

O direito da pessoa idosa ao acompanhante, refletido na compreensão de profissionais da Saúde: uma contribuição ao debate*

The elderly person's right to a companion, reflected in the understanding of health professionals: a contribution to the debate

El derecho de las personas mayores a un compañero, reflejado en la comprensión de los profesionales de la salud: una contribución al debate

Camila Fernandes Bezerra da Silva
Náia de Melo Costa
Sálvea de Oliveira Campelo e Paiva

RESUMO: Identificar a compreensão dos profissionais de saúde, no Brasil, sobre o direito de acompanhante, garantido ao idoso internado em instituições hospitalares, é o principal objetivo deste escrito. A metodologia consiste em uma pesquisa explicativa, com abordagem qualitativa, utilizando-se a revisão integrativa de estudos publicados na Biblioteca Virtual em Saúde. Como resultado principal, observamos que são delegadas aos acompanhantes as mesmas atribuições do cuidador, o que contribui para a designação máxima da responsabilidade do cuidado à família.

Palavras-chave: Envelhecimento; Familismo; Acompanhante.

ABSTRACT: *Identifying the understanding of health professionals in Brazil about the right to accompanying elderly people hospitalized in hospital institutions is the main objective of this paper. The methodology consists of an explanatory research, with a qualitative approach, using the integrative review of studies published in the Virtual Health Library. As a main result, it was observed that the same responsibilities of the caregiver are delegated to the companion, which contributes to the maximum designation of responsibility for caring for the family.*

Keywords: *Aging; Familism; Accompanying.*

RESUMEN: *Identificar la comprensión de los profesionales de la salud, en Brasil, sobre el derecho de un compañero, garantizado a los ancianos hospitalizados en los hospitales, es el objetivo principal de este documento. La metodología consiste en una investigación explicativa, con un enfoque cualitativo, utilizando la revisión integradora de los estudios publicados en la Biblioteca Virtual en Salud. Como resultado principal, observamos que las mismas funciones del cuidador se delegan a los compañeros, lo que contribuye a la designación máxima responsabilidad del cuidado familiar.*

Palabras clave: *Envejecimiento; Familiarismo; Persona acompañante.*

Introdução

O presente trabalho resulta das reflexões e indagações elaboradas durante a experiência, enquanto Assistente Social residente em um hospital público de alta complexidade, da cidade do Recife, capital do estado de Pernambuco, Brasil.

A requisição por um acompanhante de pacientes idosos hospitalizados é uma demanda frequentemente encaminhada ao Serviço Social por diversos profissionais de saúde, principalmente pelos profissionais da Enfermagem, objetivando que o Serviço Social localize os familiares destes idosos e solicite sua presença para acompanhá-los.

Conforme apresenta Matos (2013), a solicitação de acompanhantes para idosos internados vem se caracterizando como demanda de intervenção exclusiva do Serviço Social, ou seja, alvo de respostas dos Assistentes Sociais.

O direito ao acompanhante para pessoas a partir de 60 anos que estão hospitalizadas é assegurado pelo Estatuto do Idoso (2003), o qual estabelece também que as instituições devem prover as condições mínimas para que os acompanhantes permaneçam em tempo integral na unidade hospitalar.

A importância do acompanhante é ressaltada pela Política Nacional de Humanização (PNH) de 2013, ao definir que o mesmo representa um contato com a rede social da pessoa internada, evitando o seu isolamento e fortalecendo o apoio familiar, de forma que exista uma inserção entre a equipe de saúde e a família, e que esta também seja parte integrante do projeto terapêutico do paciente.

No entanto, apesar de se caracterizar como direito, a presença do acompanhante vem sendo associada às expectativas de sua participação, no cuidado com o idoso internado que, por vezes, ultrapassa a função e responsabilidade do acompanhante, conforme previsto em lei. Parece haver uma tendência, nas instituições hospitalares, em perceber o acompanhante, diretamente, como sendo um cuidador. O objetivo geral desta pesquisa consiste em identificar a compreensão dos profissionais de saúde no Brasil, sobre o direito garantido ao acompanhante do idoso internado em instituições hospitalares, tendo como relevância a contribuição para: a) a apreensão crítica do processo de envelhecimento na sociedade capitalista, considerando-se a inserção de classe da população usuária dos serviços de saúde; b) a defesa dos direitos do idoso e de sua família; e c) a atuação não apenas do Serviço Social, mas dos demais profissionais de saúde.

Procedimentos Metodológicos

O presente estudo caracteriza-se como sendo explicativo com abordagem qualitativa, uma vez que, além de registrar e analisar o fenômeno de estudo, propõe a identificação das suas causas (Severino, 2007), enfatiza as relações e as estruturas sociais, captando os significados e intencionalidades presentes nos fenômenos (Marsiglia, 2009, p. 388). Tendo em vista o atendimento aos objetivos desta pesquisa, recorreremos ao método crítico dialético como fundamento que norteia a análise, pois a temática em tela exige a consideração da totalidade dos fenômenos sociais. Segundo Tonet (2013, p. 112), o que possibilita indicar o percurso metodológico do objeto é a realidade objetiva. Para conhecer o objeto além da sua aparência é preciso captar a essência (dinâmica e estrutura) dos fenômenos, uma vez que a sociedade é uma totalidade complexa constituída por um sistema de relações sociais, em que sujeito e objeto interagem.

Na trilha deste percurso, utilizamos a revisão integrativa como metodologia de pesquisa a qual permite a sintetização de diversos estudos publicados, além da construção de conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo, tendo como etapas necessárias: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa; estabelecimento de critérios de inclusão e de exclusão; categorização dos estudos selecionados; interpretação dos resultados e, por fim, a síntese do conhecimento (Mendes, *et al.*, 2008).

Diante da temática desta pesquisa, a etapa da coleta de dados ocorreu a partir de fontes secundárias, por meio de levantamento bibliográfico na plataforma da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando-se descritores acerca do objeto de pesquisa.

Visando a contemplar o tema e os objetivos deste estudo, foram considerados cinco descritores (tabela 1) elencados, tendo em vista a abrangência na busca pelos estudos que circundam a temática em questão.

Tabela 1 – Descritores utilizados e suas definições conforme a BVS

DESCRITOR	DEFINIÇÃO
Idoso	Pessoa de 65 a 79 anos de idade. Para uma pessoa com mais de 79 anos; IDOSO DE 80 ANOS OU MAIS está disponível. Sinônimos: Idosos; Pessoa Idosa; Pessoa de Idade; Pessoas de Idade; Pessoas Idosas; População Idosa.
Idoso de 80 Anos ou mais	Pessoa de 80 anos de idade ou mais idosa. Sinônimos: Centenários; Nonagenários; Octogenários; Velhíssimos; Idoso de 80 ou mais Anos; Idosos de 80 ou mais Anos; Idosos de 80 Anos ou mais.
Cuidador	Pessoas que proveem cuidado para aqueles que precisam de supervisão ou assistência no estado de doença ou incapacidade. Podem prestar a assistência em casa, em um hospital ou em uma instituição. Apesar do termo cuidador incluir médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde, o conceito também se refere a pais, cônjuges ou outros familiares, amigos, clérigos, professores, assistentes sociais, colegas pacientes. Sinônimos: Cuidador de Família; Cuidador Familiar; Cuidadores Familiares; Cuidadores de Família; Cuidadores Cônjuges; Cônjuges Cuidadores; Familiar Cuidador; Familiares Cuidadores.
Saúde do idoso	Refere-se à saúde e bem-estar das pessoas de idade avançada e à prestação de cuidados de saúde adaptados aos problemas especiais dessas pessoas. A saúde na terceira idade depende, sobretudo, dos cuidados no passado. Sinônimos: Saúde da Pessoa Idosa; Saúde da Terceira Idade; Caderneta de Saúde do Idoso; Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.
Acompanhantes	Indivíduos que estão presentes como terceiros em consultas médicas como o exame físico por um profissional de saúde de um indivíduo do sexo oposto. Sinônimos: Acompanhante Formal do Paciente; Acompanhante Formal em Exame Físico; Acompanhante Formal em Exame Íntimo; Acompanhante Formal em Exame Médico; Acompanhante Médico; Acompanhantes de Pacientes; Acompanhantes em Consultas Médicas; Acompanhantes em Exames Físicos; Acompanhantes em Exames Médicos.
	Acompanhantes em Exames Médicos Íntimos; Acompanhantes Formais de Pacientes; Acompanhantes Formais em Exames Íntimos; Acompanhantes Formais em Exames Médicos; Apoio Familiar de Paciente; Chaperones Médicos; Chaperones de Pacientes; Terceira Pessoa durante o Exame Médico; Terceira Pessoa durante a Consulta Médica.

Fonte: elaboração própria

As produções científicas consideradas neste estudo tiveram como critérios de inclusão: a) abordar o “papel” do acompanhante no cuidado com a saúde do idoso internado; b) tratar-se de estudo que considere o âmbito de instituição hospitalar; e c) artigos completos. Como critérios de exclusão, temos: a) estudos que tenham a atenção domiciliar ou atenção básica como lócus de pesquisa; b)

estudos que não abordem o acompanhante/família; e c) pesquisas que não estejam em Língua Portuguesa, uma vez que o estudo em tela refere-se ao contexto brasileiro.

Após a busca na BVS conforme os descritores, totalizaram-se 17 artigos científicos, os quais, a partir do uso de instrumental elaborado, tiveram suas informações coletadas e sistematizadas. Observou-se que existem artigos idênticos que estão em plataformas diferentes e, por esta razão, estes foram contabilizados como sendo um só estudo (tabela 2). Considerando a observação e os critérios de inclusão/exclusão acima descritos, foram selecionados para esta pesquisa sete estudos científicos (tabela 2).

Tabela 2 – Critérios de inclusão e exclusão

	TÍTULO DO ARTIGO	CRITÉRIOS	BASE DE DADOS
1	Perfil do acompanhante de idosos hospitalizados: avaliação da atuação no cuidado e recuperação geriátrica	INCLUÍDO	LILACS
2	Vivências de familiares cuidadores de pessoas idosas hospitalizadas e a experiência de intercorporeidade	INCLUÍDO	LILACS
3	As reações do familiar acompanhante de idosos hospitalizados frente às situações de estresse	INCLUÍDO	LILACS
4 e 5*	Sentidos do cuidado com o idoso hospitalizado na perspectiva dos acompanhantes	INCLUÍDO	LILACS/BD ENF
6	Serviços de atenção ao idoso e estratégias de cuidado domiciliares e institucionais	Excluído. Aborda atenção domiciliar.	LILACS
7 e 8*	Acompanhantes de idosos: reflexão sobre sua prática	Excluído. Aborda atenção domiciliar.	LILACS
9	O estresse do familiar acompanhante de idosos dependentes no processo de hospitalização	INCLUÍDO	LILACS/BD ENF
10 e 11*	A enfermagem diante dos estressores de familiares acompanhantes de idosos dependentes no processo de hospitalização e de alta	INCLUÍDO	LILACS/BD ENF
12	Programa "Acompanhante de idosos"	Excluído. Aborda atenção domiciliar.	EMS
13 e 14*	Hospitalização na óptica do acidentado de trânsito e de seu familiar-acompanhante	Excluído. Aborda atenção domiciliar.	LILACS/BD ENF
15, 16 e 17*	Fatores que favorecem a participação do acompanhante no cuidado do idoso hospitalizado	INCLUÍDO	LILACS/BD ENF/MEDLINE

Fonte: elaboração própria.

* Estão repetidos na busca da plataforma porque se encontram em mais de uma base de dados

Após as etapas de seleção de produções científicas na BVS, os estudos foram categorizados em instrumental elaborado para a coleta e sistematização das informações, a matriz de análise, seguindo as etapas necessárias que compõem a revisão integrativa, objetivando definir, reunir e sintetizar as informações encontradas.

A matriz de análise tem por objetivo ponderar o rigor e as características dos estudos e proteger o pesquisador de erros durante a análise (Klopper, *et al.*, 2007 como citado em Botelho, Cunha, & Macedo, 2011, p.131). O instrumental de coleta, portanto, possibilitou a organização e a sumarização de informações acerca da amostra, local e sujeitos do estudo; os objetivos e metodologias utilizadas; resultados, conclusões e lacunas (Mendes, *et al.*, 2008).

Posteriormente, as informações extraídas foram analisadas qualitativamente, tendo como referência as categorias pertencentes ao referencial teórico adotado neste estudo, que são: envelhecimento e familismo, observando-se, atentamente, as principais tendências manifestadas pela realidade.

Resultados e discussão

A temática do envelhecimento tem recebido destaque pelos estudiosos e organismos multilaterais nas últimas décadas, especialmente em relação à transição demográfica dos países emergentes, como o Brasil. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2016) apontam que o número de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos vai mais que dobrar no mundo em 2050, passando dos atuais 900 milhões para cerca de 2 bilhões.

O lócus de tal preocupação reside no fato de que o envelhecimento da população pode gerar custos para a sociedade, tanto por não se caracterizar como uma fração economicamente produtiva, necessitando de aparatos da proteção social, quanto pelo desafio de conquistar o envelhecimento saudável da população brasileira, acarretando custos devido aos atendimentos de saúde e internações hospitalares.

A estratégia do envelhecimento independente e ativo é uma das orientações de organismos multilaterais, como a OMS, que se apresentam como alternativa para a minimização daqueles custos, pois propagam receituários de qualidade de vida a serem seguidos pela população. Entretanto, para Haddad (2016) e Belo (2013), ao exigir que os idosos se encaixem no modelo proposto, esta estratégia acaba por responsabilizar as próprias famílias pela forma que envelhecem.

O discurso do envelhecimento ativo encobre, principalmente, a desigualdade fundamental que sustenta as relações sociais na sociedade capitalista: *a exploração do capital sobre o trabalho*.

Dessa maneira, apesar de ser amplamente difundida pelos organismos multilaterais e políticas sociais, a perspectiva do envelhecimento ativo mostra-se insuficiente para compreender o processo de envelhecimento no Brasil e no mundo. Para apreendê-lo em sua totalidade, em sua essência, é necessário considerar, portanto, as *condições objetivas e subjetivas de vida desta população*. De acordo com Teixeira (2017, p. 35, grifos nossos)

o homem *envelhece sob determinadas condições de vida*, fruto do lugar em que ocupa nas relações de produção e reprodução social, *não se podem universalizar suas características [...] porque os homens não vivem e não se reproduzem como iguais*; antes, são distintos nas relações que estabelecem na produção de sua sociabilidade, principalmente na sociabilidade fundada pelo capital, nas quais, desigualdades, pobreza e exclusões sociais lhe são iminentes, reproduzidas e ampliadas no envelhecimento do trabalhador.

Vieira, *et al.* (2009) destacam alguns relatos em que se observa o sentimento de culpa das famílias por não poder oferecer à pessoa idosa o conforto merecido. O que chama a atenção é que, para a maioria dos familiares participantes do estudo, a maior dificuldade está em prover recursos para suprir as necessidades dos idosos dependentes:

Para a maioria dos familiares participantes do estudo, a maior dificuldade está em prover recursos para suprir as necessidades dos idosos dependentes e essa escassez de recursos mínimos acentua as dificuldades de cuidar, pois o salário recebido da aposentadoria ou pensão não tem comportado gastos. [...] alguns idosos, por não terem contribuído com a Previdência, não recebiam qualquer recurso financeiro. Quando vão de Alta [hospitalar] para casa, na maioria das vezes necessitam de materiais onerosos, como fraldas geriátricas, alimentação especial, medicamentos, entre outros. Mesmo sendo de responsabilidade da rede básica de saúde fornecer aos idosos tais requerimentos, poucas unidades dispõem desses recursos, dificultando a manutenção das condições mínimas de bem-estar dos idosos dependentes no domicílio. A constatação de angústia das famílias como estressor extrapessoal foi notória nesta pesquisa. A escassez de recursos financeiros é um fator dificultador do cuidado do idoso (Vieira, *et al.*, 2009, p. 649).

O salário mínimo no Brasil, neste ano de 2019, tem o valor de R\$ 998,00, conforme o Decreto 9.661 de 01 de janeiro de 2019. Apesar de estar preconizado no artigo 7º da Constituição Federal de 1988 que o salário mínimo deve ser fixado em valor capaz de atender às necessidades vitais básicas do trabalhador e da sua família, caracterizando-se, portanto, como um direito social que visa à melhoria da condição social do trabalhador, dados do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Econômicos (DIEESE) evidenciam violação a este direito.

O DIEESE mostra que o valor do salário mínimo necessário para a subsistência das famílias brasileiras deveria totalizar R\$ 3.959,98¹, valor bastante acima do estabelecido nacionalmente.

¹ Dado do DIEESE referente ao mês de novembro de 2018.

Em 2010, o censo do IBGE de 2010 apontou que apenas 25% das pessoas aposentadas têm renda equivalente a três salários mínimos ou mais, evidenciando que a maioria dos velhos é pobre ou miserável, ou seja, se reproduz socialmente sem o mínimo necessário (Arruda, & Paiva, 2014). Essa realidade contraditória é resultante do processo de trabalho explorado e precário imposto à classe trabalhadora, que não lhe oferece o devido retorno material para a satisfação das suas necessidades humanas, de produção e reprodução social.

A Política Nacional de Amostra de Domicílios (PNAD) de 1999 revela que 50% dos idosos, mesmo depois de aposentados, permanecem no mundo do trabalho, geralmente caracterizado pelo mercado informal ou de subsistência, em trabalhos por conta própria, comércio, entre outros, realidade comum entre os mais pobres (PNAD, 1999, como citado em Teixeira, 2017). Ainda que mínimas, essas rendas permitem que os idosos possam prover as suas famílias. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostram que, em 2002, 43% daqueles com mais de 60 anos têm renda abaixo de um salário mínimo e, destes, 30,4% continuam trabalhando (IBGE, 2002 como citado em Minayo, 2005).

Recentemente, a PNAD Contínua de 2012-2017 traz outro dado importante: Apesar de pessoas com 60 anos ou mais caracterizarem-se com a menor taxa de ocupação em relação aos grupos mais jovens, houve aumento na taxa de desocupação, que é a proporção de pessoas desocupadas em relação à força de trabalho. Em outras palavras, os idosos estão retornando ao trabalho, pois:

(...) a taxa de desocupação dos idosos, que havia se mantido abaixo de 2,0%, entre 2012 e 2014, *ultrapassou pela primeira vez* na série o patamar de 4,0%, em 2017. Houve *acréscimo de idosos na força de trabalho proporcionalmente maior que a ampliação da população idosa*, aumentando sua taxa de participação, mas sem reflexo em seu nível de ocupação. Idosos podem ser levados a permanecer ou retornar para a força de trabalho pela necessidade de completar renda (WORLD..., 2018) em especial em cenário de crise (IBGE, 2018, p. 35, grifos nossos).

Logo, o processo de envelhecimento não é uniforme para toda a população, já que se sobrevive no Brasil em condições desiguais de vida. A vulnerabilidade na qual está inserida a classe trabalhadora é representada para além da ausência de renda, agregando também o acesso ou não aos bens e serviços básicos, tais como os de saúde, saneamento básico, educação, transporte, assistência social, cultura e lazer (Arruda, & Paiva, 2014). Estes elementos fazem parte dos fatores determinantes e condicionantes de saúde, preconizados pela Lei Orgânica da Saúde (Brasil, 1990). Dessa maneira, cabe enfatizar que a *condição de classe* assume lugar central na compreensão do processo de envelhecimento no país.

A preocupação com o aumento da população idosa no Brasil é revelada também nos estudos analisados (gráfico 1), apresentando-se em seis dos sete destes como ponto de partida, a exemplo de Silva, *et al.* (2017), Chenichara, *et al.* (2015), Reis, *et al.* (2016), Chibante, *et al.* (2015) e Vieira, *et al.* (2009).

Entretanto, esses autores não abordam o envelhecimento como um processo, em que a questão de produção e reprodução da vida, de sobrevivência e, portanto, de classe, seja central. Reproduz-se a perspectiva do envelhecimento independente e ativo, a exemplo deste fragmento:

Há diversas formas de caracterizar o termo envelhecer. Dentre elas, encontra-se o envelhecimento bem-sucedido e o envelhecimento mal-sucedido. Envelhecer bem-sucedido se tornou um aglomerado de características como: longevidade, independência, baixo risco de doenças e incapacidades, um bom funcionamento físico e mental, o envolvimento ativo com a vida, participação social [...]. Já o envelhecimento mal-sucedido se dá quando ocorrem perdas dos projetos de vida; falta de reconhecimento; dificuldade de satisfazer suas próprias necessidades; sentimentos de fragilidade, incapacidade, baixa autoestima, dependência, desamparo, solidão e desesperanças; além de ansiedade, depressão, hipocondria e fobias (Chernichara, *et al.*, 2015, p. 81).

A quase totalidade dos estudos preocupa-se em traçar um perfil do acompanhante (gráfico 1). Em três dos trabalhos, o objetivo é identificar os fatores estressores dos acompanhantes, os quais possuem uma relação direta com o aspecto econômico e de responsabilização das famílias com os velhos. Em Vieira, *et al.* (2009, p. 648), afirma-se que “muitas vezes se observa um sentimento de culpa e frustração em não poder oferecer à pessoa dependente o conforto merecido”, pois,

Para a maioria dos familiares participantes do estudo, a maior dificuldade está em prover recursos para suprir as necessidades dos idosos dependentes e essa escassez de recursos mínimos acentua as dificuldades de cuidar, pois o salário recebido da aposentadoria ou pensão não tem comportado gastos.

Pode-se dizer que o perfil apresentado pelos estudos caracteriza-se como sendo majoritariamente feminino, sendo filhas, jovens adultas, e que permanecem na maioria das vezes em tempo integral junto ao idoso hospitalizado. Estas são as informações centrais que os estudos objetivam colher.

Outros estudos, como os de Chibante, *et al.* (2015) e Silva, *et al.* (2017), apresentam dados sobre o vínculo empregatício dos acompanhantes e escolaridade. Mas como se pode observar na tabela 3, informações pertinentes para identificação de um perfil que possa dialogar com a realidade não são colocadas:

Tabela 3 – síntese das informações sobre o perfil dos acompanhantes

	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7
Sexo	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	-	Feminino
Idade	40 a 49 anos	33 a 57 anos	47 a 57 anos	45, 8 anos em média	23 a 64 anos	-	23 a 64 anos
Estado Civil	-	-	Solteiro	Casado	-	-	-
Escolaridade	-	-	-	Ensino Médio Completo (51,1%)	-	-	-
Vínculo Formal de Trabalho	-	-	-	55,5% possuem vínculo de trabalho	-	-	-
Formação Profissional	7,2% possuem curso técnico ou auxiliar de enfermagem	-	-	-	-	-	-
Vínculo Familiar	Filhas	Filhas	-	Esposas, mães, filhas, cunhadas etc.	Filhas ou noras	-	Filhas ou noras
Número de acompanhantes e tempo de permanência	57% revezava acompanhamento em períodos de 12 horas	-	-	88.8% revezava Acompanham em períodos de 12 horas	-	-	-

Fonte: elaboração própria

Um dado que chamou muito a atenção no estudo de Silva, *et al.* (2017) é que existe um campo no perfil para identificar se os acompanhantes possuem ou não formação na área da saúde. Informam que 7,2% dos acompanhantes possuem formação técnica e auxiliar de enfermagem, sendo 3,6% em exercício de atividade de acompanhamento remunerada.

A concepção hegemônica sobre o envelhecer centraliza os êxitos e fracassos da velhice nos próprios idosos, secundarizando o fato de que o Estado se exime na responsabilidade de oferta dos mecanismos necessários para responder à totalidade das demandas do envelhecimento, via Políticas Sociais, pois, “a velhice não é uma fase isolada das demais, e sim *resultante do que foi construído ao longo de toda a vida*” (Arruda, & Paiva, 2014, p. 250, grifos nossos).

Essa omissão está na raiz do *familismo*, fenômeno que vem ganhando força no debate da política social, a partir dos anos de 1990, caracterizando-se pela máxima designação de obrigações à unidade familiar para o cuidado e proteção dos seus membros.

A instância familiar vem sendo colocada em primeiro lugar nas legislações específicas para o segmento idoso, enquanto primeira instância de cuidado, caracterizando-a tanto como instituição protetora dos seus membros quanto protegida, na letra destas legislações.

Sobre a questão da centralidade na família, é válido destacar que a lei n.º 13.146, de 6 de julho de 2015, que institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, diferencia-se das legislações pertinentes à pessoa idosa, ao colocar, em seu artigo 8º, o Estado como primeira instância de responsabilização e cuidado com a pessoa com deficiência, e não a família, a qual aparece em terceiro lugar. Identifica-se um avanço em termos de compreensão das responsabilidades das instituições, principalmente do Estado. Para efeito de ilustração, tem-se abaixo trechos da Política Nacional do Idoso (PNI), de 1994, e do Estatuto do Idoso (2003):

Art. 3: É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (Brasil, 2003).

I – A família, a sociedade e o Estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida (Brasil, 1994).

A Constituição e a oferta de recursos e serviços pressupõem a responsabilidade primeira às famílias, na organização do bem-estar de seus membros, em correlação com a falta de provisão de bem-estar estatal (Esping-Andersen, 2000, como citado em Alves, & Miotto, 2015).

Percebe-se, diante disso, que tanto as legislações supracitadas quanto o cenário desta pesquisa expressam perspectivas sobre envelhecimento e família desprovidas de mediações com a realidade concreta.

No Artigo 226, da Constituição Federal Brasileira, a centralidade da família no contexto da vida social está explícita ao afirmar que a “família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado”. Todavia, no que se refere ao cuidado dos cidadãos idosos, este público e suas famílias parecem mais ser alvo de responsabilização do que de proteção social.

Independentemente dos modelos que assume, a família se caracteriza como um espaço que tanto media as relações entre os sujeitos e a coletividade, quanto como um espaço contraditório, pois a dinâmica cotidiana de vida dos seus membros é marcada por conflitos e desigualdades (PNAS, 2004, p. 40).

As formas de enfrentamento das problemáticas do envelhecimento no Brasil ocorrem desde o início do século XX, principalmente através das lutas sociais as quais possuem como resultado a efetivação de direitos e de políticas públicas.

Entretanto, as formas como elas estão estruturadas não apenas mascaram a condição de classe do trabalhador, mas também reforçam a cultura privacionista para este enfrentamento, mediante as constantes parcerias entre o público e o privado, a exemplo do trabalho social, através da filantropia, organizações não governamentais, empresas cidadãs etc., e iniciativas da sociedade civil, enquanto espaço de proteção social, independentemente de estar financiada pelo Estado (Teixeira, 2017).

Essas atividades se revelam como tendências amplas de privatização dos serviços sociais e, junto a isso, o Estado coloca-se com suas responsabilidades cada vez mais reduzidas, transferindo-as para a sociedade civil, mercado e as famílias (Teixeira, 2017), de modo que:

O repasse das responsabilidades por um envelhecimento saudável para o próprio indivíduo, para a família, e a sociedade, é uma expressão da desresponsabilização estatal pelo enfrentamento das mazelas sociais trazidas e reproduzidas no envelhecimento da população (Teixeira, 2017, p. 47).

Portanto, ao lado de um Estado omissivo em seu papel de prover as necessidades básicas de saúde e de sobrevivência para a população brasileira, responsabilizar as famílias por si mesmas apresenta-se como uma via para continuar se eximindo do processo. De fato, as famílias vêm sendo as principais e, muitas vezes, únicas instâncias de cuidado à pessoa idosa, algo que também se expressa nas unidades hospitalares. Nesse sentido, Freitas (2011, como citado em Arruda, Silva, & Silva, 2017, p. 135, grifos nossos) destaca que “*muitas vezes as famílias acusadas de negligência são negligenciadas pelo Estado*”.

Para Arruda, *et al.* (2017, p.135, grifos nossos),

Estar acompanhado(a) *é de suma importância* na recuperação do(a) paciente, para a manutenção dos vínculos, das relações sociais, do contato com o mundo exterior; representa fonte de conforto e segurança para a pessoa acometida por uma enfermidade, sendo mais um elo com a equipe da saúde. *Porém, o acompanhamento deve ser entendido como um direito, e não como um dever ou condição para a atenção ao(à) paciente na unidade de saúde [...].* O direito ao tratamento de saúde no SUS não pode estar condicionado à situação sociofamiliar ou socioeconômica. Afinal, como responsabilizar familiares inexistentes? Como exigir laços de solidariedade, muitas vezes, sem consolidação? Família *versus* Estado: responsabilização? Transferência de papéis?

Os estudos analisados apresentam que, com o aumento da população de idosos, eleva-se também o número de doenças crônicas (doenças geriátricas), fazendo com que este público tenha algum grau de dependência. Consequentemente, aumenta-se a demanda por leitos hospitalares e estratégias de cuidados especializados direcionados à população idosa. Os idosos representam 23% do total de internações hospitalares no Brasil, com tempo de permanência 25% maior do que as demais faixas etárias (Reis, 2016).

Em segundo lugar, fazem referência à Portaria n.º 280, de 07 de abril de 1999 (gráfico 1), para evidenciar que a presença do acompanhante durante o período de hospitalização do idoso é importante.

Todavia, o que aquela Portaria traz estritamente é que, considerando a Política Nacional do Idoso (1994), os hospitais públicos ou conveniados com o SUS são obrigados a oferecer meios que permitam a presença do acompanhante junto ao paciente com 60 anos ou mais, durante o internamento.

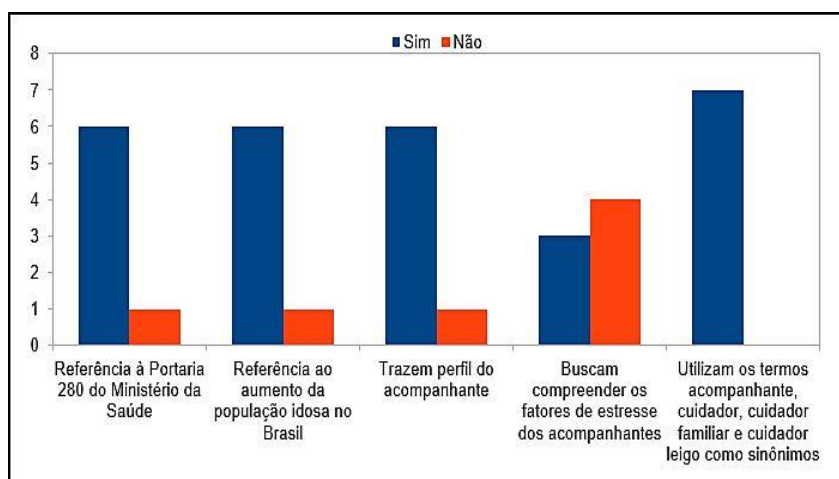
Em seguida, trazem aspectos que buscam identificar o perfil dos acompanhantes (gráfico 1), fatores de estresse e demonstram a utilização dos termos acompanhante e cuidador como sinônimos, fato essencial identificado neste estudo e que será desenvolvido mais adiante. Pode-se dizer também que os estudos que abordam a relação entre acompanhantes e instituições de saúde são recentes, com predominância de realização pela área da Enfermagem.

Em geral, caracterizam-se como estudos qualitativos descritivos direcionados aos acompanhantes através de entrevistas semiestruturadas que objetivam traçar um perfil dos acompanhantes de idosos em internamento, buscando identificar dificuldades durante o processo de hospitalização (quadro 1). Ainda que exista este desenho geral das produções, há especificidades que se destacam. Todos os estudos foram realizados com acompanhantes de pacientes internados na especialidade da Clínica Médica (quadro 1).

Sob este aspecto, Silva, *et al.* (2017) trazem um dado interessante: neste estudo, que objetivou identificar o perfil dos acompanhantes de idosos internados e sua atuação na recuperação do paciente, os autores destacam as atividades mais comuns de serem desempenhadas pelos acompanhantes, ocupando os cinco primeiros lugares: dar suporte emocional, auxiliar na troca de roupas do idoso, auxiliá-lo a sentar-se no leito, cuidados com a pele do paciente e realizar mudança de decúbito.

Contudo, referem que, em outro estudo com os mesmos objetivos, mas em realidade diferente – unidade de referência em trauma – ocorre que as atividades mais comuns de serem desempenhadas pelos acompanhantes são: “auxiliar na higiene, alimentação e cuidados básicos” (Silva, *et al.*, 2017, p. 52).

Conforme o quadro 1 a seguir, os estudos analisados trazem aspectos gerais, presentes na maioria das discussões.

Gráfico 1 – Aspectos centrais identificados nos estudos analisados

Fonte: elaboração própria

Quadro 1 – Aspectos gerais dos estudos analisados

ARTIGO	ANO DO ESTUDO	BASE DE DADOS	NATUREZA DA INSTITUIÇÃO	ESTADO	ÁREA DE CONHECIMENTO DOS AUTORES	TIPO DE PUBLICAÇÃO	METODOLOGIA	SUJEITOS DA PESQUISA
A1	2018	LLACS	Hospital Universitário	MG	Enfermagem	Descritivo, qualitativo	Entrevistas semiestruturadas	Acompanhantes
A2	2016	LLACS	Hospital Público	BA	Ignorado	Qualitativo	Roda de conversa	Acompanhantes
A3	2015	LLACS	Hospital Universitário	RJ	Enfermagem	Qualitativo, descritivo e exploratório	Entrevistas semiestruturadas	Acompanhantes
A4	2015	LLACS/BDENF	Hospital Universitário	RJ	Ignorado	Qualitativo de abordagem exploratória e descritiva	Entrevistas semiestruturadas	Acompanhantes
A5	2011	LLACS/BDENF	Hospital Universitário	SC	Enfermagem	Qualitativo de abordagem convergente assistencial	Entrevistas semiestruturadas e observação participante	Acompanhantes
A6	2009	LLACS/BDENF	Hospital Universitário	Ignorado	Enfermagem	Qualitativo	Entrevistas semiestruturadas	Acompanhantes
A7	2005	MEDLINE	Hospital Público	SC	Enfermagem	Exploratório, descritivo	Entrevistas semiestruturadas	Acompanhantes

Fonte: elaboração própria

Isso posto, observa-se que é atribuída uma centralidade à presença do acompanhante como fator indispensável para o cuidado com o idoso hospitalizado, pois a hospitalização “impõe à família o dever de organizar-se em função do cuidado à pessoa idosa doente, mediante a presença contínua de um acompanhante durante o período de hospitalização” (Reis, 2016, não paginado):

De fato, a necessidade da presença do acompanhante é reforçada por vários estudos, ao considerarem que o idoso é *dependente* dos seus familiares e que a hospitalização o distancia do convívio familiar. A presença de um membro da família no hospital é muito importante, não só para acompanhar o idoso, mas também para ser orientado em seu *papel de cuidador leigo* (Pena, et al., 2005, não paginado).

Quanto maior os fatores de risco em um idoso, maior se torna a necessidade de mais de um acompanhante no revezamento das funções. Idoso obeso, acamado, pré-operado, agitado, entre outras condições biopsicossociais, são algumas das causas que requerem o apoio de outros cuidadores durante o período de 24 horas (Silva, 2017, p. 52).

Note-se que esta centralidade é apresentada ao lado de atribuições às famílias como tendo função de cuidadoras. Mas elas resguardam diferenças importantes. Isto revela como os profissionais de saúde vêm entendendo tanto o processo de envelhecimento e qual seria o papel da família no cuidado com o idoso hospitalizado.

O Estatuto do Idoso (2003) assegura, em seu artigo 16, o *direito* ao acompanhante para os idosos hospitalizados “devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico”, sendo de responsabilidade do profissional de saúde responsável pelo tratamento, o médico, “conceder autorização para o acompanhamento do idoso ou, no caso de impossibilidade, justificá-la por escrito” (Brasil, 2003, grifos nossos). Este direito é reiterado na Portaria 1.820 de 13 de agosto de 2009, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, bem como pela cartilha da PNH (2007).

No sentido estrito do termo, acompanhar significa ir junto, seguir, reconduzir, fazer companhia a alguém. A cartilha *Visita Aberta e Direito ao Acompanhante* foi publicada em 2007 como parte integrante da PNH, tendo por objetivo ampliar o acesso dos familiares do paciente às unidades de internação, visando à garantia do elo entre o paciente, sua rede social e os diversos serviços da rede de saúde.

Define o acompanhante como sendo um “*representante da rede social da pessoa internada* que a *acompanha* durante toda sua permanência nos ambientes de assistência à saúde” (Brasil, 2007, 03, grifos nossos).

Em seu artigo 4º, inciso V e VI respectivamente, destaca que o acompanhante é uma *pessoa da livre escolha do paciente* para *acompanhá-lo* nas suas consultas e exames e, estando o paciente em internamento, a presença do acompanhante é permitida para os casos previstos em lei, assim como naqueles em que a autonomia da pessoa estiver comprometida.

A PNH ressalta ainda que o acompanhante vem sendo visto pelas instituições de saúde como “elementos de obstrução ao trabalho do hospital, um ‘peso’ a mais, uma demanda que precisa ser contida” (Brasil, 2007, p. 06), alertando para problemas de estrutura física para permitir a presença em tempo integral do acompanhante, de insuficiência de recursos humanos e de compreensão da função do acompanhante na reabilitação do usuário, tanto por parte dos gestores quanto dos trabalhadores das unidades de saúde.

Diferentemente, ao cuidador é atribuída a função de prestar cuidado ao idoso. Nos *Cadernos da Atenção Básica – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa* (2006, p. 43), número 19, cuidador se define como:

(...)pessoa, da família ou não, que presta cuidados à pessoa idosa que apresenta dependência (em maior ou menos grau). Suas tarefas envolvem o acompanhamento nas atividades diárias, como auxílio na alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina entre outros; auxiliando na recuperação e na qualidade de vida dessa pessoa.

Similar a este entendimento, há o *Guia Prático do Cuidador* (2008), elaborado pela Secretaria de Atenção à Saúde e pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, vinculadas ao Ministério da Saúde, uma iniciativa do Estado, que surge justificada a partir de uma preocupação com o aumento acelerado da população idosa no país, conforme o citado documento apresenta em seu início. O mesmo reconhece que a incipiente participação das instituições sociais faz com que “a responsabilidade máxima recaia sobre a família” (Brasil, 2008, p. 10).

Este documento propõe a prestação de orientações aos cuidadores de pessoas de qualquer idade, acamadas ou com limitações físicas, que necessitam de cuidados específicos, em domicílio, a fim de auxiliar na compreensão e desempenho das suas funções.

Como tarefas atribuídas ao cuidador, traz: constituir-se como elo entre a pessoa, a família e a equipe de saúde; ser solidário; auxiliar nos cuidados de higiene, alimentação e locomoção da pessoa cuidada; e ministrar medicações mediante prescrição e orientação por equipe de saúde.

No entendimento deste Guia, o cuidado significa “atenção, precaução, cautela, dedicação, carinho, encargo e responsabilidade. Cuidar é servir, é oferecer ao outro, em forma de serviço, o resultado de seus talentos, preparo e escolhas; é praticar o cuidado” (Brasil, 2008, p. 07).

Observou-se que, inicialmente, o Guia traz uma compreensão de cuidador no campo da solidariedade, do humanismo, ressaltando que o ato de cuidar não delimita que o cuidador seja necessariamente um profissional de saúde, não devendo, portanto, fazer parte da sua rotina procedimentos que sejam de caráter técnico, especialmente da área da enfermagem. Para uma melhor compreensão a respeito do assunto, o Guia preconiza que:

Cuidador é um ser humano de qualidades especiais, expressas pelo forte traço de amor à humanidade, de solidariedade e de doação [...]. É a pessoa, da família ou da comunidade, que presta cuidados à outra pessoa de qualquer idade, que esteja necessitando de cuidados por estar acamada, com limitações físicas ou mentais, *com ou sem remuneração*.

A função do cuidador é *acompanhar e auxiliar a pessoa a se cuidar, fazendo pela pessoa somente as atividades que ela não consiga fazer sozinha*. Ressaltando sempre que não fazem parte da rotina do cuidador *técnicas e procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas*, particularmente, na área de enfermagem (Brasil, 2008, p. 08, grifos nossos). O cuidador é uma pessoa geralmente leiga, *assume funções para as quais, na grande maioria das vezes, não está preparada [...]*. O ato de cuidar não caracteriza o cuidador como um profissional de saúde; portanto, *o cuidador não deve executar procedimentos técnicos* que sejam de competência dos profissionais de saúde, tais como: aplicações de injeção no músculo ou na veia, curativos complexos, instalação de soro e colocação de sondas etc. *As atividades que o cuidador vai realizar devem ser planejadas junto aos profissionais de saúde e com os familiares. Nesse planejamento deve ficar claro para todas as atividades que o cuidador pode e deve desempenhar* (Brasil, 2008, p. 10, grifos nossos).

Contraditoriamente, o Guia apresenta uma série de técnicas para a manipulação da pessoa durante o cuidado como: mudanças de decúbito, exercícios específicos para auxiliar na recuperação e instruções para dieta, dos quais exigem-se também determinados materiais para este cuidado.

Com referência aos cuidados de higiene e de alimentação ao paciente, consta no Decreto n.º 94.406/87 que “o Auxiliar de Enfermagem executa as atividades auxiliares, de nível médio atribuídas à equipe de Enfermagem, cabendo-lhe: IV – prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente e zelar por sua segurança, inclusive: a) alimentá-lo ou auxiliá-lo a alimentar-se” (Brasil, 1987, grifos nossos).

Contudo, em termos de legislação, não foram encontradas quaisquer outras referências que esclareçam sobre a atribuição do desempenho daquelas atividades no cuidado ao paciente internado. Encontramos menção a essas questões em alguns pareceres técnicos emitidos pelo Conselho Regional de Enfermagem (COREN) de Pernambuco, referindo-se à higienização e limpeza do leito do paciente interno.

O artigo IV do Decreto n.º 94.406/87, apresentado no parágrafo anterior, é retomado pelo parecer n.º 010/2016, deixando subentendido que a limpeza e higienização do leito do paciente interno deverá ser executada por toda a equipe de enfermagem, pois a manipulação indevida na cama pode causar danos à saúde do paciente, a exemplo do deslocamento de drenos e cateteres.

Em complemento, o parecer técnico n.º 045/2016 traz que o paciente é o elemento principal de qualquer instituição de saúde e, concernente aos cuidados com a unidade do paciente, no tocante aos procedimentos decorrentes da assistência de enfermagem, é mister considerar também que a manutenção de um ambiente adequado concorre para o bem-estar, a segurança e o conforto dos pacientes, dos familiares e acompanhantes, bem como dos profissionais de saúde nos serviços hospitalares (COREN, PE, 2016).

Diante do que foi pesquisado, fica evidente que aqueles procedimentos devem ser desempenhados por pessoas capacitadas e que tem sido atribuída aos familiares a função de cuidador. Mas, considerando-se a situação de hospitalização do idoso (âmbito de pesquisa deste estudo), a legislação assegura o direito ao acompanhante e não ao cuidador, que possuem atribuições diferentes.

O idoso hospitalizado está sob a responsabilidade da instituição, seu cuidado em saúde deve ser provido por ela. A utilização dos termos cuidador e acompanhante como sinônimos, pelos profissionais de saúde, consiste em um fato que acaba por encobrir algumas questões pertinentes.

Dentre as quatro prioridades do Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa (1994), uma é reservada ao espaço familiar.

Pelo fato de a família ser, no Brasil, o lócus privilegiado de moradia e de cuidado dos idosos de todas as classes sociais, é preciso investir muito na sua competência para abrigá-los com respeito e dignidade. Embora possa parecer obvio, à primeira vista, essa não é uma tarefa natural. Prova das dificuldades é o fato de que é nesse espaço que ocorre a maioria das violências físicas, psicológicas, econômicas e sexuais. O espaço familiar, portanto, merece ser foco de atenção em múltiplos sentidos: em termos de *mudança cultural*, na forma de conceber a relação com a pessoa idosa; na preparação da casa para maior segurança; na *formação de cuidadores familiares* para os idosos dependentes; na proteção do Estado para as famílias que não têm condições de cuidar dos seus velhos (Brasil, 1994, p. 90, grifos nossos).

Convém ressaltar que a requisição do cuidador vem se apresentando como uma tendência no Brasil. Desde 2016, tramita na Câmara dos Deputados o Projeto de Lei da Câmara (PLC) 11/2016 que objetiva criar e regulamentar as profissões de Cuidador, considerando-se diversos grupos da população que necessitem desta forma de cuidado, tais como crianças e pessoas com deficiência, incluindo-se a pessoa idosa.

Segundo a página oficial do Senado, com última atualização desta pauta em 19/03/18, o PLC aguarda designação do relator, já tendo passado e sido aprovado, portanto, pela Comissão de Assuntos Sociais (CAS) e Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania (CCJ).

Em seu texto, o PLC traz a definição de cuidador, a qualificação profissional exigida para denominar-se como tal, bem como os vínculos empregatícios e proteções trabalhistas possíveis a esta ocupação.

De acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações (código 5162), cuidadores são aqueles que cuidam de bebês, crianças, jovens, adultos e idosos, “a partir de objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida” (MTE, s/d). Contudo, trata-se de uma descrição sumária.

Debert e Oliveira (2015) realizaram um estudo que visa a descrever as arenas de conflitos constituídos em torno desta iniciativa de regulamentar a profissão de cuidador no Brasil. Apresentam-se dois desafios: o primeiro consiste em estabelecer, com clareza, os limites desta atividade para não confundir com as atividades de outros profissionais que operam em áreas paralelas; e segundo, estabelecer as condições de trabalho para evitar que suas funções se confundam com a de empregada doméstica.

Identificamos que a tônica da grande preocupação trazida pelos estudos analisados, em relação ao acompanhante dos pacientes idosos hospitalizados, tem sido direcionada para o cuidado familiar, representado na figura do acompanhante no interior destas instituições.

Atribuir a função de cuidador ao acompanhante evidencia que tem sido esperado dos profissionais de saúde um familiar munido de conhecimentos específicos, um perfil de acompanhante apto para o desempenho do cuidado com os idosos, ainda que estes estejam dentro das instituições hospitalares.

Conclusão

A preocupação com o aumento da população idosa no Brasil ocorre em nível mundial, e se reflete nos estudos analisados, tendo como lócus central a quem caberá a responsabilidade por prover o cuidado em saúde que esta população demanda.

De um lado, a concepção hegemônica sobre o envelhecimento que propaga o envelhecimento saudável e, por outro, as legislações que colocam a família como primeira instituição de cuidado. Ambas centralizam a execução das atividades na família que, considerando-se a omissão e a negligência do Estado em prover as necessidades mínimas de vida aos idosos, acabam assumindo sozinhas a responsabilidade pelo cuidado com seus velhos.

Isso adentra os espaços hospitalares, conforme encontrado nos estudos analisados, quando os profissionais de saúde percebem o acompanhante como sendo o mesmo que cuidador, em atribuições e funções, expressando a lógica de responsabilização máxima do cuidado às famílias em detrimento da participação do Estado, via instituições e políticas públicas.

A centralidade nas famílias mostrou-se de tal forma que, naqueles em que se propôs a construção de um perfil dos acompanhantes, as informações ficaram restritas a sexo, idade, e o tempo de permanência e quantidade de acompanhantes junto ao idoso durante o internamento. Nenhum dos estudos versou acerca das condições mínimas que as instituições devem assegurar, para que seja possível a permanência do acompanhante nas instituições hospitalares.

O perfil evidenciou um aspecto fundamental que é a feminização do cuidado. Em todos os estudos, a mulher é majoritariamente a figura que desempenha o papel de cuidar, característica historicamente persistente, que aponta para sua manutenção, visto que as novas configurações das famílias são interpretadas como preocupação.

Entretanto, em relação ao diálogo com a realidade social, os estudos mostraram-se insuficientes, seja pelo fato das informações serem incompletas, seja pela frágil articulação dos dados com a realidade do envelhecimento no Brasil: o envelhecimento na pobreza.

Identifica-se, portanto, uma combinação entre a concepção hegemônica do envelhecimento, a família como sendo a primeira instância de cuidado pelas legislações, e a omissão do aparato estatal em prover meios mínimos de vida para a população e estratégias de cuidado, o que vem refletindo na forma como os profissionais de saúde compreendem a função do acompanhante no Brasil.

Entender o acompanhante como sendo cuidador significa dizer que ele possui atribuições e técnicas específicas para o desempenho de atividades do cuidado, o que não corresponde à realidade dos papéis, e pode significar, também, como tendência ampla de privatização do cuidado.

Referências

Alves, F. L., & Mioto, R. C. T. (2015). O Familismo nos Serviços de Saúde: expressões em trajetórias assistenciais. Vitória, ES: *Argumentum*, 7(2), 208-220. Recuperado em 15 março, 2018, de: <http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/9038>.

Arruda, F. T., & Campelo e Paiva, S. de O. (2014). A velhice vítima de negligência: omissão do Estado e rebatimentos ao Serviço Social. São Paulo, SP: PUC-SP: *Revista Kairós-Gerontologia*, 17(1), 247-262. ISSNprint 1516-2567. ISSN e 2176-901X. Recuperado em 15 março, 2018, de: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/21197>.

Arruda, F. T., Silva, I. N., & Silva, J. A. de M. e. (2017). O direito de ser velho(a) e sozinho(a): pessoas idosas sem acompanhantes nos serviços de saúde e reflexos ao Serviço Social. In: Costa, J. e S., et al. (Orgs.). *Aproximações e ensaios sobre a velhice*, 132-143. Franca, SP: UNESP-FCHS.

Belo, I. (2013). Velhice de mulher: vulnerabilidades e conquistas. *Revista Feminismos*, 1(3), (s/p.) Recuperado em 10 março 2018, de: <http://www.feminismos.neim.ufba.br/index.php/revista/article/viewFile/84/82>.

Botelho, L. L. R., Cunha, C. C. A., & Macedo, M. (2011). O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão e Sociedade*, 5(11), 121-136. Recuperado em 10 fevereiro 2018, de: <https://www.gestaoesociedade.org/gestaoesociedade/article/view/1220>.

Brasil. (1987). Decreto n.º 94.406 de 08 de junho de 1987. *Regulamenta a Lei n.º 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências*. Recuperado em 03 julho 2018, de: http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html.

_____. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Recuperado em 15 março 2018, de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.

_____. (1994). Lei n.º 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso dá outras providências. Recuperado em 15 março 2018, de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm.

_____. (1990). Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Recuperado em 15 março 2018, de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm.

_____. (2003). Lei n.º 10.741, de 1º de outubro de 2003. *Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências*. Recuperado em 15 março 2018, de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/110.741.htm.

_____. (2004). Resolução n.º 145, de 15 de outubro de 2004. *Dispõe sobre a Política Nacional de Assistência Social*. Recuperado em 15 março 2018, de: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/NormativasPNAS2004.pdf.

_____. (2009). Portaria n.º 1.820, de 13 de agosto de 2009. *Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde*. Recuperado em 15 março, 2018, de: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2009/01_set_carta.pdf.

_____. (2013). *Política Nacional de Humanização*. Brasília, DF: 2013. Recuperado em 15 março 2018, de: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf.

Campelo e Paiva, S. de O. (2014). *Envelhecimento, saúde e trabalho no tempo do capital*. São Paulo, SP: Cortez.

COREN, PE. Parecer técnico n.º 10 de 2016. *Limpeza do leito do paciente interno: de quem é a responsabilidade?* Recuperado em 15 março 2018, de: http://www.coren-pe.gov.br/novo/parecer-tecnico-coren-pe-no-0102016_11831.html.

_____. (2016). Parecer técnico 045 de 2016. *Atribuição dos técnicos em enfermagem em relação à forração de leitos dos pacientes*. Recuperado em 15 março 2018, de: http://www.coren-pe.gov.br/novo/parecer-tecnico-coren-pe-no-0452016_12745.html.

_____. (2015). Parecer técnico 003 de 2015. *No transporte, o profissional de enfermagem deverá ficar junto*. Recuperado em 15 março 2018, de: http://www.coren-pe.gov.br/novo/parecer-tecnico-coren-pe-no-0032015_4124.html.

Debert, G. G., & Oliveira, A. M. de. (2015). A profissionalização da atividade de cuidar de idosos no Brasil. Brasília, DF: *Revista Brasileira de Ciência Política*, 18, 7-41. Recuperado em 15 março 2018, de: <http://www.scielo.br/pdf/rbcpol/n18/2178-4884-rbcpol-18-00007.pdf>.

DIEESE. (2018). *Pesquisa Nacional da Cesta Básica de Alimentos*. São Paulo, SP. Recuperado em 15 março 2018, de: <https://www.dieese.org.br/materialinstitucional/quemSomos.html>.

Pena, S. B., & Diogo, M. J. D. (2005). Fatores que favorecem a participação do acompanhante no cuidado do idoso hospitalizado. São Paulo, SP: *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(5), 663-669. Recuperado em 03 junho 2018, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000500009>. Haddad, E. G. de M. (2016). *A ideologia da velhice*. São Paulo, SP: Cortez.

- IBGE. (2018). *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população Brasileira*. Rio de Janeiro, RJ: IBGE.
- Marsiglia, R. M. G. (2009). Orientações Básicas para a Pesquisa. *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo, SP: Cortez.
- Minayo, M. C. (2005). *Violência contra os idosos: o acesso à experiência e à sabedoria*. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos.
- Ministério da Saúde. (2014). Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral. *XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado em 03 junho 2018, de: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf.
- Netto, J. P. (2011). *Introdução ao estudo do método de Marx*. São Paulo, SP: Expressão Popular.
- OMS. (2016). *OPAS/OMS discute como envelhecer de maneira saudável e ativa*. Recuperado em 15 março 2018, de: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5259:opas-oms-discute-como-envelhecer-de-maneira-saudavel-e-ativa&Itemid=820.
- Severino, A. J. (2007). *Metodologia do Trabalho Científico*. São Paulo, SP: Cortez.
- Teixeira, S. (2017). *Envelhecimento na sociabilidade do capital*. Campinas, SP: Papel Social.
- Tonet, I. (2013). *Método científico: uma abordagem ontológica*. São Paulo, SP: Instituto Lukács.

Recebido em 30/01/2019

Aceito em 30/03/2019

Camila Fernandes Bezerra da Silva - Assistente Social Residente em Programa de Residência Multiprofissional em Urgência, Emergência e Trauma do Hospital Getúlio Vargas, Universidade de Pernambuco. Mestra em Serviço Social.

E-mail: camilafernandes_12@hotmail.com

Náide Melo Costa - Assistente Social, especialista em Saúde da Família, Programa de Residência em Saúde da Família, Universidade Federal de Pernambuco. Mestre em Gerontologia, Programa em Gerontologia, Universidade Federal de Pernambuco.

E-mail: naiademelo@gmail.com

Sálvea de Oliveira Campelo e Paiva - Professora orientadora deste estudo. Assistente Social do Hospital Universitário Oswaldo Cruz da Universidade de Pernambuco, coordenando o Núcleo de Articulação e Atenção Integral à Saúde e Cidadania do Idoso (NAISCI-HUOC). Doutora em Serviço Social. Gerontóloga titulada pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG).

E-mail: salveaocampelo@gmail.com

* Agência de Fomento: Programa de Residência Multiprofissional da UPE/Ministério da Saúde.