

Resumo

Trata-se de pesquisa de cunho qualitativo que teve como objetivo compreender a relação de famílias de classe popular cuidadoras de idoso fragilizado com as instituições sociais e de saúde. A metodologia utilizada é o Estudo de Caso do Tipo Etnográfico. A coleta de dados foi realizada com Observação Participante e Entrevista com quatro famílias. Através da análise de conteúdo foram identificados três temas: o suporte social, a relação com os serviços de saúde, a relação com a unidade sanitária local. As famílias destacam que o acesso aos serviços de saúde é sofrível e ressaltam a urgência em solidificar o Sistema Único de Saúde, em busca da concretização dos seus princípios.

Descritores: família; idoso débil; relações profissional-família; sistema de saúde; serviços de assistência domiciliar

Abstract

This research has a quality approach that aims at understanding the relationship between low-income families who provide fragile elderly people with health care at their own homes and social and health institutions. The methodology used is a case study of the ethnographic kind. Data were collected by means of participating observation and interview with four families. Three themes were identified in a content analysis: social support, relationship with health institutions, and relationship with the local health service. The families stress that access to health care services is appalling and that solidification of the Brazilian Public Health System is urgent, if it is to meet its function.

Descriptors: family; fragile elderly people; professional-family relationship; health system; home care services

Title: Families in charge of health care for elderly people: their relationship with social and health care institutions

Resumen

Se trata de una investigación de carácter calitativo, cuya meta es comprender las relaciones de familias de clase popular cuidadoras del anciano, que se encuentra débil y necesita el cuidado y apoyo de las Instituciones Sociales y de Salud. La metodología que se utiliza es el Estudio de Caso de Tipo Etnográfico. Los datos recogidos fueron mediante Observación Participante y Entrevista con cuatro familias. A través del análisis del contenido, se identificaron tres temas: el soporte social, la relación con los servicios de salud y la relación con la unidad sanitaria local. Las familias destacan que el acceso a los servicios es deficiente, y resaltan la urgencia en aprimorar el Sistema Único de Salud y la conquista de sus principios.

Descriptores: familia; anciano frágil; relaciones profesional-familia; sistema de salud; servicios de asistencia domiciliar

Título: Familias cuidadoras de un anciano: relaciones con instituciones sociales y de salud.

1 Introdução

A implantação e a necessidade de desenvolvimento de serviços de cuidado domiciliar tem-se tornado um desafio atual e futuro de todos os profissionais da saúde. Entre os motivos estão o atual perfil demográfico-epidemiológico, com uma proporção crescente da população acima de 65 anos e fragilidades decorrentes de doenças crônico-degenerativas; as mudanças na família, que lhe traz dificuldades de assumir cuidados; a ineficiência e superlotação dos serviços institucionais; a diminuição dos custos do cuidado no domicílio, em relação ao atendimento institucional; a busca pela humanização, conforto e segurança da assistência à pessoa e familiares; a inclusão de programas de atendimento domiciliar nas políticas de saúde^(1,2,3,4). De forma específica, tem sido enfatizada a inclusão do cuidado domiciliar nos programas de atenção à saúde do idoso^(5,6,7,8).

Ainda que a velhice não seja sinônimo de doença e dependência, o crescimento da população idosa indica um maior número de pessoas em situação de saúde frágil, apresentando debilitação e dependência⁽⁹⁾. Na maior parte dos casos, a demanda de cuidados ao idoso debilitado é assumida pela família. Em consequência, há a necessidade freqüente de recorrer a recursos sociais e de saúde. O Sistema de Saúde Pública no Brasil não está preparado para fornecer o suporte para a população idosa que adoece, nem à família que dela cuida⁽¹⁰⁾. Assim, para que se possa propor e implantar ações

desta natureza é fundamental considerar as vivências de famílias na relação com os serviços.

2 Objetivo

Compreender a relação de famílias de classe popular cuidadoras de idoso fragilizado com as instituições sociais e de saúde.

3 Material e método

3.1 Tipo de estudo

Optou-se por uma metodologia que permita não só entender o fenômeno na perspectiva das famílias, mas também incluir aspectos de seu contexto sociocultural para a compreensão de suas vivências, uma vez que, em cada família, circula um modo particular de viver, "uma cultura familiar própria"⁽¹¹⁾.

Entre os métodos qualitativos de pesquisa, a metodologia escolhida foi o estudo de caso do tipo etnográfico. Este deve ser usado quando: o interesse está em uma instância particular e se quer conhecer essa instância em sua complexidade; busca-se novas hipóteses e conceitos acerca de um fenômeno e se deseja retratar, o quanto possível, o dinamismo de determinada situação em seu ambiente natural, enfocando menos os resultados e mais o que ocorre e como ocorre⁽¹⁴⁾.

O estudo de caso é um estudo que tem a intenção de

* Enfermeira. Mestre em Enfermagem (EEUFRGS). Doutoranda em Gerontologia Biomédica (PUCRS), Professora da Faculdade de Enfermagem, Fisioterapia e Nutrição / PUCRS.

** Enfermeira. Mestre em Educação (UFRGS). Doutora em Educação (PUCRS). Professora do Mestrado em Enfermagem / EEUFRGS e da Faculdade de Enfermagem, Fisioterapia e Nutrição / PUCRS.

E-mail do autor: marionc@portoweb.com.br

descrever fatos e fenômenos da realidade que está sendo estudada. É uma investigação em profundidade que conduz a um quadro da organização de determinada unidade social. O estudo de caso do tipo etnográfico oferece *insights* que permitem avançar no conhecimento e na compreensão do fenômeno. Não intenciona criar generalizações, mas é aceito o fato de que o estudo possa ser útil na compreensão de dados de outro estudo^(12,13,14).

3.2 Sujeitos

Os participantes da investigação são famílias que cuidam de idoso no domicílio, moradoras da área adstrita a uma Unidade Sanitária de Porto Alegre. Utilizando o critério da saturação de dados, foram incluídas quatro (4) famílias no estudo, perfazendo um total de vinte e nove (29) informantes, constituídos por componentes da família e da rede de apoio.

3.3 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada através dos métodos da observação participante⁽¹⁵⁾ e da entrevista semi-estruturada⁽¹⁶⁾.

3.4 Validação dos dados

No Estudo de Caso do Tipo Etnográfico^(14,56), não se pretende apresentar, num estudo, uma posição considerada como única e correta. Está sempre “aberta a possibilidade para outras leituras/versões acaso existentes... aceita-se que os leitores possam desenvolver as suas representações do real”. Ainda assim, existe a preocupação em utilizar procedimentos que aumentem a possibilidade de que os dados tenham validade. Entre os sugeridos por diferentes autores^(14,16), foram adotados a explicitação dos critérios de seleção de sujeitos e situações observadas; o emprego de diferentes métodos para a coleta de dados (observação participante, entrevista, análise documental, ficha informativa), obtidos no contato com vários informantes (várias famílias, o maior número possível de integrantes destas e de sua rede de apoio, equipe da Unidade Sanitária), numa diversidade de situações (domicílio em dias e horários diversos, serviço de saúde, cartório de registros); posição aberta ao longo do processo de investigação, diminuindo as chances de limitar-se a concepções preconcebidas.

3.5 Análise dos dados

Os dados advindos da observação participante, da entrevista e da análise documental foram analisados a partir do método de Análise de Conteúdo^(17,18).

3.6 Aspectos éticos

Respeitando os procedimentos éticos previstos pelo Conselho Nacional de Saúde⁽¹⁹⁾, o projeto foi apresentado e aceito pela Unidade Básica de Saúde. As famílias que aceitaram participar da pesquisa assinaram um termo de consentimento.

4 Apresentação e análise dos dados

Da análise dos dados referentes às Relação que as famílias cuidadoras de idoso fragilizado têm com as instituições sociais e de saúde emergiram três temas: o suporte social, a relação com os serviços de saúde, a relação com a unidade sanitária local. Com o intuito de propiciar ao leitor a oportunidade de entrar em contato com depoimentos, podendo fazer suas próprias interpretações, foram incluídos alguns relatos das famílias (E) e observações das pesquisadoras (O) ao longo da apresentação e análise dos dados.

4.1 Suporte social

A inexistência de políticas sociais que dêem suporte a famílias cuidadoras é identificada por vários autores^(10,20,21). Isto é concretamente vivenciado pelas famílias participantes da investigação. Assim, referem que o suporte social voltado ao idoso fragilizado pobre é inexistente, ou mínimo. Com os baixos

salários provindos das pensões e aposentadorias de familiares e dos idosos, o desemprego e a impossibilidade de a cuidadora principal ter atividade remunerada enfrentam, como visto, dificuldades econômicas contínuas. Assim expressam necessitar serviços que lhes possam dar apoio material: *...perguntou se não sei de alguma assistente social, onde possa conseguir leite, fraldas ou alguma ajuda. Mostrou um pacote de fraldas geriátricas que alguém deu, e que só tem duas ainda.* (O2)

As famílias referem-se ao fato de que as possibilidades de lazer, integração e participação social do idoso fragilizado são inexistentes: *...área de lazer. Sei que tem aqueles centros que fazem muito pelo idoso, e esse negócio de 3ª idade e coisa. Mas eu digo aquele idoso adoentado que não pode se locomover.* (E1)

Essa percepção trazida pela família aponta para as mudanças nas representações da velhice⁽²²⁾. De uma velhice compreendida como abandono, desprezo e solidão, passa-se a uma fase, reconhecida como terceira idade, vivida como uma fase de experiências gratificantes. As muitas iniciativas surgidas nos últimos anos no Brasil, com a criação de grupos de convivência, as universidades voltadas para a terceira idade, mobilizaram de forma impressionante e “têm promovido de maneira muito evidente a redefinição dos valores, atitudes e comportamentos dos grupos mobilizados”^(22:36). Entretanto, a autora afirma que o surpreendente crescimento destas iniciativas, “é proporcional à precariedade dos mecanismos que dispomos para lidar com os problemas da velhice avançada”^(22:36), ou fragilizada. O risco que se corre é que as reais limitações que podem estar presentes na velhice sejam dissolvidas nas representações inadoras da terceira idade, o que pode produzir um processo que denomina de “reprivatização da velhice”^(22:36). Isso é, fecha-se as possibilidades de vida digna e cidadania aos idosos fragilizados, e é repassada a eles a responsabilidade por sua condição. Em conseqüência, cresce a “recusa da solidariedade pública entre gerações”^(22:36).

Além de conviverem com a baixa renda familiar, impossibilitando de suprirem suas necessidades, não há um suporte jurídico voltado às famílias cuidadoras de idoso com dificuldade de se locomover, para resolver questões como: *...a procuração para retirar a aposentadoria, pois precisa renová-la e só tem dois jeitos: ou leva o pai até o cartório – o que é muito difícil; ou trás o pessoal do cartório até ali, o que custa dinheiro.* (O2)

Para compreender essa situação, essa família foi acompanhada ao cartório. A viagem até o cartório, na cidade vizinha, no qual o idoso tinha sua documentação, a insistência para ser atendida logo, o medo de não considerarem o idoso apto a decidir pela procuração, significaram um desgaste para família.

A problemática da velhice no contexto brasileiro, indica para a “discriminação nos serviços de saúde e nos outros serviços sociais para garantir os seus direitos de cidadania”^(3:104). Esta realidade é sentida pelas famílias, que referem, num misto entre decepção e esperança, que o *serviço social deveria melhorar. O serviço social que abrangeria um todo, que incluiria saúde.* (E1)

Todas essas expressões revelam o quanto a seguridade social “não tem conseguido cumprir o seu papel, transferindo-o para os cidadãos e fazendo recair sobre a família a cobertura de suas falhas”^(10:123).

4.2 Relação com os serviços de saúde

Todas as famílias trouxeram vivências e experiências que têm com os serviços de saúde. Ao relatar, trazem suas percepções acerca do Sistema Único de Saúde (SUS) e as percepções do desempenho dos profissionais de saúde que nele atuam. Revelam, em suas falas, a precariedade da Saúde Pública: *Esse sistema único de saúde está muito ruim e*

complicado. (O1)

Com indignação, abordam a diferença entre o atendimento que é dado a quem tem acesso a serviços privados e a quem é atendido pelo SUS. Relatam a discriminação que sentem na própria pele:

Dentro dos hospitais é a discriminação pelo pobre. Então a discriminação de quem é atendido pelo Sistema Único de Saúde. ... A diferença é incrível. Tanto com o paciente, como pelo familiar... A discriminação pelo pobre existe. É cada vez mais discriminado. (E3)

Essa situação, além de ferir os princípios do SUS, quando nestes encontramos a prerrogativa de "igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie"⁽²³⁾, gera um sentimento de humilhação e desrespeito ao ser humano.

Além da discriminação sentida no tipo de atendimento que recebem no SUS, falam da dificuldade que encontram na relação com os profissionais de saúde no âmbito hospitalar:

...dificuldade que tu encontras com os profissionais da saúde pra te tratar. A melhor coisa foi a mana ter trazido o pai pra casa. Porque as pessoas não te tratam, elas te de tratam. Como se estivessem te fazendo um favor. Mas não é um favor. É uma falta de humanidade. (E3)

Esse desabafo da familiar de um idoso denuncia o grande caminho que os profissionais saúde têm a trilhar na busca da ética e da humanização dos serviços, corroborando com a percepção de cuidadores de outro estudo⁽¹⁰⁾.

Quanto aos serviços de enfermagem, especificamente, contam infinitas histórias. Chamam atenção para as experiências positivas com profissionais:

Na última internação do pai, tinha uma enfermeira ... não tem coisa mais querida no mundo. Carinhosa com meu pai, atenciosa com meu pai... (E3) ...disse que todos foram muito queridos (no hospital). Que todo mundo cuidou bem dela. (O11)

Muitas histórias, no entanto, trazem à tona uma enfermagem ainda distante do cuidado humano. Uma das famílias, a que vivenciou mais situações de hospitalização de seu familiar idoso, destaca-se nestes relatos. Dizem que não têm *nada contra a profissão de enfermeira ... mas têm enfermeiras que deixam a desejar. (E3) ...profissionais que não tem a competência pra esse tipo de coisa... (E3)*

Entendem que a humanização do cuidado de enfermagem é necessária e esperam isto de quem:

vai lidar com a vida humana, com pessoas que estão ali sofrendo que queriam estar em casa, que estão socadas dentro do hospital, o mínimo que tu podes ter é um pouco de sensibilidade em tratar essa pessoa, em lidar com essa pessoa. Só que nem todas as profissionais fazem assim, elas chegam não te cumprimentam, não te olham... (E3)

Muito indignadas com a situação, acusam a equipe de negligência para com o idoso hospitalizado: *E lá onde o pai tava elas não eram muito, sabe, maltratavam ele e não faziam as coisas. (E3); Não maltratavam ele, eram omissas... mas isso é maltratar. (O1)...a filha disse que ele voltou do hospital cheio de escaras. (O2)*

Relatam que, freqüentemente, o idoso é relegado a segundo plano na assistência: *muitas vezes é em hospital de ficar horas e horas esperando. É difícil, as pessoas velhas parecem que tem menos atendimento que as outras pessoas. (E1)*

Na opinião das famílias o idoso no serviço de saúde

deveria ter mais atenção, mais atendimento. Teria que dar mais atenção porque a pessoa velha precisa de mais atenção. (E1) Imagina um homem velho como meu pai, estar num hospital, sabendo que tão tirando os pedaços dele aos poucos, por causa de uma doença que ele tem, por causa de problema de saúde, ... pelo

amor de Deus, o mínimo que elas tem que ter é um pouco de sensibilidade. (E3)

Na percepção das famílias, o processo de reabilitação está relacionado ao bom desempenho da equipe de enfermagem. Percebem-na subordinada ao profissional médico:

O dedo dele ficou assim por que as enfermeiras – enfermeiras, não, aquelas atendentes não fizeram o curativo como era pra ser. No dia da alta o médico olhou, suspendeu a alta e fez o maior furdunço¹ com a enfermagem. Aí ele fez o curativo para mostrar como queria que fosse feito e suspendeu a alta. (O1)

Quanto à equipe médica, por sua vez, apontam igualmente para a falta de humanização e sua postura autoritária frente aos demais profissionais e, especialmente, aos pacientes. Percebem sua atitude de onipotência, a partir da qual surpreendem-se ao serem criticados e questionados:

Deve estar acostumado a lidar com gente humilde como nós, mas que só abaixa a cabeça, coloca o rabinho no meio das pernas e diz sim para todas as grosserias dele. E aí ele viu que comigo não pode ser assim!'. (O1)

Os familiares sentem que são pouco considerados em suas opiniões e que precisam chegar ao limite de *botar a boca* para que os profissionais tomem decisões. Essa família entende que isso está presente em várias categorias profissionais:

Enfermagem, médicos a mesma coisa, falta de interesse de comunicar o procedimento, o familiar ali. O familiar tem que amanhecer lá, o doutor, pelo amor de Deus doutor, e trazer eles assim. (E3) Entendem que não são todos, mas afirmam ser um absurdo o que certos médicos fazem. Mas eles são muito estressados. (E3)

Assim, também existem as boas experiências, nas quais se sentem respeitados:

Fui muito bem atendido. Elas levaram uma hora, por ali. Aí eu saí ali daquela mesa, não me deu tontura, não me deu dor de cabeça, não me deu nada nada, graças a Deus, como eu estou aqui. (E1)

Da mesma forma como em alguns momentos percebem que há agilização e organização, com atendimento satisfatório, em outros, queixam-se da morosidade do sistema: *E levou muitos meses para me atender. (E1); contou que levou 2 anos para conseguir fazer a cirurgia. (O2)*

Diante das horas de espera nas emergências e mesmo com hora marcada e dos atrasos dos profissionais, sentem-se desconsiderados, quando nem ao menos são avisados: *Eu fui numa reconsulta, a consulta do pai era para às 10 da manhã. 1 hora da tarde eles não mandaram avisar nada. Lá pelas 4 horas da tarde mandaram avisar que não iam descer. Imagina a falta de consideração. (E3)*

As famílias têm consciência de que a saúde é um *direito*; que a população contribui e não ganha gratuitamente o atendimento à saúde: *de onde vem o dinheiro que o governo investe naquele hospital lá. Sabe, dinheiro da onde, do imposto. Que meu pai paga, que ela paga, que eu pago. (E3)*

Entre os princípios do SUS, a "participação da comunidade" no controle e gestão, é garantida⁽²³⁾. Entre as famílias, há quem entenda que a participação, como direito e atitude, é fundamental para que aconteçam mudanças. Reconhecem, no entanto, que a maioria das pessoas, por desconhecimento ou por medo de serem humilhadas, não exercita a cidadania. A omissão e submissão da população, que acabam fortalecendo as atitudes arbitrárias e autoritárias dos profissionais, são também expressas pelos sujeitos de outro estudo⁽¹⁰⁾.

Quanto à valorização da presença do familiar, durante

as hospitalizações, têm diferentes percepções e experiências. Há as que sentem que a equipe as percebe como parceiras no cuidado: *achei que o pessoal é bem interessado e valorizam o familiar que tá ali junto. Não temos queixa nenhuma.* (E2)

Outras sentem que a equipe as vê como um peso, atrapalhando a rotina: *Lá no hospital as enfermeiras tinham uma raiva atroz. Tinha auxiliar de enfermagem que trocava, trocava de quarto porque não queria atender o pai por causa nossa.* (E3) Estudos revelam que a interação entre o enfermeiro e o familiar é mínima ou pouco efetiva^(24,25).

Percebem que os profissionais não sabem, nem compreendem as limitações e o dia-a-dia das famílias que têm esse tipo de paciente em casa: *O que a senhora veio fazer aqui? -Eu não pude trazer o meu pai. -Ah, mas isso é um problema social que eu não tenho nada a ver.* (E1) É evidente o desconhecimento, por parte dos profissionais, das condições da família^(24,25). O modelo institucional do cuidado os impede de reconhecer as dificuldades e valorizar os esforços das famílias no processo de cuidar. Igualmente, fazem a sua avaliação descontextualizada, desconsiderando o sistema de cuidado familiar.

4.3 A relação com a Unidade Sanitária

A Unidade Sanitária (US) é considerada a principal porta de entrada no Sistema de Saúde. Tanto quanto, ou mais do que qualquer serviço do SUS, deve estar organizado de tal forma a garantir, de acordo com a Constituição Federal, o “acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”⁽²³⁾ da saúde da população.

Os dados referentes à US, presentes nos relatos das famílias, desvelam aspectos que estão relacionados à dinâmica e critérios de acesso à assistência a que a população está submetida⁽²⁶⁾. Embora na US já existam programas e práticas importantes em direção ao novo modelo de saúde preconizado pelo SUS, que se fundamenta, entre outros, nos princípios da universalidade de acesso e da integralidade de assistência, o processo de trabalho está centrado na atividade médica. Em função disso, o número de consultas é pequeno para atender a demanda. Para obter a marcação das mesmas, utiliza-se “o velho sistema de fichas”^(26:347), como o denominam os autores citados. A dificuldade em torno do ‘consequir uma ficha’ ficou muito evidente na investigação junto às famílias, seja para os idosos, seja para seus familiares:

Eu percebo que ele não tem nada em favor dele. Tem todo o atendimento normal como os outros pacientes tem. Até nessa coisa de pegar ficha as quatro da manhã. É, é uma judiaria essas coisas que fazem com uma pessoa de idade. (E2)

Em geral, as pessoas relatam que o processo de municipalização melhorou, em muito, o atendimento na Unidade. Mesmo assim, percebe-se uma certa desconfiança e opinião negativa dos usuários em relação ao serviço e aos profissionais, devido a situações vivenciadas. Essa desconfiança tem origem no fato da demanda ser maior que a oferta de consultas, o que exclui muitas pessoas que necessitam de atendimento. Apontam para a degeneração que sofre a “relação trabalhador-usuário” quando o “objeto de trabalho ‘problema de saúde’ recebe...um tratamento sumário e burocrático, numa relação impessoal com o usuário.”^(26:348)

Um “estreitamento do vínculo entre as equipes de profissionais e a população”⁽²⁷⁾ é fundamental para a humanização do atendimento e a relação de confiança entre usuários e serviços.

A adscrição da clientela é uma das estratégias para a construção de um modelo de saúde mais resolutivo e humanizado. Mas, a pouca disposição em ouvir o usuário e, em conjunto, encontrar outras formas para garantir a adscrição, é contraditório ao que se preconiza para os serviços de atenção básica. Um “estreitamento do vínculo entre as equipes de

profissionais e a população”⁽²⁷⁾ é fundamental para a humanização do atendimento e a relação de confiança entre usuários e serviços.

Em outra oportunidade, observou-se uma funcionária recomendando a uma família que fizessem dois prontuários, para que tenham a autorização de marcar duas consultas no mesmo dia. A orientação da US é que não sejam marcadas, para o mesmo dia, consultas para mais de uma pessoa da mesma família. Assim, acaba-se fragmentando a família e, ao mesmo tempo, ignorando seu contexto. As famílias pobres “não escrevem suas próprias histórias ... um prontuário é aberto.”^(28:29) e a sua condição, sua realidade não é conhecida, nem considerada pelos profissionais.

Durante a investigação, foi possível perceber que, ao lado da dificuldade que alguns profissionais demonstram na relação com o usuário, há também os profissionais preocupados em facilitar o acesso das famílias em situações de risco, como as que cuidam de idosos fragilizados, sem que isto signifique desorganização no serviço. *A enfermeira expressa preocupação em garantir o acesso de famílias, com essa situação, ao posto.* (O2)

Esse fato, acrescido da constatação de que as participantes da investigação, em grande parte, encontravam-se excluídas do atendimento em virtude das dificuldades já mencionadas, desencadeou um processo de viabilização de seu ingresso e/ou retorno ao serviço de saúde. Essa decisão está fundamentada no princípio de equidade, ou seja, a priorização de ações voltadas a indivíduos ou grupos que se encontram em situações de risco à saúde⁽²⁷⁾.

Agendar consultas, como dito anteriormente, não faz parte da rotina da Unidade, a não ser nos programas de pré-natal e puericultura. Assim sendo, todas as consultas agendadas para os idosos, aconteceram com a concordância da enfermeira da Unidade. Foi possível perceber que, com a consulta agendada, as famílias puderam organizar-se e trazer seus idosos à Unidade, ou seja, foi viabilizado o acesso.

Ainda que o acesso às consultas seja apenas uma flexibilização da rotina e não uma mudança no modelo de saúde, pode ser uma alternativa dentro da realidade atual da US.

Sabe-se que o processo de municipalização da US em questão, ampliou e garantiu a qualificação deste serviço. Também, foi possível perceber que toda equipe procura dar o melhor de si. No entanto, a busca contínua pela consolidação do SUS, em toda sua dimensão, é imprescindível. Isso implica “modificações no cotidiano do serviço em torno de um processo usuário-centrado, mais comprometido com a defesa individual e coletiva”. A “responsabilização clínica e sanitária e da intervenção resolutiva”, somente acontecerá através do “acolher e vincular”^(26:346).

O acolhimento, como diretriz operacional tem como princípios “atender toda pessoa que procura o serviço de saúde, garantindo a acessibilidade universal” e a resolutividade; deslocar o “eixo central do médico para uma equipe multiprofissional”, numa atitude de escuta e comprometimento; e a qualificação da “relação trabalhador-usuário”, fundamentados nos “parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.”^(26:347)

A flexibilização da rotina de agendamento, experimentada ao longo dessa investigação, gerou resistência em integrantes da equipe. Um processo de qualificação de toda a equipe é necessário diante de qualquer intenção de mudanças⁽²⁶⁾. Diante das dificuldades que os profissionais demonstram frente às mudanças, lembra que “é próprio da condição humana, de encarar o novo, por excelência o desconhecido”^(26:351).

Por conhecerem as dificuldades de acesso, as famílias expressavam um grande medo em perder alguma das consultas agendadas:

E aí estavam com medo de perder a consulta que foi marcada para dia... Tranquilei-os, dizendo que o resultado dos exames vem em dois dias, no máximo, e se fizerem ...ainda dará tempo. E se não der, adiantei, comuniquem e a gente agenda outro dia para a consulta. (O5)

Além da dificuldade de acesso à US, os entraves vão além do serviço local. Sentem isto quando se trata do sistema de referência e contra-referência. Embora refiram as experiências positivas, relatando que o encaminhamento via posto funcionou *não tinham lhe dito que esta era a melhor forma. (O2); Aí minha filha veio aí no postinho e conseguiu. (E1)* No caso de muitas especialidades, levam meses para conseguir a consulta. Com isso, independente de empecilhos como a distância ou o horário de serviço *não podem deixar de verificar, toda semana, pessoalmente, se a consulta foi marcada. Se perderem uma consulta, ficará difícil conseguir de novo. (O5)*

Ou seja, esse tipo de informação, *a priori*, não é dada por telefone. Também, nesse aspecto, foi possível observar a compreensão da enfermeira, quando esta, ao ser procurada por uma trabalhadora, sugeriu que telefonasse todas as sextas-feiras para ela. Ao comentar o fato, disse que se dispunha porque não consegue admitir que uma rotina prejudique uma pessoa em seu emprego.

As famílias ressaltaram a dificuldade com a falta de medicação e materiais para procedimentos, disponíveis na Unidade: *Recebeu a receita para a medicação, que não tinha mais no posto. (O4)*

Quando possível, adquirem a medicação o que, normalmente, fica para o início do mês, após recebimento da aposentadoria. Isso, se sobrar algum dinheiro: *...às vezes o cara vai lá e não tem remédio nenhum. Umas 2 ou 3 vezes não tinha lá daí a gente tem que comprar. Quando tem dinheiro, né. (E1)*

Outra alternativa é tentar receber a medicação em outras Unidades Sanitárias: *Quanto à receita do diurético para a mãe, que estava em falta, disse que tentaria retirar no posto em seu bairro. (O5)*

Esse aspecto da falta de materiais foi percebido ao longo da investigação: *...não foi possível fazer o HGT, pois faltava material. Expliquei que o material chega mais para o fim do mês... (O4)*

Para as famílias é um alívio quando o material chega, pois se sentem angustiadas com o fato de não terem condições de adquiri-lo e, com isso, prejudicar o acompanhamento à saúde do idoso: *Comentei que haviam chegado as fitas de HGT, e que amanhã de manhã viria fazer o teste. Ela gostou. (O6)*

5 Considerações finais

Os achados revelam a inexistência de suporte social às famílias pobres, cuidadoras de idoso fragilizado, que se sentem distanciadas dos recursos e, em conseqüência, assumem, além das atividades inerentes ao cuidado no domicílio, àquelas que deveriam ser assumidas pela seguridade social.

A vivência das famílias nos serviços públicos de saúde causa-lhes indignação. Expressam a constante percepção quanto à falta de humanização, à discriminação, à postura autoritária, à desconsideração do paciente e do familiar em seu contexto, pelos profissionais de saúde, especialmente da enfermagem e da medicina no ambiente hospitalar. O modelo institucional não tem absorvido os parâmetros éticos contidos na Constituição Federal⁽²⁹⁾ e na Lei Orgânica da Saúde⁽²³⁾.

Essa percepção remete à necessidade de reflexões e mudanças profundas nas relações de poder entre profissionais e com a população, a busca pela humanização do cuidado, a concretização dos demais princípios implícitos no Sistema Único de Saúde. Há que se intensificar tais abordagens tanto entre os profissionais, quanto no mundo acadêmico, com o intuito de

comprometê-los e motivá-los à participação política que leve à transformações no sistema e das condições de trabalho próprias à atuação humanizada e integral.

A pesquisa possibilitou a percepção de que a municipalização da Unidade Sanitária do contexto da investigação, ao lado do esforço e dedicação de integrantes da equipe, amplia continuamente seus serviços, bem como a qualificação destes.

Ainda assim, as famílias deparam-se, muitas vezes, com a dificuldade de acesso, permanecendo numa posição de isolamento do sistema. Em várias situações, vivenciam uma difícil relação entre equipe e população. Essa, possivelmente, tem sua origem no pouco conhecimento que os profissionais podem ter da realidade das famílias e no fato de a demanda por serviços ser maior que a oferta.

A busca constante pela consolidação do SUS os princípios de integralidade, universalidade, equidade, resolutividade e humanização do atendimento é, ao nosso entender, o grande desafio que se coloca.

O redirecionamento de uma prática centralizada no médico, para uma organização centrada na qualidade de vida das pessoas e do ambiente, é o que preconiza o SUS. O acolhimento mostra-se como diretriz operacional própria para a inversão do modelo, exigindo, no entanto, a qualificação de toda a equipe para que qualquer mudança possa ser implantada.

Referências

1. Santos BRL, Sagebin HV, Paskulin LMG, Eidt OR, Witt RR. O domicílio como espaço do cuidado de enfermagem. *In: Anais do 50º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 1998 set 20-25; Salvador (BA), Brasil. Brasília (DF): ABEn; 1999. 447 p. p. 121-32.*
2. Lacerda MR. O cuidado transpessoal de enfermagem no contexto domiciliar [dissertação de Mestrado em Enfermagem]. Curitiba (PR): Universidade Federal de Santa Catarina e Universidade Federal do Paraná; 1996. 93f.
3. Duarte Y. Atendimento domiciliar ao idoso e seus familiares *In: 12ª Jornada Brasileira de Enfermagem Geriátrica-Gerontológica; 1999; Foz do Iguaçu (PR), Brasil. Foz do Iguaçu (PR): SBGG; 1999. 53. p. 23-4.*
4. Silva FS, Brovino AJ, Cerqueira G. Manual do *Home Care* para médicos e enfermeiras. São Paulo: Sistema Rimed *Home Care*; 1999. 303 p.
5. Ministério da Saúde (BR). Programa de saúde da família. Brasília (DF); 1994. 28p.
6. Ministério de Previdência e Assistência Social (BR), Política Nacional do Idoso. Decreto Lei nº 1.948, de 4 de janeiro de 1994: dispõe sobre a política nacional do idoso, e dá outras providências. Brasília (DF); 1997. 32p.
7. Organización Panamericana de la Salud. Hacia el bienestar de los ancianos. Washington (DC); 1985. 183 p. il. (Publicación científica; 492).
8. Organización Panamericana de la Salud. La atención de los ancianos: um desafio para los años noventa. Washington (DC); 1994. xviii, 488 p. il. (Publicación científica; 546).
9. Cançado F, coordenador. Noções práticas de geriatria. Belo Horizonte (MG): Coopmed Health; 1994. 419 p. il.
10. Karsch UM, organizadora. Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores. São Paulo: EDUC; 1998. 246p.
11. Szymanski H. Teorias e "teorias" de famílias. *In: Carvalho MCB, organizadora. A família contemporânea em debate. São Paulo: EDUC; 1995. 122 p. p. 23-8. (Série eventos).*
12. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa quantitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1987. 175 p.
13. Parse RR, Coyne AB, Smith MJ. Nursing research: qualitative methods. Baltimore (MD): Brady Communications; 1985. xiv, 207 p.
14. André MEDA. Etnografia da prática escolar. Campinas (SP): Papirus; 1995. 130 p. (Série prática pedagógica).

15. Leininger MM. Qualitative research methods in nursing. Orlando (FL): Grune & Stratton; 1985. xv, 361 p. il.
 16. Lüdke M, André MEDA. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU; 1986. xii, 99 p. (Temas básicos de educação e ensino).
 17. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977. 227 p.
 18. Moraes R. Análise de conteúdo: limites e possibilidades. In: Engers MEA. Paradigmas e metodologias de pesquisa em educação: notas para reflexão. Porto Alegre (RS): EDIPUCRS; 1994. 111 p. p. 7-31
 19. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas em seres humanos: resolução 196/96. Diário Oficial [da] União, Brasília (DF) 1996 out 16; seção 1:21082-5.
 20. Duarte MJRS. Atenção ao idoso: um problema de saúde pública e de enfermagem. Revista de Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro 1994 maio;2(1):100-11.
 21. Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. Revista de Saúde Pública, São Paulo 1997 abr;31(2):184-200.
 22. Debert GG. As representações (estereótipos) do papel do idoso na sociedade atual. In: Anais do 1º Seminário Internacional Envelhecimento Populacional: uma agenda para o final do século; 1996 jul 1-3; Brasília (DF), Brasil. Brasília (DF): Ministério de Previdência e Assistência Social; 1996. 87p. p. 35-45.
 23. Lei nº 8080, 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. In: Ministério da Saúde (BR). Incentivo à participação popular e controle social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde. Brasília (DF): IEC; 1994. 95p. p.85-3.
 24. Marcon S. Percepção de enfermeiros acerca do cuidado/cuidador familiar. Cogitare Enfermagem, Curitiba (PR), 1997 jul/dez;2(2):65-70.
 25. Andrade O, Marcon S, Silva DMP. Como os enfermeiros avaliam o cuidado/cuidador familiar. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre (RS), 1997 jul;18(2):79-162.
 26. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processo de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1999 abr/jun;15(2):345-53.
 27. Ministério da Saúde (BR). Manual para a organização da atenção básica. Brasília (DF); 1999. 42p.
 28. Minuchin P, Calapinto J, Minuchin S. Trabalhando com famílias pobres. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1999. 230 p.
 29. Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988. São Paulo: Atlas; 1988. 113p.
-
- Data de Recebimento: 08/07/2003
Data de Aprovação: 20/03/2004