

Admirável lugar no mundo de velhos: práticas e vivências fonoaudiológicas em hospitais ¹

Brave place, in world of olds: practices and experiences of speech therapists in hospitals

Silvia Ligia Svezzia

Fonoaudióloga, Mestre em Ciências pela Coordenação dos Institutos de Pesquisas da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo).

E-mail: svezzia@uol.com.br

Belkis Trench

Doutora em Psicologia pelo IP-USP, pesquisadora do Núcleo de Investigação da Saúde da Criança e da Mulher do Instituto de Saúde (SES-SP) e Coordenadora do Grupo Ondas de estudos e pesquisas sobre envelhecimento.

E-mail: trench@isaude.sp.gov.br

¹ Esse artigo é resultante da pesquisa de dissertação de mestrado, financiada pela Capes, defendida em 18 de junho de 2004, no Programa de Pós-graduação da Coordenação dos Institutos de Pesquisas da Secretaria de Estado de São Paulo.

Resumo

O trabalho tem como objetivo conhecer a prática de fonoaudiólogos que atuam com pacientes idosos internados sob cuidados neurológicos em hospitais da cidade de São Paulo. A pesquisa, de caráter estritamente qualitativo, utilizou como instrumento de coleta de dados a técnica de grupo focal. O grupo foi constituído por nove fonoaudiólogas que trabalham em diferentes instituições da cidade e por duas pesquisadoras que exerceram a função de coordenadoras. Da dinâmica do grupo focal emergiram e foram analisados os seguintes temas: a escolha profissional, a inserção hospitalar, as práticas e vivências hospitalares e a relação com o idoso e com o envelhecimento. Os resultados da pesquisa apontam que a identidade profissional do fonoaudiólogo que trabalha com idosos em hospitais foi construída com referência no modelo biomédico e que o incremento de seu campo de atuação está diretamente relacionado à maneira como a categoria consegue extrapolar esse modelo e reconstruir sua identidade colocando tanto a técnica quanto a emoção a serviço de sua profissão. O hospital, admirável lugar no mundo dos velhos, é o local onde os profissionais se empenham em cumprir funções e mostrar competência para preservar vidas, mas que pouco lhes dá suporte para enfrentar algumas questões cruciais da existência, tais como envelhecimento, doenças, limitação e morte.

Palavras-chave: Fonoaudiologia; Serviços técnicos hospitalares; Saúde do idoso; Serviços de saúde para idosos; Organização e administração; Envelhecimento.

Abstract

The objective of this research is to know and to understand the procedures of speech therapists that work with elders patients hospitalized in the São Paulo city hospitals under neurological cares. The research, with a strictly qualitative approach, utilized as data collection instrument the focal group technique. The group was formed by nine speech therapists that work in distinct institutions of the city and by two researchers that had the coordination function. The followings subjects came up from the focal group dynamic: the professional choice and the language & hearing sciences, the hospital insertion, the hospital practices and experiences, the connection with the elder and the aging. The results of the research points out that the professional identity of those who work with elders in hospitals was constructed with reference in the bio-medical model and that the actuation field is directly related with the manner that the working class is able to extrapolate this model and re-construct its identity putting the technique as much as the emotion on service of the profession. The hospital, brave place in world of olds, is the place where the professional is engaged in carrying out his functions and shows his competency to preserve lives, but this place gives almost no support to face some of the crucial issues of the existence, such as aging, diseases, limitation and death.

Key Words: Speech; Language and Hearing Sciences; Ancillary Services; Aging Health; Health Services for the Aged; Organization and Administration; Aging.

Introdução

“Um índio quase nu descia muito vagarosamente a escadinha do terraço do primeiro andar de uma casa ali perto — um degrau após o outro, com a cautela trêmula da extrema velhice. Seu rosto estava encarquilhado e negro com a máscara de obsidiana. A boca, sem dentes, era chupada. Nos cantos dos lábios, de cada lado do queixo, luziam alguns pêlos espetados, quase brancos contra a pele escura. Os cabelos compridos, não trançados, caíam-lhe em madeixas grisalhas pelo rosto. O corpo era curvado e tão magro que parecia não ter quase mais carne sobre os ossos. Muito devagar ele descia, parando em cada degrau antes de arriscar cada passo.

— O que é que ele tem? — sussurrou Lenina. Estava com os olhos arregalados de horror e espanto. — Ele é velho, simplesmente — respondeu Bernard, com toda a indiferença que lhe foi possível aparentar. Estava também sobressaltado, mas fez um esforço para se mostrar imperturbável.

— Velho? — repetiu ela. — Mas o Diretor é velho, e há uma porção de gente que é velha, e no entanto não são assim.

— É porque não deixamos que fiquem assim. Nós os preservamos de doenças, mantemos artificialmente as secreções internas ao nível de equilíbrio da juventude. Não deixamos cair a taxa de magnésio e o cálcio abaixo do que era aos trinta anos. Fazemos transfusões de sangue jovem. Mantemos o metabolismo estimulado permanentemente. Por isso, sem dúvida, eles não têm esse aspecto. Em parte — acrescentou — também porque a maioria morre antes de atingir a idade daquele velho. A juventude quase intacta até os sessenta anos, e depois, zás! É o fim.”

Aldous Huxley, *Admirável Mundo Novo*

As ações programáticas de saúde no envelhecimento são organizadas ora por patologia (as doenças crônico-degenerativas, mais especificamente as doenças cardiovasculares), ora por grupo populacional específico (Saúde do Idoso). Segundo o Ministério da Saúde (Brasil - MS, 2001), no Brasil a passagem de uma situação de alta fecundidade e de alta mortalidade para uma de baixa fecundidade e progressiva baixa mortalidade tem propiciado mudanças significativas na pirâmide populacional, caracterizando-a por um aumento progressivo e acentuado as populações adulta e idosa. Dentro desse contexto têm-se desenvolvido as enfermidades crônicas não transmissíveis, que, geralmente, se manifestam em pessoas de idade avançada.

O perfil epidemiológico da população brasileira permanece com predominância das doenças da modernidade, sem libertar, contudo, o aumento da morbidade das doenças transmissíveis. Essa situação é chamada de “transição epidemiológica incompleta” e se dá de forma heterogênea no Brasil. Essa mudança de perfil acarreta grandes despesas com tratamentos médicos e hospitalares, configurando um desafio para as autoridades e gestores, em especial no que tange a implantação de novos modelos e métodos para o enfrentamento do problema. O idoso utiliza mais os serviços de saúde, suas internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior do que o de outras faixas etárias. Em geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento médico e de equipes multidisciplinares permanentes e intervenções contínuas (Brasil - Ministério das Relações Exteriores, 1999).

Na atualidade, a causa predominantemente de morte no Brasil são as doenças cérebro-vasculares. A Organização Mundial da Saúde define os acidentes vasculares encefálicos como “o rápido desenvolvimento de sinais clínicos focais (ou globais) com perturbação da função cerebral e duração mínima de vinte e quatro horas ou levando à morte sem outra causa aparente, além da origem vascular” (Lessa, 1998, p.100). O diagnóstico clínico é de difícil reali-

zação em pessoas com idade avançada, pois nesses casos as situações clínicas das doenças vasculares encefálicas podem levar a estados de coma, dependendo dos exames de bioimagem. A doença cerebrovascular tende a repetir-se no primeiro ano, após o primeiro episódio agudo (Lessa, 1998).

Referentes às internações realizadas, os dados do Ministério da Saúde (2001) mostram que, em 1996, os idosos representavam 7,3% da população, mas consumiram 23% dos custos hospitalares. A falta de preocupação com os problemas considerados típicos da terceira idade tem apresentado alta taxa de prevalência. Esses problemas são chamados de “gigantes da geriatria”, e são eles: insuficiência cerebral, instabilidade postural e quedas, imobilidade e incontinência. Outra patologia típica das populações idosas de ambos os sexos, segundo Lessa (1998), é a demência senil, como a doença de Alzheimer. Apesar dos avanços tecnológicos do diagnóstico e tratamento usado nas rotinas de atendimentos, ainda é alto o índice de óbitos, e mesmo quando a doença não é letal, as seqüelas são frequentes e levam à invalidez parcial ou total com grandes repercussões para o indivíduo, sua família e a sociedade. Por esse motivo, é urgente o investimento na prevenção de tais doenças, o que colaboraria para a qualidade de vida e para a economia do SUS, evitando gastos de hospitalização, que é cada dia mais onerosa devido a sofisticação da medicina moderna. O Ministério da Saúde (Brasil - MS, 2001) identifica a formação profissional de nível universitário, centrada ainda no modelo hospitalocêntrico e biomédico, como um dos determinantes da situação atual.

Faz-se, assim, necessário que a sociedade compreenda que o envelhecimento de sua população é uma questão que extrapola a esfera familiar, e portanto a responsabilidade individual, para alcançar o âmbito público. Para isso, a Política Nacional de Saúde do Idoso (portaria 1395/GM de 10/12/1999) propõe como eixos norteadores: a promoção do envelhecimento saudável; a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos²; a prevenção de doenças; a recuperação da saúde dos que adoecem e a

2 Neri (2001) coloca, como uma definição operacional de capacidade funcional, o grau de preservação da capacidade de realizar atividades básicas de vida diária (autocuidado) e de atividades instrumentais de vida diária. Existem várias escalas para medição, podendo ser uni ou multidimensional. As atividades de vida diária (AVD) são: arrumar-se, vestir-se, comer, fazer a higiene corporal, transferência e locomoção. As atividades instrumentais de vida diária (AIVDs) são: fazer compras, pagar contas, manter compromissos sociais, usar meios de transporte, cozinhar, comunicar-se, cuidar da saúde e manter a própria integridade e segurança. Os déficits em capacidades funcionais refletem a dependência funcional, podendo, dessa forma, encontrar mecanismo de compensação e otimização.

reabilitação daqueles que tenham a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade.

Para a assistência fonoaudiológica ao idoso, Carvalho (2001)³ propõe ações direcionadas a instituições de diferentes complexidades: nos asilos o fonoaudiólogo intervém diretamente nos distúrbios da comunicação, promovendo atividades para a estimulação das funções comunicativas e da integração social; já nas enfermarias, participa da equipe clínica, realizando triagens fonoaudiológicas para identificar desordens na audição, voz, linguagem, fala e motricidade oral, prevenindo agravamento do estado clínico, além de promover estimulação cognitiva no paciente internado; no ambulatório, avalia e trata os idosos com alterações fonoaudiológicas, como também, participa de grupos para promoção da saúde geral da população idosa; no atendimento domiciliar, atua com idosos portadores de quadros crônicos-degenerativos de maior relevância epidemiológica⁴, e finalmente, participa de cursos de cuidadores para familiares e profissionais, fornecendo informações ligadas à Fonoaudiologia.

Sé (2002) pensa que a produção de conhecimento na área de envelhecimento por fonoaudiólogos pode contribuir na estrutura curricular dos cursos acadêmicos, aperfeiçoando a formação do futuro profissional. O presente estudo tem como objetivo conhecer e compreender a prática de fonoaudiólogos que trabalham com pacientes idosos internados sob cuidados neurológicos⁵ em hospitais da cidade de São Paulo e, simultaneamente, contribuir na ampliação da discussão sobre a formação do fonoaudiólogo que trabalha com idosos em hospitais.

A Construção da Metodologia

A pesquisa qualitativa busca uma compreensão particular de seu objeto, não se preocupa com generalizações populacionais, princípios e leis, mas se atém ao específico ou peculiar buscando, dessa forma, uma compreensão dos fenômenos estudados. Assim, as técnicas qualitativas proporcionam uma oportunidade para as pessoas expressarem seus sentimentos, com suas diferentes complexidades e intensidades, revelando como o mundo é percebido por elas (Nogueira-Martins, 2001).

Dentre os instrumentos de investigação que oferece esta metodologia, foi escolhida a técnica de grupo focal como foro facilitador da expressão das práticas e vivências fonoaudiológicas em hospitais. Essa técnica oferece a possibilidade de pensar coletivamente uma temática e discutir seus vários aspectos, pois os comentários de um podem incentivar a expressão de outros, oferecendo um ambiente acolhedor, possibilitando assim a expressão de emoções (Westphal, Bógus e Faria, 1996).

Caracterização do grupo

Para a constituição do grupo foi decidido que entre seus participantes haveria fonoaudiólogos que trabalhassem com pacientes de faixas etárias opostas, ou seja, bebês e idosos. Acreditou-se que a participação de fonoaudiólogos atuantes com bebês funcionaria como um contraponto, favorecendo uma expressão mais espontânea por parte dos fonoaudiólogos que trabalham com idosos, pois um profissional poderia expor seus sentimentos e opiniões sobre o trabalho do outro⁶. Das 16 fonoaudiólogas, sete foram indicadas por seus trabalhos com idosos e três com bebês,

3 In: Brasília, Conselho Federal de Fonoaudiologia, n. 11, p. 15.

4 Bonamigo (2003) realça a importância de os fonoaudiólogos utilizarem os Sistemas de Informações do SUS como instrumento de coleta e análise, pois constituem uma ferramenta útil para o planejamento e gestão em saúde, a fim de compreender e apropriar-se das informações demográficas, sanitárias, socioculturais, educacionais, epidemiológicas e ambientais que estão lá contidas. Tal conhecimento possibilita a identificação de fatores predisponentes para o agravamento da saúde nos aspectos fonoaudiológicos. Para Giannotti (2003), o Sistema de Informações Ambulatoriais é o que permite atualmente maiores possibilidades de uso para fonoaudiologia, enquanto o Sistema de Informações Hospitalares sequer contempla as ações em fonoaudiologia, necessitando, portanto, de adequações que levem em consideração as características e as especificidades da atuação fonoaudiológica.

5 Essa pesquisa entende por cuidados neurológicos as ações médicas em unidades de internações, no tratamento de pacientes portadores de doenças neurológicas, nas especialidades de neurologia, neurocirurgia e geriatria. O Conselho Regional de Medicina (2002) define um conceito operacional de trabalho para as especialidades médicas, havendo áreas de atuação específicas. Na neurologia há as seguintes áreas de atuação: dor, neurofisiologia clínica e neurologia pediátrica. Como esse trabalho focaliza as ações de saúde do envelhecimento excluem-se os cuidados pediátricos.

6 Tive a supervisão de campo da pesquisadora Amália Susana Kalckman, do Núcleo de Investigação da Saúde da Criança e da Mulher do Instituto de Saúde, que fez sugestões sobre a constituição do grupo, como também auxiliou na construção do roteiro, constituído por treze perguntas.

mas no contato telefônico percebeu-se que muitas delas trabalham com várias faixas etárias, dificilmente uma fonoaudióloga trabalha exclusivamente com idosos. Assim, O grupo foi constituído por nove fonoaudiólogas participantes e duas coordenadoras. As fonoaudiólogas são provenientes de três hospitais públicos, um privado e dois filantrópicos, e algumas delas trabalham no mesmo hospital. Apenas uma fonoaudióloga não tem vínculo empregatício, sendo monitora de estágio e não residente na cidade de São Paulo. A experiência de trabalho hospitalar é bastante variada, de 6 meses a 30 anos. Seis fonoaudiólogas foram indicadas porque trabalham com idosos e três com bebês. A faixa etária do grupo é de 29 a 53 anos. O tempo de formação, varia de 7 a 30 anos. A maioria das fonoaudiólogas cursou universidades da cidade de São Paulo (quatro PUC-SP e três UNIFESP-EPM, uma Fundação Lusíadas de Santos e uma PUC Campinas). As mais jovens apresentam maior grau de escolaridade, são pós-graduadas em nível mestrado (vide anexo).

Análise dos dados

Trajatória, práticas e vivências em fonoaudiologia

Segundo Nogueira-Martins (2001), interpretar os dados implica atribuir significados para aquilo que foi encontrado, portanto, vai além da descrição dos dados. Para analisar e interpretar os dados qualitativos não há fórmulas, portanto não há como repetir o processo analítico do pesquisador, sendo o estudo único. A capacidade analítica vai além de detectar padrões, temas ou categorias, pois é um processo criativo, que envolve treino, *insights* e a intuição do pesquisador.

A análise dos conteúdos abordados seguiu critério temático, constituindo um espaço dinâmico e, assim, abarcando similaridades e diversidades. Do ponto de vista operacional, a interpretação dos dados foi realizada segundo a proposta de Minayo (2000). A ordenação e a classificação dos dados foram feitas através da leitura exaustiva do material, de forma a impregnar-se por ele, para posteriormente categorizar as modalidades de codificação. As categorias anali-

sadas foram as seguintes: a escolha profissional e a Fonoaudiologia, a inserção hospitalar, as práticas e as vivências fonoaudiológicas hospitalares, as relações com o idoso e o envelhecimento.

A escolha profissional e a Fonoaudiologia

A opção⁷ profissional da maioria das participantes não foi uma escolha⁸ pensada e planejada, ocorreu ao acaso, até porque muitas das integrantes do grupo não conheciam a profissão. A maioria havia pensado em outras profissões e até prestaram vestibular para outras áreas. A carreira de Medicina foi a mais recorrente na escolha das meninas, havendo desistência por causa das dificuldades do exame de admissão e do curso. Paula, Maria, Luíza e Júlia pensaram na carreira médica, Luíza iniciou o curso de Psicologia para depois cursar Fonoaudiologia. Paula, Júlia e Maria fizeram o vestibular para Medicina, mas não foram aprovadas. No segundo vestibular optaram por Fonoaudiologia ou outros cursos. Trabalhar em hospital parece ser uma forma de resgate desse antigo desejo. Escolhi um recorte da fala de Maria para ilustrar essa hipótese:

“Eu queria Medicina, prestei vestibular, não entrei. (...) fiz Biologia por dois anos, mas não era aquilo. Eu queria lidar com gente, não atrás de um microscópio. Dei uma parada no meio do ano e em outubro fui viajar para Itália. Quando voltei, o único vestibular que tinha sobrado foi de fono, de Santos, que tinha uma tradição. (...) Sempre quis a área médica, (...) a área hospitalar e experiência em cardiologia. E tentei a área médica com o home-care.” (Maria)

Ana escolheu o curso de Nutrição, mas ao trabalhar em local hospitalar, resgatou o antigo desejo, conseqüente reelaborá-lo:

“Eu queria ser nutricionista (...). Estava fazendo Fuvest e entre as opções eu coloquei Fonoaudiologia. Prestei faculdades particulares de Nutrição e na época eu estive na Escola Paulista e fiz o teste vocacional (...). Passei na Fuvest, na Escola Paulista para Fonoaudiologia e passei também para Nutrição. Aí que fui me interessar pelo que era nutrição e fono, e achei fono muito mais interessante. Aconteceu a morte do meu

7 Segundo o dicionário Aurélio, opção é “ato ou faculdade de optar; livre escolha. Preferência que se concede a alguém (...) dentro de determinado prazo e mediante certas condições (...)”.

8 Segundo o mesmo dicionário, escolha é o “ato, operação ou efeito de escolher. Preferência, dileção, predileção. Preferência, opção. Eleição. Senso de escolha; capacidade de escolher bem, discernimento (...)”.

pai. Na época tive que optar por alguma coisa que tivesse que gastar menos. (...). Hoje no hospital, eu trabalho um pouco a parte nutricional, uma coisa que eu gosto (...) e vejo que realmente eu estou mais para fonoaudióloga.” (Ana)

Marta foi a única que escolheu a profissão, passando vestibular apenas para essa carreira mas, ainda assim, eram outras as expectativas em relação à profissão escolhida:

“Eu fiz magistério (...). Eu (...) descobri como se trabalhava com crianças que têm essa dificuldade de alfabetização e fui me informando e falaram que tinha esse curso e que poderia estar contemplando essas questões com os escolares. No início eu só enxergava essas questões escolares (...). Logo que me formei, no fim do ano, teve o concurso para o hospital (...). Nossa! (...) hospital!... bem diferente!” (Marta)

A Fonoaudiologia surge, em algumas falas, como uma ciência formada de colagens de outras ciências, tais como: Medicina, Psicologia, Linguística, Educação, etc. Aliás, foi dessa forma que a Fonoaudiologia se constituiu no Brasil nas décadas de 1960 e 1970. Atualmente busca-se a fundamentação teórica e a construção de seu próprio objeto de pesquisa, junto com o fortalecimento da prática clínica, mas como mostram os depoimentos, nem sempre aconteceu tal reflexão:

“Eu queria alguma coisa da área da saúde, que tivesse um pouco do ramo da Medicina, mas que tivesse e ver com a área da educação. E (...) peguei o manual da Fuvest e em fono estava escrito isso, que era um pouco de saúde com educação, misturados.” (Paula)

“Eu vejo na Fonoaudiologia muito do emocional, como na Psicologia, mas tem uma questão mais concreta, mais prática, e da Medicina, que é algo que eu também tinha interesse em fazer, mas exige muito.” (Luíza)

A inserção hospitalar

Da mesma forma que acontece em relação à escolha profissional, a inserção das fonoaudiólogas no servi-

ço hospitalar também é feita como se fosse algo da ordem do indeterminado, ou simplesmente obra do acaso. É interessante observar que em seus depoimentos o termo “cair”⁹ foi utilizado frequentemente para justificar a inserção hospitalar. Esse termo sugere uma ação que ocorre sem participação autônoma do sujeito:

Tereza: “Eu queria odonto (...) e não consegui, aí (...) eu tentei TO¹⁰, Fisioterapia. Peguei Fisioterapia em Campinas, mas acabei optando pela Fono em São Paulo. Comecei a trabalhar com terapia e tal, caí no hospital por causa da áudio...”

Susana: “Caiu!?”

Tereza: “Cai! Não suporto áudio (...) mas eu faço (...). A gente começou a dar terapia de áudio e voz. Cai na afasia, foi indo, até procurar a área de disfagia. Trabalhar com disfagia e neurologia, eu gosto...”

Percebe-se que, no momento em que os fonoaudiólogos tentam a inserção no mercado de trabalho, ocorre um vácuo, ou seja, há poucas ofertas, então eles se submetem a qualquer trabalho, para manter um vínculo profissional:

“Eu entendo assim, nossa culpa, enquanto fonoaudiólogos, por desespero de entrar, topamos qualquer negócio (...). Eu, que sou mais antiga, tem muito médico que falou: estou cansado, sinceramente, de limpar fralda de fonoaudiólogo. Por quê? A fono chega lá, começa a chorar mais que o paciente (...). Agora pergunta se a pessoa vai lá, estuda. Infelizmente não (...). Eu (...) me formei há trinta anos [e] não tinha [especialização]. Eu não fui buscar?” (Marta)

A forma como os profissionais escolheram a carreira e como se inseriram no mercado repercute diretamente em suas práticas hospitalares, fazendo que muitas vezes ingressem no hospital com uma postura insegura devido à frágil identidade profissional. Luíza e Ana, por exemplo, contam que quando foram trabalhar no hospital, não tinham experiência e relatam como foi importante o acolhimento do gestor, garantindo um tempo necessário para a aprendizagem:

9 Segundo o dicionário Aurélio: “Cair: Ir ao chão, em virtude do próprio peso, por desequilíbrio. Descer sobre a terra. Descer, abaixar, arriar. Sucumbir, morrer. Perder a força ou intensidade, fraquejar, decair. Desvalorizar-se. Ser apeado ao poder. Ser vítima de logro. Abrandar, serenar, amainar. Ceder em detrimento do dever ou da virtude, ou da honra. Entregar-se a prostituição. Esmorecer, afrouxar (se). Não ter êxito, desagradar. Tocar, caber, recair. Incurrer, incidir. Atacar inesperadamente. Chegar, sobreviver inesperadamente. Condizer, combinar, harmonizar-se. Ocorrer, dar-se”.

10 TO: terapia ocupacional.

Luíza: “Quando nós fomos para [o] hospital – estamos há dois anos – nossa história foi assim: vamos lá? Mas, eu não sei fazer isso! Só vou se for ambulatório (...) porque sei.”

Ana: “O diretor passou e falou: se vocês não querem ir (...) e não têm condições, não precisa...”

Luíza: “(...) E nosso caminho foi esse, nós fomos conhecer o ambulatório e ficamos seis meses e começamos subindo [para as enfermarias], (...) vindo o que dava, o que podia (...) e chegou um dia que falamos: trabalhar em hospital não dá para ficar em ambulatório, o hospital tem uma demanda.”

As práticas e as vivências hospitalares

Estava bem claro para os serviços, assim como para as fonoaudiólogas com mais tempo de formadas, quando foram trabalhar em hospitais, que suas práticas seriam realizadas no ambulatório, em atendimentos clínico-terapêutico e/ou clínico-audiológico e geralmente com todas as faixas etárias. Com o tempo, o trabalho foi se expandindo para as enfermarias. Esse trabalho não fora planejado pelos serviços, criando “uma certa liberdade” para que o fonoaudiólogo realizasse o trabalho da forma que considerasse mais oportuna. Emília conta que com a chegada da Marta deu-se início ao trabalho nas enfermarias, com prioridade ao trabalho com recém-nascidos, provavelmente devido ao Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno:

“Sou do Hospital C (...) desde que me formei. Estou lá há trinta anos. (...) Lá tinha mais tradição de trabalho ambulatorial (...). A gente atendia pacientes da neuro. Nunca chegamos a ir à clínica, a fazer visita (...). Ela [Marta] veio com essa idéia: dar prioridade para a enfermaria, já que lá é hospital e assim a gente teve oportunidade de fazer contato com a maternidade. Agora que estou conhecendo mais o pessoal do hospital, eu trabalhei vinte anos lá sem conhecer ninguém (...) de outros andares.” (Emília)

Paula organizou seu trabalho a partir de uma patologia: a disfagia¹¹. Foi indicada pelo seu trabalho com idosos e provavelmente no hospital em que trabalhava não havia maternidade. Assim, o seu trabalho foi se estruturando, priorizando as unidades de internação com portadores de disfagia, realizando a transição de alimentação e fonação para pacientes que foram entubados, traqueostomizados e/ou que utilizaram a sonda de alimentação enteral, conforme mostram as pesquisas na área.

“Eu sou fonoaudióloga do D, eu estou lá dois anos e meio (...). Eu sou a única fonoaudióloga do hospital. Tem nove andares, cada andar tem de dezessete a dezenove leitos. Tem um curso de aprimoramento do qual eu sou responsável (...). O meu trabalho, mais de oito estagiários e uma monitora dão conta do hospital, se não, não dá. A prioridade é a enfermaria, não havia (...) fonoaudiólogo no ambulatório. (...) É a primeira vez que tem uma fonoaudióloga lá, então eu criei o serviço da maneira que a demanda trazia (...). A prioridade é a disfagia. (...) Claro que dentro do hospital há prioridade em enfermaria e de trabalhar disfagia num primeiro momento (...).” (Paula)

Percebe-se que as fonoaudiólogas, na realização de suas práticas, operam na racionalidade da patologia. Esse critério é várias vezes comentado: a disfagia, e não o paciente portador da doença, torna-se prioridade, verificando-se então uma concepção do processo saúde-doença que valoriza o aspecto biológico.

Acompanhando os depoimentos anteriores é possível perceber que a liberdade dada às fonoaudiólogas na organização do trabalho, sem um apoio de uma política pública de saúde, as deixa “soltas” no ambiente hospitalar, assim a equipe não sabe como lidar com esse saber específico e desconhecido. Abaixo está outro trecho sobre a dinâmica estabelecida entre as fonoaudiólogas e os demais integrantes da equipe de saúde hospitalar:

11 Segundo Macedo Filho e cols. (2000, p.29): “disfagia é qualquer dificuldade da deglutição decorrente de processo agudo ou progressivo, que interfere no transporte do bolo alimentar da boca para o estômago”. Ela é um sintoma ligado a várias patologias. Na literatura científica são usados dois critérios de classificação para a disfagia: por localização das fases da deglutição e pela etiologia. Quanto à classificação de localização, a disfagia pode ser orofaríngea ou esofágica. Quanto à etiologia pode ser mecânica, psicogênica ou neurológica. Os sintomas são desordens na mastigação, dificuldade em iniciar a deglutição, regurgitação nasal, controle de saliva diminuído, tosse e/ou engasgos durante a refeição. O paciente pode ficar com desidratação, desnutrição, pneumonia aspirativa ou problemas pulmonares, que podem estar ligados a uma disfagia sem sintomas aparentes (aspiração silenciosa). Geralmente as queixas são perda de peso lenta e gradual, dor no peito, sensação do alimento parado no peito, regurgitação, tosse e engasgos. Raramente o comprometimento ocorre em nível esofágico, ocorrendo freqüentemente em nível oral e/ou faríngeo (Santini, 1999).

Luíza: *Eu percebo em algumas áreas, (...) pessoas que (...) parecem que já conquistaram [seu espaço]. O fonoaudiólogo sabe que tá entrando. (...) Parece que tem que pedir. Você tem que estar sempre com jeitinho, a gente aceita mais.*

Sílvia: *Mais submissa?*

Luíza: *Não acho que é submissão, acho que é uma coisa de conquista, (...) você sabe que (...) não tem um lugar reservado.*

Sílvia: *Não tem uma sala...*

Luíza: *É. Não tem cadeira, nada. (...) Você troca mais, leva serviço, expõe seu trabalho, não é tão incisivo como (...) a Fisioterapia.*

Além disso, observa-se que também não há uma política pública norteadora para as ações fonoaudiológicas hospitalares voltadas para o envelhecimento. Para os serviços é difícil gerenciar esse trabalho. Abaixo trecho das falas da Ana e da Luíza para exemplificar:

Ana: *“O chefe da UTI (adulto/idoso) queria que uma fono ficasse lá, o fato de a gente só ir em interconsultas (...). Com (...) o concurso no meu hospital, ia ter outras fonoaudiólogas e então sentiriam a diferença (...) porque lá (...) precisa de fonoaudióloga, que pudesse (...) acompanhar no leito (...) porque é muito importante um trabalho como o nosso na UTI neonatal.”*

Susana: *“Por que vocês priorizaram a UTI neonatal? O serviço priorizou ou foi o individual de vocês?”*

Luíza: *“Acho que é um lugar mais valorizado. Quando nós entramos no hospital, há dois anos e meio, nós caímos meio no hospital. (...) Havia o pedido de UTI neonatal e (...) era o setor que queria e (...) me senti mais preparada lá, algo que eu gosto mais de atuar, com crianças e com as mães. Gosto dessa área e a equipe estava mais aberta.”*

Não só Ana como outras integrantes do grupo criticam o trabalho na forma de interconsultas. É uma forma de atendimento em que diferentes especialistas se ocupam do mesmo problema, sem que existam entre eles cruzamentos disciplinares. Para Souza (2002), os especialistas podem trabalhar com cooperação, troca, conservação e ultrapassagem das fronteiras do conhecimento, constituindo uma prática interdisciplinar. Oliveira (2003), revendo a trajetória profissional do fonoaudiólogo dos consultórios para os hospitais, acredita que esse profissional deve se disponibilizar no exercício de práticas interdisciplinares, colaborando para o bem-estar da pessoa hospi-

talizada, concebendo esta como sujeito e interlocutor. Para tal, o grupo acredita que é necessário um profissional para cada ambiente hospitalar (UTI neonatal, pediátrica, adultos/idosos, enfermarias, etc.).

Outra característica da dinâmica do grupo foi a forte identificação com o profissional médico. Para Vaistman (2001), o traço dominante das organizações de saúde é a centralidade do lugar do médico em sua hierarquia, produzindo um certo grau de conflito com outras categorias, criando-se diferentes status de certos grupos profissionais, de acordo com a proximidade ou distanciamento que têm desse grupo central. O trecho abaixo ilustra essa identificação:

Paula: *“Lá no hospital (...) é interdisciplinar, se não, não se trabalha. (...) Parece que o fonoaudiólogo é o que melhor transita. Parece que o enfermeiro e o fisioterapeuta ficam mais junto do paciente (...), e os médicos ‘na sala de visita’ [mais distantes] (...). As pessoas que estão com os doentes (...) vem falar comigo, para eu falar com os médicos, eu percebo uma ponte entre o médico [e os pacientes].”*

Marta: *Eles [médicos] confiam muito na gente.*

Quanto às vivências, no trecho abaixo as fonoaudiólogas falam dos sentimentos aflorados na realização dessa prática:

Sílvia: *“A gente não exige muito [de nós mesmas]? Em querer saber tudo?”*

Luíza: *“Nós somos poucas. A gente está no hospital brigando sozinha e quer tudo e não dá conta, exige mesmo.”*

Susana: *“Eu vejo (...) completamente de fora. (...) Vocês não acham que são super. Fique imaginando alguém que não tem retaguarda nenhuma, não tem corporação por trás que o defenda, como tem o Corem (...). Eu vejo como um trabalho isolado e solitário.”*

Paula: *“Mas você está numa equipe que te apóia, o que é importante. (...) Se você não está numa equipe que te apóia realmente, você está (...) ‘Sozinho’ ‘Correndo riscos...’”*

Para aplacar os sentimentos de solidão e medo existentes, exige-se o fazer em excelência, à custa de grande esforço intelectual e emocional. Essa característica chama-se de individualista, pois é uma busca pessoal de crescimento profissional, o qual considero importante, também é necessário um movimento coletivo maior de conscientização e valorização da classe.

Outro momento intenso foi a colocação da vivência em relação à morte no ambiente hospitalar. Maria e

Paula falam da dor dos profissionais em relação à morte de dois bebês:

Marta: “*Nós [fonoaudiólogas] não temos uma tradição que acho importante, que a Psicologia tem, (...) ter a supervisão teórica e (...) emocional, eu sempre procurei (...), [pois] tem momentos que você trabalha com morte e com limites. Isso me ajudou muito e é muito importante.*”

Maria: “*Tinha um bebê ótimo, entrou com uma BCP¹². Tranquilo. Começaram a tratar a BCP, a família achou que ia sair tranquilo e foi a óbito. Eram duas pediatras de plantão, uma deu notícia para outra e foi para o conforto chorar, tem filho pequeno, ela se identificou.*”

Paula: “*Uma criança foi a óbito de dez meses de varicela, a gente estava tendo aula na UTI (...), de repente começamos ouvir uns berros esquisitos. (...) Saímos para olhar, era uma mãe berrando e chorando. A gente não viu o bebê, mas só de ver aquela mãe chorando, aquilo ficou na minha cabeça uma semana.*”

Se a situação de morte fosse com pacientes idosos será que haveria a mesma reação? Pela minha experiência hospitalar, penso que não, pois é comum relacionar idoso e morte, como sinônimos. Infelizmente não foi possível explorar essa questão no grupo focal.

Vejamos a citação de Pitta (1991, p.28), tratando historicamente a relação dos homens com a morte:

“Na Idade Média, a morte estava nas salas de visitas; hoje ela se esconde nos hospitais, nas UTIs, controlada por guardiões nem sempre esclarecidos da sua penosa e socialmente determinada missão: o trabalhador da saúde.”

Continuando com Pitta (1991), é da natureza do trabalho hospitalar lidar com a doença e a morte, assim, os trabalhadores administram esses incômodos, construindo um processo de trabalho em que o poder e a técnica se encarregam de diluir os efeitos do sentimento de impotência. O contato com pessoas gravemente adoecidas, com frequência, impõe um fluxo de tarefas, agradáveis ou não, repulsivas e até mesmo aterrorizantes, demandando uma série de ajustes psíquicos para adequar o profissional, de forma a alcançar um mínimo de satisfação para a realização do exercício profissional, podendo assim utilizar-se de alguns mecanismos de defesa estruturados socialmente. São eles: fragmentação da relação técnico-paciente, des-

personalização e negação do indivíduo internado, distanciamento e negação dos sentimentos, tentativa de eliminar decisões pelo ritual do desempenho de tarefas e redução de peso da responsabilidade.

O trecho seguinte mostra as resoluções das pessoas em relação a essas vivências:

Susana: “*Alguém tem suporte? Tem discussão de casos em equipe?*”

Sílvia: “*Supervisão institucional?*”

Júlia: “*Terapia particular, e várias vezes eu falo de paciente.*”

Catarina: “*A Psicologia eu chamo muito, seja a situação que for. (...) Eu me identifico muito com trabalho com crianças e bebês. (...) Quando eu comecei trabalhar com bebê [percebi que] é o que eu realmente quero. (...) Sinto (...) o desafio grande, [porque] você não trabalha [só] com o bebê, você está com a família. Você está com adulto, com idoso. (...) Não dá (...) [para esquecer] no consultório e jamais no hospital.*”

As fonoaudiólogas utilizam o serviço de Psicologia em suas diferentes modalidades: Marta faz supervisão, Júlia, terapia psicológica e Catarina trabalha conjuntamente com os psicólogos hospitalares, pois acredita que a família do paciente internado necessita de apoio. A internação é considerada um momento delicado. Para Prates (2003), um dos aspectos psíquicos do sujeito hospitalizado é a divisão entre a esperança da cura e o medo da morte. Assim, trabalhar com esses aspectos torna-se uma experiência angustiante, mas sugere a não supressão dessa angústia, mas a criação de espaços para a troca de experiências entre os profissionais, a fim de sustentar uma posição de escuta em relação a seus pacientes.

As relações com o idoso e o em velhecimento

A preferência do trabalho com o idoso revela-se através da identificação pessoal, devido à história de vida de cada uma, tendo a priori uma concepção de envelhecimento e velhice. Para Maria, no envelhecimento e na velhice ocorrem perdas, e sua fala, ao que me parece, tende para o assistencialismo, ou seja, ela lida com o idoso numa relação assimétrica, amorosa, mas não percebendo-o como sujeito, cidadão autônomo:

“Com bebê (...) eu amo muito, você lida (...) com um começo de uma vida (...). Agora o idoso, você está no

12 BCP: Broncopneumonia.

lado contrário, está no lado terminal, por mais que tudo dê certo, você sabe que está num processo decedente, então é uma sensação diferente. Você contribui para qualidade de vida? Contribui. (...) Eu trabalho bem com idosos, mas eu amo bebê. No começo eu comparava com a minha mãe. Eu olhava aquela velhinha entubada e pensava que podia ser minha mãe. Eu trato com extremo carinho, porque eu tenho essa referência pela idade, então eu acho que é respeito, amor, carinho.” (Maria)

Quanto às preferências de trabalho, Júlia utilizou o critério nosológico, é um raciocínio comum (para a Fonoaudiologia). Mas quando foi perguntada sobre o trabalho com idoso, percebi uma concepção de envelhecimento e velhice como experiência de vida e uma postura intersubjetiva com o idoso, que permite uma relação de troca:

Júlia: “Eu não trabalho com crianças. Eu não gosto de trabalhar com crianças, não que eu não goste de crianças. Mas eu morro de (...) dó (...) ao ver uma criança limitada ao leito, com entubação e com venoclivo. (...) Eu trabalho [com pacientes] a partir dos 14 anos (...). Agora, eu sinto mais dificuldade com a esclerose lateral. Eu não gosto de atender porque (...) piora em cinco meses, (...) fica com todas paresias (...).”

Sílvia: “É o idoso?”

Júlia: “Eu adoro atender paciente idoso de 70 para cima (...). Porque eu sempre gostei de ouvir. (...) Eu adoro sentar e ouvir histórias. (...) O idoso (...) já viveu o mundo.”

Emília fez um curso de especialização em gerontogeriatría, mas esse curso, ao que parece, não conseguiu modificar sua relação com o idoso. Observo uma concepção de envelhecimento e velhice como doença e uma identificação com o idoso, em relação ao adoecimento:

Susana: “Você prefere trabalhar (...) com quem?”

Emília: “Eu gosto de trabalhar no ambulatório (...) com crianças (...).”

Susana: “É com idoso?”

Emília: “Eu fui fazer um curso de gerontogeriatría no hospital, mas eu não trabalhei, (...) porque eu tenho mais contato [com crianças] em ambulatório, que não estão doentes (...).”

Susana: “(...) Eu tenho problema com idoso, eu estou pensando “eu vou chegar lá” e (...) eu tenho que resolver.”

Emília: “Eu também tenho problema. Há sete anos

comecei [a me tratar] no cardiologista no HC.”

Luíza tem uma concepção de envelhecimento e velhice como lentidão e solidão. Quando perguntado se ela gostaria de trabalhar apenas com idoso, ela respondeu:

“Eu não iria, eu não me identifico. No hospital eu gosto muito de trabalhar com criança, com bebê (...). Geralmente o idoso é mais só. Eu não tenho paciência, o tempo dele não é meu tempo, é mais lento (...).” (Luíza)

Para Todorov (1996, p. 71) a velhice não é somente o declínio das forças vitais, mas também da existência, pois “a existência pode morrer antes mesmo que a vida se extinga”. Assim, o ser social do idoso progressivamente desaparece, pois as pessoas da mesma geração, que são os distribuidores de reconhecimento, pouco a pouco vão desaparecendo. Para os idosos mais envelhecidos e/ou doentes restam as casas de repouso ou os hospitais, onde, nos dias de hoje, morre a maioria. Esses locais tratam os órgãos, prolongam a vida, mas não sua existência, os velhos morrem sós, completamente sem existência.

Ana, colega de trabalho de Luíza, tem uma opinião diferente: acredita que o idoso necessita de dignidade no momento de internação, pois é uma pessoa com experiência de vida:

Susana: “A identificação com o idoso é a impotência que a gente vai chegar.”

(?): “Para mim passa muito idoso...”

Ana: “Acho maravilhoso, criança já é uma idade chatinha. (...) Quando cheguei no hospital o que me chamou a atenção foi o idoso. É um serviço público, o pessoal não tem condições, a família às vezes deixam lá. (...) Teve um dia que me senti muito mal, (...) porque (...) a pessoa teve uma vida toda e está aqui, [precisando de ajuda para] fazer xixi, cocô e dar de comer. Isso mexeu comigo. Tem um monte de velhinhos na (...) minha família, e o que posso fazer? Eu adoro conversar, eu brinco muito com eles. Eu estou tentando ajudar. Vai melhorar o que resta, eu sempre penso nisso. (...) Acho que quando o bebê morre, eu não sinto (...), talvez o que ficasse de seqüela [seria pior]. (...) Mas idoso é algo que pega. Eu gosto de trabalhar com idoso (...). Eu gosto muito de trocar, de brincar, de conversar. Eu aceito as brincadeiras, as velhinhas do lado brincam juntas. Mas eu acho (...) bem difícil trabalhar com as seqüelas.”

Catarina usou o termo terceira idade, atualmente um termo controvertido, usado no lugar de “idoso” e “velho”. Esses últimos têm uma conotação mais pejorativa. Substituí-los é uma forma de maquiagem os aspectos negativos:

“Eu tenho uma família que tem dez pessoas na faixa de 70 a 85 [anos]. Eu particularmente já tenho uma terceira idade variada. É muito difícil trabalhar com idoso, e (...) só [tenho] avaliação com idoso.” (Catarina)

Quanto às concepções de envelhecimento e velhice, o grupo de fonoaudiólogas atribuem mais características negativas (perdas, lentidão, solidão e doenças). O atributo positivo (experiência de vida) foi dado por Ana e Júlia, que foram indicadas pelo seu trabalho voltado ao idoso e gostam de trabalhar com eles.

Parece-me que o termo “velho” está mais ligado ao sentido de gasto, usado, antônimo de novo, não a uma fase da vida, como por exemplo, o bebê, a criança, o jovem etc., e que possui portanto características ambivalentes, sendo comum o uso de expressões: “a cabeça é velha”, “por dentro me sinto jovem” etc.:

Susana: “A pessoa é velha quando...”

Júlia: “Se sente velha.”

Marta: “A cabeça é velha.”

Na pesquisa de Junqueira (1998) foram entrevistados professores de uma Universidade Aberta para Terceira Idade¹³ e eles atribuíram características negativas e ambivalentes para a velhice.

No grupo, independente da preferência pelo trabalho com o idoso ou da consideração de aspectos positivos, quando a vivência do envelhecimento é pessoal torna-se angustiante. Emília conta sua relação com as filhas, nesse momento de sua vida:

“[Eu me sinto velha] quando começo a falar ‘há vinte anos atrás’ e ‘na minha época’, e as pessoas não gostam de ouvir isso. (...) Ultimamente, as minhas filhas querem mandar, controlar (...) e tomar conta de mim. Fico pensando que estou ficando velha.” (Emília)

Já, Ana aponta em sua fala a vivência ambivalente em relação à sua idade:

“Eu me sinto jovem, mas quando (...) olho meu queixo percebo que estou ficando velha mesmo. (...) Mas internamente eu me sinto [jovem].” (Ana)

Refletindo sobre essa categoria que chamei de “a relação com o idoso e o envelhecimento”, observo que,

quando essa relação se dá entre as fonoaudiólogas e os pacientes idosos, aparecem mais aspectos negativos (perdas, solidão, lentidão, doença, chato, feio) e ambivalentes (“a cabeça é velha”), mas também aspectos positivos (sábio, “uma escola”, experiência de vida). Por outro lado, quando o envelhecimento é algo pessoal, não aparecem características positivas, o que me faz concordar com Luíza: “Envelhecer é muito difícil”.

Considerações Finais

Este estudo se originou de questões desencadeadas pela minha própria experiência junto ao atendimento fonoaudiológico institucional e hospitalar voltado ao idoso. A análise que fiz das vivências fonoaudiológicas das práticas desenvolvidas com idosos internados sob cuidados neurológicos em hospitais da cidade de São Paulo levam a algumas reflexões.

A inserção fonoaudiológica hospitalar é recente e vem sendo construída gradualmente através de esforços de fonoaudiólogos que abraçaram essa tarefa. Ao contrário da minha própria experiência, a escolha pela carreira de fonoaudiólogo e/ou pela atuação em hospitais foi uma opção possível, não necessariamente uma escolha, das fonoaudiólogas participantes do grupo. O interesse pela carreira médica não concretizado, somado a uma frágil identidade profissional e à exigência das fonoaudiólogas em desenvolver um trabalho com mínimas chances de erros, refletiu-se na forma como as fonoaudiólogas construíram suas práticas hospitalares. Essa construção se deu basicamente de duas maneiras. A primeira, a partir da patologia (referencial nosológico), que traduz uma referência de corpo fragmentado similar à concepção médica, com suas várias especialidades e subespecialidades, valorizando os aspectos anátomo-fisiológicos do processo saúde-doença. A segunda se deu a partir do apoio de políticas públicas de saúde como, por exemplo, o Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno referenciado pela Organização Mundial de Saúde. Percebi que em áreas favorecidas por políticas públicas e gestão, essa construção se deu de forma mais consistente, como no caso da inserção do fonoaudiólogo no trabalho em alojamento-conjunto e com a metodologia mãe-canguru. Isso me faz crer na necessidade

13 Atualmente esse termo está sendo substituído por Universidade Aberta para a Maturidade.

de se incrementarem as pesquisas fonoaudiológicas, com estudos epidemiológicos e de gestão de serviços.

Para Goldenberg (1998) a pesquisa científica é a prova do amadurecimento de uma profissão recente e mostra que a Fonoaudiologia quer conquistar o prestígio e a remuneração de uma profissão valorizada socialmente. Penso que o reconhecimento científico – atividade intelectual – é importante, mas também é fundamental o fortalecimento da categoria profissional.

Individualmente, é possível o desenvolvimento do trabalho com idosos com qualidade e capacitação profissional, gerando a satisfação dos profissionais envolvidos. Para consolidar a Fonoaudiologia como categoria, no entanto, o fonoaudiólogo deve transcender sua identificação com o profissional da Medicina e sua prática, e caminhar para um conhecimento interdisciplinar, propiciando o enriquecimento da intervenção das várias áreas de saúde na assistência ao idoso. É necessário que o fonoaudiólogo integre a equipe como co-autor de uma resposta ao indivíduo idoso e não como um somatório de procedimentos desarticulados sobre um objeto segmentado.

Conceber o envelhecimento e a velhice com aspectos positivos e negativos influenciaram na relação das fonoaudiólogas com o idoso e na atitude intersubjetiva com eles. Fonoaudiólogas que disseram gostar do trabalho com idosos geralmente enxergam um lado positivo para o envelhecimento e a velhice.

Evidencia-se que para todas as fonoaudiólogas (as indicadas pelo trabalho com bebês, ou as indicadas pelo trabalho com idosos), a experiência pessoal do envelhecer é angustiante e também um fator importante na forma como encaram as questões que não são particularmente exclusivas do envelhecimento, mas que parecem estar encarnadas no idoso hospitalizado, como as doenças, as limitações e a morte.

Há uma urgência em dar novo significado ao processo de envelhecimento e à velhice, enquanto lugar cultural e social e acolher o idoso, faz tanto no âmbito pessoal quanto no coletivo, podendo repercutir tanto na formação acadêmica dos fonoaudiólogos como na prática profissional, na necessidade de encerrar as angústias (e não suprimi-las), a partir da criação de espaços de reflexão, supervisão e capacitação profissional.

Além das discussões anteriores, presentes nas vivências das colegas fonoaudiólogas, há ainda um ponto-chave: para se trabalhar com o idoso, no âmbito ambulatorial e especialmente no âmbito hospitalar, é preciso que o fonoaudiólogo entre em contato com seu “velho interior”, os seus medos, seus tabus, suas concepções de envelhecimento, para que possa transitar nesse universo de forma mais tranqüila, quer na sua vida pessoal, quer no seu ambiente de trabalho.

O hospital é um lugar admirável. Um lugar onde os profissionais se empenham na tarefa de salvar vidas, ancorados em um ambiente asséptico, padronizado, de alta tecnologia, envolvidos em uma atmosfera de competências.

No hospital a relação com o doente tende a ser distanciada e fragmentada. O sentir é marginalizado, salva-se a vida mas não a existência.

Referências

- BONAMIGO, A. W. Gestão e sistema de informação em Fonoaudiologia. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE FONOAUDIOLOGIA. 5., 2003, Fortaleza. *Anais...* Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. Disponível em CD.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa de atenção integral à saúde do idoso*. Brasília, DF, 2001. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>.
- BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. *II Assembleia mundial sobre o envelhecimento*. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <http://www.mre.gov.br>
- BRASÍLIA. Conselho Regional de Fonoaudiologia. *Atenção aos idosos: O que a fonoaudiologia está fazendo por eles?*. v. 6, n.11, p.10-15, Out. 2001.
- BRASÍLIA. Conselho Regional de Medicina. *Especialidades médicas*. v. 17, n. 134, p. 4-5, maio/jun. 2002.
- GOLDENBERG, M. Um Olhar sobre a Fonoaudiologia no Brasil. *Revista Fonoaudiologia*, Brasília, DF, v.1, n.1, p.4-9, 1998.
- HUXLEY, A. *Admirável mundo novo*. 15. ed. Rio de Janeiro: Globo, 1987.
- JUNQUEIRA, E. D. S. *Velho: e, por que não?*. Bauru: Universidade do Sagrado Coração, 1998. (Cadernos de Divulgação, n. 64).

- LESSA, I. *O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis*. São Paulo: Hucitec, 1998.
- MACEDO FILHO, E. D. de; GOMES, G. F. e FURKIM, A. M. *Manual de cuidados do paciente com disfagia*. São Paulo: Lovise, 2000.
- MINAYO M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo/ Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco., 2000.
- NERI, A. L. *Palavras-chave em Gerontologia*. Campinas: Alínea, 2001.
- NOUGUEIRA-MARTINS, M. C. F. *Humanização das relações assistências: a formação do profissional de saúde*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- OLIVEIRA, S. T. Ética e bioética na atuação fonoaudiológica em hospitais. In: OLIVEIRA, S. T. (Org.). *Fonoaudiologia hospitalar*. São Paulo: Lovise, 2003. p.29-32.
- PITTA, A. *Hospital, dor e morte como ofício*. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1991 (Saúde em Debate 34, Série "Saúdeloucura").
- PRATES A. L. Aspectos psíquicos do paciente hospitalizado. In: OLIVEIRA S. T. (Org.) *Fonoaudiologia hospitalar*. São Paulo: Lovise, 2003. p.55-62.
- SANTINI, C. S. Disfagia neurogênica. In: FURKIM, A. M.; SANTINI, C. S. (Orgs.) *Disfagias orofaríngeas*. Carapicuíba: Prófono, 1999. p.19-34.
- SÉ, E. V. G. Fonoaudiologia e gerontologia. *Revista de Fonoaudiologia - 2ª Região*, São Paulo, n. 43, p. 8, jan./fev. 2002.
- SOUZA C. M de A. Envelhecimento: a necessidade de uma abordagem interdisciplinar. In: TERRA N. L.; DORNELLES, B. *Envelhecimento bem sucedido: Programa Geron*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002. p. 67-71.
- TODOROV, T. Ser, viver, existir. In: *A vida em comum: ensaio de antropologia geral*. Campinas: Papirus, 1996. p.59-88.
- VAISTMAN J. Poder e conflito em organizações hospitalares. In: CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA, *Anais ...* São Paulo: Associação Paulista de Saúde Pública, 2001. p. 99.
- WESTPHAL, M. F.; BÓGUS, C. M. e FARIA, M. de M. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. In: *Boletim Oficina Sanit Panamericana*, Washington, p. 473-482, 1996.

Anexo

Quadro de identificação das participantes do grupo focal:

Pseudônimo	Idade	Local de formação	Tempo de formação	Tipo de hospital	Vínculo empregatício	Tempo de experiência hospitalar	Indicada pelo trabalho com	Cursos de pós-graduação
Júlia	29	Unifesp-EPM	7 anos	Hospital A-Filantropico	Sim		Idosos	I mestrado
Luíza	40	PUC-SP	19 anos	Hospital B-Público	Sim	2 anos	Idosos	especialização
Ana	42	Unifesp-EPM	21 anos	Hospital B-Público	Sim	2 anos	Idosos	especialização
Marta	53	PUC- Campinas	30 anos	Hospital C-Público	Sim	30 anos	Idosos	especialização
Emília	52	PUC-SP	30 anos	Hospital C-Público	Sim	30 anos	Bebês	especialização
Paula	30	Unifesp-EPM	8 anos	Hospital D-Público	Sim	4 anos	Idosos	mestrado
Catarina	38	PUC-SP	18 anos	Hospital E-Privado	Sim	10 anos	Bebês	especialização
Tereza	35	PUC-SP	14 anos	Hospital E-Privado	Sim		Idosos	
Maria	36	Fundação Lusíadas de Santos	11 anos	Hospital F-Filantropico	Não	6 meses	Bebês	especialização

Nota: As células em branco correspondem a informações não comentadas ou não contidas na ficha de identificação.

Recebido em: 12/08/2004

Reapresentado em: 12/11/2004

Aprovado em: 14/12/2004