprios familiares. Para esta construção, tivemos como base bibliográfica autores como CAMARANO; PASINATO; BRAVO; PAIVA entre outros, que abordassem o assunto. Entretanto, para a figura do cuidador com esse recorte etário, não há estudos que nos abasteçam de dados concretos. Os instrumentais utilizados para obtenção e transcrição das informações foram questionário e gravador. Por fim, a análise das informações, mostraram que para além da nossa percepção das dificuldades – físicas pessoais e ambiental -, havia uma realidade na estrutura familiar que sofrera mudanças imediatas, e por consequência, estes idosos necessitavam permanecer, por um período, internados na condição de acompanhantes.

**Palavras-chave:** Políticas Sociais; Direitos da Pessoa Idosa; Acompanhante Idoso.

### **1. INTRODUÇÃO**

A Compreensão de que todo cidadão tem direitos sociais constituídos e amparados legalmente e que no âmbito hospitalar e da saúde é permitido ao usuário internado o direito a um acompanhante, nos fez entender que, mais que um direito, a presença do acompanhante é imprescindível à recuperação do paciente. A constatação de pessoas da terceira idade – acompanhantes - no ambiente hospitalar, nos impeliu a questionar quais as dificuldades e limitações enfrentadas por elas dada a especificidade da sua faixa etária? Uma realidade expressa no cotidiano de pessoas idosas que se afastaram da sua casa, familiares, trabalho, pela necessidade de acompanhar um parente internado no ambiente hospitalar, levou-nos a refletir uma questão mundial: o envelhecimento populacional, um fenômeno posto nas pautas das políticas públicas com vistas a amparar e cuidar do cidadão no momento mais delicado de sua vida: na velhice. Além disso, nos fez pensar a figura do acompanhante no contexto hospitalar como uma pessoa jovem, saudável, com disposição física e disponibilidade de tempo para

(83) 3322.3222

contato@cieh.com.br

www.cieh.com.br

permanecer também internada. Foi então que pensamos em levar a esse idoso a compreensão de que, enquanto cidadão de direito, ele se encontrava nas mesmas condições da pessoa que por ele estava sendo cuidada.

O objeto dessa pesquisa, foi o idoso na condição de acompanhante no Hospital Estadual Dr. Ruy Pereira dos Santos. O critério de amostragem definido para uma entrevista semiaberta, foram 05 (cinco) acompanhantes que estivessem há, no mínimo 10 (dez) dias. Esse recorte de tempo permitiria ao mesmo, a exposição das dificuldades enfrentadas dentro do hospital. Outro critério adotado para a análise, foi a idade desses sujeitos que deveria ser igual ou superior a 60 anos. Para a coleta dos dados da pesquisa, inicialmente, fizemos um levantamento bibliográfico com autores que abordassem a questão do idoso na sociedade brasileira e que englobassem outros aspectos intrínsecos ao processo do envelhecimento humano como saúde, direito e inclusão, para então, nos apropriarmos das condições reais que nos possibilitaria realizar um bom trabalho. No segundo momento, fizemos uma pesquisa documental no hospital e por fim, a aplicação de um questionário com perguntas voltadas aos direitos do cidadão, especificamente no âmbito da saúde e às dificuldades enfrentadas por ele “acompanhante idoso” no ambiente hospitalar, com o auxílio de um gravador para obtenção das informações.

A vivência do estágio no Hospital Ruy Pereira e o desejo de contribuir, de alguma forma, à melhoria das condições estruturais, emocionais e físicas do idoso enquanto acompanhante no ambiente hospitalar, nos impulsionou a uma discussão sobre a construção dos direitos da pessoa idosa no Brasil. Para essa exposição, buscamos base nos Marcos Legais: Constituição Federal de 1988, Estatuto do Idoso (EI) e Política Nacional do Idoso (PNI). Trataremos aqui de mais uma das muitas expressões da Questão Social que demanda um olhar especial por parte dos profissionais nos espaços ocupacionais, além de requerer atenção e providência governamentais, através de políticas públicas de inclusão e de acesso aos direitos sociais constituídos legalmente.

## **1. A CONSTRUÇÃO DOS DIREITOS DA PESSOA IDOSA NO BRASIL**

A formulação de políticas sociais pode, teoricamente, deliberar benefícios sociais que garantam ao cidadão idoso ou não, os direitos básicos de saúde, educação, habitação, alimentação entre outros, mas jamais reparará ao trabalhador assalariado, o seu tempo de vida, saúde, crescimento social e cultural, cruelmente usurpados pelo sistema capitalista e seus modos de produção. No sistema capitalista, o cenário das políticas sociais sempre se mostrou

instável. No período Pós-Guerra, pontuado em países da Europa, o *Welfare State* ou Estado de Bem-Estar Social, surge com o intuito de conferir ao Estado a garantia dos padrões mínimos de saúde, educação, habitação, seguridade social e outros, para o cidadão trabalhador de todas as idades, pois esses tipos de serviços, de caráter público, caracterizavam-se como direitos sociais. Para Bravo e Menezes (2012, p. 86), a política social é, assim, espaço dialético de projetos contraditórios em confronto, constituindo-se em expressão de luta de classes e das racionalidades em disputa no âmbito do Estado e da sociedade civil. [...] expressão contraditória da realidade.

As conquistas da classe trabalhadora nos países europeus - países de Primeiro Mundo, apresentaram o grau da segregação existente para o mesmo grupo etário, pois comprovaram que a velhice era tratada de forma diferenciada no mundo inteiro principalmente nos países em desenvolvimento considerados periféricos. Nestes, o velho(a) trabalhador(a) era estigmatizado como indivíduo com sinais de decrepitude, e naqueles, como pessoa ainda integrada socialmente, servindo de instrumento de (re)produção do capital. Na França, por exemplo, adotou-se “o termo correspondente à palavra idoso(a), no lugar de velho(a)”, e que esse foi o “novo *status* garantido aos(às) velhos(as), propiciado pelas políticas de seguridade social”, entretanto, o que diferenciou a forma de tratamento ao trabalhador idoso no panorama mundial foram as “melhorias nas condições de vida, saúde e renda das mulheres e homens trabalhadores(as) (denominados *baby boomers*), beneficiados(as) por uma histórica ‘concessão’ do capital”. Todos esses ganhos se deram como “resultado das políticas de Seguridade Social implantadas, no pós-guerra, não só na França, mas em outros países da Europa, quando uma significativa parcela de trabalhadores(as) passou a envelhecer com certa dignidade” (PAIVA, 2014, p. 143, grifo do autor).

Inserido nesse cenário de aquisição dos direitos sociais, o trabalhador que antes tinha seus direitos usurpados, via-se, agora, amparado nas suas necessidades básicas, pois a garantia de que o Estado seria o regulador das Políticas de Seguridade Social, daria credibilidade às novas normas estabelecidas. Período em que muitos trabalhadores sentiram ter adquirido estabilidade e que esse novo sistema de regulação traria melhorias à classe operária. No entanto, a atuação do Estado de Bem-Estar Social mostrou-se ineficiente nesse sentido, pois se caracterizou por dividir parte dos lucros produzidos e destiná-los à recuperação das economias centrais e à diminuição da frequência das crises cíclicas - inerentes ao sistema capitalista. A tentativa de humanizar o capitalismo ou de socializar os lucros da produção falhou. Voltaram as grandes crises e veio a recessão promovendo, então, novas transformações societárias “que,

envolvendo toda a estrutura da ordem do capital, foi desencadeada nos finais dos anos 1970” (PAIVA, 2014, p. 146). O novo modelo de assistência que durou quase trinta anos na Europa e Estados Unidos chega ao fim. Surge, então, uma nova realidade estrutural, assim exposta por Paiva (2014, p. 145):

com o dismantelamento do *Welfare State*, o processo de reestruturação produtiva, mais especificamente, o desemprego estrutural veio atingir a população jovem, barbarizando ainda mais a sua condição de acesso e exercício dos direitos do trabalho, tornando as gerações mais jovens dependentes por mais tempo das mais velhas, comprometendo a renda dos(as) velhos(as) trabalhadores(as) e eternizando o trabalho doméstico servil, do qual nunca se livraram mulheres de todas as idades.

Com o fim do Estado de Bem-Estar Social, uma nova receita de intervenção influenciada pelas teorias econômicas neoclássicas altera os padrões das políticas sociais e de outras como econômicas e industriais. O Novo Liberalismo ou Neoliberalismo, com a palavra de ordem “flexibilidade”, foi ganhando espaço nos países de Primeiro Mundo e nos mais pobres. O pacote de políticas neoliberais vem reafirmando a lógica inversa da responsabilização adotada pelo Estado enquanto regulador das políticas sociais. A flexibilização das obrigações do Estado incide direta e “bruscamente nos direitos conquistados pela ‘espécie’ que vende a sua própria força de trabalho para se reproduzir”. Dessa forma, desresponsabiliza-o da sua obrigação de regulador e lança esse papel à sociedade civil. Outro desmande das políticas neoliberais, é a “privatização do patrimônio Estatal”, que garante ao capital “parcelas expressivas de riquezas públicas” (PAIVA, 2014, p.162 grifos do autor).

Nessa teia de mudanças, o ajuste neoliberal completa sua trama: desregulamenta direitos, corta gastos sociais e mercantiliza bens e serviços, caracterizando o que Netto (2012, p. 429) vem chamar de “assistencialização minimalista” das políticas sociais dirigidas ao enfrentamento da “questão social” (PAIVA, 2014, p. 163, grifos do autor). O Neoliberalismo vem trazendo o chamamento à solidariedade. Dessa forma, os direitos sociais tornam-se assistenciais e o Estado, destituído da sua função reguladora, fica cada vez menor para as necessidades sociais e maior para as demandas do capital, demonstrando assim, a incapacidade de administrar as duas coisas ao mesmo tempo e deixando clara a preferência aos interesses do capital. Nessa dinâmica de interesses, capital x Estado, dentro da qual o trabalhador encontra-se inserido, as políticas sociais que deveriam ser priorizadas, são colocadas à parte e o trabalhador é usurpado no seu tempo e na sua saúde.

Segundo Antunes (2002, p.19 *apud* PAIVA, 2014, p. 134), para essa reciprocidade de interesses, compreende-se, que

“o Estado moderno é inconcebível sem o capital, que é o seu real fundamento, e o capital, por sua vez, precisa do Estado como seu complemento necessário”. Ponto de partida para entender a razão pela qual há escassez ou mesmo ausência de políticas sociais destinadas aos segmentos mais velhos das populações, especialmente, àqueles acometidos ou não por doenças, cujo acentuado comprometimento da capacidade funcional – ao sistema do capital – seja físico e / ou mental, inviabilize qualquer ação de cunho produtor de mais-valia. (grifo do autor).

Desde então, pela ausência de políticas públicas, os direitos sociais vêm sendo reduzidos tanto nesses países de economias centrais quanto nos de economias periféricas. Estamos inseridos em um contexto real de retrocesso e de desmonte das políticas sociais. Vemos, cada vez mais, o cidadão sendo colocado à margem de uma sociedade excludente, sendo necessário comprovar situação de vulnerabilidade social ou para melhor dizer, de extrema pobreza, de miséria para se ter acesso aos direitos sociais. O desmonte das políticas sociais também é favorecido pela falta de controle social que se dá por meio dos “Conselhos de Direitos” e das “Conferências em todas as esferas municipal, estadual e federal”. Estes são “espaços legitimados para o exercício do controle social democrático” (PAIVA, 2014, p. 164). A paralização nas deliberações dos Conselhos gera o esvaziamento desses espaços, pois inibe a participação da sociedade na gestão e implementação de políticas sociais.

Os programas sociais direcionados ao enfrentamento do processo de envelhecimento das populações dos países desenvolvidos começaram a ganhar expressão na década de 1970. Tinham por objetivo a manutenção do papel social dos idosos e/ou a sua reinserção, bem como a prevenção da perda de sua autonomia. A manutenção de sua renda já havia sido equacionada pelos sistemas de seguridade social. No Brasil, como em outros países em desenvolvimento, a questão do envelhecimento populacional soma-se a uma ampla lista de questões sociais não-resolvidas, tais como a pobreza e a exclusão de crescentes contingentes da população, e aos elevados níveis de desigualdade vigentes nessas sociedades (ARANÍBAR, 2001 *apud* CAMARANO; PASINATO, 2004, p. 253-254).

No Brasil, diante da realidade de uma população que envelhece - dados do IBGE, IPEA e INCA - e das pautas das Conferências Mundiais ocorridas há décadas, mostrando que a falta de estudos sobre o envelhecimento populacional e de um olhar direcionado a esse grupo etário por parte dos governantes inviabiliza a criação e a implementação de políticas públicas, retêm recursos e priva investimentos que poderiam ser destinados à formulação e execução de projetos para melhoria das condições de vida e de saúde dessa população, buscou-se a criação de uma política específica para o idoso que viabilizasse a inclusão e o acesso aos direitos sociais instituídos pela Constituição Federal Brasileira de 1988. Todavia, a criação dessas políticas e a concessão dos direitos sociais ao idoso implica um aumento nos investimentos e nos gastos públicos, principalmente nas áreas de saúde e previdência, pois a velhice traz



questões patológicas próprias da idade e demandas do setor previdenciário que acrescentam gastos na economia do país.

De acordo com a Secretaria Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos (SDH), “uma das maiores conquistas culturais de um povo em seu processo de humanização é o envelhecimento de sua população”, pois isso reflete uma melhoria das condições e da expectativa de vida. (BRASIL, [2012?]). Contudo, o envelhecimento populacional traz grandes desafios às políticas públicas, visto que o aumento expressivo de idosos no Brasil e no mundo implica mudanças nas políticas de saúde, educação, assistência social e previdência e outras.

Apesar de o envelhecimento populacional ser amplamente reconhecido como uma das principais conquistas sociais do século XX reconhece-se, também, que este traz grandes desafios para as políticas públicas. Um dos mais importantes é o de assegurar que o processo de desenvolvimento econômico e social ocorra de forma contínua, com base em princípios capazes de garantir tanto um patamar econômico mínimo para a manutenção da dignidade humana, quanto à equidade entre os grupos etários na partilha dos recursos, direitos e responsabilidades sociais. (CAMARANO; PASINATO 2004, p 253).

No panorama mundial, essa nova realidade etária passa a exigir outras prioridades na área das políticas públicas como a formação de recursos humanos (médicos especialistas, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, terapeutas ocupacionais e outros), para o atendimento geriátrico e gerontológico na prevenção, ambientação, reabilitação e cuidados paliativos aos idosos que lhes proporcione as condições adequadas para um envelhecimento com qualidade. Além disso, “novas necessidades foram explicitadas pela pessoa idosa, como de autonomia, mobilidade, acesso a informações, serviços, segurança e saúde preventiva” (BRASIL, [2012?]). Daí, a urgência de se colocar na pauta das discussões dos direitos humanos, uma política específica que garantisse à pessoa com mais de 60 anos o direito de viver com dignidade, buscando “implementar ações e ferramentas adequadas, bem como medidas concretas que favoreçam a promoção da inclusão e independência da pessoa idosa pelo maior tempo possível” (BRASIL, [2012?]). Camarano (2004, p. 255), cita a preocupação com uma população que envelhece rapidamente e que necessita de uma proteção social efetiva fundada em políticas públicas que examinem os problemas e os desafios desse grupo etário. Tema também discutido na Conferência dos Direitos Humanos realizada em Teerã em 1968. Assim, o impacto da realidade e das demandas que foram surgindo diante da evidente transformação etária, finalmente, resultou na estruturação de uma política direcionada que garantisse autonomia ao idoso e sua inclusão ao convívio social.

Para se atender as novas expectativas desse contexto social e demográfico, “foram estruturados nos últimos trinta anos instrumentos legais que garantem proteção social e

ampliação de direitos às pessoas idosas, num esforço conjunto de vários países” (BRASIL, [2012?]). Ainda segundo a SDH, outras conquistas foram alcançadas nos últimos trinta anos como as “três Conferências Nacionais de Direitos da Pessoa Idosa” realizadas no Brasil entre os anos de 2006 e 2011 como resultado de uma “expressiva participação da sociedade civil e do governo”.

[...] as instituições governamentais brasileiras, organismos da sociedade civil e movimentos sociais conquistaram uma gama de leis, decretos, propostas e medidas que estabelecem direitos voltados para a pessoa idosa, referenciados pelas diretrizes internacionais (Plano de Ação internacional para o Envelhecimento). Contabilizam-se conquistas democráticas importantes, como a criação do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI) em 2002 e a elaboração e publicação do Estatuto do Idoso em 2003, que regulamenta os direitos das pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. (BRASIL, [2012?]).

No Brasil, a **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988** é um dos Marcos Legais Nacionais que se refere aos direitos sociais, individuais e coletivos e aos direitos direcionados à pessoa idosa:

- Art. 5º - Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:
- Art. 6º - São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição;
- Art. 194 – A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. (BRASIL, 1998).

O novo sistema de proteção social, mais conhecido como Tripé da Seguridade Social, foi uma das muitas conquistas advindas da Constituição Federal. “[...] o acesso ao seguro social protagoniza um *status* de privilégio aos segurados” (PAIVA, 2014, p. 165).

Eis o contexto histórico no qual se inaugura a Seguridade, enquanto modelo institucional de proteção social, embasado numa ideologia social-democrata, cujo princípio de justiça sugere mecanismos de retribuição das riquezas socialmente produzidas. Neste caso, diferente dos outros dois modelos – da assistência aos pauperizados e do seguro aos contribuintes –, é introduzindo o *status* de *Direito do Cidadão*, na perspectiva do acesso universal. (PAIVA, 2014, p. 166, grifo do autor).

Além da CF/88 que cita o direito à saúde, a Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Em seu art. 2º, a Lei ressalta que a saúde é um Direito Fundamental do ser humano, devendo o

Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Vê-se uma busca pela efetivação de políticas que ampliem os direitos e minimizem o sofrimento físico, emocional e psíquico do idoso, dando-lhe visibilidade perante a sociedade em uma clara expressão de que, independentemente da situação socioeconômica, cultural e de moradia, todos são iguais perante a lei, com credenciais de acesso às políticas públicas. Camargo e Bellini (2014, p.3) diz que, prestar uma atenção em saúde com vistas à integralidade significa conceber o cidadão como sujeito social, histórico e político, na sua totalidade.

**A Política Nacional do Idoso (PNI)**, Lei Nº 8.842 estabelecida em 1994 - Decreto de Regulamentação Nº 1.984/1996, foi sancionada pelo então Presidente da República do Brasil Itamar Franco na década de 1990. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, um Amparo Legal que diz respeito à sociedade em geral e está embasado em objetivo, princípios e proteção.

- Artigo 1º - A política nacional do idoso tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.
- Artigo 3º - A política nacional do idoso reger-se-á pelos seguintes princípios:  
I - a família, a sociedade e o estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida;

No que concerne aos benefícios e programas previdenciários destinados à pessoa idosa, os mais comuns são o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e o Programa Bolsa Família (PBF). São os chamados benefícios sociais não contributivos, concedidos pela Assistência Social, porém operacionalizados pelo Instituto Nacional de Previdência Social que integram a proteção social básica para pessoas em situação de vulnerabilidade social (pobreza e extrema pobreza). Segundo a Secretaria de Direitos Humanos (SDH), na década de 1990, no âmbito do Governo Federal, instituíram-se programas de benefícios que foram ampliados significativamente pelo Programa Bolsa Família (2004) com uma cobertura social que atende, com pelo menos um benefício, 8 de cada 10 pessoas idosas no Brasil. (BRASIL, [2012?]). Instituído pelo Decreto nº 6.214, de 26 de Setembro de 2007, o BPC -, “Regulamenta o benefício de prestação continuada da assistência social devido à pessoa com deficiência e ao idoso de que trata a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, [...]” (PNI, 1994, p. 17). O seu regulamento estabelece:

- Art. 1º - O Benefício de Prestação Continuada previsto no art. 20 da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, é a garantia de um salário mínimo mensal à pessoa com deficiência e ao idoso, com idade de sessenta e cinco anos ou mais, que



comprovem não possuir meios para prover a própria manutenção e nem de tê-la provida por sua família.

- § 1º - O Benefício de Prestação Continuada integra a proteção social básica no âmbito do Sistema Único de Assistência Social - SUAS, instituído pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, em consonância com o estabelecido pela Política Nacional de Assistência Social - PNAS.
- § 2º - O Benefício de Prestação Continuada é constitutivo da PNAS e integrado às demais políticas setoriais, e visa ao enfrentamento da pobreza, à garantia da proteção social, ao provimento de condições para atender contingências sociais e à universalização dos direitos sociais, nos moldes definidos no parágrafo único do art. 2º da Lei nº 8.742, de 1993.

O Bolsa Família é um programa de transferência direta de renda lançado em 2003 pelo então Presidente da República Luiz Inácio Lula da Silva. Criado pela Lei Nº 10.836/2004, “o programa tem por finalidade a unificação do Programa Nacional de Acesso à Alimentação (PNAAL)”. Dentre os programas que se uniram ao PBF estão o Bolsa Escola, Bolsa Alimentação, Auxílio-Gás e Cadastramento Único do Governo Federal.

Segundo o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), o PBF é “o maior e mais ambicioso programa da história do Brasil” que nasceu para “enfrentar o maior desafio da sociedade brasileira”: “combater a fome e a miséria, e promover a emancipação das famílias em situação de maior pobreza no país”. Busca garantir a essas famílias “o direito à alimentação e o acesso à educação e à saúde”. (BRASIL, 2007). Dados da Caixa Econômica Federal (CEF), confirmam que o Programa atende mais de 13,9 milhões de famílias em todo país que vivem em condições de extrema pobreza e/ou que têm renda per-capita mensal de até R\$ 85,00 ou as que são consideradas pobres com uma renda de R\$ 85,01 até R\$ 170,00. Ainda segundo a CEF, o Cadastramento no Cadastro Único (CadÚnico) é um pré-requisito para se ter acesso ao PBF, entretanto, estar cadastrado não implica a entrada imediata no Programa, tampouco garante o recebimento do benefício, pois o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) é quem seleciona, mensalmente, e de forma automatizada, as famílias que serão incluídas para receber o benefício.

**O Estatuto do Idoso (EI)** - Lei Federal Nº 10.741 de 2003. Um Amparo Legal de extrema relevância para garantir os direitos dos cidadãos da Terceira Idade, pois é um instrumento de realização da cidadania no país. Foi uma das maiores conquistas relativas aos direitos da Terceira Idade no Brasil. Um avanço significativo, fruto da organização e mobilização de diversas organizações da sociedade civil, dos aposentados, pensionistas e idosos vinculados à Conferência Brasileira dos Aposentados e Pensionistas (COBAP), formalizado no Projeto de Lei nº 3.561 de 1997 de autoria do então deputado federal Paulo Paim. Uma conquista que, teoricamente, possibilita ao idoso incluir-se na sociedade para que

seus direitos sejam garantidos e efetivados de forma que possam ter um envelhecimento com qualidade de vida. Após seis anos de tramitação, em setembro de 2003, o Estatuto foi aprovado no Congresso Nacional, sendo sancionado em 1º de outubro de acordo com a Lei nº 10.741 pelo então Presidente da República Luiz Inácio Lula da Silva. Estabelece:

- Art. 1º - É instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos;
- Art. 3º - 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. (BRASIL, 2003).

O EI tornou-se mais abrangente que a PNI, pois ampliou os direitos do idoso com a instauração de penas mais severas para quem o desrespeitasse e/ou abandonasse, o que de certa forma, inibiu as diferentes formas de tratamentos direcionadas a esses cidadãos que sequer expressam, os estigmas e preconceitos sofridos no seu cotidiano. Apesar das leis e políticas específicas, existem idosos vivendo dentro de relações consideradas de afastamento socioafetivo, que mais parece sem vínculo familiar, caracterizadas pela falta de cuidado e atenção, quando na verdade, tais relações deveriam ser regadas de afeto e companheirismo como forma de proporcionar bem-estar e alegria a esses indivíduos nos últimos momentos de suas vidas.

Referimo-nos aos idosos com os quais convivemos no HRPS, que por falta de um membro da família, contavam com a bondade de amigos e/ou vizinhos que se dispunham, nas suas possibilidades, acompanhá-los em seus tratamentos de saúde. A falta de conhecimento de alguns cidadãos quanto aos direitos sociais, pôde ser constatada nas conversas informais com os acompanhantes e pacientes por ocasião das visitas aos leitos enquanto realizávamos o acolhimento deste. Naquele momento, compreendemos que a falta de conhecimento e de informação, inviabiliza o acesso aos seus direitos, pois a maioria dos indivíduos sequer sabiam definir o que é direito, que dirá como acessá-los. Mas isso não é uma regra dentro da instituição, pois o Hospital Ruy Pereira, referência no tratamento de diabetes e doenças vasculares, recebe pacientes de todos os níveis culturais e classes sociais. Lá, encontramos pessoas com diferentes graus de instrução e formação, das quais: professor, administrador, agricultor aposentado, costureira e outras. Assim, percebemos que poderíamos obter, ou não, as informações que responderiam a nossa pesquisa, já que estávamos lidando com pessoas idosas que poderiam ou não nos dar essas informações.

Na abordagem ao acompanhante, tivemos acesso às informações pretendidas ao objetivo desse trabalho: identificar as dificuldades enfrentadas pelo idoso enquanto cuidador de outro idoso, bem como constatar outros aspectos importantes anteriormente citados neste trabalho, como o grau de parentesco, a realidade socioeconômica e os reflexos da questão social no cotidiano desses indivíduos. Em todos os casos, o idoso encontrava-se, dentro do hospital, desempenhando um papel que nada mais é do que um reflexo ou extensão do que já desempenha em seu próprio lar. Todos são parentes próximos dos pacientes que se veem na obrigação de acompanhá-los durante a internação porque não podem pagar um cuidador externo. Alguns poucos contam com a ajuda de amigos e/ou vizinhos nos cuidados com o paciente em casa.

Do total de 05 (cinco) entrevistados, a maioria – 03 (três) - são cônjuges (esposas), considerados os parentes mais próximos e em quem os pacientes demonstravam ter total segurança. Entretanto, não é regra, pois constatamos também filhos e irmãos desempenhando esse papel. Destes, penas 01 (um) pôde contar com o auxílio de amigos para dividir as tarefas. Em todos os casos, havia predominância de acompanhante do sexo feminino. Para 02 (dois) entrevistados, a tarefa de cuidar é mais difícil para o sexo masculino. Do total, (01) um é aposentado 02 (dois) são beneficiários e 02 (dois) estavam aguardando o momento para solicitar a aposentadoria, entretanto, confirmaram a participação nas despesas domiciliares.

Abordados quanto às dificuldades enfrentadas no ambiente hospitalar, os cuidadores foram unânimes ao relatarem insuficiência nas acomodações, principalmente acerca das cadeiras disponíveis para dormir. Alguns reclamaram de dores na coluna, nas pernas e outros incômodos. Consideremos que nas pessoas com mais de 60 anos, os problemas de saúde se evidenciam quando as condições de acomodação não são favoráveis e podem agravar os problemas advindos da idade. A maioria apresentam doenças crônicas próprias da idade e da rotina que, com o passar do tempo acarretam complicações mais acentuadas, como relata uma das entrevistadas. Além disso, muitas vezes, o cuidador pode ter a mesma idade ou até mais, da pessoa que está sendo cuidada. Consideremos estes relatos:

“Aqui no hospital só é ruim o seguinte: não tem onde a gente sentar; as cadeira, essas cadeira de plástico, a gente fica toda doída e o comer é horrível! Todo dia eu tenho que tá aqui, tenho que comer o comer daqui porque eu não vou voltar pra casa. Vou deixar o doente sozinho, é? Já os médico, são muito bom os médico daqui do Ruy. Todo dia quando não vem um vem outro, mas vem o médico. Todo dia eles vêm, aí vê o pé dele, às vezes manda a menina tirar o curativo pra ele ver como é que tá. O atendimento é bom, eu não tenho o que dizer delas não. Sempre tá aqui”.  
(Entrevistado 1).

“Tenho dificuldade nenhuma porque aqui nós trouxemos cadeira. Para dormir é horrível. No mais, eles dão condições. (...). Tá tudo bem aqui. A comida é boa, ele tá gostando, mas se nós acompanhante se quiser comer tem que descer pra comer lá embaixo pra que eles não fiquem tão ociosos em ver comida que eles não podem comer. O atendimento é bom, bom demais”. (Entrevistado 2).

“Eu só acho ruim aqui é a dormida que a gente dorme sentada numa cadeira de pau. Já sou alejada da minha hérnia de disco, aí fico mais alejada ainda. O atendimento médico é ótimo graças a Deus, até hoje. A comida é boa minha filha. Não podemos reclamar”. (Entrevistado 4).

“Sabe o que eu acho ruim mesmo aqui? é essa caminha curtinha que não me cabe. (risos). Não dá pra relaxar legal. Mas eu tô feliz porque tô aqui com meu mano. Eu amo esse cara! O resto é resto aí gente tira de letra. A comida... pra mim tá tudo bem. Quero mesmo é que ele fique bom pra gente ir curtir a nossa prainha lá no Pina. As enfermeiras tratam ele muito bem, acho até que ele tá fazendo um sucesso tremendo aqui. Os funcionários dão conta de tudo aqui. A questão mesmo é que esse negócio de hospital é meio complicado, né? Mas o negão tá ficando bom. Já já a gente sai daqui se Deus quiser!”. (Entrevistado 5).

Outra dificuldade também mencionada foi a de compreender a linguagem dos médicos: “A gente espera a assistente social vim aqui pra dizer pra gente como é. Os médico fala complicado, né?”. (Entrevistado nº 4).

Consideramos que esse fator pode estar associado ao grau de instrução do indivíduo. Do total, 02 (dois) revelaram ter estudado até a 3ª e 4ª séries do ensino fundamental. Porém, um dos aspectos que nos chamou atenção, foi a maneira como os entrevistados expuseram o seu conhecimento sobre saúde e direitos sociais, especialmente quanto ao direito à saúde.

“Em relação à saúde, o que eu acho que foi bacana o que o governo deu, foi tirar o remédio de graça, né? Que antigamente, ninguém tirava, a pessoa deixava de comer pra comprar um remédio pra poder sobreviver. Hoje, não. (...).Tem gente que praticamente deixa de comer pra comprar um remédio, né? Isso tem ajudado as pessoas porque têm pessoas que precisa de comprar o remédio”. (Entrevistado 1).

“O direito de quando adoecer, ter um órgão público que a pessoa recorra, né? Embora que tenha sido, pra nós, muito difícil, (...)foi feito nós mesmo de palhaço lá porque era da UPA pra casa, de casa pra UPA, da UPA pro hospital regional e de lá foi mandado de volta pra UPA”. (Entrevistado 2).

“É tanta coisa, né? ter um hospital público pra atender a gente, né? Mas tem canto que é muito difícil pra gente. (Entrevistado 4).

“A saúde é isso aí que a gente tá vendo pelo Brasil a fora: um caos. Uns têm dinheiro pra pagar um plano, outros, não, e por aí vai. Quem tem dinheiro, tem como se remediar melhor. Mas de todo jeito, tem que recorrer ao SUS mesmo, não tem como escapar dele. Mas como aqui eu tô vendo meu mano ser bem atendido, então eu acho que todos nós acabamos é precisando do SUS porque não é em todo hospital que atende esse tipo de problema”. (Entrevistado 5).

Observa-se que o cuidador tem um papel primordial no processo de recuperação do paciente. Sua companhia, além de auxiliar nas atividades práticas como a higiene, a

alimentação ou medicação do paciente, ainda atua como um agente socializador, fazendo com que, mesmo em uma situação de internação, o idoso não se sinta só, mas protegido, e mantenha ativos os seus vínculos familiares e afetivos. Ter a presença de um acompanhante em um momento de fragilidade, acaba por ajudar o paciente em seu processo de recuperação, tornando menos árdua a tarefa do cuidador. Entretanto, vale salientar que assumir sozinho o cuidado de uma pessoa, idosa ou não, não é uma tarefa fácil, principalmente se o cuidador for um idoso.

Outro ponto a ressaltar quanto aos cuidadores de idosos, refere-se à sua saúde mental e física. Isso porque, dependendo da enfermidade da pessoa cuidada (gravidade da doença, lucidez mental), acaba sendo exigida uma carga maior de trabalho do cuidador. Oliveira (2011) destaca, a partir do estudo “Família acompanhante na hospitalização de pacientes idosos”, que ao permanecerem grandes períodos junto ao idoso, se afastando de suas atividades habituais e de seu convívio familiar, alguns acompanhantes desenvolvem desgaste físico e emocional. Logo, em qualquer que seja o cenário – seja no próprio domicílio, no ambiente hospitalar ou em quaisquer outros – a tarefa é árdua. O cuidado dispensado à pessoa idosa pelo cuidador também idoso pode refletir negativamente na sua saúde e o cuidador sentir os reflexos de uma sobrecarga em seu estado físico, mental e emocional que pode ocasionar um esgotamento decorrente.

O papel de cuidar de alguém, geralmente vai se somando às outras e diversas tarefas do dia a dia. Os resultados do estudo indicam que o cuidador idoso se ocupa com todas as atividades de vida diária, ou seja, higiene e cuidados pessoais, alimentação, locomoção, medicação, acompanhamento em exames e consultas médicas e ainda assume a tarefa doméstica e familiar. Os cuidadores se sentem sobrecarregados, pois muitas das vezes eles acabam assumindo, sozinho, as responsabilidades pelos cuidados, e desempenhando funções além de suas capacidades, atravessando os limites do esforço físico, mental, psicológico, social e econômico, somando-se a isso, ainda, o peso emocional da doença que incapacita e traz sofrimento a uma pessoa que está sendo cuidada (BRASIL, 2008).

Assim, pela falta de conhecimento e/ou de informação, é que muitos cidadãos não acessam nem dispõem dos direitos sociais legais. É necessário que os órgãos responsáveis pela elaboração e implementação de políticas públicas de inclusão, também o sejam à informação.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Considerando os métodos propostos à construção desse trabalho, inicialmente, nos deparamos com obstáculos referentes a bibliografias que mencionassem a figura do cuidador “idoso” no ambiente hospitalar. A especificidade na faixa etária desse personagem, demandou uma busca aprofundada por literaturas direcionadas. Por se tratar de um tema ainda pouco



discutido, não existem estudos recentes voltados a essa questão que nos abasteçam de resultados atuais. Ao longo dessa discussão, evidenciou-se aspectos relevantes da figura do cuidador no tratamento e na recuperação do paciente. Ressalte-se, aqui, que a atuação do indivíduo idoso enquanto acompanhante no contexto hospitalar, muitas vezes é “uma extensão das funções já desempenhadas no ambiente domiciliar” (grifo nosso). Suas preocupações estavam mais voltadas às prioridades do paciente, mesmo que a tarefa de cuidar exigisse deles posicionamento e esforço que comumente estariam acima das suas condições físicas e emocionais normais.

Constatamos que além das limitações próprias da idade e das dificuldades de acomodação no ambiente hospitalar, há uma realidade externa que imprime desigualdades socioeconômicas e culturais entre os cidadãos; que o acompanhante/cuidador idoso encontrava-se também nas mesmas condições que inspiravam cuidados especiais, embora eles mesmos não se percebessem inseridos nesse universo de cuidados. Os relatos ressaltaram a importância às instituições de saúde disporem de estrutura que atenda as necessidades físicas e emocionais dos acompanhantes que se desdobram para enfrentar intensa rotina de dedicação ao paciente internado. A falta de acomodações adequadas para esses indivíduos no ambiente hospitalar, pode refletir na qualidade do cuidado prestado e na recuperação da pessoa doente.

Por fim, há evidência de uma questão social que urge à intervenção de cuidados por parte dos profissionais e gestores (institucionais e governamentais) que observem e defendam os direitos do cidadão que, nesse caso, estão voltados à saúde do idoso.

## REFERÊNCIA

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. 36. ed. São Paulo: Saraiva, 2005.

\_\_\_\_\_. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. PNAD 2006: **primeiras análises: demografia, educação, trabalho, previdência, desigualdade de renda e pobreza**. Brasília, DF, 2007. Disponível em: <[www.ipea.gov.br/sites/000/2/pdf/PnadPrimeirasAnalises\\_2006.pdf](http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/pdf/PnadPrimeirasAnalises_2006.pdf)>. Acesso em: 17 set. 2016.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Políticas Sociais: acompanhamento e análise**. Brasília, DF, n. 13. Edição Especial, 2007. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/politicas\\_sociais/BPS\\_13\\_completo13.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/politicas_sociais/BPS_13_completo13.pdf)>. Acesso em: 14 ago. 2017.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 8.842, de 04 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso; cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília, 1994.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 10.741 de 3 de outubro de 2003.** Dispõe sobre o Estatuto do Idoso. Brasília, 2003. 4. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2009. (Série Legislação, n 31).

\_\_\_\_\_. **Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004.** Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. Brasília, 2004.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 106, de 14 de Setembro de 2009.** Sobre o Acompanhamento Familiar em Internamento Hospitalar. Disponível em: <[http://www.inr.pt/bibliopac/diplomas/lei\\_106\\_2009.htm](http://www.inr.pt/bibliopac/diplomas/lei_106_2009.htm)>. Acesso em: 30 set. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica: **coordenação-geral de alimentação e nutrição.** Brasília, 2007. Disponível em: <<http://bolsafamilia.datasus.gov.br/w3c/bfa.asp>>. Acesso em: 22 mai. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Avaliação de políticas e programas do MDS:** resultados: Bolsa Família e Assistência Social. Brasília, DF, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador.** Brasília, 2008.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Secretaria Nacional de Promoção e Defesa dos direitos Humanos. **Dados sobre o envelhecimento no Brasil.** [2012?]. Disponível em: <<http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoaidosa/dadosestatisticos/DadosobreoenvelhecimentonoBrasil.pdf>>. Acesso em: 05 out. 2017.

BRAVO, Maria Inês Sousa; MENEZES, Juliana Souza Bravo. (Orgs). **Saúde, serviço social, movimentos sociais e conselhos:** desafios atuais. São Paulo: Cortez, 2012.

CAMARANO, Ana Amélia (Org.). **Os Novos Idosos Brasileiros:** muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA, 2004. 604 p.

\_\_\_\_\_, Ana Amélia; PASINATO, Maria Tereza. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. **Os novos idosos brasileiros:** muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA, 2004b. p. 254-292.

CAMARGO, M.; BELLINI, M. I. B. O tripé orientador da atenção no sistema único de saúde (SUS) no brasil: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Documentos de Política Social: Historia, Investigación Y Desarrollo.** España, n. 13, v. 2, abr. 2014.

PAIVA, Sálvea de Oliveira Campelo e. **Envelhecimento, saúde e trabalho no tempo do capital.** São Paulo: Cortez, 2014.