

Grupo de convivência com idosos hospitalizados: um relato de experiência

Co-living group with hospitalized elderly:
an experience report

Carina Paiva Weydt*
Daniela Bastos Silveira*
Monique Telles*
Célia Pereira Caldas*

Resumo

Trata-se de um relato de experiência sobre a implementação de um grupo de convivência em uma instituição hospitalar. A idéia surgiu após a constatação de que os idosos participantes de grupos de convivência na comunidade apresentavam grande vitalidade. Visando ao idoso hospitalizado, foi pensada a possibilidade da implementação de um grupo de convivência dentro de uma enfermaria, com o objetivo de possibilitar a melhora dos sentimentos de abandono e exclusão tão comuns a esta clientela. Os objetivos do trabalho foram: implantar um Grupo de Educação em Saúde (GES) com idosos hospitalizados numa enfermaria de um hospital universitário do Rio de Janeiro e avaliar a atividade através dos seus depoimentos. Após a implantação da atividade, foram colhidos depoimentos de 16 idosos participantes do GES, sendo a entrevista aberta com a seguinte questão: "Que mudanças a participação no GES trouxe para o seu cotidiano?" Os resultados obtidos de

acordo com os depoimentos colhidos constituíram as seguintes unidades temáticas: o grupo promove saúde e educação; a hospitalização é uma experiência ruim; o grupo é uma estratégia eficaz para lidar com a solidão que sentem no hospital; o grupo influi de forma benéfica na socialização das pessoas durante a hospitalização; o grupo tornou-se uma estratégia para lidar com a ociosidade; os participantes sentem carência de informações. Portanto, os depoimentos apontam que trabalhar com idosos hospitalizados através de grupos de convivência parece ser uma importante estratégia de promoção da saúde.

Palavras-chave: grupo de convivência, hospital, idosos.

* Faculdade de Enfermagem – Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Introdução

Este trabalho relata uma experiência desenvolvida por estudantes do último ano de graduação em enfermagem em um hospital universitário e valoriza a socialização dos idosos hospitalizados na recuperação da sua saúde. A proposta de realizar este estudo surgiu a partir da observação de idosos não internados, ativos, que freqüentam programas educativos e de socialização. Nesses idosos evidencia-se uma grande vitalidade, o que não é observado nos idosos internados em enfermarias de clínica médica. Questionamos, então, se o motivo de tal disposição estaria nessas atividades.

Por diversas vezes, tivemos oportunidade de nos deparar com os idosos incluídos nas atividades oferecidas pela Unati/Uerj. A Universidade Aberta da Terceira Idade (Unati), um núcleo de estudos, debates, pesquisas e assistência da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj), é freqüentada por cerca de dois mil idosos. Tem como objetivo desenvolver iniciativas culturais, visando reduzir os problemas de solidão dos idosos.

Dentre as diversas atividades desenvolvidas pela Unati despertou-nos interesse o Grupo de Encontros com a Saúde (GES), que tem como objetivo contribuir na promoção do envelhecimento saudável. Trata-se de um espaço semanal, ao longo de três meses, no qual os idosos e profissionais de saúde se

encontram para trocar informações e refletir sobre a saúde no envelhecimento.

Por outro lado, ao vivenciar o cotidiano de um hospital universitário do Rio de Janeiro, foi possível perceber que muitos idosos hospitalizados apresentavam-se deprimidos, passando-nos uma sensação de abandono, tristeza e, muitas vezes, falta de esperança, incapacidade e sentimento de exclusão.

Ao nos darmos conta do contraste entre o grupo de idosos que freqüenta a Unati e os idosos hospitalizados, observamos que, como mencionamos anteriormente, é notória a importância de um espaço destinado ao esclarecimento e à troca de informações acerca do envelhecimento; de um espaço onde seja possível desmistificar várias questões relacionadas à terceira idade, com destaque para o desenvolvimento e valorização de ações educativas voltadas para estimular o potencial emancipatório do idoso, de modo que seja capaz de agir individual e coletivamente na busca de melhores condições de saúde. Para tanto, acreditamos na implementação de atividades em grupos com enfoque na reflexão e no debate crítico sobre as questões da saúde.

Diante dessa realidade, pensamos em propor a implementação de um grupo de convivência dentro de uma enfermaria visando melhorar os sentimentos de abandono e exclusão dos idosos hospitalizados, bem como permitir a promoção da saúde, colaborando para sua recuperação.

De acordo com estudos recentes, para se alcançar um melhor nível de saúde, não basta apenas estimular e/ou induzir os indivíduos a adotarem condutas saudáveis, sem considerar o contexto social, político, econômico e cultural no qual estão inseridos. Em virtude disso, as ações educativas na saúde do idoso devem dar maior ênfase à história de vida dos idosos, suas percepções sobre o processo de envelhecimento, seus direitos e possibilidades de ação.

O meio gera ou favorece o adoecimento, assim como facilita ou dificulta a prevenção, o controle e/ou cura das doenças. É de extrema relevância discutir e ampliar a consciência sobre o envelhecer e, sobretudo, refletir e capacitar os idosos para o autocuidado. A fim de alcançar as propostas estabelecidas, definimos como objetivos: implementar um GES com idosos hospitalizados numa enfermaria de um hospital universitário do Rio de Janeiro e avaliar os resultados dessa atividade de acordo com o depoimento dos idosos hospitalizados. Para compreender melhor a relação do envelhecimento com a saúde, é necessário fazer, inicialmente, de forma objetiva, algumas considerações importantes sobre esse processo.

O envelhecimento é encarado como um estigma. Debert (1994, p. 100) refere que “a velhice não é uma categoria natural, mas socialmente produzida. As categorias de idade são construções históricas e sociais, que levam a população a marginalizar o idoso”. Para Waldow

(1984, p. 128), “essa marginalização do idoso leva à atrofia física e mental.”

Em anos mais recentes, com a melhoria da qualidade de vida, a população passou a ter uma maior expectativa de vida, acarretando uma maior longevidade e, por consequência, problemas “típicos da velhice”. Segundo Waldow (1984, p. 129), “o processo de envelhecimento é lento, gradativo e ocorre de forma muito individual, contudo algumas tendências ocorrem, quais sejam: educação da capacidade física, isolamento, dependência e perspectiva de deterioração. Deve-se, portanto, estimular sua participação na sociedade, a iniciativa e a manutenção de múltiplos interesses.” Para Beauvoir (1976, p. 307), “habitualmente, consegue-se manter a saúde física do indivíduo enquanto seu espírito conserva o equilíbrio e o vigor.”

Acreditamos que a carência de participação social leva os idosos a uma apatia. O idoso, desintegrado de seu meio social, isolado, sem muita consciência de sua situação, sem perspectiva de saída desse estado, sem referência grupal de condições através das quais poderia se expressar social e legalmente, torna-se marginalizado, sem muita oportunidade ou responsabilidade de qualquer saída viável na estrutura em que se encontra.

Para a mudança desse quadro muito tem contribuído o crescimento de programas para a terceira idade, que criam oportunidades de inserção social e permitem aos idosos, segundo Debert (1997, p. 35), “explorar novas identida-

des, realizar projetos abandonados em outras etapas da vida, estabelecer relações mais profícuas com o mundo dos mais jovens e dos mais velhos”.

Em face do exposto, compreendemos que a promoção da saúde através das atividades sociais pode contribuir para vencer essa questão na medida em que insere o idoso na sociedade civil. Com base nesses conceitos, trazemos para discussão a posição ocupada pelo idoso na sociedade, as conseqüências de sua exclusão e, sobretudo, os benefícios ocasionados pela sua inserção e participação em atividades sociais, acarretando uma melhor qualidade de vida.

Suporte teórico

Promoção da saúde no envelhecimento

A saúde pode ser compreendida como uma adaptação positiva do indivíduo ao meio, apesar da existência de uma patologia ou de qualquer distúrbio, pois, para a pessoa dedicar-se aos seus objetivos, projetos de vida, é preciso manter um estado de equilíbrio físico e mental isento de tormentos e sofrimentos. É necessário compreender que múltiplos fatores interferem no processo de saúde-doença, como a biologia humana, os hábitos de vida, o ambiente e a organização de cuidados de saúde.

Diante disso, Silva (2000) refere que os profissionais devem considerar uma prática reflexiva que permita abran-

ger o social, o afetivo, o psicológico, o biológico e o espiritual, possibilitando uma assistência individualizada, de qualidade e livre de riscos.

Assim, nossa proposta educativa através da implementação do GES na enfermaria de uma instituição nosocomial procura englobar também a questão ecológica da saúde, na qual os fatores determinantes (biologia, humana, estresse, ambiente, hábitos de vida, problemas de saúde e impacto da doença) contribuem para formulação de um sistema de cuidados (fatores conseqüentes) adequados para cada situação.

Inseridos no contexto da biologia humana, que norteia fatores como idade, sexo, hereditariedade, fisiologia, psicologia e defesa imunitária, propomos a orientar os idosos. O estresse está intimamente relacionado ao ambiente, abrangendo aspectos sociais (família, cultura), econômicos, físicos e ambiente de trabalho. Os hábitos de vida correspondem a um conjunto de decisões que cada indivíduo toma e que tem repercussões na sua saúde, como tabagismo, alcoolismo, uso de drogas e psicotrópicos, tipo de alimentação, sedentarismo. Os problemas de saúde dizem respeito à incidência e à gravidade do estado do indivíduo. Por fim, o impacto da doença implica a conseqüências físicas, psíquicas e familiares, profissionais e financeiras.

Como visamos a uma orientação holística da saúde, precisamos mencionar a importância de um estado de bem-

estar do indivíduo no intuito de almejar melhor qualidade de vida. Berger (1995, p. 68) destaca que “o bem-estar representa uma atitude quanto à saúde, e implica uma relação estreita entre todos os componentes individuais, sejam elas físicas, emotivas, mentais, espirituais”.

Dentre as alterações que abrangem o envelhecimento têm-se a aposentadoria, o afastamento do meio habitual e das pessoas mais próximas, a reorganização dos hábitos, a pensão, a moradia, a vida cotidiana, as relações interpessoais e a presença de novos fatores. Toda essa gama de mudanças interfere no seu bem-estar da pessoa por obrigá-la a rever seu modo de vida e, ocasionalmente, as reações afetivas e sociais.

Os processos fisiológicos não são os únicos a serem abalados no envelhecimento e a provocar o déficit do bem-estar físico. Existe também a dimensão do bem-estar psicológico, já que os velhos precisam alterar seus valores, baseados no trinômio juventude-sucesso-felicidade. Esse equilíbrio é difícil de ser alcançado porque na terceira idade, surgem problemas ligados ao isolamento, à solidão ao luto e à reforma. Concordamos com Silva (2000) quando cita que a conscientização sobre autonomia e dependência deve ser estabelecida pelos familiares, pela sociedade, inclusive antes de atingirem a terceira idade.

Sabemos que o bem-estar perfeito está fora do alcance, mas acreditamos que é possível combater a patologia e/ou a invalidez através de uma orientação clara e objetiva e do incentivo a atitu-

des que estimulem o autocuidado do indivíduo, a sua participação ativa e consciente em questões que abordem o seu bem-estar, através de atividades físicas, mentais e sociais, especialmente dos idosos hospitalizados, visto que o ambiente contribui para o déficit do seu estado como um todo.

Para compreender como se deve iniciar a prática do autocuidado dentro de uma enfermaria, é preciso, primeiramente, conhecer a clientela que atende, suas características e principais necessidades. Para isso, deve-se efetivar uma avaliação que permita a identificação dos problemas subjacentes à queixa principal, englobando avaliações funcionais, cognitivas, psíquicas, nutricionais e sociais que interferem diretamente na sua saúde, além do grau de autonomia e independência, deve-se evitar uma avaliação incompleta ou incorreta, que leve ao retorno das internações e ao maior uso dos serviços de saúde observados.

Com base nessa observação, faz-se necessário uma reestruturação dos paradigmas da política de saúde para essa população, de modo a haver um maior envolvimento, interação e coordenação em todos os níveis, como na promoção da saúde, na integração, na promoção da saúde, na prevenção, na assistência primária, secundária e terciária, nos recursos comunitários e familiares, entre outros. Além disso, devem-se desenvolver técnicas de avaliação e identificação de idosos no âmbito hospitalar, visando ao correto diagnóstico e à instituição de abordagens te-

rapêuticas apropriadas, voltadas para a reabilitação precoce e o retorno à comunidade com sua capacidade funcional preservada sempre que possível.

O idoso hospitalizado

Segundo Veras (1994, p. 50),

existe a necessidade de se examinar a qualidade dos serviços de saúde disponíveis para os idosos, pois a proporção de pessoas que retornam para uma segunda visita a um serviço de saúde dentro de um período curto é grande, sendo também extraordinariamente alta a taxa de internação em um período de três meses. Assim, torna-se fundamental o reconhecimento das particularidades dos idosos durante o período de internação hospitalar, objetivando a identificação correta de problemas e a proposição de formas de atendimento diferenciadas que permitam uma melhor utilização dos recursos disponíveis dentro da realidade existente.

Para Llera (1994), a hospitalização faz parte da assistência geriátrica, que deve ser setorizada e integrada em todos os níveis, como na atenção primária à saúde, com equipes de atenção primária e domiciliar; na atenção hospitalar, com a consulta de avaliação geriátrica, a unidade de agudos, a unidade de média permanência; de longa permanência, as psicogerítricas, o hospital-dia e a atenção domiciliar, além dos serviços sociais aos cuidados na comunidade, no domicílio e nas residências dos anciãos.

Como, entretanto, não se efetua na prática essa política assistencialista com a característica de intercomunicação

entre os diferentes níveis setoriais de atendimento (primário, secundário, terciário), torna-se cada vez mais visível a necessidade de internação dos idosos na rede hospitalar. Em decorrência dessa problemática, o idoso é obrigado a conviver em um ambiente estranho e gerador de conflito: o hospital. De acordo com Pereira (2000), o indivíduo, quando internado, visa recuperar-se. Contudo, faz-se necessário um ambiente favorável, confortável e seguro, para que sejam alcançados os objetivos de promoção e recuperação da saúde do cliente.

Warshaw (1998, p. 52) relata que “a redução da reserva fisiológica e da capacidade de adaptação a meios não familiares coloca estes pacientes em risco de complicações e perda funcional progressiva, com maior risco de complicações médicas e iatrogênicas, havendo a hospitalização um impacto negativo na capacidade funcional”.

Dentre os eventos iatrogênicos mais frequentes nos idosos hospitalizados o autor cita: reações medicamentosas, complicações da mobilização como trombose venosa profunda, embolia pulmonar, intolerância ao ortostatismo, atrofia muscular, contratura, osteoporose, constipação, fecaloma, incontinência funcional, retenção urinária, úlceras de pressão, complicações pós-operatórias, complicações de procedimentos diagnósticos, alteração na adaptação ao meio ambiente, comunicação, confusão e alteração da função mental.

Diversos fatores podem potencializar a fragilidade do idoso, desencadeando risco de declínio funcional, como, por exemplo: a manifestação de doenças iatrogênicas, a imobilidade, alteração do padrão de sono, a desorientação ocasionada pelo meio, a privação sensorial e a desnutrição.

A perda funcional do idoso, segundo Motta (2001), pode acarretar maior período de hospitalização, com os riscos relacionados ao meio hospitalar, grau de fragilidade, severidade da doença e função cognitiva. A forma de prevenção dessa perda é a abordagem interdisciplinar, objetivando modificar o meio ambiente; prevenir iatrogenia, detectar e tratar perdas funcionais; promover mobilidade, avaliação e tratamento nutricionais adequados, resguardo das necessidades e valores pessoais.

Compartilhamos da visão de Gusdorf (1995) quando refere que a noção de interdisciplinariedade deve evocar um horizonte global, mas não totalitário, do conhecimento universal. A pluralidade dos espaços e dos tempos, a multiplicidade das formas do humano impõem uma espécie de politeísmo epistemológico, respeitoso das discordâncias e descontinuidades dos intervalos. O autor estabelece a interdisciplinaridade como fundamento na medida em que substitui o sujeito pelo grupo.

Segundo Japiassu (1976), o interdisciplinar instaura um espaço, ao mesmo tempo, teórico e prático, uma vez que objetiva atender a demandas sociais e políticas e produzir melhores e novos conhecimentos. Silva (2000, p. 17) refe-

re que “a interdisciplinaridade produz um maior conhecimento dos papéis de cada profissional num encontro de proximidade e aprendizado entre as pessoas: é um aprender questionar, compartilhando e sendo compartilhado”.

Segundo Freire (1996, p.20), “cidadão é o indivíduo no gozo dos direitos civis e políticos de um Estado, é participar das decisões, é ter direito à expressão”. Refere ainda que, “na prática educativo-crítica, é necessário propiciar condições para que o sujeito assumase como ser social e histórico, como ser pensante, comunicante, transformador, criador”.

Embasamo-nos em Freire (1996, p. 52) quando afirma que “educar não é simplesmente transferir conhecimentos, mas criar as possibilidades para a produção e construção do sujeito”. Tal pensamento norteia o desenvolvimento das atividades em busca da promoção do autocuidado, levando em consideração, ainda, a importância de respeitar a autonomia do ser educando. De acordo com Freire (1996, p. 66), “o respeito à autonomia e à dignidade de cada um é um imperativo ético e não um favor que podemos ou não conceder uns aos outros.”

Metodologia aplicada

Procuramos implementar uma proposta de educação em saúde junto a um grupo de idosos hospitalizados, a qual tem sido utilizada com sucesso com idosos que freqüentam a Unati. O presente relato explora as possibilidades de in-

serção do trabalho em enfermarias de um hospital.

Após a implantação do Grupo de Encontros com a Saúde na enfermaria, foram colhidos depoimentos dos participantes por meio de entrevista aberta, tendo como questão orientadora: “Que mudanças a participação no GES trouxe para o seu cotidiano?” As entrevistas foram gravadas em fitas magnéticas e transcritas posteriormente de forma integral. Utilizamos como método de estudo a análise de conteúdo, que proporciona um entendimento ampliado levando em consideração as questões relatadas, bem como as implícitas detectadas durante a entrevista com os idosos participantes.

A experiência foi realizada em um hospital universitário situado na Zona Norte do Rio de Janeiro, cuja escolha ocorreu por diversos fatores: ser uma unidade com uma maior quantidade de idosos, cujo tempo de permanência seria suficiente para o desenvolvimento das atividades propostas pelo GES; ser a clínica médica a unidade que atendia aos nossos critérios.

A unidade possui, no total, 18 leitos, sendo nove femininos e nove masculinos. Foi possível observar, inclusive com a confirmação do enfermeiro responsável pelo setor, que, durante as internações, pelo menos 12 leitos são ocupados por pessoas idosas, as quais residem em locais variados, como Zona Norte e Baixada Fluminense; a faixa etária desses idosos fixa entre 60 e 75 anos e somente

alguns deles concluíram o segundo grau, conforme podemos verificar na Tabela 1.

Tabela 1 - Características do grupo depoente

Faixa etária	%
57 a 65 anos	50,0
66 a 74 anos	31,2
75 a 79 anos	18,8
Sexo	%
Masculino	50,0
Feminino	50,0
Escolaridade	%
Ginásio	6,2
Primeiro grau completo	56,2
Segundo grau completo	31,3
Terceiro grau completo	6,3
Patologias	%
Diabetes mellitus	36,3
Hipertensão	54,5
Cardiopatias	54,5
Doenças pulmonares	27,2
Outras	36,3

Para que a implementação do GES nas enfermarias ocorresse no mesmo modelo observado na Unati, submetemo-nos a uma capacitação através de um treinamento, juntamente com três coordenadoras do programa, e realizamos ainda um teste piloto de aplicação da metodologia no hospital. O eixo de abordagem e o referencial teórico que deu suporte ao grupo para planejar, implementar e avaliar as atividades grupais foram elaborados pela equipe de saúde da Unati/Uerj e encontra-se em fase de publicação.

Descrição e implementação do GES na Unati

Aqui descrevemos o GES e, posteriormente, os passos a serem seguidos para sua implementação no hospital universitário.

Os Grupos de Encontros com a Saúde fazem parte de um trabalho educativo assistencial denominado “Projeto de Promoção da Saúde” e possuem como objetivo contribuir para um envelhecimento saudável. O grupo é um espaço privilegiado para ações educativas em saúde, reunindo-se semanalmente durante três meses. Nele, idosos e profissionais de saúde trabalham juntos com o intuito de refletir sobre diversas informações sobre envelhecimento e saúde.

As práticas educativas devem abrir espaços ao diálogo efetivo sobre saúde, nos quais seja valorizada a forma como cada pessoa lida com a saúde-doença no cotidiano; nos quais o saber técnico e científico possa ser socializado e se abrir à interação respeitosa com a cultura popular, ampliando as visões de ambos os lados, num processo de construção compartilhada do conhecimento.

Para a implementação do GES, a metodologia inclui três momentos: planejamento, execução e avaliação. Segundo o material descrito sobre o GES elaborado pela Unati, a característica do grupo deve permitir a realização de debates, sendo um espaço para reflexão e troca de experiências acerca de diversos temas. Deve, portanto, envolver de 6 a

12 pessoas, dispostas em círculo de forma que possam se observar. Cada encontro deve durar, no mínimo, 60 e, no máximo, 120 min, ocorrendo semanalmente ou quinzenalmente, a fim de permitir uma maior discussão sobre os temas selecionados.

É necessário que as pessoas selecionadas para participar sejam aquelas que possam se beneficiar e contribuir para que outras se beneficiem da permuta que ocorrerá no grupo. Vale ressaltar que é preciso observar a coerência entre os objetivos do trabalho e as necessidades e motivações das pessoas envolvidas.

A execução diz respeito à forma como o grupo é conduzido desde o primeiro momento até seu término. Essa fase inicia com o coordenador acolhendo os membros do grupo, promovendo as devidas apresentações e facilitando o entrosamento dos diferentes membros. Ele poderá propor que cada um diga o seu nome, o motivo de estar no grupo e a sua expectativa sobre os encontros.

Inicialmente, é importante estabelecer, juntamente com o grupo, as regras e normas a serem seguidas pelos participantes. Trata-se dos horários, da duração dos encontros, assiduidade, respeito à opinião do próximo e à participação de todos, destacando a importância de saber ouvir e não expor os assuntos tratados no grupo fora daquele espaço; e, sobretudo, devem ser mencionados os objetivos propostos pelo grupo.

Cada encontro começa com o coordenador indicando o tema, destacando

sua importância na programação e fazendo a proposta para desenvolvê-lo, através de diversas técnicas de dinâmica de grupo e recursos audiovisuais existentes. É necessário um bom planejamento do uso do tempo, e uma maneira de fazê-lo é dividi-los em três etapas, do seguinte modo:

- *preparação ou aquecimento*: trata-se do momento em que o tema é indicado, quando a proposta é feita e o grupo é estimulado a se inteirar da tarefa;
- *desenvolvimento*: é o tempo disponível em que os participantes estão envolvidos com a tarefa, executando as atividades e/ou buscando as soluções;
- *fechamento*: fase em que são apresentadas as conclusões, podendo ocorrer o crescimento de alguma questão por qualquer participante. Deve ainda estar incluída no fechamento uma breve avaliação com o grupo;
- *avaliação*: é feita ao final do trabalho, com o intuito de analisar os resultados do grupo e de refletir sobre os rumos a serem tomados no decorrer do projeto.

Capacitação para implementação do GES

Para que a implementação do GES nas enfermarias 11 e 12 ocorresse no mesmo modelo observado na Unati, submetemos a uma capacitação através de um treinamento, juntamente com três coordena-

doras do programa, e realizamos ainda um teste piloto de aplicação da metodologia no hospital.

A coordenação do programa é composta por uma equipe interdisciplinar – psicologia, fisioterapia e serviço social –, sendo os encontros programados para as quintas-feiras, das 14 às 15h30min no ambulatório da Unati. Dos 14 encontros realizados no GES da Unati, participamos de quatro, nos meses de setembro e outubro de 2001, o que nos permitiu identificar estratégias importantes para conduzir satisfatoriamente as atividades do grupo.

Destacamos como estratégia a preocupação em tornar o ambiente propício para a discussão em grupo através da disposição de cadeiras em círculo de forma que todos pudessem se observar. Houve, ainda, o incentivo à participação em conjunto, com o desenvolvimento de atividades de integração, destacando aspectos que promovam a união e a cooperação. Um ponto importante e a característica do GES é a valorização das vivências pessoais de cada participante, proporcionando troca de experiências.

Operacionalização do GES nas enfermarias

Implementamos o GES nas enfermarias 11 e 12 no período de março a maio de 2002, num total de quatro reuniões mensais com um contingente médio de seis idosos por reunião. Apresentamos os temas, os objetivos propostos pelo grupo de estudo, visando à melhora física e

mental da clientela participante no grupo de encontro.

A execução foi realizada, primeiramente, com o acolhimento dos participantes do grupo, promovendo as devidas apresentações, com o nome, motivo de inserção no grupo e o que esperava dos encontros, tanto das pesquisadoras como dos participantes, a fim de se promover um entrosamento entre os diferentes membros.

No GES abordamos os seguintes temas: prevenção de complicações relacionadas à internação (importância da deambulação, do contato com o sol pela manhã, da interação entre os próprios pacientes, prevenção de úlceras de decúbito e muitas outras que foram surgindo no decorrer dos encontros); qualidade de vida-benefícios da realização de atividades físicas, alimentação saudável, lazer; estímulo à participação e socialização; medos e expectativas quanto à patologia, à internação e ao tratamento; a importância da adesão do paciente ao tratamento (medicamentoso ou não).

Uma avaliação era realizada ao final de cada encontro, com o intuito de identificar se os objetivos propostos pela atividade haviam sido alcançados, além de proporcionar um momento tanto de esclarecimento das dúvidas como de lazer.

A princípio, não pretendíamos incluir os familiares nas atividades de grupo, entretanto verificamos o seu interesse em participar do encontro. Assim, optamos por inseri-los no grupo; no entanto, as entrevistas foram realizadas apenas com os

pacientes internados há mais de uma semana e que participaram de, pelo menos, dois encontros.

Ao final, foram entrevistados 16 participantes do GES, sendo-lhes assegurado o anonimato, ao que eles deram o seu consentimento informado, respeitando-se a resolução nº 196/96 normalizadora de pesquisa do Conselho Nacional de Saúde. Realizamos o GES com a autorização da instituição e total apoio do enfermeiro-chefe do setor.

Implementar um grupo de convivência na enfermaria de um hospital foi uma tarefa árdua. Podemos dizer que enfrentamos múltiplas dificuldades, que foram superadas, mas que, por alguns momentos, muito nos desanimaram. No decorrer dos encontros, conseguir a participação dos pacientes exigiu algum tempo; foi preciso conquistá-los com atividades interessantes, que lhes despertassem a atenção.

Apesar das nossas tentativas em oferecer-lhes propostas dinâmicas, os pacientes mostravam-se algumas vezes desmotivados. Contudo, percebemos que tal fato ocorria principalmente pela condição em que se encontravam. Estavam, na maioria das vezes, preocupados com a realização de exames, com expectativas acerca de resultados, ansiosos por receber alta hospitalar e, também, esperando receber visita dos familiares.

No entanto, progressivamente, o grupo foi sendo absorvido como parte da rotina da enfermaria. Um fator importante para favorecer o bom desempenho

do grupo foi a preocupação em abordar o conteúdo a partir de experiências de vida de cada um, respeitando a individualidade e valorizando a participação de todos, fatores que contribuíram no processo de aprendizagem.

Avaliação da atividade

Para avaliar a atividade, colhemos os depoimentos de 16 participantes e aplicamos o método da análise de conteúdo de Bardin (1979) até a identificação das unidades de temáticas; a análise foi realizada com a definição das unidades de significação. Podemos ressaltar que a análise dos dados, como afirma Bardin (1979, p. 65), “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido. A identificação das unidades temáticas que será realizada neste trabalho pretende apontar núcleos de sentido, ficando assim, a análise mais aprofundada para abordagens futuras”.

Foram identificadas como mais significativas as seguintes unidades temáticas que emergiram do estudo: o grupo promove saúde e educação; a hospitalização é uma experiência ruim; o grupo é uma estratégia eficaz para lidar com a solidão que sentem no hospital; o grupo influi de forma benéfica na socialização das pessoas durante a hospitalização; o grupo tornou-se uma estratégia

para lidar com a ociosidade; os participantes sentem carência de informações. A seguir analisamos cada uma das unidades temáticas.

1 O grupo promove saúde e educação

Com a implementação do GES nas enfermarias 11 e 12, identificamos ser o grupo um facilitador no alcance da proposta de educação e promoção da saúde com o idoso hospitalizado. A partir da experiência que vivenciamos, compreendemos o grupo como importante estratégia na abordagem de questões relacionadas à saúde e, sobretudo, ao autocuidado, contribuindo, inclusive, para uma maior adesão ao tratamento.

Nesse sentido, Silva (2000) menciona que o autocuidado é principalmente uma maneira de manter o idoso inserido em grupos sociais, como potencial colaborador, melhorando sua auto-estima, trazendo-lhe bem-estar, ocupando-lhe a mente e proporcionando-lhe prazer.

As informações fornecidas durante os encontros foram bem recebidas pelos idosos que participaram do GES, os quais demonstraram interesse através de questionamentos levantados e, especialmente, puderam compartilhar suas experiências. Sobre a questão, recorremos a Remen (1993, p. 209):

Os pacientes trazem outro tipo de informação que é vital para recuperação da saúde, o conhecimento pessoal que tem a respeito de si mesmos como indivíduos únicos. Eles estão conscientes de suas emoções, necessidades,

valores e prioridades de suas esperanças, das metas e direção de sua vida, da percepção do que lhes é importante e daquilo que dá sentido à sua vida, de seus relacionamentos e recursos sociais que são importantes nas decisões que precisam ser feitas no momento.

Descrevemos algumas falas que resumem essa categoria:

Eu aprendi algumas coisas pra não ficar mais doente ainda (B.F.J.).

Eu posso dizer que a gente aqui aprendeu muito [...] Vocês ensinaram umas coisas pra gente que são muito importantes (M.J.F.G.). O bom dessas informações que vocês trouxeram... é que agora nós paramos pra refletir e percebemos que é muito importante para a nossa saúde e a gente passa a levar a sério o tratamento para melhorar mais rápido (J.S.P.).

A gente percebe que não sabe nada e essas informações que vocês trouxeram foi boa para entender melhor a internação (M.S.).

2 A hospitalização é uma experiência ruim

Durante os encontros, a temática da hospitalização foi sempre referida em seu aspecto negativo, principalmente no que se refere à rotina do hospital. Os participantes mencionaram os seguintes exemplos: horário do banho, das refeições, das medicações, a falta da liberdade, dentre outros.

Nesse âmbito, podemos identificar como relevante que os requisitos universais de autocuidado (teoria geral de enfermagem de Orem) dos pacientes encontravam-se afetados, sendo possível afirmar que o paciente, como indivíduo responsável e participante do processo,

é capaz de realizar as ações de autocuidado e de buscar estratégias que lhe possibilitem lidar com as rotinas impostas pela hospitalização. Orem (1993) refere que “os papéis do enfermeiro e do paciente são complementares, ambos trabalham em conjunto para alcançar a meta do autocuidado”. Destacamos algumas falas que traduzem o mencionado:

É um grupo que ajuda os pacientes a saírem rotina de hora para o banho, hora para comer, hora para tomar remédio... É muito ruim pra gente, que está aqui preso, doente, internado contra a vontade (C.M.S.).

Eu não gostei da comida, nem da rotina, porque de qualquer jeito mesmo podendo andar, tomar banho sozinha, acaba dependendo de alguém, ainda mais das enfermeiras (F.S.).

3 O grupo é uma estratégia eficaz para lidar com a solidão que sentem no hospital

Ao identificarmos a hospitalização como uma experiência ruim para os idosos hospitalizados, também podemos relacionar como um fator contribuinte a solidão. Constatamos, de forma clara, nas entrevistas que a solidão vivenciada refere-se não somente à hospitalização, que acarreta o afastamento familiar, mas também à própria entrada na terceira idade. Segundo Veras (1994, p. 205): “O centro de convivência pode proporcionar aos idosos uma oportunidade de contato social, pois constitui um ambiente favorável para fornecer informações aos idosos sobre nutrição e outros problemas que eles possam enfrentar [...]. A participação

de atividades interessantes pode ajudar a prevenir a depressão”.

As mudanças fisiológicas e psicológicas ocorridas no processo de envelhecimento são muito amplas. O idoso pode sentir-se marginalizado, imaginando-se sozinho. Quando, nesse contexto, ainda se inclui a condição de hospitalizado, este sentimento de solidão pode agravar-se, principalmente pela fragilidade que a internação acarreta e, também, pelo afastamento dos familiares. É nesse aspecto que o grupo funciona como excelente estratégia dentro da enfermaria, para possibilitar uma interação entre os pacientes, proporcionando-lhes o afastamento da solidão. Transcrevemos algumas falas que retratam esta categoria:

Aqui a gente se sente muito só, saudades de casa, da família, dos amigos... (M.S.).

O grupo é muito bom, pra quem está aqui internado, ainda mais sozinho, sem acompanhante como eu, né (J.L.).

4 O grupo influi de forma benéfica na socialização das pessoas durante a hospitalização

Quando afirmamos que o grupo possibilita uma interação entre os pacientes, estamos ratificando que a participação em grupos sociais promove a socialização e insere o idoso em um contexto social no qual é sujeito pensante e transformador de sua realidade. Segundo Waldow (1984), “o processo de envelhecimento é lento e há uma tendência

ao isolamento e à dependência, devendo ser combatidas através da inserção do idoso na participação na sociedade e na abordagem de seus interesses”.

A socialização foi um dos principais benefícios do grupo citados pelos idosos que participaram do GES. Uma questão que vale mencionar, inclusive relacionando ao aspecto da solidão, é que os grupos, além de atuarem como estratégia para lidar com essa problemática, mantêm sua característica mesmo após o término das reuniões. Ou seja, o grupo, no momento das atividades propostas, interage, o que proporciona troca de experiências; seus participantes passam a se conhecer melhor, descobrindo afinidades e possibilitando futuras amizades, de forma que, mesmo em dias em que não ocorrem o GES, buscam atividades em grupo e percebem uma mudança positiva no relacionamento entre eles. Acerca disso Vianna (1990, p. 33) afirma que “as atividades que o ser humano desenvolve ocupam as mãos e a mente, trazem bem-estar e calma. Elas têm uso terapêutico assim como a arte e a natureza”.

Para ilustrar trazemos estas falas:

Foi legal porque deu pra conhecer pessoas novas e que estão com o mesmo problema que eu, né (M.N.G.).

O grupo? Foi bom participar. O que eu mais gostei foi da união. Virou uma coisa de camaradagem, né, filha (G.B.).

Sabe, eu achei muito bom e importante as pessoas falando sobre a vida, eu fiquei admirada porque tiveram tanta revelações, né (H.C.S.).

O que eu considero mais importante no en-

contro deste grupo foi o fato das pessoas estarem juntas, sabe. Eu to falando do contato, da união entre os pacientes... (C.M.S.).

O grupo foi bastante legal, a gente conversou, conheceu melhor os companheiros e ficou mais fácil de entender o problema dos outros. Porque quando a gente conhece o colega que senta do nosso lado, fica melhor a gente encarar tudo que se passa aqui, entendeu? (F.S.).

É notório, pelas falas transcritas, o significado que o grupo teve para os idosos hospitalizados que participaram do GES. Entretanto, vale ressaltar a importância do diálogo, da troca e da convivência, que parecem permitir uma melhor aceitação da doença e das rotinas da hospitalização.

Outros benefícios apontados pelos idosos foram: o grupo animou a enfermaria deixando-os mais alegres, ajudou a rir, a deixá-los mais calmos, pacientes, tranquilos, com ânimo para viver e esperança.

Trouxe tranquilidade, eu me senti mais liberado, mais à vontade. Essa energia foi muito boa (P.P.N.).

Essas coisas que vocês falaram foi muito boa porque trouxe alegria e vontade de viver, ânimo para enfrentar a doença (C.J.S.).

Além dos benefícios já mencionados, optamos por estabelecer como categoria também que o grupo contribui para que as pessoas se sintam valorizadas, melhorando sua auto-estima. Sobre isso Boff (1999, p. 40) afirma: “A valorização e a promoção de auto-ajuda da pessoa idosa é importante, principalmente no que se refere ao estímulo e manutenção das habilidades da vida. A ausência destas leva à insatisfação consigo mesmo, com os outros e com o mundo.”

A participação em grupos oferece aos idosos uma oportunidade de estabelecerem contato tanto com os outros pacientes como com os profissionais. Esse contato muitas vezes vai além da simples companhia; é contato de toque com o próximo e, especialmente, de si mesmos.

Durante os encontros trabalhamos algumas técnicas de relaxamento e de alongamento, as quais contribuíram para sinalizar aos pacientes a importância de questões que em nosso cotidiano não costumamos valorizar, como a respiração, mensagens de músicas e, em geral, mensagens relacionadas à auto-ajuda. Os pacientes idosos que participaram do GES relataram que se sentem valorizados no grupo, pois recebem carinho, palavras bonitas e são tocados, o que os faz alcançar o bem-estar e, inclusive, muitas vezes esquecer que estão em um hospital.

Referindo-se a essa questão, Berger (1995) afirma que “o bem-estar está condicionado a uma relação de aspectos emocionais, psicológicos, sociais, culturais e este conjunto contribui para o alcance do bem-estar”.

Tomando por base esse princípio, afirmamos que proporcionar assistência, apoio emocional, social, enfim, de todos os aspectos que citamos, contribui significativamente para o autocuidado e a recuperação dos pacientes. Assim, a partir da experiência que vivenciamos, identificamos ser o grupo um espaço privilegiado para abordarmos este conteúdo.

Para ilustrar as afirmações, selecionamos as seguintes falas:

Eu ouvi muitas palavras bonitas de todos, de esperança... e isso é muito bom (J.L.).

Vocês trouxeram tanta alegria, às vezes a gente não dá valor as coisas [...] vocês ajudam a gente a rir (M.S.).

Eu gostei muito do relaxamento, foi bom pra pensar na vida e também gostei da mensagem de vida que vocês passaram? (F.S.).

O toque foi importante porque eu sou sentimental e isso me tocou, às vezes só ouvir o toque e isso foi bom (J.S.P.).

O sentir já desprende, então este toque já sente o carinho, a amizade da outra pessoa, nós aqui fomos transmitindo um para o outro e eu até esqueci que estava no hospital (P.P.N.).

5 O grupo tornou-se uma estratégia para lidar com a ociosidade

Diante da referência por parte dos participantes sobre a falta de oportunidade em realizar atividades diferenciadas durante a internação, optamos por efetuar uma categoria relacionada à ociosidade, que constituiu uma queixa de relevância pelos idosos hospitalizados.

Eu fico aqui e fico com falta de atividade (G.B.).

A gente fica muito à toa aqui (M.J.F.G.).

A gente fica aqui sem fazer nada (L.M.S.).

Se a gente conversasse ia passar o tempo (C.J.S.).

A partir da análise das falas relacionadas à inserção de um grupo de convivência dentro de uma enfermaria, observamos que foi ultrapassado o objetivo de fornecer orientações voltadas para a promoção da saúde através de ações educativas e de estímulo do autocuidado. Res-

saltamos ainda que este grupo possibilita a prática de atividades, o preenchimento do espaço vazio, através, inclusive, do exercício da socialização, do entretenimento, não só por um período de tempo limitado (como estipulado pela programação do GES) como ultrapassando esse horário, pois, após o primeiro contato dos idosos durante o encontro do GES, eles se sentem mais à vontade para se relacionar entre si.

Assim, os participantes revelaram que o grupo oferece oportunidade de entretenimento, fuga da ociosidade imposta pela hospitalização, tornando o horário do encontro um momento vinculado ao prazer de um primeiro passo para o estabelecimento de relações interpessoais.

Com o grupo deu pra distrair e melhorar o astral (J.B.).

O grupo que vocês fizeram deu pra distrair eu até consegui sorrir, né (L.M.S.).

Esse grupo de vocês foi uma diversão (B.F.J.).

Existem, inclusive, falas que reportam à associação da prática do grupo com resolução da ociosidade: “A gente fica aqui sem fazer nada, fica só deitada e quando vocês vêm pra cá é uma coisa diferente” (L.M.S.).

6 Os participantes sentem carência de informações

Podemos ainda fundamentar a importância da implementação do GES associando-o como elemento com caráter informativo, ou seja, o grupo permite

a abertura de um espaço voltado para o fornecimento de orientações de cunho educativo, promovendo a explanação dos conteúdos sobre saúde a partir das dúvidas levantadas, relacionando-as com o cotidiano do público abordado.

Acreditamos que esse papel educativo que constitui uma das propostas do GES merece destaque em virtude da falácia dos idosos a respeito da carência de informações fornecidas durante a internação:

A gente é muito carente de informações (F.S.).

A gente percebe que não sabe nada (M.S.).

A gente aqui não sabe direito as coisas, da doença e do tratamento (M.P.S.).

Pena que eu não sabia destas informações antes, [...] Se eu soubesse disso antes, não estaria hoje internada aqui (C.M.S.).

Considerações finais

Essa experiência mostrou para as autoras a importância da existência de um grupo de convivência que aborde questões acerca da saúde no envelhecimento dentro de uma enfermaria. O que mais nos surpreendeu foi perceber que os idosos demonstram interesse em discutir aspectos relacionados à promoção e à recuperação da saúde, contudo não há oportunidade nem espaço reservado para discussão e orientação de caráter educativo.

Encontramos no GES um espaço para desempenhar este papel fundamental do enfermeiro: o de educador. É baseado nesse âmbito, voltado para orientações de cunho educativo, que o grupo revelou-se

como um momento propício para realizar ações educativas com o intuito de contribuir para um envelhecimento saudável através do debate de informações e da reflexão sobre a saúde na terceira idade.

Devemos destacar que foi possível alcançar os objetivos propostos através do direcionamento de ações educativas preocupadas em estimular o idoso, tornando-o capaz de atuar tanto individual quanto coletivamente, buscando melhorar as suas condições de saúde.

Diante do exposto, acreditamos que a implementação do GES dentro de uma enfermaria possibilita uma melhora no sentimento de abandono e exclusão dos idosos hospitalizados. No entanto, para afirmar essa possibilidade, são necessários estudos mais aprofundados sobre o impacto deste tipo de atividade no paciente internado. O presente trabalho teve como objetivo apenas um relato de experiência.

Ao avaliar a atividade através das entrevistas, observamos que o GES trouxe benefícios para a clientela, visto que proporcionou uma maior socialização dos idosos dentro da enfermaria e, por conseguinte, promoveu entretenimento e reduziu a problemática que envolve a internação, como a ociosidade, a solidão, a depressão e a carência de informação.

Diante do que foi demonstrado durante o trabalho, os resultados revelaram-se positivos, verificando-se a real necessidade de iniciativas como a do grupo de convivência dentro de uma instituição hospitalar, como um ele-

mento complementar na prestação de uma assistência integral e qualificada.

Recebido para publicação em maio de 2003.

Abstract

This is a study about the experience of a companionship group in a hospital. This proposal came out after verifying that the elderly attending a Health Education Group of the Third Age Open University from Rio de Janeiro State University showed great vitality. Aiming hospitalized aged persons, authors tried to find a possibility for helping them dealing with some bad feelings and also contribute for health promotion. Objectives were: creating a Health Education Group with aged patients in a ward of a University Hospital in Rio de Janeiro and evaluating the activity according with patients words. Sixteen aged patients were interviewed and the guide question was: "What were the changes the group has brought for your daily life?" The results are the following meaning units: the group promotes health and education; hospitalization is a bad experience; the group is an effective strategy for dealing with the loneliness they feel for being at the hospital; the group influences socialization during hospitalization; the group became a strategy for dealing with idleness; participants have a lack of information. These meaning units showed that working with aged patients in

companionship groups at a hospital unit seems to be a valid health promotion strategy.

Key-words: co-living group, hospital, elderly.

Referências

- ASSIS, M. O envelhecimento e suas consequências. In: CALDAS, C. P. (Org.). *A saúde do idoso: a arte de cuidar*. Rio de Janeiro: Uerj, 1998.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1979.
- BARRETO, A. C. B.; REIS, M. R. dos. *A visão interdisciplinar sobre a consulta de enfermagem no ambulatório da terceira idade*. 2001. Projeto de Monografia – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.
- BEAVOIR, S. *A velhice incômoda I*. Trad. de Heloísa de Lima Dantas. 2. ed. São Paulo: [s.n.], 1976.
- BERGER, L. M. *Pessoas idosas: uma abordagem global*. Processo de enfermagem por necessidades. Lisboa: Lusidiacta, 1995.
- BOFF, L. *Saber cuidar: ética do humano com paixão pela terra*. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Lei Orgânica da Saúde*. Lei nº 8 080/90. Diário Oficial da União, 28 dez. Brasília: Senado.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética*, v. 4, n. 2, p. 15-25, 1996. suplemento.
- DANTAS, C. P.; MONTEIRO, D. R.; DIAS, L. B. T. *Terceira idade: a redescoberta da vida: uma feliz idade*. TCC/ESS-UFRJ, 1995.

- DEBERT, G. G. Pressupostos da reflexão antropológica sobre a velhice. In: *Textos Didáticos*, IFCH/Únicamp, 1(3), p. 1-134, mar. 1994.
- DUARTE, M. J. S. Autocuidado para qualidade de vida. In: CALDAS, C. P. (Org.). *A saúde do idoso: a arte de cuidar*. Rio de Janeiro: Uerj, 1998.
- FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
- GEORGE, J. B. et al. Teorias de enfermagem. *Os fundamentos para prática profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- GUILLÉN LLERA, F.; MOLINO MARTÍN, J. P. *Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico*. Barcelona: Masson, 1994.
- GUSDORF, G. Passado, presente, futuro da pesquisa interdisciplinar. *Revista Tempo Brasileiro*, Rio de Janeiro: ABR, 1995.
- JAPIASSU, H. *Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Rio de Janeiro: Imago, 1976.
- LEOPARDI, M. T.; RODRIGUES, M. S. P. *O método de análise de conteúdo: uma visão para enfermeiros*. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999.
- KALACHE, A.; VERAS, R. P.; RAMOS, L. R. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, USP, 21(3), p. 200-210, 1987.
- MORAGAS, R. *Gerontologia social: envelhecimento e qualidade de vida*. São Paulo: Paulinos, 1997.
- MOTTA, L. B. D. A. Levantamento do perfil de idosos internados em hospital geral: análise do processo de internação frente às demandas da população geriátrica. In: *Textos sobre envelhecimento*, v. 1, n. 6, p. 47-74, nov. 1998.
- PEREIRA, M. N. *O (des)conforto como vínculo do cuidar de enfermagem nos clientes neurológicos portadores de úlcera de pressão*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.
- CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL. *Práxis*, ano I, n. 4, p.6-7, ago. 1999.
- REMEN, R. N. *O paciente como ser humano*. São Paulo: Summus, 1993.
- SILVA, M. J. da. *O idoso submetido à cirurgia de próstata: intervenção do enfermeiro para o autocuidado*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.
- TRIVIÑOS, A. N. S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1987.
- VERAS, R.P. *País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.
- WALDOW, V.R. O papel da enfermagem na velhice em face das modificações fisiológicas e fisiopatológicas. *Rev. Paul. Enf.*, São Paulo, 4(4), p. 127-131, out./dez. 1984.
- WARSHAW, G.A. et al. Functional disability in the hospitalized elderly. *Journal of American Geriatric Society*, v. 248, p. 847-850.