



Eixo: Classes sociais, geração e Serviço Social.

Sub-eixo: Envelhecimento.

## HOSPITALIZAÇÃO E REDES DE APOIO SOCIAL DE IDOSOS HOSPITALIZATION AND SOCIAL SUPPORT NETWORKS FOR THE ELDERLY

MÁRCIA EMÍLIA RODRIGUES NEVES<sup>1</sup>  
TÂMARA CARINA LEITE FERREIRA<sup>2</sup>

**Resumo:** Este estudo analisa a configuração das redes de apoio social de idosos hospitalizados na clínica médica de um Hospital Universitário. Para isso, adotou-se o método dialético como referencial de análise e priorizou-se uma abordagem qualitativa, embasando-se na literatura científica. Fez-se uso do método de amostragem não probabilística por conveniência, incluindo 20 idosos hospitalizados. Os resultados apontam redes com diferentes dinâmicas e formas de apoio, sejam de caráter material, instrumental ou afetivo, com a família, sobretudo a filha, aparecendo como maior referência. Conclui-se que, nessas circunstâncias, a responsabilização feminina persiste socialmente, reproduzindo-se assim a função patriarcal de cuidadora atribuída às mulheres.

**Palavras-chave:** Envelhecimento; Hospitalização; Saúde do idoso; Apoio social.

**Abstract:** This study analyzes the configuration of the social support networks of elderly hospitalized in the medical clinic of a University Hospital. For this, the dialectical method was adopted as a reference for analysis and a qualitative approach was prioritized, based on the scientific literature. The non-probabilistic sampling method was used for convenience, including 20 hospitalized elderly. The results point to networks with different dynamics and forms of support, whether material, instrumental or affective, with the family, especially the daughter, appearing as a major reference. It is concluded that, under these circumstances, female responsibility persists socially, thus reproducing the patriarchal role of caregiver attributed to women.

**Keywords:** Aging; Hospitalization; Health of the elderly; Social support.

### 1 INTRODUÇÃO

O rápido crescimento da população idosa no mundo trouxe consequências sociais, políticas, econômicas e culturais desafiando a compreensão desse processo e suas repercussões em todas as esferas da vida social, suscitando respostas que, em grande medida, se apresentam concertadas internacionalmente e são incorporadas de acordo com os contextos sócio-políticos de cada país, que se encontram assim desafiados a

<sup>1</sup> Professor com formação em Serviço Social. Universidade Federal da Paraíba. E-mail: <marciaemiliaufpb@yahoo.com.br>.

<sup>2</sup> Profissional de Serviço Social. Universidade Federal da Paraíba.

contemplarem (ou não), uma série de necessidades que emergiram dessa condição contemporânea do ser social. Tem-se assim, que as atuações do Estado, da família e da sociedade interferem diretamente na qualidade de vida e bem estar dos idosos.

Colocada essa questão sob a perspectiva da sociedade de classes, seu caráter antagônico indissociável e o conflito distributivo daí decorrente encontram na ação reguladora e legitimadora do Estado capitalista espaço para manifestação conciliatória via coberturas sociais, conforme se verificou na fase monopolista do capital, embora opere este diversamente nos espaços centrais e periféricos.

Porém, a saída do capital para a crise que se instala na década de 1970 modifica severamente o capitalismo contemporâneo, afetando todas as suas esferas, sendo medida neoliberal eficaz proceder “a erosão das regulações estatais visando claramente à liquidação de direitos sociais, ao assalto ao patrimônio e ao fundo público” (NETTO, 2012, p. 422), comprometendo os padrões de proteção social instituídos no mundo ocidental.

Concernente com essa visão, o aumento da expectativa de vida em um país como o Brasil retrata o prolongamento da vida em anos, porém sem melhorias nas condições socioeconômicas e sanitárias, resultando em uma crescente população de idosos com problemas de saúde, muitos deles acometidos por doenças crônicas e degenerativas que demandam assistência de terceiros e que não encontram resposta na proteção pública. Cobertura que ficou ainda mais distante após o governo Michael Temer impor um teto para os gastos primários, que engessarà por décadas o orçamento público, atingindo severamente às condições de acessibilidade dos trabalhadores aos serviços públicos.

Considerando que o envelhecimento é influenciado por fatores econômicos, sociais e culturais, buscou-se conhecer a particularidade dos idosos em processo de internação hospitalar em um Hospital Universitário, com base nos conceitos de rede e apoio social, para desvendar o seguinte questionamento: pela compreensão do próprio paciente idoso, quem são as pessoas ou grupos responsáveis pelo seu cuidado e apoio?

Sobre a atuação da rede de apoio social durante o processo de hospitalização de pacientes idosos, verificou-se que poucos são os estudos realizados no Brasil, despertando assim interesse em desvendar tal processo, além disso, buscou-se contribuir para elucidar questões relativas às necessidades do idoso nesse processo de internação hospitalar e sistematizar informações que possam subsidiar formas de prestação social a essa população, bem como abrir caminho para estudos posteriores.

A relevância de realizar pesquisas nessa área decorre da necessidade de se compreender quem são os idosos no mundo atual, para equacionar como suas relações se constituem e quais impactos causam na vida desses sujeitos, expondo o grau de interação e consistência dos aportes prestados, bem como considerando a precariedade das relações sociais como fator de risco para a qualidade de vida desse público.

No Brasil, as redes sociais muitas vezes são as únicas formas de ajuda com a qual os idosos podem contar, prevalecendo como extensas as responsabilidades das famílias no cuidado ao idoso, em contraponto à pontual e precária participação do Estado brasileiro. A atual agenda de políticas públicas tem ainda dificuldade em acompanhar a dinâmica social de transformação da família tradicional com o surgimento de novos arranjos/composições familiares, jornadas de trabalho estendidas, inserção cada vez maior das mulheres no mercado de trabalho, porém ainda vistas histórica e culturalmente como cuidadoras.

Esse quadro delinea a problemática das internações hospitalares que, em geral, retrata a incidência das doenças de maior gravidade em uma determinada população. No caso específico dos idosos, o adoecimento provoca mudanças na sua rotina e no seu bem-estar, bem como altera a dinâmica da sua rede de apoio social.

A abordagem empregada neste estudo comportou análise social crítica, apoiada em pesquisa bibliográfica e documental em torno das questões relacionadas ao processo de envelhecimento e à saúde do idoso, revelando-se do tipo exploratório-descritivo, de cunho qualitativo, que se volta para “o universo de significados, motivos, valores e atitudes” (MINAYO, 1994, p. 21-22), permitindo perscrutar o que é intrínseco aos processos sociais.

Considerando os dados referentes ao ano de 2015, no qual foram registradas 360 internações de idosos na Clínica Médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley, da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) com média de 30 internações/mês, esta pesquisa envolveu uma amostra não probabilística por conveniência, e seguiu o critério de saturação teórica, encerrando a coleta de dados com 20 pacientes idosos em processo de internação hospitalar nesse âmbito, que corresponderam aos critérios estabelecidos: ter 60 anos de idade ou mais, possuir capacidade de compreensão e comunicação verbal e aceitar participar da pesquisa.

A coleta de dados, feita entre junho e agosto de 2016, foi realizada através de uma entrevista semiestruturada, gravada na forma de áudio e contando ainda com registros escritos, sendo os idosos orientados a responder às questões livremente, porém sem o auxílio do acompanhante, quando havia. O instrumento foi estruturado em dois roteiros, que compreendiam: a identificação e caracterização sociodemográfica, de saúde e de apoio social dos idosos participantes da pesquisa e, em seguida, questões relacionadas à formação e o significado das redes de apoio social, conforme a percepção do próprio idoso.

Entre as dificuldades encontradas, houve as limitações dos pacientes, interferência de acompanhantes, interrupção das entrevistas para realização de procedimentos pela equipe técnica do hospital. Quanto às facilidades destacou-se a aceitação, a compreensão sobre o tema, a colaboração e a confiança dos idosos na pesquisa.

Os dados de identificação pessoal foram agrupados e analisados estatisticamente, enquanto o roteiro de perguntas, após sua transcrição, foi analisado considerando o conceito de rede de apoio social (*social network*) apresentado por Bowling (1997) e Brissette *et al.* (2000), que envolve as relações que cercam o indivíduo e os grupos de pessoas com quem há contato ou alguma forma de participação social. Apoio social foi definido como o nível com que relações interpessoais correspondem a determinadas funções, como apoio emocional, material, instrumental e afetivo, com destaque para o grau de satisfação do indivíduo com a disponibilidade e qualidade dessas funções (CHOR *et al.*, 2001).

O projeto deste estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética responsável, sob o parecer nº CAAE 57147416.8.0000.5183, e o compromisso ético no tocante à participação esclarecida e soberana na pesquisa foi ratificado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, lido e assinado por todos os participantes.

## **2. ENVELHECIMENTO E SAÚDE:** necessidade, proteção e apoio social

O envelhecimento tem sido um processo estudado pelas mais diversas áreas do conhecimento, acumulando-se um quadro analítico que elucida diversos processos e nuances dessa questão. Acostamo-nos aqui ao entendimento de Minayo e Coimbra Jr. (2002), que compreendem o envelhecimento como o “processo biológico, que é real e pode ser reconhecido por sinais externos do corpo, e que é apropriado e elaborado simbolicamente por meio de rituais que definem, nas fronteiras etárias, um sentido político e organizador do sistema social”. Infere-se assim que as sociedades incorporam diferentes práticas e representações sobre a velhice, todas social e culturalmente construídas.

Também que se convive com mudanças e pressões sociais crescentes, sobretudo diante do ritmo ascendente do percentual de idosos na população mundial. De acordo com o Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas (UNDESA), em 2015, 901 milhões de pessoas idosas totalizavam 12,3% da população mundial, espera-se que este número chegue a 2,01 bilhões em 2050, representando 21,5% (Global Age Watch, 2015). Enquanto no Brasil, em 2015, os idosos representavam 14,3% da sua população - 24,9 milhões de pessoas com 60 anos ou mais -, devendo chegar a 64 milhões, quase 30% da população (IBGE, 2016). Esse rápido envelhecimento da população se soma ao fato de que muitos envelheceram sem cuidados específicos de promoção e de prevenção em saúde (BRASIL, 2006), o que implica em maior vulnerabilização no final da vida.

Depreende-se que limitações funcionais podem aparecer gradualmente com o avanço da idade, comprometendo a realização de atividades simples da

vida diária, tais como se vestir, alimentar-se ou ainda realizar higiene pessoal, assim como controlar eliminações fisiológicas, ocasionando debilidade física e/ou agravamento no quadro de saúde, somado ao desenvolvimento de patologias, fazendo-se necessária a hospitalização. (DUCA *et al.*, 2009).

O reconhecimento político dessas limitações, que requerem alguma forma de provimento social, encontra-se respaldado em duas normativas brasileiras: no Estatuto do Idoso, que no seu Art. 16º assegura o direito a acompanhante ao idoso internado ou em observação (BRASIL, 2003); e na Portaria nº. 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que atualiza a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), e determina que os cuidados informais, realizados por familiares, devem ser valorizados na assistência.

É considerada relevante a presença dos familiares e de pessoas próximas (amigos, vizinhos) durante o processo de internação hospitalar do idoso, na condição de acompanhantes ou visitantes, posto que com o adoecimento e, por vezes, a dependência provocada, este necessita ter por perto pessoas que lhe transmitam atenção e confiança (FRANCO, 2004), concorrendo mesmo para acelerar sua recuperação e a alta hospitalar.

Ao se abordar sobre os impactos das relações sociais na saúde, vários termos são utilizados, com significados muito próximos, porém diferentes aspectos são considerados, tais como: estruturais, identificando quais são os atores possíveis de oferecer/receber suporte e a qualidade dos vínculos existentes entre eles; funcionais referentes à qualidade das trocas sucedidas nas redes de relacionamento; e o bem-estar, considerando as consequências resultantes dessa reciprocidade. (LIN; ROGERSON, 1995).

No tocante ao conceito de apoio social, Brissette *et al* (2000) consideram o grau com que relações interpessoais correspondem a determinadas funções, sejam estas instrumentais, materiais ou afetivas, em situações de necessidade. Enquanto que rede de apoio social é definida por Bowling (1997) como o grupo de pessoas com as quais o indivíduo mantém contato ou alguma forma de vínculo social, que podem ou não disponibilizar ajuda nas várias situações e fases da vida.

De todo modo, a relevância da estrutura das redes de apoio, o suporte que proporciona em caso de adoecimento; a qualidade e a quantidade das

relações sociais; a capacidade de reverter ou minimizar sentimentos de isolamento e de solidão, bem como de viabilizar e fortalecer vínculos sociais tem sido identificados como aspectos determinantes de saúde e de bem-estar (BRISSETTE *et al.*, 2000). Em face desses aspectos positivos de solidariedade, manifestados no âmbito da esfera individual e privada ou do aspecto organizacional da sociedade civil, denota-se que as pessoas idosas que detenham baixos níveis de atividade social, apoio social precário, redes sociais pobres e solidão, isto tem sido associado ao aumento do risco de mortalidade (BERKMAN; GLASS, 2000). São diversos os estudos que demonstram essa importante associação entre solidão e piora da saúde, incluindo doenças cardiovasculares, inflamação e depressão. (CACIOPPO *et al.*, 2006).

Em geral, o fenômeno do envelhecimento com dependência dá-se como consequência de condições variadas, como demência, fraturas de quadril, acidentes vasculares cerebrais, doenças reumatológicas e deficiências visuais (MITTELMARK, 1994). Para fazer frente a esse processo, países em todo o mundo têm adotado diferentes formas de apoio e cuidados aos seus idosos dependentes, em alguns, o suporte oferecido é quase unicamente de responsabilidade estatal, em outros, são majoritariamente as famílias que realizam todos os cuidados (KARSCH, 2003).

No caso brasileiro, a proteção aos idosos está ratificada na Constituição Federal de 1988, no que segue o Estatuto do Idoso, que estabelece deveres à família, à sociedade e ao Estado e identifica o idoso como titular dos direitos, sujeito ativo. Entretanto, conforme analisa Sposati (2009, p. 30), “a igual distribuição de responsabilidade entre família, sociedade e Estado termina por reduzir o dever de Estado com a população idosa sob fragilidade.” Desse modo, e a depender da carência de redes de apoio social, a família assume o papel de cuidadora do idoso dependente.

Reportando-se especificamente à área da saúde, algumas medidas configuram o atendimento que os idosos recebem via Sistema Único de Saúde (SUS), por exemplo, referentes à atenção domiciliar, imunização, assistência farmacêutica, atendimento hospitalar nos diversos níveis de complexidade, além dos serviços específicos voltados a promoção do envelhecimento ativo e saudável. Em 2002, o Ministério da Saúde regulamentou as Redes Estaduais de

Assistência à Saúde do Idoso, compreendendo hospitais gerais e centros de referência em Assistência à Saúde do Idoso, na qualidade de: internação hospitalar, atendimento ambulatorial especializado, hospital dia e assistência domiciliar. Também redefiniu a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS, e instituiu o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) como serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, respeitando-se os limites sobrepostos entre os serviços.

A Atenção Domiciliar vem sendo analisada sob duas vertentes: por um lado, vista como contenção de gastos, correlacionada à insuficiência de leitos e aos altos custos da atenção hospitalar; por outro, é capaz de fazer frente aos desafios inerentes ao envelhecimento da população, pela evolução no número de idosos com doenças crônicas e no intuito de humanizar o cuidado em saúde (VLASBLO; SCHIPPERS, 2004).

Como forma de empreender a crítica à reduzida presença do poder público no atendimento aos idosos que necessitam de longa internação hospitalar, ratifica-se a capacidade destrutiva do ordenamento neoliberal que reduz a prestação pública estatal para esta e outras necessidades sociais, o que os obriga a recorrer à rede de apoio, sobretudo aos familiares, o que também acaba subtraindo dos idosos o direito à proteção social nos termos constitucionais, pois, “apesar de o Estado prover alguns serviços básicos de saúde para a população da terceira idade, a cobertura dos serviços é deveras insuficiente, sobretudo, em se tratando de serviços e alojamentos para cuidados de longa duração” (KUCHEMANN, 2012, p. 168).

Considerando a realidade de aguda desigualdade social do país, critica-se deixar a cargo da família tal responsabilidade, posto que esta “se encontra muito mais na posição de um sujeito ameaçado do que de instituição provedora esperada” (MIOTO, 2003, p. 183), portanto, se revelando “uma instância sobrecarregada, fragilizada e que se enfraquece ainda mais quando lhe atribuímos tarefas maiores que a sua capacidade de realizá-las” (p. 183).

2.1 Quem é e com quem conta o idoso sob cuidado prolongado na instituição estudada?



Os resultados da pesquisa descortinam um quadro de muita dificuldade para o idoso em situação de internação prolongada, revelando as estratégias adotadas pelos idosos internados e a nítida ausência de uma série de intervenções políticas do poder público que decerto favoreceriam o bem-estar e a recuperação desses sujeitos.

A análise das entrevistas, no tocante aos dados pessoais, mostra que dos 20 (vinte) entrevistados/as, com média de idade de 69,8, a maioria é do sexo feminino (55%) e 45% são casados/as; 60% autodeclararam-se de cor parda e 70% informaram se vincular à religião católica. Dentre estes, apenas 15% não possuíam acompanhante; dos que contavam, 47% eram filhos/as. E como causas de internação em ambos os sexos sobressaíram: insuficiência cardíaca, pneumonia, doença pulmonar obstrutiva crônica, seguidas de doenças infecciosas e parasitárias doença de chagas, zika e chikungunya.

Constatou-se uma maior incidência de aposentados (70%) e pensionistas (15%), mas os demais (20%) não possuem rendimento fixo e 5% é usuário do Benefício de Prestação Continuada (BPC), que garante um salário mínimo mensal ao idoso com 65 anos que não possuir meios próprio ou familiar de sustento<sup>3</sup>. Com relação à renda familiar, 55% possuem rendimento de até 1 (um) salário mínimo, considerando aqui aqueles que são pensionistas, destes 80% são mulheres; 20% afirmaram não ter renda fixa e outros 15% informaram que dispõem de até 2 (dois) salários mínimos, e rendimentos maiores foram declarados por 10% dos participantes, entre 5 (cinco) e 6 (seis) salários mínimos, sendo estes funcionários públicos e os mais escolarizados. E mais, 40% dos sujeitos da pesquisa revelaram possuir familiares dependentes economicamente.

Quanto à formação escolar, 30% dos entrevistados não foram escolarizados, estes conseguem apenas escrever seus nomes, outros 45% possuem Ensino Fundamental incompleto e apenas 5% completaram esse nível; enquanto aparecem 10% dos idosos com Ensino Médio completo e apenas 10% com superior completo. Um resultado compreensível por tratar-se de um

---

<sup>3</sup> Embora o Estatuto do Idoso defina este como a pessoa com idade igual ou superior a 60 anos, o BPC não assiste aqueles que se encontram entre a faixa de 60 e 65 anos incompletos, verificando-se dispositivos legais que se contrariam e assim deixa de proteger uma parcela importante da população idosa.

segmento estatisticamente representado como de maior incidência de baixa escolaridade, conforme dados sequenciais da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2016, indicando que mais da metade da população de idosos (52,6%) não tinha concluído o ensino fundamental e pouco mais de um quarto tinha concluído pelo menos o ensino médio (26,6%). Também os idosos constituíram a maior parcela das pessoas fora do mercado de trabalho e tinham nível de instrução mais baixo (IBGE, 2016).

No tocante à rede de apoio social, 65% afirmaram receber maior apoio por parte de suas famílias; amigos e vizinhos apareceram em seguida, respectivamente 25% e 10%, enquanto 15% afirmaram receber maior apoio da igreja. Classificando a natureza do apoio, registrou-se que 70% receberam apoio emocional, com o financeiro aparecendo em seguida (15%), e outros 15% declararam receber apoio instrumental para as atividades básicas de vida diária, por exemplo, tomar banho, vestir-se, alimentar-se, entre outras. Os dados que evidenciaram menor apoio familiar se encaixam na situação daqueles que possuem ínfimo vínculo familiar e tendem a receber algum apoio a partir de outros grupos.

Considerando a participação desses atores durante o internamento hospitalar, 35% afirmaram receber visitas frequentemente, outros 35% recebem esporadicamente, enquanto 15% disseram que quase nunca recebem visitantes, e outros 15% não as recebem. Sobre o nível de satisfação com o apoio que recebem de suas redes, 55% disseram estar satisfeitos, (15%) plenamente satisfeito, (20%) insatisfeito, e 10% se mostraram indiferentes ao apoio recebido. Tais informações conferem com estudos de Weiss, que distinguiu a solidão social, em que uma pessoa se sente insatisfeita e solitária em razão da falta de uma rede social de amigos e de pessoas conhecidas, enquanto solidão emocional se vincula mais ao fato de se está insatisfeito e solitário como consequência de uma opção relacional.

Identificou-se ainda que um número significativo (45%) reside com seu companheiro, 30% com filhos/as, 15% com outros familiares e apenas 10% moram sozinhos, revelando uma grande maioria vivendo com suas famílias. Por outro lado, também em sua maioria, 70% declararam não conviver comunitariamente, sejam grupos de lazer, religiosos ou outros. Embora em

questões relativas ao convívio aparecesse que apenas 20% dos idosos evitassem interação social, enquanto 55% preferissem ter alguém por perto e outros 25% afirmaram sentirem-se sozinhos, isso não se traduziu em iniciativas familiares ou intervenções públicas que contemplassem tais necessidades, quando prevalece o entendimento de que Indivíduos que mantêm altos níveis de apoio social tendem a ser mais ativos, com maior autoestima e senso de controle, possuindo, portanto, maior manejo de estresse e melhor saúde (CORNMAN *et al.*, 2003).

A percepção dos entrevistados quanto ao papel que exercem no contexto familiar revelou uma expressiva identificação com as funções tradicionais que homens e mulheres historicamente desempenhavam na sociedade, contudo, compreensível considerando a faixa etária desses sujeitos que vivenciaram contextos sociais sob maior influência dos valores da cultura patriarcal, portanto, incidindo mais rigidamente em suas vidas uma assimilação de relações de gênero assimétricas e hierarquizada.

Conforme Sarti (2007), sob essa lógica da dominação de gênero, na unidade familiar o homem é visto como o chefe da família e responsável pelo sustento financeiro e a mulher como a responsável pelas tarefas domésticas, e cuidadoras de filhos e netos. E por razão da velhice, o papel que exerceram a vida toda sofre agora limitações, não conseguem realizar, sozinhos ou em plenitude, as mesmas atividades. Mas quando se leva em conta a renda do entrevistado, nesse caso, a velhice foi percebida por aqueles de maior poder aquisitivo como oportunidade de aproximação com os amigos.

Como exposto, o envelhecer possui diversas significações que dependem da particularidade de cada processo de vida, na visão deles próprios, esta etapa apreende por um lado: maturidade, saudosismo, alteração nas relações sociais, e por outro lado: perda, morbidade, perspectiva da própria finitude. Assim, a velhice para os idosos, por vezes assume valores positivos, e em outros momentos relaciona-se a danos, privações e sofrimento (WEISS, 1973).

Sobre como a velhice é tratada socialmente, os entrevistados percebem que a senescência é vista pelos outros, na maioria das vezes, como um momento ruim da vida, com surgimento de doenças, dependência, perda de vitalidade, isolamento e de encarar a condição de ente finito, passando este a

ser considerado um fardo. Opinaram também que o envelhecimento afetou suas relações pessoais, em razão da inatividade e do afastamento de grupos sociais dos quais faziam parte, ressentindo-se da perda de agilidade e de vitalidade, e da importância nas decisões familiares.

## 2.2 Rede de Apoio Social

Com relação à rede de apoio social, o grupo estudado apontou os familiares como a maior referência de apoio (70%) para realização de atividades da vida diária, suporte hospitalar e cuidados em geral, principalmente os filhos e, entre estes, destacadamente as filhas. Este dado se evidenciou em suas falas e empiricamente se observou no decorrer da pesquisa, em que as filhas também estavam em maioria. Alguns estudos têm mostrado que filhas tendem a oferecer maiores cuidados do que filhos homens quando os pais idosos estão doentes (SPITZE; LOGAN, 1990), assim como oferecem maior suporte emocional e instrumental, e como vimos analisando, denotando que os valores que atribuem à mulher o papel de cuidadora permanecem enraizados na atualidade.

No tocante à composição familiar, os dados indicaram características próprias de famílias extensas, representada inclusive pela vida interiorana de muitos idosos (60%), sendo o internamento hospitalar o motivo do deslocamento para o município de João Pessoa. Assim, em geral, as famílias se apresentaram constituídas por companheiros, filhos e netos, outras mantêm ainda proximidade com membros tais como: irmãos, sobrinhos, genros, noras e cunhados. Dos familiares, 60% residem no mesmo município que o idoso, outros 30%, tem familiares vivendo em outros municípios do mesmo estado, e 10% moram em outras regiões do país.

Por outro lado, a constatação dessa procedência dos entrevistados, além de decorrer de demandas por atendimentos mais complexos, denota a precariedade da atenção pública de saúde em seus municípios de origem, porém expressiva da situação de crise no sistema público de saúde, que não cumpre determinações legais de provimento, mesmo aqueles de natureza preventiva, conforme denunciaram os entrevistados, entre as quais: inexistência de serviços

de urgência e emergência falta e/ou dificuldade de conseguir atendimento médico especializado e exames complementares, imprecisão de diagnósticos; situações tais que se fossem corretamente atendidas no município de origem dos pacientes, poderiam gerar melhor resolutividade sem a necessidade absoluta de tratamento fora do domicílio.

Ainda acerca da referência social, constatou-se que amigos, vizinhos e pessoas ligadas à religião a qual fazem parte aparecem em seguida (15%, 10% e 5% respectivamente). A composição e a extensão familiar também interferiram nesse aspecto, posto que os idosos que possuem grupo familiar reduzido ou vínculos familiares fragilizados, marcados por conflituosa convivência, afirmaram receber maior suporte de outros grupos. Idosos viúvos e aqueles que não tiveram filhos são os que mais se distanciam do recebimento do apoio familiar.

Tais reflexões sugerem a necessidade de se explicitar o que caracteriza a atividade do cuidador. Tomando por base a compreensão de Cattani e Girardon-Perlini (2004) observa-se que “geralmente a função de cuidador é assumida por uma única pessoa, denominada cuidador principal, seja por instinto, vontade, disponibilidade ou capacidade” (p. 522). Quando essa responsabilidade pessoal é especificamente relacionada às necessidades decorrentes do envelhecimento, Caldas (2003, p. 776) destaca que a “família predomina como alternativa no sistema de suporte informal aos idosos”. Conforme se identificou neste estudo, aparece um membro familiar como o ser que expressivamente assumiu o papel de cuidador informal, denotando-se as seguintes características: mulheres, filhas, de meia idade e com filhos, destas, 30% economicamente dependentes dos idosos.

Os achados da pesquisa estão também em concordância com o que aponta o estudo de Souza (2011), que a família predomina como principal prestadora de cuidados aos seus membros mais idosos, fazendo uso do apoio formal, como é o caso da hospitalização, apenas em último caso, quando os cuidados domiciliares não são suficientes.

Entretanto, nem todo cuidado disponibilizado é eficiente ou adequado às necessidades dos idosos, segundo Caldas (2003), quando o cuidado inexistente, ou dá-se de forma inadequada ou ineficiente, este resulta de situações nas quais os membros da família não estão disponíveis, estão despreparados ou estão

sobrecarregados por essa responsabilidade. Nestas circunstâncias, existe a real possibilidade de serem praticados atos de violência, maus-tratos e abuso (FERNANDES, 2005). Pode-se refletir desse modo, que não existem garantias de que o cuidado familiar ocorrerá de forma correta.

Küchemann (2012), em seu estudo, confronta responsabilidades da família e do Estado mediante os desafios do envelhecimento e argumenta que o Estado tem uma participação pontual, mínima e que o suporte disponibilizado é insuficiente, neste sentido, restaria à família a assistência necessária. Porém, deste modo, acaba alimentando “o estabelecimento de uma distinção básica entre famílias capazes e famílias incapazes, mais capazes ou menos incapazes” (CAMPOS; MIOTO, 1998, p. 52). Em decorrência, ainda segundo as autoras, de uma visão radicada no imaginário social de que as famílias “independentemente de suas condições objetivas de vida e das próprias vicissitudes da convivência familiar, devem ser capazes de proteger e de cuidar de seus membros” (p. 52).

Com efeito, essa responsabilização das famílias com relação ao cuidado com o idoso traz consigo o estigma de famílias capazes ou incapazes de promover assistência, em consequência criminalizam-se aquelas que não correspondem à proteção familiar esperada, desconsiderando-se o peso que tem a proteção pública qualificada nesse processo.

Em países desenvolvidos, em que o envelhecimento populacional ocorreu de forma gradual, foram implementadas políticas de proteção efetivas a este grupo populacional, como é o caso do *community care*, que tem por objetivo manter o idoso em sua casa oferecendo suportes para a família e o cuidador e que tem tido resultados exitosos (Küchemann 2012). O Brasil vem aderindo a assistência domiciliar desde a implantação de Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), em 2011, mas ainda em caráter complementar e com diversos critérios para atendimento.

Além disso, estão as questões silenciadas/pouco faladas mas vividas por muitos idosos não só no Brasil, mas em todo o mundo: idosos que perderam seus companheiros e filhos, aqueles que nunca construíram tais vínculos, outros marcados pela ausência familiar, e abandono afetivo, entre outras tantas possíveis situações; circunstâncias estas que levam os idosos ao isolamento e solidão (BRISSETTE *et al.*, 2000), propensos a aprofundarem situações de

estresse, sentimentos negativos e tristeza, que provocam e agravam problemas de saúde. Os impactos dessa problemática seguem negligenciados pelo poder público, sem que sejam geradas e implementadas formas efetivas de apoio aos idosos sem amparo familiar, além das respostas pontuais que são dadas caso a caso.

Vem-se assim que os desafios intrínsecos ao envelhecimento se somam a problemas recorrentes na nossa sociedade, marcada pela desigualdade social e pela precarização do serviço de saúde pública, falta acesso a oportunidades em saúde e cuidado, vulnerabilizando ainda mais essa parcela populacional. No cenário atual, o caráter reducionista do Estado neoliberal brasileiro transfere às famílias a responsabilidade pela assistência aos idosos, sobrecarregando o núcleo familiar sem serem pensadas medidas de apoio e proteção a esta categoria de cuidador.

### **3 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Tomando como referência os conceitos de apoio social e de rede de apoio social, buscou-se identificar como estas instâncias se apresentavam na atenção aos idosos internados no Hospital Universitário, bem como elucidar a dinâmica de suas atuações durante o processo de hospitalização, posto que o suporte social tenha sido objeto de diversos estudos que o considera como elemento determinante de saúde e de bem-estar.

Partiu-se do pressuposto de que o envelhecimento resulta da soma de diversos determinantes e condicionantes de saúde no processo de vida particular de cada indivíduo. A velhice pode levar a alterações fisiológicas e sociais, ocorrência de doenças crônicas e outros agravos à saúde, modificação da mobilidade com dependência funcional, e por vezes tem-se a necessidade de internação hospitalar, situações estas que demandam ações/intervenções sociais, familiares e estatais. Dentre as muitas necessidades específicas dessa população, o apoio e o cuidado são imprescindíveis para conservação e recuperação de saúde e bem estar. Em contrapartida, a ausência ou insuficiência

deste suporte pode desencadear processos ou situações prejudiciais à saúde dos idosos.

Os principais resultados apontam que as redes de apoio social dos idosos em questão são majoritariamente compostas por suas famílias, e dentro deste núcleo são as filhas quem oferecem maiores cuidados aos pais frente ao processo de adoecimento e hospitalização, portanto, o ser com quem mais contam os idosos, reproduzindo-se também um traçado tradicional da cultura patriarcal.

A esse respeito é importante destacar que os acompanhantes hospitalares enfrentam, na maioria das instituições, más condições de permanência, pernoitando em cadeira que oferece pouco conforto, em um ambiente que lhes é desconhecido, sem local adequado para sua higiene pessoal, além da rigidez das normas e rotinas postas pelas instituições. Sobressai nessa prática a necessidade dos acompanhantes serem devidamente orientados pelos profissionais de saúde para que compreendam e se integrem à rotina hospitalar. Por vezes, esta situação se agrava posto que muitos idosos recebam cuidados de outros idosos, sejam estes seus companheiros, filhos ou amigos.

As evidências empíricas também demonstraram que o entendimento que eles próprios possuem sobre o envelhecer pode assumir significações diversas, resultantes do processo de vida de cada um, desse modo revelaram-se tanto impressões positivas, como outras, em maior número, em que o tornar-se idoso representa sofrimento e dependência; suscitando a compreensão de que a forma com que a velhice, em geral, é percebida pela sociedade também exerce influência na percepção do idoso sobre tal processo.

Ademais, características particulares foram encontradas no grupo estudado, como idosos buscando assistência hospitalar longe de seus municípios, que não recebiam visitas durante a hospitalização, outros que não possuem vínculo familiar, idosos que cuidam de outros idosos, entre outras situações, dimensionando questões que emergem dessa realidade e que demandam serem equacionadas no âmbito da saúde pública.

Entende-se que o esvaziamento da responsabilidade social do estado para com a proteção social, agrava e reforça a situação de precarização de



idosos, cujas consequências atingem intensidade elevada e voragem dramática em tempos de corrosão neoliberal do sistema público de saúde. Com isso, dá-se coesão aos eminentes desfechos e desafios por eles experimentados, sobrecarregando a instituição familiar, destinando idosos sem família e/ou dependentes ao isolamento ou a viverem anos em instituições de longa permanência, em condições precárias de funcionamento.

As respostas pontuais que são dadas não apreendem a complexidade destas questões nem se caracterizam como providências efetivas, suscitando a formulação de medidas de proteção nessa direção, bem como que as organizações hospitalares e profissionais de saúde observem mais as possibilidades e as dificuldades que o apoio social pode apresentar no processo de internação hospitalar de indivíduos idosos.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. **Cadernos de Atenção Básica**, Brasília, n. 19, 2006. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcad19.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad19.pdf)>. Acesso em: 19 dez. 2016.

\_\_\_\_\_. Portaria nº. 399/GM de 16 de Fevereiro de 2006. Dispõe sobre as Diretrizes do Pacto pela saúde que contempla o Pacto pela Vida. Revisão e atualização da Política Nacional de Saúde do Idoso e aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2006.

BERKMAN, L. F., GLASS, T. Social integration, social networks, social support, and health. In: Berkman, L. F.; Kawachi, I. (Eds.). *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press, p. 137-173. 2000.

BRISSETTE, I. et al. Measuring social integration and social networks. In: S. Cohen, L. Underwood, B. Gottlieb (Eds.). *Measuring and intervening in social support*. New York: Oxford University Press, 2000. p. 53-85.

BOWLING, A. Measuring social networks and social support. In: Bowling A. *Measuring health: a review of quality of life measurements scales*. 2. ed. Buckingham: Open University Press, p. 91-109. 1997.

CACIOPPO, J. T. et al. Loneliness as a Specific Risk Factor for Depressive Symptoms: Cross-Sectional and Longitudinal Analyses. **Psychology and Aging**, v. 21, p. 140-151, 2006. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16594799>>. Acesso em: 03 dez. 2016.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 773-781, 2003.

CAMPOS, M.; MIOTO, R. C. T. Política de assistência social e a posição da família na política social brasileira. **Ser Social**, Brasília, v. 1, n. 1, p. 165-190. 1998.

CATTANI, R. B.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 6, n. 2, p. 254-271, 2004.

CHOR, D. et al. Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: Pré-testes e estudo piloto. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17 n. 4, 2001.

CORNMAN, J. C. et al. **Social Ties and Perceived Support**: two dimensions of social relationships and health among the elderly in Taiwan. *Journal of Aging and Health*, 2003. p. 516-534. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14587529>>. Acesso em: 05 jan. 2017.

DUCA, G. F. et al. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n5/653.pdf>>. Acesso em: 05 jan. 2017.

FERNANDES, P. M. O Idoso e a Assistência Familiar: uma abordagem da família cuidadora economicamente dependente do idoso. **Rev. Eletrônica Novo Enfoque**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 7, 2005. Disponível em: <<http://www.castelobranco.br/sistema/novoenfoco/files/07/14.pdf>>. Acesso em: 05 jan. 2017.

FRANCO, M. C. Sofrimento da família frente à hospitalização. In: ELSEN, I., MARCON, S.S.; SILVA, M. R. S. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2004. p.169-181.

HELPAGE INTERNATIONAL. **Global Age Watch Index 2015**: insight report. London: HelpAge International, 2015. Disponível em: <<http://www.helpage.org/global-agewatch/reports/global-agewatch-index-2015-insight-report-summary-and-methodology/>>. Acesso em: 01 dez 2016.

IBGE. **Síntese de Indicadores Sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: 2016.

KARSCH, U. M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 861-866, 2003.

KÜCHEMANN, B. A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Rev. Sociedade e Estado**, Brasília, v. 27, n. 1, 2012.

LIN, G.; ROGERSON, P. **Elderly parents and the geographic availability of their adult children**. Research on Aging, 1995. p. 303-331. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0164027595173004> > Acesso em: 30 nov. 2016.

MINAYO, M. C. de S. **Ciência, Técnica e Arte: o desafio da pesquisa social**. Petrópolis: Vozes, 1944.

\_\_\_\_\_; COIMBRA JR, C. E. A. Introdução: entre a liberdade e a dependência - reflexões sobre o fenômeno social do envelhecimento. In: MINAYO, M. C. de S; COIMBRA JR., C. E. A. (Orgs.). **Antropologia, Saúde e Envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. p. 11-24.

MITTELMARK, M. B. The epidemiology of aging. In: Hazzard W. R. et al. (Eds). Principles of geriatric medicine and gerontology. 3. rd Ed. New York: McGraw-Hill, p. 135-151, 1994.

NETTO, J. P. Crise do capital e consequências societárias. **Rev, Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 111, p. 413-419, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde**. 2015. Disponível em: <<http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2016.

SARTI, C. A. Famílias enredadas. In: ACOSTA, A. R.; VITALLE, M. A. F. (Org.) **Família: redes, laços e políticas públicas**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SOUZA, E. A importância da família no tratamento do idoso hospitalizado. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, p. 29-34, 2011.

SPITZE, G., LOGAN, J. Sons, daughters and intergenerational social support. **Journal of Marriage and Family**, n. 52, 420-430, 1990. Disponível em: <[http://www.jstor.org/stable/353036?seq=1#page\\_scan\\_tab\\_contents](http://www.jstor.org/stable/353036?seq=1#page_scan_tab_contents)> Acesso em: 29 nov. 2016.

SPOSATI, A. Direitos socioassistenciais: compromissos com as proteções do SUAS. In: Conferência Nacional de Assistência Social, 6, 2009. **Anais...** Brasília, 2009.

VLASBLO M, J. D.; SCHIPPERS, J. J. Increases in female labour force participation in Europe: similarities and differences. **European Journal of Population**, v. 20, n. 4, p. 375-392, 2004.

WEISS, R. S. **The MIT Press Loneliness**: the experience of emotional and social isolation. Cambridge, MA, US, 1973. p. 236-259