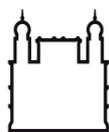




UFRJ



Ministério da Saúde  
FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto Gonçalo Moniz



---

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE**

**CAROLINA DE SOUZA FURTADO**

**BIOÉTICA E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:  
o projeto agente experiente na perspectiva da hospitalidade incondicional de  
Jacques Derrida**

Rio de Janeiro

2018

CAROLINA DE SOUZA FURTADO

**BIOÉTICA E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:  
o projeto agente experiente na perspectiva da hospitalidade incondicional de  
Jacques Derrida**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva em associação das IES: UFRJ, FIOCRUZ, UERJ e UFF, como requisito parcial e obrigatório à obtenção do título de Mestre em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva. Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Siqueira-Batista, Coorientador: Prof. Dr. Rafael Hadock Lobo.

Rio de Janeiro

2018

F992 Furtado, Carolina de Souza.

Bioética e atenção primária à saúde: o projeto agente experiente na perspectiva da hospitalidade incondicional de Jacques Derrida / Carolina de Souza Furtado. – Rio de Janeiro: UFRJ/UFF/UERJ/FIOCRUZ, 2018. 104 f.; 30 cm.

Orientador: Rodrigo Siqueira-Batista.

Coorientador: Rafael Haddock Lobo.

Dissertação (Mestrado) - UFRJ/UFF/UERJ/FIOCRUZ. Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, 2018.

Referências: f. 88-94.

1. Saúde do idoso. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Estratégia Saúde da Família. 4. Bioética I. Siqueira-Batista, Rodrigo. II. Lobo, Rafael Haddock. III. Universidade Federal do Rio de Janeiro. IV. Universidade Federal Fluminense. V Universidade do Estado do Rio de Janeiro. VI. Fundação Oswaldo Cruz. VII. Título.

CDD 171.7

## FOLHA DE APROVAÇÃO

CAROLINA DE SOUZA FURTADO

BIOÉTICA E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:

o projeto agente experiente na perspectiva da hospitalidade incondicional de  
Jacques Derrida

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva em associação das IES: UFRJ, FIOCRUZ, UERJ e UFF, como requisito parcial e obrigatório à obtenção do título de Mestre em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva.

Aprovada em: \_\_\_\_\_

---

Prof. Dr. Rodrigo Siqueira-Batista (Orientador)

Instituição

---

Prof. Dr. Rafael Hadock-Lobo (Coorientador)

Instituição

---

Prof. Dr. Alexandre da Silva Costa

Instituição

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Keith Bullia da Fonseca Simas

Instituição

## **AGRADECIMENTOS**

A jornada que o mestrado representou e ainda vai fluir em desdobramentos operacionais, acadêmicos e fenomenológicos na minha vida se deve a situações, experiências e ensinamentos vivenciados durante esse período, que está eternizado na minha estrutura mental. Sou muito grata a todas as pessoas que de forma mínima ou fundamental puderam me auxiliar nesse percurso.

Agradeço aos meus familiares, e diretamente à Sandra, Camila e Carmelia por serem minha fonte de força e inspiração para seguir sempre adiante, por me incentivarem e por toda admiração que alimento por elas. Agradeço ao meu marido Marcus pelo amor, incentivo, convivência harmoniosa e compreensão durante todo o tempo que estamos juntos.

Gratidão ao meu orientador Prof. Dr. Rodrigo Siqueira-Batista por ter me conduzido na elaboração desse trabalho de forma tão serena e profunda que modificou minha estrutura interna em relação à ansiedade e expectativas ao encarar um projeto de vida. Agradeço ao meu coorientador Prof. Dr. Rafael Haddock-Lobo pela acolhida sincera e vastidão de ensinamentos proporcionados. Aos queridos professores doutores do PPGBIOS por terem propiciado momentos sublimes de aprendizado sempre provocando o “ir além”, em especial Alexandre Costa, Sergio Rego, Marisa Palácios, Egléubia Andrade, Aluisio Gomes, Claudia Vatter. Aos colegas da turma 2016 mestrado e doutorado por dividirmos momentos tão enriquecedores e profícuos no caminho da pós graduação.

Agradeço aos ex-colegas e eternos amigos do CSE Lapa que contribuíram direta e indiretamente para o despertar do meu interesse em estudar o Projeto Agente Experiente e por me estimularem a buscar no mestrado possíveis respostas, em especial Marcia Levy, Pedro Rocha, Ana Maria, Marcelo, Roberto, Claudia, Marcia Maria, Patricia, Ana Paula, Daniela, João Henrique, Andreia de Souza, Simonica e todas as ACS, em especial Rosa, Elizete, Edna, Isis, Vera, Catarina, além de Andreia, Daniele, Rose, Fernanda, Paula.

Sou grata aos Agentes Experientes de forma inenarrável pela singeleza nas atitudes e inigualável disposição para o outro. Aos idosos(as) que tive o privilégio de conviver enquanto fisioterapeuta docente no CSE Lapa que me inspiraram para toda a vida.

Grata à Renata do comitê de Ética da secretaria de saúde do RJ por me auxiliar com os trâmites da Plataforma Brasil, à bibliotecária Sheila do IESC por me ajudar na época da qualificação.

Agradeço ao amigo Christian Mothé por ter me feito sentir, praticar e reavaliar meus conceitos sobre receber um hóspede em casa enquanto eu estudava mais profundamente a elaboração sobre hospitalidade incondicional de Jacques Derrida. Agradeço ao querido casal Kênia Giraldo e João Giraldo pelo suporte técnico, amizade dedicada e benevolência.

Aos exus de Umbanda Tranca Rua do Cruzeiro das Almas e Maria Padilha agradeço por toda a companhia e iluminação nessa trajetória. Ao meu pai desencarnado Vilmar agradeço pelo exemplo de ser humano digno, honesto e benigno que me inspira desde criança a buscar ser uma pessoa melhor. Agradeço ao meu cachorro Perninha por ser tão carinhoso e ficar no meu colo enquanto eu passava pelo auge da ansiedade. Agradeço ao aplicativo de jogos de celular Candy Crush Saga por conseguir me fazer sentir sono nos momentos mais tensos e estimulantes do período de confecção propriamente dita da dissertação.

## RESUMO

FURTADO, Carolina de Souza. **Bioética e atenção primária à saúde**: o projeto agente experiente na perspectiva da hospitalidade incondicional de Jacques Derrida. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

Com o crescimento do número de idosos no país e o aumento da expectativa de vida, muitos são os desafios diante dessa realidade, em termos da Atenção Primária à Saúde e da Estratégia Saúde da Família. Essa faixa etária da população precisa de mais atenção quando se trata de saúde e qualidade de vida devido às particularidades que se traduzem em dificuldades físicas, emocionais e sociais. Os profissionais de saúde devem estar atentos às demandas intersetoriais desse público buscando articular as redes de apoio social para coordenar o cuidado de modo integral e ampliado, sendo comum o surgimento de questões bioéticas nesse processo. Nesse contexto, este estudo tem como objetivo geral analisar as questões bioéticas do Projeto Agente Experiente em termos de sua articulação com a Atenção Primária à Saúde e com a Política Nacional do Idoso, à luz do conceito de hospitalidade incondicional de Jacques Derrida. Como metodologia foi realizada uma pesquisa bibliográfica em conjunto com uma pesquisa empírica. A pesquisa bibliográfica se caracterizou pelo uso do método PRISMA para desenvolvimento do primeiro capítulo teórico e a revisão não sistemática da literatura para desenvolvimento do segundo, terceiro e quarto capítulos. A pesquisa empírica utilizou a abordagem qualitativa, a qual permite aprofundamento nas interações humanas e significações sociais presentes no estudo de casos particulares. Os dados foram obtidos a partir das técnicas de (1) *observação participante* (2) *entrevista semiestruturada* com roteiro de perguntas abertas previamente elaboradas. Participaram da pesquisa os Agentes Experientes (AE) e os(as) idosos(as) acompanhados. Para análise dos dados utilizou-se como técnica a análise de conteúdo. Dentre os problemas bioéticos verificados cita-se a relação entre agentes e idosos acompanhados, isolamento social dos idosos e a falta de apoio familiar que demonstra desamparo por parte desse público, além disso, na parte dos AE enquanto idosos, destaca-se o fato de precisarem de uma ocupação na terceira idade, envolvendo ainda fatores financeiros. Ressalta-se que a hospitalidade incondicional foi verificada como prevalente. Salienta-se que o PAE foi demonstrado como um projeto importante para atenção integral ao idoso.

**Palavras-Chave:** Saúde do idoso. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Bioética. Hospitalidade incondicional.

## ABSTRACT

FURTADO, Carolina de Souza. **Bioética e atenção primária à saúde**: o projeto agente experiente na perspectiva da hospitalidade incondicional de Jacques Derrida. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

With the increase in numbers of elderly people in the country and also in life expectancy, there are many challenges facing this reality, in terms of Primary Health Care and the Family Health Strategy. This population's age range needs more attention when it comes to health and quality of life due to particularities like physical, emotional and social difficulties. Health professionals should be attentive to the intersectoral demands of this public seeking to articulate the social support networks to coordinate care in an integral and extended way, being common the emergence of bioethical issues in this process. In this context, this study has as a general objective to analyze the bioethical issues of the Expert Agent Project in terms of its articulation with Primary Health Care and with the National Policy of the Elderly, in light of the concept of unconditional hospitality of Jacques Derrida. As methodology, a bibliographic research was carried out together with an empirical research. The bibliographic research was characterized by the use of the PRISMA method to the development of the first theoretical chapter and the non - systematic review of the literature to the development of the second, third and fourth chapters. The empirical research has used the qualitative approach, which allows a deepening in the human interactions and social significations present in the study of particular cases. The data were obtained from the techniques of (1) participant observation (2) semi-structured interview with a script of previously prepared open questions. Experienced Agents (EA) and the studied elderly took part on the research. Content analysis was used to analyze the data. Among the verified bioethical problems, the relationship between agents and the studied elderly, social isolation of the elderly and the lack of family support that demonstrates helplessness by the part of this public are quoted. Moreover, in the EA part, as elderly, it is worth noting that they need an occupation in the third age, which also involves financial factors. It is emphasized that unconditional hospitality was verified as prevalent. It is pointed out that the PAE was demonstrated as an important project for Integral care to the elderly.

**Keywords:** Elderly health. Primary health care. Family health strategy. Bioethics. Unconditional hospitality.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AE	Agentes Experientes
AVD	Atividades da Vida Diária
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especial da Assistência Social
CSE	Centro Saúde Escola
ESF	Estratégia Saúde da Família
IESC	Instituto de Estudos em Saúde Coletiva
PAE	Projeto Agente Experiente
SEMEARC	Secretaria de Envelhecimento Ativo, Resiliência e Cuidado
SEQV	Secretaria de Envelhecimento e Qualidade de Vida
SESQV	Secretaria Especial de Envelhecimento Ativo e Qualidade de Vida
SETI	Secretaria da Terceira Idade
SMAS	Secretaria Municipal de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Perfil dos AE quanto à escolaridade.....	60
Quadro 2. Perfil dos AE quanto à profissão/ocupação.....	61
Quadro 3. Perfil dos AE quanto à convivência em moradia .....	62
Quadro 4. Percepção dos AE sobre si próprio enquanto hospiteiros .....	63
Quadro 5. Motivação para inscrição no PAE.....	64
Quadro 6. Percepção dos AE sobre o trabalho que realizam no PAE.....	66
Quadro 7. Percepção dos AE sobre os benefícios trazidos pelo trabalho no PAE para si mesmo.....	68
Quadro 8. Percepção dos AE sobre como gostariam que sua visita fosse pensada pelo idoso acompanhado.....	70
Quadro 9. Percepção dos AE sobre hospitalidade em geral.....	72
Quadro 10. Percepção dos idosos sobre a motivação para que o AE frequente sua casa.....	75
Quadro 11. Percepção dos idosos sobre fazer diferença a presença do AE em sua casa .....	77
Quadro 12. Percepção dos idosos sobre a possibilidade do AE não puder mais frequentar sua casa .....	78
Quadro 13. Relatos dos idosos sobre seu sentimento quando o AE vai embora de sua casa.....	79

## SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO 1 APRESENTANDO O PROBLEMA.....</b>	<b>11</b>
1.1. INTRODUÇÃO .....	11
1.2. HIPÓTESES.....	22
1.3. OBJETIVOS.....	23
1.3.1. OBJETIVO GERAL .....	23
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	23
1.4. ORGANIZAÇÃO DA DISSERTAÇÃO .....	23
<b>CAPÍTULO 2 MÉTODOS.....</b>	<b>25</b>
2.1. PESQUISA BIBLIOGRÁFICA E FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	25
2.2. PESQUISA EMPÍRICA.....	26
2.2.1. PARTICIPANTES DA PESQUISA .....	26
2.2.2. PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	27
2.2.2.1. Observação participante .....	28
2.2.2.2. Entrevista .....	28
2.2.3. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS .....	29
2.2.4. ASPECTOS ÉTICOS .....	30
<b>CAPÍTULO 3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E O CUIDADO AO IDOSO.....</b>	<b>31</b>
3.1 ASPECTOS EMOCIONAIS E SOCIAIS DO ENVELHECIMENTO .....	33
3.2. ESTATUTO DO IDOSO .....	36
3.3. SAÚDE DO IDOSO E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE .....	37
<b>CAPÍTULO 4 A HOSPITALIDADE INCONDICIONAL DE JACQUES DERRIDA....</b>	<b>45</b>
4.1. INTRODUÇÃO .....	45
4.2. BREVE NOTA BIOGRÁFICA INTELECTUAL.....	46
4.3. DA HOPITALIDADE INCONDICIONAL.....	48

4.4. IMERGINDO PELA DESCONSTRUÇÃO NA HOSPITALIDADE INCONDICIONAL.....	52
4.5. EMERGINDO DA HOSPITALIDADE PARA NÃO CONCLUIR .....	56
<b>CAPÍTULO 5 PROJETO ‘AGENTES EXPERIENTES’ E A ‘INCONDICIONAL HOSPITALIDADE’ COMO QUESTÃO BIOÉTICA - RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>58</b>
5.1. INTRODUÇÃO.....	58
5.2. QUEM SÃO OS AGENTES EXPERIENTES.....	60
5.3. PROJETO AGENTE EXPERIENTE NA PERSPECTIVA DA HOSPITALIDADE INCONDICIONAL DE JACQUES DERRIDA: PERCEPÇÃO DOS AGENTES EXPERIENTES.....	66
5.4. PROJETO AGENTE EXPERIENTE NA PERSPECTIVA DA HOSPITALIDADE INCONDICIONAL DE JACQUES DERRIDA: PERCEPÇÃO DOS IDOSOS ACOMPANHADOS.....	74
5.5. PROJETO AGENTE EXPERIENTE NA PERSPECTIVA DA HOSPITALIDADE INCONDICIONAL DE JACQUES DERRIDA: PERCEPÇÃO DA PESQUISADORA.....	80
<b>CAPÍTULO 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>85</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>88</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>95</b>
<b>APÊNDICE A – CHECKLIST PRISMA.....</b>	<b>96</b>
<b>APÊNDICE B – FLUXOGRAMA PRISMA.....</b>	<b>100</b>
<b>APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>101</b>
<b>APÊNDICE D - ROTEIRO DE ENTREVISTAS AE .....</b>	<b>103</b>
<b>APÊNDICE E - ROTEIRO DE ENTREVISTAS IDOSOS EM ACOMPANHAMENTO PELO AE .....</b>	<b>104</b>

## **CAPÍTULO 1**

### **APRESENTANDO O PROBLEMA**

#### **1.1 INTRODUÇÃO**

A Reforma Sanitária Brasileira – ocorrida nos anos 1980 – culminou com o surgimento de uma política pública de saúde universal, descentralizada e integral, o Sistema Único de Saúde (SUS). Em 1988, mais especificamente, o SUS emerge pela Constituição Federal Brasileira como um modelo de atenção à saúde sem precedentes na história do país, o qual universalizou o acesso, equanizou a abordagem e integralizou as ações de saúde, além de regionalizar a rede de serviços, hierarquizar os níveis de atenção e permitir complementaridade do setor privado de saúde (BRASIL, 1990).

A Atenção Primária à Saúde (APS) representa, muitas vezes, o primeiro contato do usuário com o SUS. Nesse contexto de hierarquização do sistema, se configura como ordenadora e gestora do cuidado, por ser a porta de entrada do sistema universal. Um dos atributos essenciais da APS seria a coordenação das diversas ações e serviços indispensáveis para resolver necessidades de saúde que precisam de acompanhamento constante, traduzida na percepção de continuidade dos cuidados na perspectiva do usuário (OLIVEIRA et al., 2016).

Na década de 1990, mais precisamente em 1994, emerge o Programa Saúde da Família (PSF) no estado do Ceará – com o fito de reorientar o modelo assistencialista e flexneriano da atenção à saúde (em “funcionamento” no período “pré-SUS”) –, organizando-se com equipes mínimas compostas por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e de quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS), e realizando ações preventivas e curativas de saúde num determinado território, comportando um número máximo de pessoas (750 por ACS) (VIDAL et al., 2016). As atividades que tornam o modelo peculiar são o cadastramento das famílias pelos ACS, o levantamento do perfil demográfico e epidemiológico da área adstrita e a rotina de visita domiciliar.

O modelo que surge como proposta de centralizar o cuidado em saúde na família e no indivíduo de modo integral pode ser considerado tanto como estrutura, por ser oriundo da organização público-administrativa, como produto ou resultado

dessa articulação entre os níveis de atenção (VIDAL *et al.*, 2016). Assim sendo, passa a ser mais adequada a utilização do termo “Estratégia” Saúde da Família (ESF) em detrimento à nomenclatura “Programa” Saúde da Família (PSF), para ser condizente com a ideia de continuidade e integralidade da política pública em questão.

A ESF tem como pilar a tríade: território, longitudinalidade e vínculo – como bases norteadoras do serviço – de modo a permitir a coordenação do cuidado em longo prazo nos diferentes ciclos de vida do indivíduo, e construção de “laço social/moral” (STEINER, 2016). Através da ligação promissora entre pessoas. A estratégia também visa resgatar o espaço domiciliar como ambiente de cuidado (THUME *et al.*, 2010).

Quando se trata do acesso da população aos serviços de saúde, a ESF tem sido pensada como principal acesso e como o primeiro nível de contato da população com o sistema, aquele mais próximo às famílias e à comunidade (CECILIO *et al.*, 2012). Assim, entende-se que a ESF é o meio onde se oportunizam práticas de APS através de uma equipe mínima multiprofissional que deveria atuar de forma inter e transdisciplinar, buscando conhecer e compreender os determinantes sociais do processo saúde-doença para coordenar o cuidado de forma abrangente e ampliada levando em consideração a complexidade das relações humanas de acordo com a inserção do indivíduo em seus diferentes contextos (familiar, social, ambiental, cultural e econômico). (CECILIO *et al.*, 2012).

Dessa forma, a ESF trabalha a promoção da saúde como possibilidade de articulação transversal, o que confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no País; visando à criação de mecanismos que reduzam a vulnerabilidade, defendam a equidade e incorporem a participação e o controle social na gestão das políticas públicas (MOTTA; SIQUEIRA-BATISTA, 2015).

Com o crescimento do número de idosos no país e o aumento da expectativa de vida, muitos têm sido os desafios diante dessa realidade, em termos da APS e da ESF. Essa faixa etária da população precisa de mais atenção quando se trata de saúde e qualidade de vida devido às particularidades que se traduzem em dificuldades físicas, maior risco de adoecer, menor produtividade, maior dependência emocional e menor resistência emocional (MOTTA, SIQUEIRA-BATISTA, 2015). Desse modo, o ideal seria que a ESF atuasse em todos os

municípios brasileiros “buscando efetivar ações nos diferentes espaços sociais, por meio de políticas interdisciplinares desenvolvidas por equipes em seus territórios, na expectativa de uma assistência fundamentada na promoção de envelhecimento ativo e saudável nos cursos de vida dos usuários idosos ou não” (BARROS *et al.*, 2011).

É conhecido que o aumento da longevidade se deve, entre outros fatores, aos avanços científicos e tecnológicos, à melhoria nas condições sanitárias, ao maior acesso aos serviços de saúde, às melhores condições socioeconômicas e à redução na taxa de natalidade que ocorreu nas últimas décadas. As mudanças no perfil demográfico trazem importantes consequências sociais e econômicas para toda a população, especialmente para os idosos. Os cuidados com a pessoa em processo de envelhecimento envolvem toda a rede de atenção à pessoa idosa em especial os serviços sociais e de saúde (MENDES, E. V., 2013).

A realidade social de pertencimento do idoso associada às condições socioeconômicas e culturais, nível de escolaridade, condições psicológicas, limites, potencialidades e representações sociais devem ser consideradas para se prestar um atendimento adequado ao idoso. É preciso entender que o fenômeno do envelhecimento está submetido a fatores biológicos, psicológicos, socioculturais, ambientais, econômicos e políticos, constituindo assim um dos maiores desafios das últimas décadas ao se pensar em políticas voltadas à saúde do idoso (MENDES *et al.*, 2013).

Estratégias de prolongamento e manutenção da capacidade funcional da pessoa idosa constituem um dos grandes desafios para a saúde, pois significa “a sequência de habilidades físicas e mentais necessárias para o desenvolvimento das atividades da vida diária com qualidade e satisfação. A capacidade funcional passa a ser uma importante referência para se avaliar as condições de saúde do idoso, indicando de forma multidimensional se a pessoa apresenta um envelhecimento saudável ou não” (POZZOLI, 2012). Como o envelhecimento não é um processo homogêneo, necessidades e demandas dos idosos variam, sendo fundamental articular o trabalho em rede para oferecer atenção aos idosos saudáveis e atender àqueles com diferentes graus de incapacidade ou enfermidade, inclusive nos domicílios. Assim sendo, o cuidado adequado ao idoso demanda um sistema de saúde coordenado, organizado e hierarquizado com cada instância contribuindo para as ações das demais (MOTTA *et al.*, 2011).

Nesse contexto, surge a Política Nacional do Idoso através da portaria nº 2528/2006 em consonância com os princípios e diretrizes do SUS: “Além de apresentar uma ampla reflexão sobre o processo de envelhecimento populacional e apontar para ações intersetoriais que favoreçam um envelhecimento saudável, responde às necessidades advindas da transição demográfica no Brasil” (BRASIL, 2006). É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade. Estabelece em definitivo a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como nível assistencial preferencial de acesso ao cuidado do idoso” (BARROS *et al.*, 2011). Sua principal finalidade é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim (MENDES, E. V., 2013).

É importante citar outras políticas/portarias instituídas pelo Ministério da Saúde que contextualizam a criação da Política Nacional do Idoso. Em 2004, através da portaria 2607, o Ministério da Saúde aprova o “Pacto pela Saúde no Brasil”, o qual estabelece três grandes compromissos entre os três níveis de governo: o Pacto pela Vida, Pacto de Gestão do SUS e Pacto em Defesa do SUS (BRASIL, 2004b). Sobre os objetivos e metas do Pacto pela Vida, há a atenção à saúde do idoso, saúde mental, promoção à saúde, fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência, entre outras prioridades (BRASIL, 2004b). Este pacto gerou um trabalho integrado entre os Ministérios da Saúde, Ciência e Tecnologia e de Educação, no sentido de estimular a sociedade científica a desenvolverem projetos de tecnologia, inovação e preparo de profissionais para aplicação no SUS (POZZOLI, 2012). Ainda sobre o “Pacto pela Vida, as ações de atenção ao idoso ocorrem via ESF, quais sejam: promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa; serviço domiciliar; acolhimento preferencial nas Unidades Básicas de Saúde (UBS); distribuição e preenchimento da caderneta da pessoa idosa e assistência farmacêutica” (BARROS *et al.*, 2011).

No ano de 2006, é instituída a Portaria n.º 648 para aprovar a Política Nacional de Atenção Básica, revisando as diretrizes e normas de organização da APS para o Programa Saúde da Família (PSF) e Programa Agentes Comunitários da Saúde (PACS); com o objetivo de fornecer uma assistência integral com ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e redução de danos ou

sofrimento, com vistas ao desenvolvimento de uma melhor qualidade de vida. (BRASIL, 2006).

Conforme o Manual da Atenção Básica, em seu caderno nº 19 sobre “Envelhecimento e saúde da pessoa idosa”, publicado em 2007, “seu objetivo é proporcionar abordagem integral, maior resolutividade e apresentar aporte técnico para facilitar a prática diária dos profissionais da atenção básica, sendo esperado que estes atuem em áreas como: humanização e acolhimento, promoção de hábitos saudáveis, avaliação global da pessoa idosa, suporte familiar e social, fragilidade em idosos, violência intrafamiliar e maus-tratos, envelhecimento e medicamentos, osteoporose, quedas, hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus*, incontinência urinária, depressão, demência, envelhecimento e AIDS e atenção domiciliar.” (BARROS *et al.*, 2011).

A elaboração desse tipo de material orientador aos profissionais da APS mostra que a preocupação ainda é focada nas questões físico-biológicas estando estruturada num sistema de atenção à saúde fragmentado e focado no curativismo ocasional e voltado à agudização das condições crônicas de saúde (BARROS *et al.*, 2011).

Acompanhando a evolução do SUS, e também dos subsistemas privados brasileiros, Eugênio Vilaça Mendes (2013, p. 85) afirma que é possível observar “uma situação de saúde que combina transição epidemiológica e demográfica aceleradas (com aumento no número de idosos). e tripla carga de doença, com forte predomínio relativo de condições crônicas”. E ainda complementa: “O sistema de saúde que se pratica há mais de 29 anos não é capaz de responder socialmente, com efetividade, eficiência e qualidade, à situação de saúde vigente” (MENDES, E. V., 2013). De fato, estudos teóricos e empíricos demonstram uma importante distância entre a idealidade dos modelos de atenção à saúde vigentes e as práticas sociais concretas realizadas por usuários e profissionais nos espaços reais de produção de cuidado (CECILIO *et al.*, 2012).

A falta de organização da rede (que não consegue ser intersetorial), a falta de estruturas básicas de apoio (profissionais despreparados, dificuldades operacionais). e de integração dos serviços existentes, além da insuficiente oferta de serviços especializados (como centros-dia ou hospitais-dia, unidades de média e longa permanência com cuidado específico para idosos comprometidos física ou mentalmente, unidades de cuidados paliativos) e de suporte e apoio às famílias e

cuidadores ainda incapacitam o SUS para prestar uma atenção integral à saúde do idoso (MOTTA *et al.*, 2011).

Assim, neste estudo tem-se como foco a atenção à saúde do idoso e seus desdobramentos e demandas biopsicossociais, buscando investigar as questões bioéticas atinentes ao Projeto Agente Experiente (PAE), à luz da concepção de hospitalidade incondicional de Jacques Derrida, de uma perspectiva da autonomia do idoso e do protagonismo do agente experiente propriamente dito. Ressalta-se que o PAE é uma proposta de atenção ao idoso, principalmente em seu aspecto social que foi implementado há mais de 10 anos no município do Rio de Janeiro e desde agosto de 2013 no Centro Saúde Escola (CSE) Lapa e vem se desenvolvendo e se inscrevendo como política pública de saúde desde então na cidade e no contexto específico do CSE Lapa.

O CSE Lapa é uma unidade de saúde da família localizada no campus do Curso de Medicina (campus Arcos da Lapa) da Universidade Estácio de Sá. Inaugurado em 2001, a unidade escola possui convênio com o município do Rio de Janeiro desde então, sendo responsável pelo suporte da rede de serviços de referência e contrarreferência, assim sendo, fornecendo insumos medicamentosos e materiais para curativos, hidratação venosa, exame físico e suporte vacinal.

A unidade é mantida financeiramente pela Universidade Estácio de Sá que custeia os recursos humanos e estruturais através de docentes atuantes na assistência à saúde da população via SUS e discentes do curso de medicina lotados como estagiários e internos na unidade. Os serviços oferecidos estão em consonância com o que é preconizado pela ESF: atendimentos ambulatoriais agendados e demanda espontânea de urgência, visitas domiciliares e ações coletivas de promoção à saúde, entre outras. O centro escola possui duas equipes e o processo de trabalho é multiprofissional ampliado (além de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, a unidade conta com docentes e alunos dos cursos de fisioterapia e psicologia da Universidade). A equipe ampliada atua de modo integrado à equipe mínima, participando da elaboração, planejamento e aplicação de todas as atividades desenvolvidas na unidade.

O perfil demográfico de CSE Lapa é majoritariamente composto por idosos com predominância epidemiológica de doenças crônicas como hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. Atualmente, predominam as idosas mulheres, viúvas com filhos, e morando só. Graças a esse perfil etário e epidemiológico, a população

idosa da unidade escola está submetida às agruras da fragilidade física, emocional e social que essa faixa etária está sujeita. Tais eventos tornam muitos dos idosos do CSE Lapa uma população em importante situação de vulnerabilidade social necessitando do cuidado para além do olhar clínico, biológico.

Em dezembro de 2012, a área da unidade foi expandida e novos cadastramentos foram realizados, fortalecendo/confirmando de vez sua característica: grande quantitativo de idosos. E idosos em situação de vulnerabilidade social e emocional que desafiavam a equipe multiprofissional responsável pelos cuidados em saúde dessa população, configurando as dificuldades em lidar com essas demandas tão complexas. A partir de então foi feito um levantamento sobre o perfil do idoso na área através de análise sobre a faixa etária de idosos, condições de locomoção e AVD's dependente/independente, condições de moradia (vive só ou acompanhado), condições de prestação de cuidados (com cuidadores / sem cuidadores) e condições cognitivas avaliadas preliminarmente através do Mini Exame do Estado Mental (Mini Mental).

O trabalho contou com a experiência dos ACS e os profissionais de saúde da unidade que se puseram a refletir sobre as condições referidas acima (exceto mini-mental) relacionadas aos idosos de suas microáreas. O idoso selecionado foi submetido ao mini-mental tanto no ambiente ambulatorial quanto no domiciliar. O mini-mental é um exame rápido que engloba domínios cognitivos distintos tais como: atenção, linguagem, cálculo, registro e memória. Rastreia prejuízos cognitivos de forma precoce e por ser prático e rápido pode ser aplicado em qualquer situação/local (LOURENÇO; VERAS, 2006). A pontuação máxima é de 30 pontos. Uma população envelhecida que ainda conta com o aumento da expectativa de vida, soma comorbidades, e dentre elas, a mais deteriorante/preocupante é a cognição. A funcionalidade do idoso está intimamente associada à sua capacidade de se relacionar com o meio externo e com o prejuízo progressivo das funções cognitivas, esse relacionamento fica cada vez mais empobrecido. O resultado do levantamento apontou um percentual elevado de idosos mais velhos (1040 pessoas idosas) morando só (500 pessoas idosas), com dependência parcial ou total para as AVD's e locomoção, sem cuidadores formais ou informais e com mini-mental de baixa pontuação. (Fonte: fichas de gerenciamento de saúde do idoso do CSE Lapa).

Baseado nestas condições foi elaborado um vídeo para apresentar às autoridades competentes que integram a rede de serviços locais (parceiros

intersetoriais): a Coordenadoria Regional de Assistência Social (CRAS) Ismênia de Lima Martins, Coordenadoria Regional Especial de Assistência Social (CREAS), Gerência de Saúde do idoso da Coordenadoria da Área Programática (CAP). 1.0 e Secretaria Especial de Envelhecimento Saudável e Qualidade de Vida (SESQV), atualmente denominada subsecretaria de políticas para o idoso. Sensibilizados com a situação de muitos idosos da área do CSE Lapa, os órgãos e autoridades competentes citados acima estenderam a proposta do Projeto Agente Experiente (PAE) ao CSE Lapa de forma adaptada para atender às demandas locais.

O PAE foi desenvolvido pela antiga Secretaria Da Terceira Idade (SETI). No município do RJ em 2004. A SETI era uma ramificação da Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS). Em 2006, através do Decreto nº 27.142, a SETI foi renomeada, passando a ser intitulada Secretaria Extraordinária da Qualidade de Vida (SEQV). Por ser uma Secretaria Extraordinária, não possui os mesmos recursos que uma Secretaria Municipal, e então, por ser ligada diretamente ao gabinete do Prefeito, a SEQV não conta com recursos humanos próprios, realizando suas atividades com profissionais cedidos por outros órgãos da Prefeitura. Entretanto, possui assento no Conselho Municipal de Assistência Social e segue as determinações políticas voltadas para os idosos, indicadas pela esfera federal.

A SEQV desenvolve seus trabalhos sociais através dos profissionais da SMAS que ficam sediadas nos Centro de Referência da Assistência Social (CRAS). já que não possui um quadro próprio de profissionais. Tais profissionais são responsáveis por promover a distribuição dos voluntários do PAE nas unidades de assistência social e à saúde.

Em março de 2016, a SEQV passou a se chamar Secretaria de Envelhecimento Ativo, Resiliência e Cuidado (SEMEARC) passando por um processo de municipalização se tornando uma estrutura permanente de atenção aos idosos o município com verba própria e autonomia de gestão de recursos financeiros e humanos. Infelizmente, em janeiro de 2017, com a mudança do gestor público municipal, a secretaria perdeu o *status* de municipalizada e voltou a ser uma extensão da SMAS, mudando novamente sua nomenclatura para subsecretaria de políticas para o idoso ainda sem sigla definida institucionalmente.

O PAE foi concebido inicialmente como proposta para atender à Política Nacional do Idoso (PNI) de viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso, que proporcionem sua integração às demais

gerações (PNI, seção II, Art. 4º, 1994). O projeto visava “a melhoria da qualidade de vida dos idosos, possibilitando ainda minimizar as condições precárias de vida dos moradores de rua” (PAE, 2004. p.1). A proposta era a de transformar o idoso voluntário do PAE em canal de informação para pessoas que se encontravam morando na rua. De acordo com o projeto, os Agentes Experientes (AE) deveriam informar e acompanhar os moradores de rua para que estes pudessem ter acesso aos serviços oferecidos e viabilizados pela Prefeitura na perspectiva de acolhimento, capacitação, inserção profissional, entre outras coisas.

Atualmente, os AE não possuem mais a incumbência de orientar/acompanhar moradores de rua, graças ao serviço de Consultório de Rua, criado em 2011 pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), regendo uma associação entre a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social, a Coordenadoria Regional de Assistência Social e a Secretaria Municipal de Saúde.

A proposta é transformar o idoso em canal de informação para outros idosos e para os demais segmentos. Nesses casos, os Agentes Experientes devem informar e orientar os usuários para que possam ter acesso aos serviços oferecidos pela Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro e demais serviços da rede.

Trata-se de um projeto que recruta, entrevista, seleciona e capacita permanentemente voluntários idosos de idade superior a 60 anos, renda familiar de até dois salários mínimos, e que sejam independentes e autônomos gozando de boa saúde física e mental. Possuem uma bolsa mensal no valor atual de R\$350,00 e prestam o serviço durante 16 horas semanais. Os idosos selecionados são chamados AE e coordenados pelos profissionais dos CRAS, da Subsecretaria de políticas para idoso e das unidades as quais permanecerão alocados. Centro de convivência social, abrigos públicos municipais e mais recentemente unidades básicas de saúde, centros municipais de saúde e clínicas de família também constituem local de atuação dos idosos. Cada unidade de lotação do AE precisa instituir um supervisor técnico para o idoso voluntário, a fim de permitir melhor monitoramento e acompanhamento das atividades realizadas.

Dentre as atribuições do AE no CSE Lapa, destacam-se: estar junto e oferecer companhia e apoio aos idosos atendidos no CSE Lapa através da escuta, de conversas, respeitando os valores, crenças e a privacidade dos indivíduos; esclarecer e acompanhar questões com relação a noções básicas de cuidados pessoais e de higiene do domicílio visitado; incentivar e participar de atividades

lúdicas na residência, tais como jogos de dominó, dama, palavras cruzadas, artesanato, TV, rádio, leituras, sempre visando a estimulação cognitiva; colaborar para o uso correto da medicação prescrita pelo médico como também observar e alertar sobre datas de retorno às consultas, realização de exames e procedimentos; contribuir na criação ou articulação da rede de apoio do idoso; colaborar com ações que promovam e mantenham a independência e autonomia dos idosos, estimulando sua participação social, realização de atividades diárias, de lazer e comunitárias; interagir ativamente com os membros da equipe de saúde do CSE Lapa e informar sobre qualquer intercorrência no processo de acompanhamento domiciliar; acionar a rede de apoio (familiares, vizinhos, associação de moradores, SAMU) em situações de urgência e emergência ou quando se fizer necessário.

Ressalta-se que o PAE possui suas próprias premissas de atuação articuladas com as peculiaridades da população idosa assistida pelo CSE Lapa. Os idosos voluntários possuem certas limitações quanto às atividades que devem ser realizadas, por exemplo, eles não têm o papel de um cuidador de idosos nem de empregados domésticos. O problema mais marcante e que despertou interesse pela pesquisa foi o de saber qual(is) seria(m) o(s) limite(s) ético(s) de atuação dos AE no projeto. Tal debate se articula às atuais discussões bioéticas no âmbito da APS.

Como bem afirma Siqueira *et al* 2016, p. 180, “é preciso pensar a bioética como uma ética da ciência que combine humildade, responsabilidade e competência, e que seja interdisciplinar e transcultural, fazendo prevalecer o verdadeiro sentido de humanidade”.

Ressalta-se, com base em Zoboli (2010), que a bioética abarca os avanços da biotecnologia, os cuidados à saúde e a ética profissional penetrando-os de maneira contextualizada e ampliada para a complexidade da própria vida, problematizando-os em busca de soluções quando possível. Na atenção à saúde, a bioética cria pontes entre o ser e fazer profissional, mundo institucional e políticas públicas, nas palavras de Zoboli (2010, p. 19-20): “em uma via de mão dupla entre a realização, o dever e o que se deveria fazer, onde o âmbito do deveria consta como norte de um horizonte ético”.

Simas et al. (2016) afirmam que no âmbito da APS é possível evidenciar questões bioéticas cotidianas, que se apresentam desde a convivência entre os próprios trabalhadores da unidade de saúde, assim como na relação entre trabalhadores e usuário ou com seus familiares, com a falta de humanização

protagonizada por membros da equipe, até a possibilidade de presenciar conflitos familiares nas visitas domiciliares. Assim, os autores destacam a importância de que estudos sejam realizados sobre os aspectos bioéticos na APS, visto que o atendimento de qualidade pressupõe uma boa relação entre profissionais de saúde e usuários, devendo-se considerar as relações de poder e a interdependência entre os envolvidos.

Nesse mesmo sentido, Vidal, Gomes e Siqueira-Batista (2016, p. 68): “A bioética dirigida a pensar-agir no campo da APS requer avanços firmados por estudos investigativos sobre os principais problemas éticos vividos”. Para os autores, os problemas éticos na APS são oriundos de fatores como: falta de articulação entre as políticas públicas intersetoriais, acesso reduzido aos serviços, e pelas desigualdades sociais e econômicas. Os autores ainda destacam que os problemas bioéticos ainda evidenciam-se quando se volta para a tensão entre os saberes técnico-científicos e populares, o que dificulta o atendimento da demanda em todas as dimensões em que se apresenta.

No estudo realizado por Siqueira-Batista et al. (2015), onde foram mapeados problemas bioéticos na ESF, verificou-se que apesar de serem mais sutis do que aquelas que se evidenciam no âmbito hospitalar, a APS também apresenta situações de conflitos morais, que impossibilitam a plenitude no processo de trabalho e, conseqüentemente, o alcance da promoção integral do cuidado. Em sua pesquisa, os autores identificaram cinco grandes grupos de problemas bioéticos no âmbito da APS: os relacionados à desigualdade de acesso aos serviços de saúde; os relacionados à relação ensino-trabalho-comunidade; os relacionados ao sigilo e à confidencialidade; os relacionados aos conflitos entre equipe e usuários; e os relacionados aos conflitos entre membros da equipe. Nesse contexto, verifica-se que os problemas bioéticos na APS são fato, sendo fundamental que estudos sejam realizados para melhor compreensão sobre o assunto.

Diante desta perspectiva, propõem-se as seguintes questões: (1) O que impediria um idoso (hábil, saudável) de ser solidário a outro idoso (inábil, vulnerável)? (2) O que busca um idoso em um serviço voluntário que tem como matriz a empatia? (3) O que faz um idoso debilitado nos seus aspectos emocionais, sociais, familiares e psicológicos aceitar a vinda do outro?

A partir do momento que a saúde coletiva e a bioética incluem os determinantes sociais e subjetivos em suas análises e trazem uma visão ampliada e

complexa da saúde e das ações humanas, o trabalho exposto ganha relevância por ser uma proposta de cuidado social em uma unidade de saúde da família que ao sensibilizar os órgãos competentes numa ação intersetorial, recebeu um projeto em desenvolvimento, mas com adaptações específicas para o público-alvo determinado.

Assim, considerando as dimensões do CSE Lapa em relação ao atendimento de idosos, este projeto propõe um estudo sobre as questões bioéticas do PAE e sua articulação com a atenção à saúde do idoso, sob a perspectiva da hospitalidade incondicional de Jacques Derrida. O intuito é de estabelecer uma correlação entre a abertura para o outro de ambas as partes envolvidas no voluntariado: o agente experiente e o idoso em acompanhamento.

Como embasamento teórico, será abordada e explanada a questão da “hospitalidade incondicional” introduzida e desenvolvida por Jaques Derrida para melhor fundamentar o argumento filosófico do cuidado, da aproximação, do acolhimento em articulação aos determinantes sociais que se manifestam nas multiplicidades das demandas em saúde. Procura apresentar a rede solidária do tema exposto como forma concreta de relacionamento comunitário envolvendo compromisso e reciprocidade entre os atores sociais envolvidos.

## 1.2 HIPÓTESES

A pesquisa trabalhou com as seguintes hipóteses:

- H1. O trabalho do AE apresenta-se com relevante para seu próprio desenvolvimento pessoal.
- H2. O trabalho voluntário desenvolvido pelo AE é permeado por dilemas éticos que evidenciam-se em seu cotidiano profissional.
- H3. A saúde é a questão central do trabalho do AE.
- H4. A exclusão social vivenciada por muitos idosos, capaz de lhe trazer sentimento de solidão apresenta-se como motivo para receber acompanhamento domiciliar de outro idoso para estarem juntos.

## 1.3 OBJETIVOS

### 1.3.1 OBJETIVO GERAL

Verificar as questões bioéticas do Projeto Agente Experiente em termos de sua articulação com a Atenção Primária à Saúde e com a Política Nacional do Idoso, à luz do conceito de hospitalidade incondicional de Jacques Derrida.

### 1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o Projeto Agente Experiente, explicitando sua articulação com a Atenção Primária à Saúde e com a Política Nacional do Idoso;
- Apontar os problemas bioéticos atinentes ao Projeto Agente Experiente, na perspectiva dos Agentes Experientes;
- Analisar os dados obtidos, utilizando como referencial o conceito de hospitalidade incondicional de Jacques Derrida.

## 1.4 ORGANIZAÇÃO DA DISSERTAÇÃO

Para o melhor entendimento sobre o assunto, esta dissertação foi estruturada em seis capítulos, sendo que o primeiro consiste nesta introdução que traz as diretrizes seguidas na pesquisa e no estudo realizado.

No segundo capítulo são apresentados os métodos utilizados para desenvolvimento da pesquisa, descrevendo-se fatores como métodos utilizados para pesquisa bibliográfica e de campo, sujeitos da pesquisa, procedimento de coleta e análise de dados.

Já no terceiro capítulo faz-se um estudo teórico sobre a Atenção Primária à Saúde no atendimento ao idoso, contextualizando os fatores envolvidos no processo de envelhecimento tanto biológicos, quanto emocionais e sociais, apresentando, ainda, o Estatuto do Idoso, com fins de demonstrar os direitos específicos a esse público.

O quarto capítulo, por sua vez, traz um estudo sobre a hospitalidade incondicional de Jacques Derrida, buscando compreender suas concepções, origem e práticas contextualizadas à alteridade e desconstrução.

Os resultados e discussões são apresentados no quinto capítulo, buscando contextualizar os discursos dos atores sociais que participaram desta pesquisa, Agentes Experientes e idosos acompanhados, com a observação desta pesquisadora e a literatura pertinente ao assunto, tendo como base as hipóteses levantadas nesta pesquisa para direcionamento das análises.

Por fim, o sexto capítulo traz as considerações finais desta pesquisa, buscando compilar os achados do estudo realizado, a partir de uma revisão das hipóteses levantadas.

## CAPÍTULO 2

### MÉTODOS

#### 2.1 PESQUISA BIBLIOGRÁFICA E FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Esse trabalho foi uma revisão de literatura, que segundo Gil (2007), é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Ressalta-se que nesta pesquisa realizou-se a revisão sistemática da literatura a partir das diretrizes da recomendação PRISMA (Principais Itens para Relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises) validada no Brasil por Galvão, Pansani e Harradi (2015), que destacam a revisão sistemática da literatura como extremamente importante na assistência à saúde.

Todavia, para desenvolvimento do capítulo foi realizada uma revisão não sistemática da literatura, que se configura como aquela que busca embasamento em livros, revistas e artigos, sendo analisados de acordo com a interpretação e crítica pessoal do autor (ROTHER, 2007).

No que diz respeito à classificação desta pesquisa afirma-se que se caracteriza como básica ou fundamental quanto aos fins, de natureza observacional e qualitativa quanto à forma de abordagem, caracterizando-se, ainda, como exploratória e descritiva e prospectiva quanto à relação temporal.

O processo de coleta de dados foi feito na base de dados SciELO a partir dos descritores selecionados para esta pesquisa no mês de abril de 2018. Como critérios de inclusão dos artigos foram considerados: ser publicado nos últimos 16 anos (2002 – 2018); e condizer com os objetivos desta pesquisa; o critério de exclusão foi: estar repetido nas bases de dados. Ressalta-se que os artigos encontrados nas bases de dados com os descritores foram lidos individualmente com fim de verificar se de fato atendiam aos objetivos desta pesquisa.

Após seleção dos artigos os mesmos foram revisados para coleta de dados desta pesquisa, que teve como base o checklist proposto pelo método PRISMA (Apêndice A) composto de 27 itens e no fluxograma composto por quatro etapas (Apêndice B) que trazem o fluxo da informação com as diferentes fases de uma revisão sistemática.

Os artigos selecionados foram revisados de acordo com os instrumentos de pesquisa, coletando as informações pertinentes para que se pudesse analisá-los considerando os seus resultados e sua contribuição para este estudo. Assim, no processo de coleta de dados os objetivos desta pesquisa foram considerados em todo o momento.

## 2.2 PESQUISA EMPÍRICA

O estudo em questão utilizou a abordagem qualitativa, a qual permite aprofundamento nas interações humanas e significações sociais presentes no estudo de casos particulares. Essas investigações podem facilitar a identificação de aspectos desconhecidos que influenciam um fenômeno, “*afirmar a validade dos achados quantitativos, interpretar ou ajudar a compreender os significados de modelos obscuros e gerar teorias inéditas*” (PONDÉ *et al*, 2009).

A abordagem qualitativa corresponde a um procedimento mais intuitivo, mais maleável e mais adaptável a índices não previstos. É capaz de levantar problemas ao nível da pertinência dos índices retidos, visto que seleciona esses índices sem tratar exaustivamente todo o conteúdo (BARDIN, 2016). Sua realidade é construída a partir do quadro referencial dos próprios sujeitos do estudo, cabendo ao pesquisador decifrar o significado da ação humana, e não apenas descrever os comportamentos. Têm-se na pesquisa qualitativa outro modo de ver a realidade empírica, com relevância para os indicadores subjetivos. O pressuposto principal dessa abordagem é que não há padrões formais ou conclusões definitivas, e que a incerteza faz parte de sua epistemologia (QUEIROZ *et al.*, 2007).

### 2.2.1 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Participaram da pesquisa os AE e os(as) idosos(as) acompanhados. Os idosos acompanhados foram visitados em seus domicílios, enquanto estão sendo assistidos pelos Agentes Experientes, para as entrevistas. Ressalta-se que as entrevistas com o AE foram realizadas na unidade de saúde CSE Lapa onde os entrevistados compareceram em horários e datas diferentes e responderam às questões sozinhos sem a presença da pesquisadora, que leu as perguntas para cada um e não determinou limite de tempo para as respostas.

Foram incluídos na pesquisa os(as) idosos(as) acompanhados(as) acima de 60 anos de idade, residentes da área de abrangência do CSE Lapa, em situação de vulnerabilidade biopsicossocial (portadores de problemas crônicos de saúde, em sofrimento psíquico, conflitos familiares). e que tivessem a companhia frequente (convívio diário maior que cinco vezes por semana) de cuidadores formais, informais ou familiares.

Foram excluídos da pesquisa os(as) idosos(as) que não residiam na área de abrangência da unidade de saúde, que tinham diagnóstico de demência ou que tinham sido visitados pelo AE por menos de duas vezes desde o início do projeto no CSE Lapa.

No que diz respeito à participação dos AE, foram utilizados como critérios de inclusão dos AE: ser voluntário em atuação no CSE Lapa, estar em acompanhamento do(a) idoso(a) assistido(a) há 1 ano no mínimo e frequentar sua casa duas vezes por semana (pelo menos); como critérios de exclusão cita-se: não ser voluntário no CSE Lapa, não estar em acompanhamento ativo à qualquer idoso.

### 2.2.2 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Os dados foram obtidos a partir das técnicas de (1) *observação participante* (2) *entrevista semiestruturada* com roteiro de perguntas abertas previamente elaboradas (Apêndices D e E).

A observação participante ocorreu desde agosto de 2013 através de reuniões a cada dois meses, encontros informais em livre demanda na própria unidade de saúde ou nos domicílios dos idosos em acompanhamento, que aconteciam tanto em grupo quanto individual; registro das reuniões, anotação dos relatos dos encontros com os idosos e exposição nas reuniões de equipe da unidade de saúde sobre as dúvidas relacionadas ao modo de proceder e como lidar com questões familiares complexas traduzidas em dilemas bioéticos percebidos pelos AE nos domicílios frequentados.

O conteúdo das entrevistas, as perguntas propriamente ditas foram diferentes para cada grupo pesquisado por se tratarem de pessoas com diferentes papéis na relação de voluntariado. Foram 12 entrevistas, 6 para os AE, e 6 para os (as) respectivos (as) idosos (as) acompanhados(as).

### 2.2.2.1 Observação participante

A observação participante se caracteriza pela promoção de interatividade entre o pesquisador, os observados e o contexto no qual eles estão inseridos. Tal método faz o pesquisador lidar com o outro, num exercício constante de respeito à alteridade. Pressupõe convívio e intercâmbio de experiências através do olhar, falar, sentir, vivenciar, experimentar (FERNANDES, 2013). Tal técnica se torna relevante em situações nas quais o pesquisador tem que buscar o entendimento das relações entre pessoas, pessoas e instituições, atividades e práticas estabelecidas, as visões de mundo, experiências de vida e as opiniões dos sujeitos pesquisados, elementos que poderiam não ser captados por outras técnicas de investigação.

A observação torna-se uma técnica científica a partir do momento em que passa por sistematização, planejamento e controle da objetividade. A maior vantagem da observação está relacionada com a possibilidade de se obter a informação na ocorrência espontânea do fato e por constituir-se de elemento fundamental para a pesquisa, principalmente com enfoque qualitativo, porque está presente desde a formulação do problema, passando pela construção de hipóteses, coleta, análise e interpretação dos dados, ou seja, ela desempenha papel imprescindível no processo de pesquisa (QUEIROZ et al., 2007).

### 2.2.2.2 Entrevista

Conjugado à observação participante, foram realizadas entrevistas aos idosos voluntários do PAE e aos idosos acompanhados/assistidos pelos AE no intuito de aprofundar questões que possam ter surgido durante a observação e que requeiram mais apuramento para melhor análise.

Foram realizadas nove perguntas para os AE, entre elas, três objetivas diretas para simples verificação de escolaridade e vida familiar e seis perguntas abertas com foco na experiência de vida de cada AE. Para idosos em acompanhamento foram elaboradas e aplicadas seis perguntas onde duas foram objetivas fechadas para obtenção de respostas sim ou não, e quatro perguntas abertas para tentar alcançar a subjetividade do vínculo entre AE e acompanhado.

### 2.2.3 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

As respostas foram categorizadas e agrupadas por verossimilhança buscando o sentido de acolhimento nas ações dos AE para com seus (suas) idosos (as) em acompanhamento sempre considerando a complexidade das relações entre os participantes da pesquisa e a subjetividade dos conteúdos de suas respostas.

Essa etapa da pesquisa foi baseada na obra “Análise de conteúdo” de Laurence Bardin que enquanto concepção de ciência constitui-se uma prática neutra no plano de significado dos textos descritivos produzidos (na fase de coleta de dados) na tentativa de alcançar diretamente o que haveria por trás do que se diz.

Na compilação do material coletado, foram englobadas as fases de (BARDIN, 2016): (1) pré-análise com leitura do material produzido; (2) exploração do material e a categorização semântica e emparelhamento de sentidos que devem prezar pela homogeneidade, pertinência e objetividade; (3) tratamento de resultados onde a interpretação é fundamental para sistematizar o produto final alinhando-se aos objetivos iniciais buscando a construção de conhecimento científico sobre o fenômeno pesquisado.

A *pré-análise* é a fase de organização propriamente dita. Corresponde a um período intuitivo, mas com foco na sistematização das ideias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas. Trata-se de estabelecer um programa flexível e preciso de análise. Possui três missões: (i) escolha dos documentos a serem analisados, (ii) formulação das hipóteses e (iii) elaboração de indicadores que fundamentam a interpretação final.

A *exploração do material* consiste em operações de codificação, decomposição ou enumeração, em função de regras previamente formuladas. (BARDIN, 2016). Nesta fase a utilização de uma leitura menos aderente, promove uma melhor assimilação do material e elaborações mentais que forneceram indícios iniciais no caminho a uma apresentação mais sistematizada dos dados (CAMPOS, 2004).

O *tratamento dos resultados* foi conduzido, tendo em vista a significância e a validade. A pesquisadora pode então propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos (BARDIN, 2016). Produzir inferências sobre o texto objetivo é a razão de ser da análise de conteúdo e significa não somente produzir suposições subliminares acerca de determinada mensagem, mas em embasá-las

com pressupostos teóricos de diversas concepções de mundo e com as situações concretas de seus produtores ou receptores. Situação concreta que é visualizada segundo o contexto histórico e social de sua produção e recepção (CAMPOS, 2004).

Uma maneira de analisar é fragmentar o todo e reorganizar os fragmentos a partir de novos pressupostos. Trata-se, nesse caso, de segmentar as respostas dos(as) entrevistados(as) em unidades de significação – o mínimo de texto necessário à compreensão do significado por parte de quem analisa – e iniciar um procedimento minucioso de interpretação de cada uma dessas unidades, articulando-as entre si, tendo por objetivo a formulação de hipóteses explicativas do problema ou do universo estudado. Nessa perspectiva, a interpretação exige que as unidades de significação (oriundas da fragmentação das entrevistas) sejam articuladas umas às outras a partir de categorias de análise (DUARTE, 2004).

É importante destacar que o como (a técnica) pode precisar o porquê (a teoria). A busca pelo sentido das respostas das entrevistas realizadas com os (as) AE e idosos (as) acompanhados (as) pelos (as) voluntários (as) produz questionamentos sobre o projeto, que por sua vez emite informações que encerram o ciclo de busca.

#### 2.2.4 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa obedeceu aos critérios éticos estabelecidos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Os participantes da pesquisa foram devidamente informados sobre os objetivos e métodos do estudo e aceitaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Apêndice C. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ) como instituição proponente e da Secretaria Municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro como instituição coparticipante.

Este estudo apresentou riscos mínimos aos participantes, pela possibilidade de causar algum constrangimento por parte dos entrevistados e observados, e pelo tempo que foi disponibilizado para participar das entrevistas. Foi garantido, ainda, o anonimato em relação a todas as informações fornecidas que possibilitem a identificação dos participantes.

## CAPÍTULO 3

### ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E O CUIDADO AO IDOSO

O termo envelhecimento é frequentemente empregado para descrever as mudanças morfofuncionais e psicofisiológicas ao longo da vida, que ocorrem progressivamente e comprometem a capacidade de resposta dos indivíduos ao estresse ambiental e a manutenção da homeostase, ocasionando maior vulnerabilidade a adoecimento. Segundo Papaléo Netto (2007, p. 10):

[...] dentro de uma visão prioritariamente biogerontológica, o envelhecimento é conceituado como um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-los a morte.

Faz-se necessário entender que apesar de possuírem o mesmo radical semântico, os termos *velho*, *velhice* e *envelhecer* não possuem o mesmo significado, Papaléo Netto (2007, p. 10) afirma que: “O envelhecimento (processo), a velhice (fase da vida) e o velho ou idoso (resultado final) constituem um conjunto cujos componentes estão intimamente relacionados [...]”.

Nesse contexto, tem-se as diferenças entre os termos bem claras, podendo-se dizer com base nas palavras de Papaléo Netto (2007, p. 11): “[...]envelhecer é o processo de envelhecimento a que passa qualquer indivíduo vivo. A velhice é a fase da vida do indivíduo ocasionada pelo processo de envelhecer, e velho é o indivíduo que se encontra nessa fase”.

Beauvoir (2012, p. 96) afirma: “[...] a imagem da velhice é incerta, confusa, contraditória”. Para a autora citada, a velhice trata-se de um fenômeno biológico que acarreta consequências psicológicas, possuindo, também, uma dimensão existencial, consistindo em um resultado e prolongamento de um processo.

Na sociedade, conforme afirma Ramos (2014), é possível perceber que a palavra *velho* é comumente associada a algo que não presta, algo que não possui mais utilidade. Quando se fala em ser humano, o termo denota à decadência, sendo

comumente confundido com a incapacidade para trabalhar. Ademais, é comum também associar o termo velho à doença; para a sociedade quando o indivíduo chega à velhice é quase certo ser uma pessoa doente, porém, apesar das perdas somáticas que giram em torno dessa fase, é possível chegar à mesma com saúde e qualidade de vida.

Barros (2004) complementa afirmando que a velhice é, por vezes, associada à morte. É possível perceber a diferença dos termos envelhecer e velhice na concepção de Brétas (2015, p. 4),

O envelhecimento é um fenômeno natural, com início no período da fecundação e término com a morte. Dessa forma, o processo de envelhecimento é entendido como o processo de vida, ou seja, envelhecemos porque vivemos, muitas vezes sem nos darmos conta disto. O processo de envelhecimento contém, pois, a fase da velhice, mas não se esgota nela. A qualidade de vida e, conseqüentemente, a qualidade do envelhecimento, relacionam-se com a visão de mundo do indivíduo e da sociedade em que ele está inserido, bem como com o “estilo de vida” conferido a cada ser [...].

Neste sentido, pode-se dizer que a situação segundo a qual uma pessoa vem se portando diante da vida é que demonstra o estado do seu envelhecimento, independentemente de estar ou não com idade suficiente para ser afirmada tal condição. Veras (2010, p. 25) afirma que a “[...] velhice é um termo impreciso, e sua realidade difícil de perceber (...) Nada flutua mais do que os limites da velhice em termos de complexidade fisiológica, emocional e social”. Diante dessa realidade, o envelhecimento está diretamente ligado a problemas como as condições de saúde, moradia, alimentação, pobreza e outras que afetam o indivíduo durante sua vida.

Diante do exposto, velho é aquele indivíduo que participa do processo de envelhecimento que faz parte da vida de qualquer indivíduo que supera o passar dos anos e a qualidade de vida com que se envelhece, porém, vai variar de péssima a ótima de pessoa para pessoa, dependendo das condições biopsicossociais de cada uma.

A atual conjuntura brasileira de sucateamento dos serviços básicos e políticas de austeridade fiscal estrangulando principalmente as aposentadorias dos mais necessitados pode piorar ainda mais a situação de saúde dos idosos, pois dificulta a proteção social dos mais vulneráveis que demandam cada vez mais atenção, sobretudo do setor saúde. (MIRANDA et al, 2016) Assim, o manejo para o

autocuidado, a longitudinalidade da atenção, ações multiprofissionais e intersetoriais e a integralidade do cuidado, devem assumir papel central na organização do trabalho e enfrentamento de desafios nos serviços e sistemas de saúde.

Nessa perspectiva, a integralidade da atenção ao idoso, no âmbito da APS, precisa incorporar, de fato, uma visão ampliada do indivíduo. É preciso chamar a atenção dos profissionais sobre a importância da observação de aspectos cognitivos, de humor, mobilidade e comunicação como domínios essenciais à saúde, ampliando o escopo de sua atuação para além das clássicas doenças crônicas. (MEDEIROS et al., 2017).

O objetivo do presente capítulo é discutir os desafios do cuidado ao idoso no âmbito da Atenção Primária à Saúde articulando-se à Política Nacional do Idoso e seus desdobramentos na práxis da Estratégia Saúde da Família.

### 3.1 ASPECTOS EMOCIONAIS E SOCIAIS DO ENVELHECIMENTO

As somatizações na velhice – última fase do ciclo da vida –, para Freitas et al. (2007), são caracterizadas por redução da capacidade funcional, redução da capacidade de trabalho e da resistência, entre outras, achados que se associam a perdas dos papéis, solidão e alterações psicológicas/emocionais, motoras e afetivas.

Considera-se que na maioria das pessoas, essas manifestações somáticas começam a se tornar mais evidentes já a partir do fim da terceira década de vida. Segundo os teóricos citados, pesquisas apontam que as mudanças decorrentes do envelhecimento e sua compreensão como processo não envolvem somente aspectos clássicos como capacidades mentais, produtivas e independência, agregadas as variáveis relacionadas (escolaridade, renda, saúde física, dentre outras.). Entretanto, segundo Freitas et al. (2007), também a extensão em que fatores ambientais, culturais e psicossociais interagem com as alterações morfofuncionais e comportamentais observadas ao longo do tempo.

Vale ressaltar, com base em Moraes, Moraes e Lima (2010), que o processo de envelhecimento não se resume aos aspectos demográficos, mas também, à cultura, ao tempo e ao espaço, devendo ser avaliada sob diversos ângulos. De acordo com tais autores (2010, p. 72),

O envelhecimento representa a consequência ou os efeitos da passagem do tempo no organismo (envelhecimento somático) e psiquismo (envelhecimento psíquico). Todas as dimensões são igualmente importantes, na medida em que são coadjuvantes para a manutenção da estabilidade somática e psíquica, indispensáveis para o ser humano cumprir a sua meta, que é ser feliz.

Entende-se que o envelhecer é um processo de alterações físicas, psíquicas e sociais que determina o modo único que cada indivíduo viverá os últimos anos de sua vida. Refere-se a um fenômeno biológico, social e psicológico. Destaca-se que no Brasil, conforme afirma Ferrari (2004), o envelhecimento é visto como um problema social, haja vista, que a maioria dos idosos encontra-se em um grupo etário considerado mais frágil, estando, assim, vulneráveis.

A restrição da mobilidade do paciente diminui o seu convívio social, interfere na autoestima e no senso de bem-estar, podendo ocasionar o desenvolvimento de processos depressivos e, em muitos casos, até mesmo a institucionalização. Souza (2005) elucida que o indivíduo busca melhorias em sua vida com base a autonomia e na realização pessoal, sendo que para os idosos a autonomia assume fundamental importância nas relações entre saúde e envelhecimento, podendo continuar inserido na sociedade, fator este que depende dos níveis mínimos de aptidão funcional.

Como bem destaca Meassi (2011), a velhice consiste em uma construção social; desta forma, o modo como a sociedade lida com o idoso depende do modo como ela compreende essa fase da vida. Acredita-se, ainda, que o envelhecimento seja um fenômeno constituído de uma natureza complexa, pois envolve todos os aspectos e fenômenos que permeiam o ciclo de vida. Sua dinâmica ocorre ao longo de toda a existência humana, sendo intrínseca e, ao mesmo tempo, peculiar a cada indivíduo.

De acordo com Freitas et. al. (2007, p. 112) “[...] existem evidências de que o processo do envelhecimento seja, em sua essência, de natureza multifatorial, dependendo da programação genética e das alterações que vão ocorrer em nível celular e molecular”. Corroborando com o que foi dito anteriormente, Silva, Fossati e Portela (2007) acreditam que o envelhecimento do homem deve ser observado a partir de fatores multidimensionais, estando dentre esses fatores o psicológico e o biológico, sendo neste último destacadas as mudanças que ocorrem no organismo.

No aspecto psicológico merece destaque a capacidade dos idosos em lidar com perdas, de acordo com Aldwin (2009) eles lidam muito bem com o estresse, ou seja, os idosos geralmente são mais eficientes do que os adultos mais jovens em suas respostas de enfrentamento ao estresse.

Para que se possa melhor compreender sobre o processo de envelhecimento, acredita-se que faz-se importante conhecer o conceito de idade. Fraiman (2004) diferencia o conceito de idade, em quatro diferentes categorias, sendo: idade cronológica, idade biológica, idade social e idade existencial. A *idade cronológica* é aquela mensurável, contada a partir do ano de nascimento até o ano atual, tratam-se dos anos que se decorreram após o seu nascimento. Já a *idade biológica*, está ligada aos próprios aspectos biológicos que envolvem o ser humano, por exemplo, se executam um trabalho mais pesado, provavelmente, serão mais velhos em sua idade biológica do que aquele que trabalha apenas com atividades leves. Ressalta a teórica mencionada que a *idade social* trata-se daquela determinada pelas regras e expectativas sociais, está, basicamente, relacionada às idades cronológicas e biológicas, haja vista que diz respeito à inserção nos ciclos sociais, como o tempo que ingressa na escola, o que começa a trabalhar, e o que se aposenta. E, por fim, a *idade existencial*, essa não é muito considerada para fins econômicos ou administrativos, refere-se, basicamente, à soma das experiências pessoais, relacionamentos, sofrimentos, pensamentos, obstáculos e facilidades, sendo contada com base na dimensão mental e experiencial.

Papaléo Netto (2007) destaca, inclusive, que com as transformações fisiológicas e psicológicas ocorridas durante o processo de envelhecimento, o indivíduo tende a viver uma vida social mais restrita, se aproximando cada vez mais de sua família. Assim, a família torna-se um fator básico tanto para a sobrevivência do idoso, como para que este se mantenha emocionalmente equilibrado. É no seio familiar que as gerações se encontram, se ajudam e se completam de forma intensa.

Outro fator de suma importância mencionado por Fraiman (2004) está na perspectiva social do idoso, que segundo ela são coagidos ao isolamento, pois para a autora a sociedade gira em torno da população jovem, deixando os idosos fora de suas atividades. No âmbito familiar, para a referida autora, não existe um preparo para dar o apoio e os cuidados que os idosos precisam, o que faz com que muitas vezes conflitos sejam criados. A saúde dos idosos também deve ser observada já que, a hospitalização dos idosos é crescente.

### 3.2 ESTATUTO DO IDOSO

No Brasil, até a década de 1970, os idosos recebiam atenção quase somente de cunho caritativo de instituições como entidades religiosas e filantrópicas. Rodrigues (2002) explica que o marco mundial que iniciou as discussões direcionadas aos idosos, foi a primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, da Organização das Nações Unidas (ONU), que ocorreu na Áustria, em 1982. Naquele evento, estabeleceram-se os princípios para implementação de políticas para envelhecimento sob responsabilidade de cada país. Destacam-se a estipulação da família como unidade fundamental mantenedora e protetora dos idosos.

No Brasil, a atenção aos direitos do idoso reflete-se por meio da lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994, que estabelece a Política Nacional do Idoso (PNI). Pavarani et al. (2005) comentam que a lei tem por finalidade assegurar direitos sociais que garantam a promoção da autonomia, integração e participação efetiva do idoso na sociedade, exercendo sua cidadania. Nessa lei, estipula-se o limite 60 anos de idade ou mais para uma pessoa ser considerada idosa.

Outro instrumento legal em relação aos direitos do idoso brasileiro consiste no Estatuto do Idoso, Lei nº 10741 de 1 de outubro de 2003, que estabelece por lei os direitos destes cidadãos, fazendo-os plenamente reconhecidos na sociedade moderna. No estatuto são abordados os pontos em que os direitos dos idosos devem ser garantidos, tal qual prioridade no atendimento de saúde, transporte coletivo grátis e garantias contra violência e abandono, com penalidade de prisão para quem pratica tais atos.

A Política Nacional de Saúde do Idoso de 2007 apresenta como principais diretrizes: (i) promoção do envelhecimento saudável; (ii) manutenção da autonomia e da capacidade funcional; (iii) assistência às necessidades de saúde do idoso; (iv) reabilitação da capacidade funcional comprometida; (v) apoio ao desenvolvimento de cuidados informais. Além disso, descreve que os idosos precisam ser tratados com prioridade pelo SUS e convênios privados.

Nessa mesma linha de raciocínio, os idosos possuem seus direitos assegurados pela Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, definida como Estatuto do Idoso. Vale ressaltar que o referido Estatuto surgiu para proteger a dignidade das pessoas com idade mais avançada, passou a vigorar a partir de 1º de janeiro de 2004, art. 118, da lei supramencionada. Consoante a dicção do artigo 1º, do

estatuto, idoso é toda pessoa “*com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos*”. Além da definição da figura do *idoso*, a Lei em comento traz preceitos fundamentais inerentes às pessoas idosas, bem como o tratamento adequado que deve ser dispensando pelos seus familiares para com elas.

Dispõe o artigo 8º, do referido diploma legal: “O envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção um direito social”. E o artigo 9º: “É obrigação do Estado, garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade”.

É oportuno comentar que a preocupação do legislador é de garantir às pessoas com idade mais avançada o direito à dignidade, preceito máximo da Carta Magna e princípio internacional acolhido pela maioria dos países democráticos do mundo. Logo, a maior parte dos dispositivos dessa lei refere-se às questões sociais relativas aos idosos. No entanto, para os juristas, o mais importante e polêmico assunto disciplinado por ela, diz respeito ao procedimento a ser aplicado aos crimes cometidos contra os idosos.

Desse modo, entende-se que os idosos são indivíduos protegidos por força de Constituição Federal, sendo dever da família, do Estado e da sociedade como um todo desenvolver ações capazes de resguardar seus interesses, lembrando-se que a saúde é um direito de todos. Tal questão justifica a articulação de políticas públicas voltadas ao idoso em consonância com a APS.

### 3.3. SAÚDE DO IDOSO E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A terceira idade é um período complexo quanto à manutenção da saúde. Ao longo dos anos, o corpo se desgasta em graus diferentes devido às agressões causadas por uma nutrição deficiente, tabagismo, consumo exagerado de gorduras e bebidas alcoólicas, sedentarismo, estresse, poluição, doenças, remédios e outros fatores. Além disso, o organismo do idoso perde a chamada reserva funcional, ou seja, a capacidade de responder de maneira adequada ao ser exigido além do normal, como durante uma cirurgia ou uma doença que porventura possa acometê-lo.

Observa-se que no contexto do envelhecimento, com todas as implicações que o cercam, tem-se modificado o padrão de adoecimento mundial. Este fato pode ser evidenciado conforme afirma Souza et al. (2010, p. 733),

No contexto da transição demográfica, o perfil de saúde em nosso país também sofre mudanças. No lugar das doenças infecto-contagiosas nos deparando com doenças crônicas não transmissíveis. Dentre elas, as mais frequentes são a hipertensão, diabetes, artrite, insuficiência renal crônica, osteoporose e respiratória que a maior parte dos idosos apresentam pelo menos uma enfermidade crônica e com a relação à funcionalidade 40 a 50%, algum grau de dependência.

É de suma relevância lembrar que embora a maioria dos idosos apresente pelo menos uma doença crônica, é possível continuar vivendo com qualidade desde que estas doenças sejam controladas.

Santos (2013) elucida que muitas vezes o surgimento da doença é inevitável, pois se efetiva devido ao desgaste natural do organismo, porém, podendo ser prevenida ou retardada se houver uma consciência e preparação para o enfrentamento desta fase, resgatando a própria dignidade e propiciando uma melhor qualidade de vida.

Conforme mencionam Bandeira, Pimenta e Souza (2006) algumas doenças mais frequentes ao processo do envelhecimento e que podem levar o idoso à hospitalização acometem o sistema cardiovascular, respiratório, músculo-esquelético, endócrino e sensorial. A tabela 1. apresenta os principais sistemas do corpo humano que são acometidos com o envelhecimento:

**Tabela 1. Principais sistemas do corpo humano acometidos na terceira idade**

<p><b>Sistema Cardiovascular:</b> enfarto, angina, insuficiência cardíaca. São fatores de risco para essas doenças o sedentarismo, o fumo, o diabetes, o colesterol alto e a obesidade. Entre os sintomas das doenças estão falta de ar, dor no peito, palpitações e inchaço. Para preveni-las é preciso praticar atividades físicas, não fumar, controlar o peso, o colesterol e o diabetes. Como atividade física, pode ser adotada a caminhada, três vezes por semana, com duração de meia hora.</p>
<p><b>Acidente Vascular Cerebral (AVC):</b> Os fatores de risco são semelhantes aos das doenças cardiovasculares: fumo, sedentarismo, obesidade e colesterol elevado, além da hipertensão. A prevenção, também, é feita por meio de atividades físicas e controle da pressão arterial, do peso e do colesterol, além do abandono do cigarro.</p>
<p><b>Sistema respiratório:</b></p>
<p><b>Pneumonia:</b> Pacientes idosos com gripe, enfisema e bronquite anteriores e os que estão restritos ao leito estão no grupo de risco da doença. Seus sintomas são febre, dor ao respirar, escarro e tosse. Uma das mais eficazes formas de prevenção é a vacinação,</p>

tanto contra a gripe como contra a pneumonia.
<b>Enfisema e bronquite crônica:</b> Entre os fatores de risco dessas doenças estão o fumo, a ocorrência de casos na família e a poluição excessiva. É recomendado manter a casa ventilada e aberta ao sol, além de cessar o tabagismo. Os sintomas são tosse, falta de ar e escarro. Doença que pode acarretar grande incapacidade funcional para idosos, afastando-os de atividades recreativas ou em grupos que requisitam mais de sua capacidade respiratória.
<b>Sistema Geniturinário:</b>
<b>Infecção urinária:</b> Recorrente principalmente em idosos acamados, em uso de fraldas ou que sofrem de retenção e incontinência urinária. Pode ser considerada uma das primeiras causas de isolamento social em idosos..
<b>Sistema músculo-esquelético:</b>
<b>Osteoporose:</b> Mais comum nas mulheres, nas quais o risco é sete vezes maior, é resultado do enfraquecimento dos ossos do corpo. Dieta pobre em cálcio, fumo e sedentarismo são agravantes da doença. Geralmente a osteoporose é diagnosticada quando o paciente sofre alguma fratura. A prevenção é feita por meio de exercícios físicos de fortalecimento e impacto, dieta com alimentos ricos em cálcio e abandono do cigarro.
<b>Osteartrose:</b> As dores nas articulações (joelho, tornozelo e coluna) e nas mãos são os principais sintomas da doença, cujos fatores de risco são obesidade, traumatismos e história familiar. Para se prevenir, é preciso controlar o peso e praticar atividades físicas.
<b>Sistema endócrino:</b>
<b>Diabetes mellitus:</b> As pessoas que apresentam essa doença têm como sintomas muita sede e aumento no volume de urina. São fatores de risco a obesidade, o sedentarismo e a existência de casos na família. É preciso controlar o peso e a taxa de glicose no sangue. . Importante destacar a dificuldade em lidar com mudanças nos hábitos de vida em idosos
<b>Sistema Nervoso:</b>
<b>Doença de Parkinson:</b> É causado pela depressão de dopamina ou pela perda da capacidade da célula nervosa de atuar no controle dos movimentos do corpo. O paciente apresenta tremores, rigidez nos músculos, dificuldades de locomoção e equilíbrio. Tratamentos com medicamentos reduzem os efeitos da doença. Não há modo de prevenção. Doença neurodegenerativa crônica.
<b>Doença de Alzheimer:</b> É a forma mais comum de demência entre os idosos. São atingidas as partes do cérebro que controlam o pensamento, a memória e a linguagem. A causa da doença ainda é desconhecida, mas sabe-se que a idade é um dos principais fatores de risco. Os sintomas aparecem de forma lenta, primeiramente, com a dificuldade de lembrar-se de eventos recentes, nomes de pessoas e coisas familiares, até chegar a um grave dano cerebral. Nenhum tratamento pode deter o Alzheimer, mas há medicamentos que amenizam alguns sintomas.
<b>Sistema Sensorial:</b>
<b>Catarata:</b> Atinge o cristalino, a chamada “lente do olho”, formando uma camada que atrapalha e deixa a visão nebulosa. Pode levar à cegueira, mas uma cirurgia simples remove a catarata, devolvendo a visão ao paciente. O índice de recuperação satisfatória chega a 90% dos casos.
<b>Glaucoma:</b> É causado pelo aumento da pressão intraocular, o que pode afetar o nervo óptico e causar a perda da visão. Na maioria dos casos, as pessoas não apresentam sintomas quando a doença ainda está se desenvolvendo, antes de atingir o nervo óptico. A melhor forma de prevenir-se é fazer exames regulares. O tratamento pode incluir medicamentos e cirurgia.

Fonte: Bandeira; Pimenta; Souza (2006, p. 110).

A diversidade de moléstias em idosos é bastante comum, pois este tende a apresentar mais episódios de enfermidades crônicas, originando o aumento nos

gastos em saúde, que tendem a ser bem maiores do que o de pessoas com outras faixas etárias, e isso acontece porque, em idosos, o predomínio de doenças crônicas provoca certa frequência nos serviços de saúde. Graças à essas questões econômicas, houve aumento no interesse de gestores públicos em desenvolverem ou implementarem políticas de atenção à saúde do idoso.

O idoso precisa de maior agilidade no sistema de saúde porque o processo de envelhecimento traz como consequência menor expediente para o idoso procurar os serviços de saúde e deslocar-se nos diferentes níveis de atenção. Para o idoso, principalmente os mais carentes, qualquer dificuldade torna-se um *mote* para bloquear ou interromper a continuidade da assistência à sua saúde. (COSTA, 2010).

Dando início a necessidade da assistência à saúde do idoso, por volta da década de 1980, surge movimento da sociedade civil exigindo a valorização e o respeito aos idosos, vindo a influenciar a construção da Constituição Cidadã de 1988, primeira Constituição da República Federativa do Brasil a tratar sobre a proteção jurídica ao idoso, a qual estabelece à família, à sociedade e ao Estado o dever de proteger os idosos. Mais adiante, surge a PNSI (Política Nacional de Saúde do Idoso). Instituída pela Lei 8.842/94, regulamentada em 3/6/96 por meio do Decreto 1.948/96. Segundo Marziale (2003, p. 701),

Urge a precisão de trabalhar o conjunto social e humano do idoso em suas diferentes interfaces, observando que, com o aumento da população idosa, ocorreram mudanças relacionadas à diferença socioeconômica, ocasionando problemas que necessitam de solução imediata para garantir ao idoso a oportunidade de conservar sua saúde física e emocional, em condições de autonomia e dignidade.

A PNSI está orientada por cinco entradas:

1. 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 decência, bem-estar e o direito à vida;
2. o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objetivo de conhecimento e informação para todos;
3. o idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza;
4. o idoso deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas através dessa política;
5. as diferenças econômicas, sociais, regionais e, particularmente, as contradições entre o meio rural e o urbano do Brasil deverão ser observadas pelos poderes públicos e pela sociedade em geral na aplicação dessa lei.

Faz parte do mesmo documento de política a preconização da assistência interdisciplinar e multidimensional quanto aos fatores biológicos, psicológicos e sociais. Nele também se ressalta a importância da rede de suporte social e do ambiente comunitário e familiar no qual o idoso está inserido. O texto se refere também à necessidade de acompanhamento dos cuidadores. E destaca ainda que todas as intervenções devem estimular o autocuidado e se orientar para a promoção da autonomia e da independência, e estar atentas à detecção de distúrbios cognitivos, visuais, de mobilidade, de audição, de depressão e de comprometimento precoce da funcionalidade (SOUZA et al., 2010).

As diversas propostas da PNSI estão bem delineadas e traçadas, porém, cabe aos gestores e à equipe de saúde debater as prioridades de atenção e fomentar uma política em rede para favorecer o grande número de idosos brasileiros adscitos à ESF como um processo importante para diminuir a fragmentação do cuidado e aumentar a rede de cuidados ao idoso por meio da APS. (FERNANDES, 2012).

Nesse mesmo segmento, em 1º de outubro de 2003, o Senado Federal confirmou a redação final do Estatuto do Idoso (EI) por meio da Lei nº 10.741, dando-lhes as seguintes garantias: “[...] atendimento integral pelo SUS; atendimento geriátrico em ambulatórios; atendimento domiciliar; reabilitação; fornecimento de medicamentos, próteses e órteses; direito de opção pelo tipo de tratamento, entre outros”.

Além de observar as leis já existentes, o Estatuto do Idoso organizou-as por tópicos, sobre cada um dos direitos, e apontou as punições para os infratores, tornando-se prática sua compreensão e aplicação.

Nesse sentido é que um dos principais objetivos dessa política é a reorientação dos Serviços Públicos de Saúde para identificar o nível de dependência desses idosos, dando a eles um acompanhamento diferenciado em cada situação, somado à promoção da qualidade de sua vida na heterogeneidade e diversidade desse contexto (FERNANDES, 2012).

É preciso considerar o entrelaçamento das relações sociais entre os indivíduos que constituem uma rede social que pode ser definida como uma teia de interações entre sujeitos envolvidos em ações concretas. O grau de conectividade de uma rede determina os fatores que unem seus integrantes e permite um melhor e maior intercâmbio de reciprocidade e estabilidade entre eles.

Assim, a questão com a qual se deparam os serviços de saúde, principalmente no âmbito da APS, é a de facilitar a ação de redes de suporte e, eventualmente, fomentar a formação de outras redes a partir do enfrentamento de problemas de saúde. Para isso, é necessário mapeá-las através da escuta e uma observação atenta das teias que nem sempre estão à mostra, mas que certamente, indicam o caminho para a construção de um olhar e de uma postura capaz de compreender e respeitar o outro considerando sua multiplicidade cultural (COSTA, 2010).

Em 2003, o Ministério da Saúde decidiu como uma de suas prioridades a humanização do SUS. Atualmente, alguns profissionais da saúde em especial os da saúde pública desenvolvem suas ações de forma burocrática, impessoal e automatizada. Na atenção ao idoso, verifica-se que essa forma racional de atendimento não possibilita o atendimento integral, considerando que os multifatores que envolvem o processo de envelhecimento, fazendo-se fundamental que o profissional de saúde se atente para os aspectos não só biológicos, mas também aos psicológicos e sociais.

Ranzi (2013) ressalta que as necessidades individuais dos usuários quase nunca são consideradas, porque na maioria das vezes os profissionais da saúde não recebem ou tratam seus pacientes de maneira adequada. No cuidado, identificam-se os princípios, os valores e as atitudes que fazem da vida um bem viver. O cuidado serve de crítica à cultura agonizante e também de princípio inspirador de um novo padrão de convivialidade. Nesse sentido, o mesmo autor discorre que pensando na qualificação dos profissionais e nas pessoas que usufruem dos serviços de saúde pública, o Ministério da Saúde inseriu a Política Nacional de Humanização (PNH), o que representa uma boa e inovadora no SUS. A PNH foi criada em 2003 e tem por objetivo qualificar práticas de gestão e de atenção em saúde. É essa humanização do atendimento que faz-se necessária na atenção de no cuidado ao idoso.

A Humanização corresponde traçar novas atitudes por parte de trabalhadores, gestores e usuários, de práticas mais éticas no campo do trabalho. Ranzi (2013) destaca que os problemas mais frequentes são as filas e a falta de materiais e equipamentos.

No caso do idoso, para Lima et al. (2010, p. 866), o vínculo junto com o profissional de saúde deve ser redobrado, pois a necessidade de assistência é maior sendo contextualizada no cuidado que proporciona o sentido da valorização e

amparo de seus problemas de saúde. É importante destacar as palavras de Silva e Borges (2008, p. 20),

Esse cuidado deve ser fundamentado na percepção o ser humano, o idoso, envolvendo bem-estar físico, social e mental e não estar somente centrado na cura da doença. O cuidado deve envolver o meio ao qual o idoso está inserido inclusive a família, que deve ser educada para saber lidar com as questões do envelhecimento.

O que se pode observar também é a grande necessidade de uma mudança na mentalidade e na sensibilidade dos profissionais de saúde. É neste entendimento que se diz que a política de humanização voltada para o idoso deve estar pautada na empatia, diálogo, acolhimento, esclarecimento de dúvidas e criação de vínculos, fortalecendo a relação nos cuidados e atenção ao idoso. É preciso ainda uma intensificação nos debates e avanço no diálogo acerca de políticas inerentes ao idoso.

É função das políticas de saúde contribuir para que mais pessoas atinjam idades mais avançadas com o melhor estado de saúde possível, ou seja, o envelhecimento ativo e saudável é o grande objetivo nesse processo. Se é considerada a saúde de forma ampliada, torna-se necessária alguma mudança no contexto atual em direção à produção de um ambiente social e cultural mais favorável à população idosa (CIOSAK *et al.*, 2011).

A PNH, sendo eixo transversal estruturante do SUS, torna necessária a reflexão sobre gestão compartilhada e governança da rede de atenção à saúde a partir da APS. É no nível local que melhor se encontram as necessidades de saúde da população e onde é possível se desenvolverem processos educativos que fortaleçam a cidadania e a inclusão dos atores no processo decisório, como verdadeiros protagonistas que devem ser (GRANJA; ZOBOLI, 2012).

Para Medeiros *et al.* (2017, p. 289) quando o assunto volta para a atenção e cuidado aos idosos, questões como “[...] o manejo para o autocuidado, a longitudinalidade da atenção, ações multiprofissionais e intersetoriais, e a integralidade devem assumir papel central nos debates sobre os serviços e sistemas de saúde”. Destaque deve ser dado à integralidade da atenção aos idosos, de acordo com os autores faz-se necessário que sejam articuladas ações de promoção à saúde, preventivas e curativas, com uma visão biopsicossocial ocupando lugar de destaque. Essa integralidade à saúde é um dos principais desafios, visto que

envolve mais do que fatores como infraestrutura e equipamentos, envolve a perspectiva de organização da assistência, contemplando além das questões biológicas, as diferentes realidades emocionais e sociais. Os desafios de operacionalizar essa integralidade na prática podem ser justificados pela cultura biomédica prevalente na APS, que tem como foco a doença e suas consequências e não o indivíduo em todas as suas dimensões.

Martins et al. (2014) afirmam que os desafios são reconhecidos pela própria PNI, considerando que muito ainda precisa ser feito para que o SUS proporcione respostas efetivas e eficazes na atenção e cuidado ao idoso, atendendo todas as suas demandas, sendo necessárias mudanças desde o acesso à saúde até o modelo de atenção. Na pesquisa realizada pelos autores foi evidenciado que, apesar dos avanços à equidade e à qualidade do cuidado em relação à capacitação dos profissionais, ainda é possível verificar um descompasso entre o que é preconizado pela PNI e o estabelecido na prática das UBS.

Resultado semelhante foi encontrado na pesquisa de Piuvezam et al. (2016), que analisaram a atenção à saúde dispensada a idosos institucionalizados, verificando uma realidade ainda mais precária. A partir de entrevistas semi estruturadas com 28 gestores de 11 municípios pertencentes às 5 regiões geográficas brasileiras, os autores identificaram que as ações mencionadas simbolizam atenção fragmentada e distante do preconizado pela PNI.

Nesse sentido, salienta-se que a APS e o cuidado ao idoso na saúde pública brasileira ainda é precária, precisando de mudanças não só estruturais, mas no modelo praticado, tendo em vista que a população idosa necessita de uma ação integrada, que considere não só as questões biológicas, mas também as realidades emocionais e sociais, enfocando o indivíduo em todas as suas dimensões.

## **CAPÍTULO 4**

### **A HOSPITALIDADE INCONDICIONAL DE JACQUES DERRIDA**

#### **4.1 INTRODUÇÃO**

A hospitalidade incondicional pode ser definida pelo acolhimento sem reservas do outro que chega em um ato de generosidade, mas a hospitalidade praticada e conhecida é condicionada por direitos e deveres que devem ser seguidos pelo que chega e pelo que acolhe (DERRIDA, 2003, p. 59). Por isso, há critérios, leis e valores a serem obedecidos tanto pelo hóspede quanto pelo hospedeiro. Assim sendo, a hospitalidade incondicional se insere no contexto de um eterno por vir é uma impossibilidade que sustenta a sua possibilidade não estando sujeita à contradição lógica. É pela diferença que a hospitalidade acolhe quando recebe o outro que é totalmente estranho e imprevisível, portanto, a questão da hospitalidade está ligada à questão da diferença, do deixar vir o outro, respeitando a sua multiculturalidade em seus diferentes matizes (SOARES, 2010, p.172).

A partir daqui, é possível articular a hospitalidade incondicional a um contexto ético-político da democracia por vir, onde este por vir é a promessa de uma autêntica democracia, que nunca é concretizada nisto que se chama de democracia. A ideia de uma democracia pode vir ultrapassar os limites de uma cidadania mundial. É uma promessa que não quer dizer um futuro, mas um dever que está por vir imediatamente, por isso é preciso pensar a democracia para além do seu sentido tradicional marcando seu significado de igualdade, reciprocidade, simetria. Sem igualdade não há democracia e esta democracia por vir está ligada conceitualmente a uma promessa e vice-versa (DUQUE-ESTRADA, 2004, p. 244).

De acordo com Boff (2005, p 198), “[...] a hospitalidade é uma disposição da alma, aberta e irrestrita e assim como o amor incondicional, em princípio, não rejeita nem discrimina a ninguém. Pode ser entendida simultaneamente como uma utopia e uma prática”. Como utopia representa o anseio de ser sempre acolhido independente da condição social e moral, e como prática cria as políticas que viabilizam e ordenam a acolhida e assim, por ser concreta, sofre os constrangimentos e as limitações das situações dadas.

Em continuação, é preciso realizar uma breve imersão pelo memorial do autor trazendo seu apreço pela criatividade, robustez e acurácia em tecer a rede da desconstrução e todas as suas malhas para fisgar sua preocupação com a influência da linguagem e a tradução na questão do outro e mostrar como ele faz da alteridade o nó principal do pensamento.

O objetivo do presente capítulo é desenvolver a ideia central da hospitalidade incondicional no contexto da desconstrução derridiana para tentar estabelecer a questão da alteridade como foco das relações éticas no limiar entre prática e utopia.

#### 4.2 BREVE NOTA BIOGRÁFICA INTELECTUAL

Jacques Derrida, nascido em 1930 em El Biar, na Argélia e vitimado aos 74 anos por um câncer de pâncreas em Paris (2004), teve uma extraordinária trajetória intelectual. Sua caudalosa obra (mais de 60 livros) marca o pós-estruturalismo e o pós-modernismo, expondo uma original abordagem filosófica de importância e envergadura imensuráveis (TELLES, 2013). Aos 19 anos, Derrida vai para Paris prestar exames para a *École Normale Supérieure*, sendo aprovado apenas na terceira tentativa, em meio a crises de angústia, depressão e fobias. Radicado na França, logo passou a ser convidado pelas melhores universidades norte-americanas desenvolvendo intensa atividade letiva em ambos os lados do Atlântico. Casou-se em 1957 e retornou à Argélia como professor de filosofia do curso médio, e volta extenuado para Paris em 1959, quando tem uma grave crise depressiva.

Em julho de 1962 é declarada a independência da Argélia, sua família imigra para a França e se estabelece em Nice. Em 1967 lança três livros com grande repercussão: “Discurso (a voz) e fenômeno – Estudos sobre Husserl”, “Escritura e diferença” e sua grande obra “Da Gramatologia”. Sua produção acadêmica se inicia com uma oposição ao estruturalismo, corrente dominante naquele momento e essa arrojada abordagem suscitou fortíssima reação nos meios filosóficos convencionais, obrigando-o a enfrentar duras polêmicas. A intensa oposição feita a Derrida se deve àquilo que ficou identificado como sua marca registrada e que, paradoxalmente, teve uma imensa penetração em todos os estratos culturais, especialmente nos Estados Unidos – a desconstrução –, uma estratégia de leitura que possibilita uma nova apreensão da matriz filosófica.

Derrida foi membro fundador do Parlamento Internacional de Escritores e integrou o primeiro congresso das cidades-refúgio (1996), cujo objetivo era a constituição de uma rede de cidades-refúgio e a elaboração de uma carta que fundamentasse as condições de acolhimento aos escritores perseguidos. Na sua exposição lança a problemática sobre a concessão do direito de asilo para os escritores e o de fomentar o dever de hospitalidade em cada cidade (BASTOS; RAMEH; BITELLI, 2016).

Derrida (2004) herda o sentido da ética levinasiana – a ética da acolhida – no entendimento de que herdar é sempre reinventar respondendo a uma espécie de dupla injunção para elaborar a hospitalidade incondicional, assim como estabelecer uma diferença com a elaboração de Kant em “A paz perpétua”, que formula o direito cosmopolita à hospitalidade universal, condição da paz perpétua entre todos os homens, configurando-se como um direito natural.

Derrida (2004) diz que a questão do estrangeiro (xenos) como questão da hospitalidade se articula à questão da questão e portanto à questão do ser, ou seja, é determinada em sede ontológica e é portanto pensada em termos estritamente políticos e em relação com um território.

Na sua incondicionalidade, a ética da hospitalidade constitui o porvir do cosmopolitismo ainda por vir: ela está na gênese inspiradora de outra política e de outra hospitalidade: uma “hos-ti-pitalidade” que dificilmente se distingue do que o filósofo designa por “nova internacional”. A ética da hospitalidade está, em suma, na base de uma reelaboração crítica do conceito de Estado, de Estado-nação, de soberania e de cidadania: o tema da hospitalidade concentra nele as urgências mais concretas, e as mais próprias para articular a ética ao político (BERNARDO, 2002).

“A hospitalidade incondicional é o imperativo de pensar o político para além do político e o direito de denunciar e combater as insuficiências da hospitalidade política” (BERNARDO, 2002, p. 425), uma hospitalidade estritamente política e jurídica, estatal e civil, regida pela cidadania. A ambos, ao político estritamente definido pelo Estado-nacional e à hospitalidade que oferece, uma hospitalidade regulada pelo estado da letra ou pela letra do Estado, seja ela universal, a desconstrução derridiana lembra e revela, por um lado, a insuficiência, denunciando a sua pouca perfectibilidade e a sua insuficiente universalidade: não há ainda hospitalidade cosmopolita, ou seja, ela não vigora ainda universalmente.

(BERNARDO, 2002, p. 430). É então que surge a hospitalidade incondicional de Derrida.

#### 4.3 DA HOSPITALIDADE INCONDICIONAL

A apresentação da hospitalidade incondicional pode ser construída a partir do “empréstimo” da expressão “intrusão discreta” do próprio Jacques Derrida para tentar estabelecer uma relação entre o tema exposto e a forma de abordagem, “como que para pegar de surpresa aquilo que está em vista, mas que não vê chegando aquilo que já lhe vê, o outro que se prepara para lhe pegar de surpresa, para compreendê-lo de surpresa” (DERRIDA, 2016, p. 18). Para contextualizar a preocupação de Derrida nas relações humanas e principalmente quando faz do outro a questão central de seu pensamento, é significativo buscar as influências recebidas de Heidegger, reconhecidamente um precursor contemporâneo da noção de alteridade. Segundo Emmanuel Carneiro Leão, na apresentação de *Ser e tempo*:

A fala do pensamento é escutar. Escutando o pensamento fala. A escuta é a dimensão mais profunda e o modo mais simples de falar. O barulho do silêncio é a forma originária de dizer. No silêncio, o sentido do ser chega a um dizer sem discurso nem fala, sem origem nem termo, sem espessura nem gravidade, mas que sempre se faz sentir, tanto na presença quanto na ausência de qualquer realização ou coisa. O discurso se cala por não ter o que falar e, neste calar-se, tudo chega a vibrar e viver na originalidade de sua primeira vez. É o tempo originário do sentido. No pensamento, a fala nunca é primeiro. O pensamento nunca fala de modo próprio. Sempre responde por já ter escutado. Só se consegue dizer a palavra essencial na escuta do sentido, a essência da palavra. O pensamento só consegue repetir uma variedade infinita de palavras, de gestos, de sentidos, de ações. Os homens falam para responder e são para falar. Quando terminam de falar deixam de ser. O homem é o ser que fala e mesmo quando não fala e cala. A fala remete para além ou aquém das palavras. A fala só fala para e por calar. A palavra essencial é apenas silêncio. Por isso não há nada nem aquém nem além da palavra, só mesmo o nada. E trata-se de um nada criativo, um nada que deixa tudo originar-se: a terra, o mundo, a história, os homens, com todas as negações e afirmações. (HEIDEGGER, 2005, p. 7).

Ainda que o sentido do ser não se refira à palavra no sentido literal, ou a um conceito, trata-se de um sentido que permanece dentro da linguagem e, enquanto tal, se liga à possibilidade da palavra em geral. Por outro lado, Derrida reconhece que através da meditação sobre a questão do sentido do ser, “Heidegger estaria

também pondo sob suspeição a opinião geralmente aceita sobre a questão do ser e sobre a questão da verdade, e com isto contribuindo, portanto para deslocar a unidade do sentido do ser” (OLIVEIRA, 2007, p. 64), isto é, em última instância, a unidade da palavra.

Apoiado, portanto no pensamento do filósofo alemão, Derrida põe mais uma vez em cena a problemática erigida por Heidegger sobre o esquecimento do ser que “ainda encontra-se atrelada ao pensamento do ser como presença que ao esquecer a diferença entre o ser e o ente, estaria esquecendo a diferença entre a presença e o presente” (OLIVEIRA, 2007, p. 92). Ou seja: a presença faz o ser independente da linguagem ou da palavra, o que faz a ligação entre a motivação do trabalho voluntário do agente experiente e a hospitalidade incondicional.

Ainda no sentido de buscar a concepção da hospitalidade incondicional na perspectiva da filosofia articulada à ética e à justiça, sem dissociá-las, situa-se o estudo sobre o outro na concepção de Lévinas que define a relação do rosto, o face-a-face como linguagem, como aquilo que se apresenta na palavra e que implica desejo, bondade e justiça. “[...] E essa linguagem (face-a-face) vem como o primeiro gesto ético, onde a relação ética com o outro é linguagem, é o acolhimento do rosto do outro” (HADDOCK LOBO, 2004, p. 167).

Segundo Haddock Lobo, 2004, Lévinas explica que “se se deve acolher o outro como outro em respeito à sua alteridade, cumpre-se que tal acolhimento deve dar-se independentemente de quaisquer aspectos que esse outro possa vir a apresentar” (HADDOCK LOBO, 2004, p. 171). Somente por meio dessa incondicionalidade a relação com o outro se dá pela infinitude como possibilidade de condição de toda e qualquer relação com a alteridade. É nesse ponto que o acolhimento hospitaleiro do outro vai definir o pensamento ético situado entre ética e política de Lévinas.

Para Lévinas, “a justiça nada mais seria a relação com a alteridade que transcende o pacto acordado pelo dever, uma harmonia em uma democracia ainda por vir, que vai além da lógica da gratidão ou culpa” (HADDOCK LOBO, 2004, p. 183). Sobre a hospitalidade, Derrida (2004, p. 249) afirma que:

A hospitalidade também supõe que se dirija a ele, de maneira singular, chamando-o portanto e reconhecendo-lhe um nome próprio: como você se chama? A hospitalidade consiste em fazer tudo para se dirigir ao outro, em lhe conceder, até mesmo perguntar seu nome,

evitando que essa pergunta se torne uma condição. Acolher aquele que chega antes de lhe impor condições, antes de saber e indagar o que quer que seja, ainda que seja um nome.

Mesmo nessa lógica simples, Derrida (2004, p. 14) situa a complexidade da questão do acolher o outro. Essa relação com o outro constrói o arcabouço ético da alteridade. Nesse mesmo sentido, Duque-Estrada (2004, p. 19) bem afirma:

A ética começa no acolhimento ou recepção do outro, o qual aparece na face. Essa receptividade original define a relação ética como face a face, uma relação dual não simétrica pela transcendência do outro significando que o outro possui um direito prévio e radical sobre mim. Eu não existo primeiro e depois vem o outro: antes, o outro me chama à existência como sempre e já responsável por ele.

A partir daqui, entende-se o esforço da “pluralização perturbadora e até mesmo dispersiva” da figura do outro que dá origem à expressão “todo outro é sempre um pouco outro” introduzindo certa singularidade ética irreduzível e certa pluralidade política (DUQUE-ESTRADA, 2004, p. 31).

Para Derrida (2004), existe problema com “nós, todos”, pois questiona como é possível conciliar as exigências da igualdade com as demandas da singularidade. Sempre haverá exclusão mesmo no discurso do que se diz não-excludente. De acordo com Soares (2010, p. 164):

Para Derrida, pensar a hospitalidade significa pensá-la sem condições, significa o acolhimento incondicional do outro que chega. Porém, o filósofo reconhece que a hospitalidade sempre foi, e é, praticada sob algumas condições. Há uma antinomia insolúvel, “não-dialetizável”, entre A lei da hospitalidade, a lei de uma hospitalidade incondicional e ilimitada, de total abertura ao outro que chega; e as leis da hospitalidade, as leis de direitos e deveres condicionais e condicionados. [...] Em Derrida, as hospitalidades condicional e incondicional são indissociáveis. Uma hospitalidade incondicionada poderia mesmo conduzir a uma perversão da própria ética. Deste modo, torna-se preciso condicionar essa incondicionalidade, organizar essa hospitalidade, o que significa a criação de leis, direitos, convenções [...]. (SOARES, 2010, p. 164-165).

Os temas mais desenvolvidos e configurados como marcos filosóficos na obra de Derrida (2004) serão utilizados aqui como arcabouços teóricos para conduzir a tradução como forma de promover entendimento, a alteridade para agregar sentido

e finalmente a hospitalidade incondicional brotando da inevitável associação desses temas, sempre em desmonte, desconstruído.

A desconstrução é a bandeira na causa empreendida por Derrida contra a metafísica focada no pensamento ocidental, e àquilo que considerava como seus dois maiores pecados – a valorização excessiva da palavra falada (*phoné*, *logos*) em detrimento da palavra escrita, apoiada na ilusão de que a linguagem dá acesso direto à realidade, experiência que Derrida chama de “presença” – sua forma de se referir à “coisa em si” de Husserl. Essa ilusão produz o *logocentrismo*, a concepção do *logos*, da linguagem falada como uma manifestação da “presença”, ou seja, da verdade e realidade do ser, o que implica numa desvalorização da linguagem escrita, vista como perigoso e parasitário, veículo da falsidade e da mentira. (TELLES, 2013).

Partindo das atribuições da linguagem, o logocentrismo tem a responsabilidade de reler a verdade no fluxo da desconstrução, apresenta a fala como abrigo da escrita que nem sempre a tradução alcança. De maneira sintética, é possível afirmar que a desconstrução é uma tradução, da mesma maneira que a tradução é uma desconstrução. A desconstrução em Derrida é aquilo que interroga a ideia da paternidade do saber, que coloca em xeque a ideia do autor como sendo pessoalmente responsável pela verdade e pelo destino de seus enunciados (LIMA; SISCAR, 2000).

Pensando a alteridade como indissociável daquilo que se associa a uma identidade, “[...] a partir dessa experiência paradoxal, Derrida repensa a integridade da restituição sonhada pela tradução” (DERRIDA, 2004, p. 296). Sua reflexão sobre a tradução enfatiza a necessidade ética de desconstrução do colonialismo, que constitui uma postura “completamente outra” quanto ao pensar e ao agir manifestada na abertura para o outro e para as outras línguas como promessa de justiça por vir. A tradução abre portas entre línguas, culturas, tempos, sujeitos mas é também disjunta, inatural, dissimétrica. É promessa de restituição de sentido e também ameaça de perda de algo que não se tem: a língua da origem e da origem do sentido (DERRIDA, 2004, p. 297).

E é nesse sentido que se apresenta o estudo: pela tradução que explica, mas não esclarece a origem da língua conseguindo assim estabelecer uma comunicação que se dá através da valorização da alteridade enquanto identidade e sempre articulada à desconstrução como proposta para destruir a noção de colonialismo

voltada ao cosmopolitismo da hospitalidade incondicional. A desconstrução não figura como uma tentativa de fixar uma maneira, um estilo teórico, mas pela consideração da singularidade de seu evento, como uma forma de mudar o fluxo do pensamento em relação a um tópico particular. A desconstrução faz parte da lógica do texto, sempre singular, não é um nome que se refere a uma coisa, um método que se superpõe a um texto (LIMA; SISCAR, 2000).

#### 4.4 IMERGINDO PELA DESCONSTRUÇÃO NA HOSPITALIDADE INCONDICIONAL

“Derrida formula o conceito de hospitalidade sob o prisma da desconstrução, traduzida na abertura política e jurídica, para que se avance numa nova responsabilidade quanto à hospitalidade” (COMANDULLI, 2016). Propõe a possibilidade de uma passagem entre a ética e a política, entre a justiça e o direito, que pode representar um passo em direção à hospitalidade incondicional. A desconstrução pode ter tido sua origem no pós-estruturalismo “através da corrosão de seus fundamentos estabelecidos pela leitura desconstrucionista erguida no final dos anos sessenta” (MENESES, 2013).

De acordo com Menezes (2013, p. 179): “Em Derrida a desconstrução não é uma doutrina, filosofia ou um método. Ela é uma estratégia de decomposição para a metafísica ocidental”. É uma tentativa de reorganizar o pensamento ocidental perante uma variedade heterogênea de contradições e desigualdades. “Dentro dessa perspectiva, a desconstrução questiona a distinção essencial à filosofia da linguagem existente entre a linguagem e a metalinguagem, já que também se trata de um texto para explicar outro texto” (MENESES, 2013, p. 179). Para se preparar o mergulho na hospitalidade incondicional é importante abordar a “desconstrução como uma postura cuidadosa e ao mesmo tempo desconfiada diante da interpretação da linguagem” que busca flagrar a razão em atuação, estabelecendo a lei, trazendo à presença” (DERRIDA, 2004, p. 94).

Para Bernardo (2005), a experiência enigmática do acolhimento do outro, da língua de outro seria a própria tradução, outro nome da “desconstrução, esse movimento de pensamento apelado, magnetizado, aberto e voltado ao impossível ou ao outro absoluto [...]” (p. 174). Propõe também a hospitalidade como outro nome da desconstrução, “esse singular pensamento do único tão impossível quanto

desejável” sendo afirmativo, que responde e acolhe incondicionalmente o absolutamente outro para quem a hospitalidade e responsabilidade incondicionais são o verso e o reverso de uma mesma atitude transpondo a “hospitalidade como um direito e não como filantropia” (BERNARDO, 2005, p. 174-177).

Nesse lugar, “[...] a desconstrução remete à responsabilidade da decisão sem a possibilidade de constituição de um código de regras para tal decisão”. É o não decidir assumindo cada escolha mantendo sempre aberta a possibilidade de novas interpretações (DUQUE-ESTRADA, 2004, p. 97). Derrida afirma que jamais acreditou que houvesse conceitos metafísicos em si mesmos. “Aliás, nenhum conceito existe em si mesmo” e continua: “a clausura da metafísica não pode ter a forma de uma linha, isto é, a forma que a filosofia lhe reconhece”. Indica que seria difícil ver onde haveria conceito sem repetição, sem rastro (DERRIDA, 2001, p. 64). Continua elaborando sobre o tema ao indagar como seria determinar esse mínimo que os conceitos deveriam ter em comum se não fosse por pura convenção ou por pura confusão que se lhes deve conferir o nome comum.

O deslocamento da desconstrução se dá quando, ao mesmo tempo, se respeita e se desordena a ordem de um texto e, por conseguinte, desconstruir a filosofia seria “pensar a genealogia estrutural de seus conceitos da maneira mais fiel, mais interior” e, ao mesmo tempo, “a partir de certo exterior, por ela inqualificável, inominável, determinar aquilo de que essa história foi capaz – ao se fazer história por meio dessa repressão, de algum modo, interessada – de dissimular ou interditar” (HADDOCK-LOBO, 2007, p. 70).

Ao refletir sobre o fenômeno da hospitalidade que se mostra na relação com o outro, poder-se-ia tratá-la como desconstrução do outro, e avançando nessa temática é possível notar o funcionamento de uma lógica paradoxal, que se relaciona com a sua natureza enigmática. A desconstrução, como hospitalidade, será desconstrução do acolhimento do outro, uma abertura do texto e da linguagem. A hospitalidade, como desconstrução, permitirá primeiramente a construção do acolhimento. Para haver hospitalidade, terá de haver uma casa para o anfitrião receber o outro e vice versa. Pela desconstrução, toda hospitalidade precisa de uma construção para haver o acolhimento. Somente após haver a casa haverá a desconstrução do outro-estranho pelo anfitrião e sendo a desconstrução a audição da palavra ela será o ouvir o hóspede, a abertura da palavra (MENESES, 2013).

Por isso, para Derrida (2004), a desconstrução seria a possibilidade mesma da justiça, por ouvir um chamado por justiça, e por ser, sobretudo, uma relação com a alteridade. E justiça é a relação com o outro. Se há relacionamento com o outro então algo incalculável entra em cena, algo que não pode ser reduzido à lei ou à estruturas legais (DUQUE-ESTRADA, 2004, p. 183). A hospitalidade, pensada eticamente, envolve questões problemáticas que podem tencionar a relação entre o que recebe e o outro, entre a identidade do mesmo, a diferença do outro e a alteridade. A identidade como um processo de definição do mesmo a partir da percepção que o eu tem da sua diferença para com o outro, coloca a alteridade no centro da relação entre o mesmo e o outro, porque o eu precisa do outro para existir, interagir. Esse encontro entre hóspede e hospedeiro pode dar origem a um ritual de amizade e de vínculo humano ou, ao contrário, de agressão e de hostilidade.

No limiar tenso entre hospitalidade e hostilidade vem à luz a dificuldade que significa manter o si do outro, não o transformar no mesmo, acolher sem torná-lo um objeto passível de ser absorvido, assimilado, separado, desprezado ou rejeitado. (COMANDULLI, 2016). Ao afirmar que a hospitalidade acolhe aquele que chega sem impor condições, antes de indagar um nome, ela faz tudo para se dirigir ao outro de uma maneira singular reconhecendo-lhe um nome próprio (DERRIDA, 2004, p. 250).

A hospitalidade pura consiste em deixar a casa aberta para o que chega imprevisivelmente mesmo podendo ser um intruso eventualmente suscetível de fazer o mal. Essa hospitalidade está oposta à hospitalidade de convite, pois supõe que o que chega não foi convidado para ali. A hospitalidade pura, de acordo com Comandulli (2016), vale para a passagem de fronteiras de um país, mas tem papel na vida prática: quando alguém chega, assume-se um risco, uma exposição. É preciso manter essa perspectiva sem horizonte para compreender essas situações, essa “im-possível” ilimitação da hospitalidade incondicional, embora sabendo que se pode fazer disso um conceito político ou jurídico. É corrente que não existe lugar para esse tipo de hospitalidade no direito e na política (DERRIDA, 2004, p. 77).

Pela técnica desconstrucionista de manipulação do texto, a essa altura da elaboração, apresenta-se nesse momento a origem gramática/semântica da palavra hospitalidade, que em grego significa “philoxenos”. Esta palavra origina-se pela junção de dois termos: *phileo* que significa amar, ser amigo, mostrar afeição e “*xenos*” que significa estrangeiro, estranho. Através deste conceito e junção de termos é possível inferir que o ser humano é capaz de amar ao outro, mesmo o

estranho, o estrangeiro, desde que se torne desnudado de preconceitos, fator decisivo na sua forma de ser e conviver em diferentes ambientes. A hospitalidade é um ato de acolhimento entre seres humanos que procuram ser recebidos entre si com atenção, amor e afeto de forma a sentirem-se bem e satisfeitos em uma inter-relação harmônica (BARRA et al., 2010).

Sob a égide de uma dissimetria irreduzível, “a hospitalidade também traz sua rasura, sua desconstrução, pois sua subordinação a outras ordens (econômica, política ou científica)” (DERRIDA, 2004, p. 257) não consegue estabelecer o efeito disseminativo que o conceito se pretende. “A hospitalidade não exime sua incondicionalidade de acontecer como evento” (DERRIDA, 2004, p. 261), como a vinda do outro que nunca chega completamente, “exibindo sua alteridade como insígnia da identidade que jamais terá sido plena” (DERRIDA, 2004, p. 265).

A partir daqui, a ideia é esmiuçar a hospitalidade trazendo a inquietação de Derrida sobre o tema: “devemos pedir ao estrangeiro (o outro que chega) que nos compreenda, que fale nossa língua em todos os sentidos possíveis antes e a fim de acolhê-lo entre nós?” (COMANDULLI, 2016, p. 15). Se esse estrangeiro já falasse a mesma língua de quem o recebe, com tudo o que isso implica, o estrangeiro continuaria sendo estrangeiro e a propósito haveria essa questão, do asilo e da hospitalidade? Através desse questionamento, Derrida (2004) acena para que o estrangeiro não seja simplesmente o outro absoluto, bárbaro, excluído e heterogêneo; outrossim, estabelece uma reciprocidade no engajamento da relação, que seja estendido para além do indivíduo, da família. Não se trata apenas do elo entre nascimento e nacionalidade, da cidadania oferecida a quem não a tinha anteriormente, mas “[...] do direito acordado ao estrangeiro enquanto tal, ao estrangeiro que continua estrangeiro e aos seus, à sua família e seus descendentes” (COMANDULLI, 2016, p. 21). Esse direito à hospitalidade oferecida a um estrangeiro representado por seu nome é o que viabiliza e inviabiliza a relação de hospitalidade com o estrangeiro, pois assim não se oferece hospitalidade ao que chega anônimo, e a hospitalidade incondicional supõe uma ruptura com a hospitalidade no sentido corrente, condicionada com o direito ou o pacto.

Sendo assim, a lei da hospitalidade aparece como uma lei perversível ou pervertedora (COMANDULLI, 2016, p. 22). Ela dita uma ruptura do direito ou dever da hospitalidade, ela exige abertura ao outro, ao estrangeiro sem necessidade de reciprocidade, sem pactos, sem nem pedir um nome. A questão da hospitalidade é

um paradoxo que tenciona o direito à justiça: de um lado, a hospitalidade e as leis que a condicionam e de outro a exigência pela lei absoluta da hospitalidade que pressiona e abala as políticas específicas da hospitalidade.

Existe aí o que é de lei, e esse conflito não opõe uma lei a uma natureza ou a um fato empírico. Ele marca a colisão de duas leis, na fronteira entre dois regimes de lei igualmente não-empíricos. A antinomia da hospitalidade opõe irreconciliavelmente A lei, em sua singularidade universal, a uma pluralidade, uma multiplicidade estruturada. O problema é que os dois termos antagonistas dessa antinomia não são simétricos, existe uma hierarquia. A lei está acima *das* leis, portanto ela é ilegal, transgressiva, fora-da-lei, como uma lei anômica; mas ainda que se mantendo acima *das* leis da hospitalidade, a lei incondicional necessita das leis. Para ser o que ela é, a lei tem necessidade *das* leis que, no entanto, a negam e pervertem-na. E devem fazê-lo, pois essa perversibilidade é essencial. Reciprocamente, as leis condicionais deixariam de ser leis da hospitalidade se não fossem guiadas e exigidas pela lei da hospitalidade incondicional. Esses dois regimes de lei são contraditórios, pois se implicam e se excluem simultaneamente um ao outro (ZAGALO, 2006).

#### 4.5 EMERGINDO DA HOSPITALIDADE PARA O NÃO CONCLUIR

A evolução do conceito de hospitalidade tem colaborado para desconstruir muitos discursos pouco amistosos quanto à alteridade. A hospitalidade era, na perspectiva ocidental, entendida como a acolhida ao estrangeiro, sob diferentes condições, mas, não esquecendo nunca, que ele seria considerado sempre um estrangeiro, criando certa tensão e impondo muito “se” nessa relação. “Para Derrida, o eu torna-se incondicionalmente acolhedor e responsável pelo outro ao abandonar o discurso de significado que assimila o outro na coisa mesma do ser” (COMANDULLI, 2016, p. 31). A ética é fundamental na relação de alteridade para com a hospitalidade.

A hospitalidade que acolhe o outro sem perguntas e que não está inscrita nas leis é um acontecimento que dá visibilidade ao apelo por justiça, já que para Derrida, em sua diferenciação entre direito e justiça, afirma que “a justiça é incalculável”. A incondicionalidade supõe uma urgência em responder ao outro que desafia a relação da ética com a política e com o direito. A presença do outro e de todos ou

outros é manifestação que questiona a supremacia do eu. A face do outro é exigência de um discurso que não está inscrito em normas e leis e que assim, abre espaço para a alteridade. Para Derrida (2004), embora a lei incondicional da hospitalidade seja uma experiência difícil de ser praticada, paradoxalmente, é preciso torná-la uma experiência possível.

Acolher o outro é acolher alguém singular cujas características não nos pertencem e as quais não podemos modificar e que, no entanto, nos afetam irreversivelmente. É preciso distanciar-se de si e buscar uma abertura para a alteridade como forma de viver o mundo, com uma nova visão da ética fundada na heteronomia do sujeito e na sua relação com o outro.

Ao longo dos anos na história da filosofia, a busca pela verdade somente encontrou mais teses antagônicas que disputavam e disputam a hegemonia do saber. Derrida (2004) se preocupa mais em mudar o mundo do que explicá-lo e isso pode ser factível se for considerado o fato de o autor ser o ícone do desconstrucionismo, quando propõe uma hospitalidade que não se condiciona, que revela o outro em sua própria face e que toma a alteridade como questão central do pensamento. Nesse sentido, o pensamento deixa de ter como tarefa a busca por um fundamento, ele não quer mais se enraizar.

Derrida (2004) elaborou a hospitalidade incondicional a partir dos anos 1990 até sua morte em 2004, onde o tema surge no seio das urgências concretas que articulam a política à ética. Desconstrói a hospitalidade em sua possível ligação com o discurso jurídico para lhe conduzir em direção à um encontro assimétrico com a singularidade do outro em um transbordamento dos limites do político. Ele se posiciona junto a um pensamento da hospitalidade que não se limita a um problema político-jurídico, mas que é o princípio mesmo da eticidade, uma meta-ética. “Sou refém do hóspede que existe em mim, no meu espaço, no que me é próprio; isso define minha responsabilidade face ao outro” (RODRIGUEZ, 2013, p. 32). A hospitalidade incondicional ordena o acolhimento sem critérios daquele que vem. Trata-se de um acolhimento inusitado que não pede provas ou estabelece critérios de reconhecimento. Esta lei da hospitalidade não se encontra num plano ético ou político, ela dobra a linguagem político-jurídico para deslocar seu centro de referência na direção do outro, ela inventa uma nova língua, uma nova poética da hospitalidade.

## **CAPÍTULO 5**

### **PROJETO ‘AGENTES EXPERIENTES’ E A ‘INCONDICIONAL HOSPITALIDADE’ COMO QUESTÃO BIOÉTICA – DISCUSSÃO E RESULTADOS**

#### 5.1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a estimativa é que a população idosa mais do que triplique nas próximas quatro décadas, passando de 20 milhões em 2010 para cerca de 65 milhões em 2050. Dessa forma, os idosos somarão 49% em 2050, ao passo que a população em idade escolar diminuirá de 50% para 29% no mesmo período. Essas variações na estrutura etária resultarão em maiores sobrecargas no SUS tanto em aumento de demanda quanto sobre a previdência social (VERAS; CALDAS; CORDEIRO, 2013).

À medida que a sociedade envelhece, os problemas de saúde dos idosos desafiam os modelos tradicionais de cuidado onde a promoção e a educação em saúde, a prevenção e o retardamento de doenças e fragilidades, a manutenção da independência e da autonomia são ações que precisam ser ampliadas (VERAS; CALDAS; CORDEIRO, 2013). No contexto da APS, essas questões são eminentes e exigem mais atenção das equipes de saúde que precisam lidar com esses desafios por constituírem porta de entrada do sistema de saúde e estarem em contato contínuo com dilemas bioéticos que muitas vezes não são reconhecidos como tal.

A ESF propõe a reorganização da atenção básica a partir da família, que passa a ser entendida e percebida em seu ambiente físico e social, permitindo às equipes maior amplitude na compreensão do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções além das práticas curativas em saúde. A proposta da ESF de formação de vínculo entre a equipe de saúde e os usuários e/ou famílias, pressupõe uma relação de diálogo que se estabelece entre pessoas que se reconhecem e se respeitam como sujeitos (SILVA; ZOBOLI; BORGES, 2006). Nessa lógica, surge o foco dos problemas bioéticos desse nível de atenção à saúde: o vínculo e as situações típicas do cotidiano de idosos. Questões como violência e negligência intrafamiliar, abuso psicológico e financeiro, abandono, declínio funcional

e cognitivo, sexualidade e medo da morte são constantes preocupações na ESF e saber lidar com tais questões é latente e constitui um desafio nesse nível de atenção, tanto para os profissionais de saúde quanto para os AE.

Sendo assim, em novembro de 2004, surge no Rio de Janeiro o PAE, quando da fusão da SETI com a SMDS, atual SMAS. O projeto visava “a melhoria da qualidade de vida dos idosos, possibilitando ainda minimizar as condições precárias de vida dos moradores de rua” (SMAS, 2004, p. 01). A proposta era a de transformar o idoso em canal de informação para as pessoas em situação de rua. Tratava-se de uma proposta de mobilização de pessoas que, na condição de idosos, possuíam maturidade e experiência o suficiente para abordar os moradores de rua comunicando-lhes sobre os serviços oferecidos pela prefeitura (MOTA, 2007).

Dois anos depois, em 2006, o objetivo geral do projeto passou a ser o de possibilitar que o trabalho e a experiência de vida do idoso pudesse contribuir no combate à exclusão social e na socialização de outros idosos, em situação de risco pessoal e social do município do Rio de Janeiro (SETI, 2006). O Projeto envolvia diversos órgãos públicos, com atribuições específicas. A SMAS, através dos CRAS, era responsável pela seleção dos locais e dos idosos envolvidos no projeto, além do monitoramento e acompanhamento das atividades desenvolvidas pelos idosos. A SEQV tinha como atribuição a coordenação do Projeto, supervisão das atividades desenvolvidas em cada área e acompanhamento e controle dos idosos voluntários, além da tabulação dos dados do projeto. A avaliação periódica do projeto era uma atividade integrada dos três órgãos aqui mencionados (MOTA, 2007).

O PAE ainda mantém as mesmas condicionalidades de admissão de voluntários: ser maior de 60 anos, possuir renda mensal inferior a dois salários mínimos, residir próximo à área de abrangência do CRAS Ismenia. Os AE visitam instituições procurando saber informações sobre o funcionamento em geral e público alvo. Estas instituições podem ser asilos, abrigos, clínicas e hospitais, particulares ou não, unidades de saúde, clubes, entre outros. Os idosos ficam atentos às questões dos direitos, saúde, lazer e cultura, buscando e divulgando as informações nos grupos de convivência dos CRAS e unidades em que estejam lotados. Esses idosos desempenham um papel importante como agentes multiplicadores (MOTA, 2007).

No CSE Lapa a proposta de atuação foi além da visita pontual às instituições citadas acima. Conforme descrito no capítulo 1, o PAE no CSE Lapa

acontece de modo diferente dos demais polos de recebimento desses voluntários, pois permite e viabiliza o acompanhamento de idosos em situação de vulnerabilidade emocional, familiar e social pelos AE.

Como estratégia de entendimento do motivo que impulsiona o AE a prestar esse tipo de cuidado, que prioriza o acolhimento do outro em detrimento a um arcabouço técnico-científico específico de atuação, o presente estudo pretendeu a necessidade de investigação empírica na perspectiva da hospitalidade incondicional de Jacques Derrida.

## 5.2 QUEM SÃO OS AGENTES EXPERIENTES

Inicia-se a análise dos resultados do material empírico desta pesquisa apresentando o perfil dos seis agentes experientes (AE) que participaram da investigação, considerando fatores como sexo, escolaridade/formação, profissão/ocupação, convívio em casa, percepção quanto a si mesmo enquanto uma pessoa hospitaleira e, ainda, a motivação para se inscrever para o PAE. Ressalta-se que para organização dos resultados, os AE foram numerados de 1 a 6.

No que diz respeito ao sexo e à escolaridade/formação, apresentam-se os resultados verificados no Quadro 1.

### Quadro 1. Perfil dos AE quanto ao sexo à escolaridade

AE1	M	<i>Tenho o 2º grau completo. Fiz um semestre da Faculdade de Engenharia da antiga UEG, ali do lado do Maracanã. No segundo semestre, tranquei matrícula. Precisei trabalhar em horário integral para ser arrimo de família.</i>
AE2	M	<i>Se considerarmos os critérios atuais, acredito que, minha escolaridade esteja dentro dos padrões mínimos. Infelizmente, não tive a oportunidade de realizar tanto quanto desejei o sonho de uma faculdade ou curso superior. Foi durante minha trajetória de vida que acumulei algum conhecimento que trago hoje na minha bagagem (ou seja: a vida foi a única e grande faculdade). Conclui o quarto ano primário e estudei até o segundo ano ginásial, numa pequena cidade do Estado de Minas Gerais.</i>
AE3	F	8ª série do Ensino Fundamental.
AE4	F	Primário.
AE5	F	Superior (Letras).

AE6	F	<i>Ensino Médio</i>
-----	---	---------------------

Fonte: Dados primários da pesquisa.

Como se pode verificar entre os AE apresentam um perfil de baixa escolaridade, apenas um deles possui Ensino Superior. Além disso, verifica-se que AE1 e AE2 tiveram uma maior preocupação em justificar sua escolaridade, enquanto os demais apenas a citaram.

Prosseguindo com a caracterização do perfil dos AE participantes desta pesquisa, foi indagado sobre sua profissão/ocupação (Quadro 2).

### **Quadro 2. Perfil dos AE quanto à profissão/ocupação**

AE1	<i>Desde que comecei a trabalhar, atuei na área de Comércio Exterior. Primeiro em banco, no Câmbio. Depois, como despachante alfandegário. Finalmente, na White Martins, durante 12 anos transitei pelo filet mignon dessa atividade. Fui autoridade no que diz respeito ao domínio dos conhecimentos daquela atividade. Então aconteceu de eu me interessar por massagem e a vida me encaminhou pra outros rumos. Reviravolta geral. Tudo ficou de cabeça pra baixo. Após alguns anos, porém, tudo se estabilizou de forma bastante satisfatória. Ao me separar no final de 2006, optei por ir para MG. Essa decisão apresentou resultados ambivalentes. Por um lado, foi uma grande infelicidade no tocante à minha estabilidade econômica e extremamente negativa em vários outros aspectos da minha vida pessoal. Por outro, me acrescentou dimensões interiores que me trouxeram paz e força. Em 2015 retornei para o Rio de Janeiro, com minha saúde financeira debilitada em seu mais alto grau. Felizmente fui objeto de solidariedade de vários amigos e conhecidos. Deles recebi apoio em variados níveis da minha existência. Atualmente, além de continuar tentando recompor uma agenda mínima de massagens, venho-me valendo de outros talentos que estão ao meu alcance. Sei organizar as coisas dos outros. Organizo escritórios, consultórios, arquivos, bibliotecas, discotecas e colecionáveis. Tudo em rigorosa ordem alfabética e/o cronológica. Vou sobrevivendo disso.</i>
AE2	<i>Como não tive uma formação específica, exerci diversas funções, assim como: auxiliar financeiro, Recursos Humanos, atuei na área administrativa, desenvolvendo trabalhos burocráticos. Hoje estou aposentado, fazendo o que mais me completa, trabalho voluntário, como Agente Experiente.</i>
AE3	<i>Acompanhante de idosos.</i>
AE4	<i>Manicure.</i>

AE5	<i>Secretária, Massoterapeuta (aposentada).</i>
AE6	<i>Aposentada.</i>

Fonte: Dados primários da pesquisa.

Ao observar o perfil dos AE em relação à profissão/ocupação é possível verificar que três deles já são aposentados (AE2, AE5 e AE6), destacando-se o relato de AE2 sobre seu trabalho voluntário como AE, verificando-se que foi o único participante que mencionou como parte de sua ocupação. AE1 como afirma atua na área de massagens e organização de ambientes, considerando como trabalhos temporários que lhe ajudam a ter uma renda. Enquanto isso, AE3 mencionou ser acompanhante de idosos e AE4 manicure. Novamente verifica-se que somente AE1 e AE2 deram maiores detalhes, melhor discorrendo sobre a pergunta realizada.

Nesse ponto faz-se importante mencionar sobre a necessidade de manter uma atividade produtiva informal mesmo na terceira idade, quando alguns já recebem aposentadoria. Atividades produtivas informais podem contribuir para a integração entre suporte emocional, financeiro, instrumental e relacionamento social para os idosos em geral. Quando se pensa em condições de vida e de saúde das pessoas idosas, o trabalho informal pode melhorar tais parâmetros, além de promover maior qualidade de vida e reforçar uma rede social adequada (GUEDES et al., 2017).

Conhecendo o perfil dos AE participantes quanto à escolaridade e profissão/ocupação, foi perguntado se eles conviviam com alguém em sua casa. Os resultados estão apresentados no Quadro 3.

### **Quadro 3. Perfil dos AE quanto à convivência em moradia**

AE1	<i>À exceção dos vizinhos e de uns poucos amigos não. Tenho paixão por ser só. É um traço meu. Está fora do meu alcance modificar isso.</i>
AE2	<i>Não. Desde que cheguei ao Rio de Janeiro, por volta do ano de 1965, procurei o meu próprio caminho, até conseguir o meu maior objetivo: a minha independência. Hoje, dentro da minha casa, fui aprendendo a ser só; aprendi a conviver comigo mesmo. É a minha opção e não me vejo vivendo de outra forma. “Não abro mão da minha própria companhia”. É a independência pela qual tanto lutei.</i>
AE3	<i>Sim, com amigo que sempre vem na minha casa.</i>
AE4	<i>Sim.</i>

AE5	<i>Embora more sozinha, minha irmã que mora em Jaconé, seguidamente vem na minha casa, tenho vários amigos no prédio e vizinhança, que tenho uma troca muito boa.</i>
AE6	<i>Sim, com minha família.</i>

Fonte: Dados primários da pesquisa.

Dos seis AE participantes desta pesquisa verifica-se que quatro deles moram sozinhos, com AE1 e AE2 destacarem ser sua opção, de gostar da convivência consigo mesmo, todavia, todos eles afirmam ter convivência com amigos e vizinhos, com AE5 mencionando a companhia frequente de sua irmã que mora no interior. AE4 e AE6 mantiveram o perfil das respostas anteriores, não dando maior detalhes sobre sua convivência familiar.

De acordo com Gullich, Duro e Cesar (2017), os fatores de risco associados a ocorrência de depressão incluem pertencer ao sexo feminino, viver sozinho, ter baixo nível socioeconômico, consumir bebida alcoólica em excesso, ser portador de doença crônica e referir história familiar de depressão. Apesar de não constar na entrevista questões relacionadas à depressão, o perfil social e de saúde geral é conhecido previamente pela supervisora dos AE, que entende que nenhum dos AE apresenta tal enfermidade. A maioria dos AE residem só mas não relatam e nem se queixam de solidão, pelo contrário, deixam claro em todos os momentos de convivência em diferentes abordagens que sentem-se muito bem e à vontade por tal fato, que segundo Gullich, Duro e Cesar (2017) é um dos fatores de risco para depressão.

Adentrando nas questões relacionadas à hospitalidade, foi perguntado aos AE participantes se eles se consideravam como uma pessoa hospitaleira. Os resultados estão apresentados no Quadro 4.

#### **Quadro 4. Percepção dos AE sobre si próprio enquanto hospitaleiros**

AE1	<i>Sim. Sou acolhedor. Principalmente se a pessoa for merecedora de meu apreço pessoal. Isso não só valida como confirma minha resposta anterior. Aprecio muito a intimidade. É uma bênção ser íntimo de alguém.</i>
AE2	<i>Sim, como todo bom mineiro que sou, fico muito á vontade quando recebo alguém na minha casa. Na verdade, gosto mais de receber, que visitar. É um legado da minha infância, da convivência com minha família. A casa dos meus pais estava sempre</i>

	<i>cheia de amigos, vizinhos que entravam e saíam constantemente. Esse prazer de conviver ficou em mim; eu trouxe para minha vida. Eu gosto de receber.</i>
AE3	<i>Amigos e parentes eu gosto de receber na minha casa.</i>
AE4	<i>Sim.</i>
AE5	<i>Sim. Procuo sempre oferecer o meu melhor às visitas. Mantenho nos meus princípios os costumes do gaúcho, onde se diz: “salvo a mulher e o pingão (cavalo), tudo o mais cede ao hóspede”.</i>
AE6	<i>Sim. Muito.</i>

Fonte: Dados primários da pesquisa.

Como se pode verificar no Quadro 4, as respostas de AE4 e AE6 foram limitadas para que se possa fazer uma análise mais clara sobre sua percepção de hospitalidade. Já nos relatos de AE1 e AE3 foi possível verificar que eles são acolhedores e o fato deles gostarem de receber pessoas de seus círculos sociais não delimita a hospitalidade que praticam, justificando o embasamento da hospitalidade incondicional em suas práticas pois para Derrida (2004), é possível conciliar as exigências da igualdade com as demandas da singularidade, assim, a hospitalidade condicional pode ser verificada a partir do momento em que se tem uma condição para ser recebido, regras impostas para que se goste de receber alguém. Enquanto isso, nos discursos de AE2 e AE5 verifica-se a hospitalidade incondicional de Derrida, que consiste em deixar a casa aberta para o que chega imprevisivelmente mesmo podendo ser um intruso.

Finalizando a análise do perfil dos AE participantes foi perguntado por que eles se inscreveram para o PAE, verificando-se os seguintes relatos:

#### **Quadro 5. Motivação para inscrição no PAE**

AE1	<i>Foi uma coisa bem sem querer. Eu não sabia onde estava me metendo. Tem uma história por trás disso. Vou contar: foi em março do ano passado (2016). Eu estava recém retornado de Minas e passava por uma grave situação de penúria financeira. Uma amiga minha quis me ajudar. Conversamos durante horas. A mãe dela havia falecido recentemente aos 103 anos de idade, necessitando de cuidadores 24h/dia. Num momento de iluminação ela me disse: “Você poderia ser cuidador de idosos. Isso dá dinheiro!”. Depois disso, fui bater lá no PSF (CSE Lapa) em busca de indicação de algum curso nessa área. Perguntei para a Ana Carla e ela me recomendou falar com você. Foi quando nos conhecemos. Conversamos lá no</i>
-----	--

	<i>corredor, lembra? Você me falou dos AE. No dia seguinte fui à Prefeitura e me inscrevi no Projeto. A Ana Luiza procurou ser bastante clara e precisa em suas explicações, mas eu continuava não entendendo nada do que estava acontecendo. Voltei pra casa me perguntando se era isso o mesmo o que eu queria. No que é que eu estava me metendo? Era muita novidade de uma vez só.</i>
AE2	<i>Foi uma causalidade. Eu tinha me aposentado a pouco tempo, quando certo dia, enquanto tomava o café da manhã, ouvi algo, como uma entrevista no rádio (não me lembro bem se era uma entrevista, ou um convite); só sei que alguém falava à respeito de um projeto voluntário para Agente Experiente, ligado a Qualidade de Vida – da Prefeitura. Eu já tinha trabalhado como voluntário no CVV (Centro de Valorização da Vida) fiquei atento ao locutor da rádio que passou o telefone para contato, e imediatamente liguei para me informar a respeito e lá se vão nove anos como Agente Experiente. Como disse anteriormente, eu estava recém-aposentado; nunca tive temperamento pra ficar em casa olhando a banda passar. Sempre preferi ir atrás dela. E vai ser assim enquanto me permitirem. Como disse o poeta: “o tempo passou na janela e só Carolina (?) não viu”. Comigo não. Ele, (o tempo) é que vai ter que ficar de olho pra me ver passar.</i>
AE3	<i>Projeto me interessou muito.</i>
AE4	<i>Para que eu possa ter uma ocupação.</i>
AE5	<i>Quando me aposentei senti que precisava uma ocupação, um trabalho.</i>
AE6	<i>Fui comunicada por uma amiga e achei o projeto interessante.</i>

Fonte: Dados primários da pesquisa.

Os discursos apresentados por AE3 e AE6 não possibilitaram uma análise sobre suas motivações, já que não destacaram o que lhes interessou no projeto. Os demais destacam a necessidade e vontade de uma ocupação, todavia, AE1 teve como motivação para sua inscrição a possibilidade de aprender a lidar com idosos, já que passava por problemas financeiros e estava precisando de uma nova profissão que lhe possibilitasse um novo campo de atuação. Enquanto AE2 e AE5 perceberam essa necessidade de ocupação em decorrência da aposentadoria. Por sua vez, AE4 não destacou motivação para inscrever-se no PAE como uma ocupação.

Importante mencionar que durante a observação participante foi possível verificar que os que se inscreverem para iniciar no PAE são recebidos pela Supervisora Técnica dos AE, sendo orientados em relação às atribuições do

voluntário, sobre o processo de trabalho na unidade, além de serem apresentados à equipe, podendo participar das atividades em grupo na unidade de saúde, sempre sugerindo sua participação.

Na observação participante das seis duplas pesquisadas (seis pares compostos por AE e idoso em acompanhamento), que durou aproximadamente duas horas cada visita em contato com a dupla no domicílio do idoso acompanhado e na presença do AE que o acompanha, foi possível verificar, em linhas gerais, o vínculo e proximidade que cada dupla mantém entre si. Apesar da presença da pesquisadora no ambiente domiciliar em que são desenvolvidas as atividades dos AE poder ter sido fator de timidez ou mesmo constrangimento por parte dos AE, foi razoável auferir que a interação entre as duplas ocorreram da maneira mais fluida e natural possível, graças ao contato de longo prazo (mais de um ano) entre AE e acompanhado e o nível de interação entre os pares. Para que se tenha melhor noção sobre a atuação dos AE, o tópico a seguir aborda o assunto sob a percepção dos próprios agentes.

### 5.3. PROJETO AGENTE EXPERIENTE NA PERSPECTIVA DA HOSPITALIDADE INCONDICIONAL DE JACQUES DERRIDA: PERCEPÇÃO DOS AGENTES EXPERIENTES

Nesta etapa busca-se analisar o PAE sob a perspectiva da hospitalidade incondicional de Jacques Derrida a partir da percepção dos AE. Para tanto, foram feitas perguntas voltadas para o trabalho que realizam, considerando tanto a perspectiva das atividades realizadas, quanto dos benefícios e desejos de imagem e, ainda, buscando conhecer a percepção dos agentes sobre a hospitalidade em um contexto geral. A percepção dos AE sobre o trabalho que realizam está apresentada no Quadro 6.

#### **Quadro 6. Percepção dos AE sobre o trabalho que realizam no PAE**

AE1	<i>No começo eu participava como auxiliar de tarefas práticas dentro de PSF. Tive muito gosto nisso. E continuo tendo. Sempre fui solicitado a participar de atividades que correspondem às minhas habilidades. Ajudei em atividades tais como: - arquivar os resultados de exames clínicos nas pastas dos professores; - organização e reposição</i>
-----	---

	<p><i>de formulários nas salas de atendimento; - registrar nos cadernos as aplicações de vacinas; e - anotar a distribuição de medicamentos na sala de Farmácia. Também, mas aí já na área indiscutível da atuação do Projeto, comecei a participar dos encontros do Grupo Recriar. Extremamente tímido a princípio (eu era, e continuo sendo, o único elemento masculino a participar dele), aos poucos fui me sentindo à vontade no grupo. Hoje não me vejo mais como exceção dentro dele. Nem sou visto como tal. Há poucos meses minha senhoria me pediu para ensiná-la a ler e escrever. Ela não é o que se pode chamar propriamente de uma pessoa analfabeta. O que lhe falta é a naturalidade no trânsito entre as letras. Aceitei o convite. Foi aí, que, pela primeira vez, me vi mais do que um mero agente da Prefeitura. Estou contribuindo como posso para a realização de um desejo alheio há tanto tempo acalentado e desde sempre adiado. Pode não parecer à primeira vista, mas está sendo um desafio. É uma via inusitada de atuação. Estou tendo que fazer uso de toda minha criatividade para encontrar a forma mais conveniente e proveitosa de fazê-la aproximar-se de forma satisfatória da realização desse desejo. A vida não se cansa de se apresentar como uma caixinha de surpresas.</i></p>
AE2	<p><i>Eu me vejo como um multiplicador. Gosto de estar sempre observando pessoas e coisas; gosto de ler, até mesmo para tentar compensar a falta de escolaridade. Procuo me informar, me atualizar, assim, vou acumulando conhecimentos que vão sendo passados para pessoas que eventualmente cruzem meus caminhos. Vejo esse trabalho de Agente Experiente como uma oportunidade para distribuir esses conhecimentos, essas experiências que a vida tem me proporcionado. Sei que não tenho muito a oferecer, mas, assim como existem pessoas que têm mais, existem também as que têm quase nada. Em benefício dessas que são carentes do mínimo, eu pelo menos tento compartilhar parte do que me foi concedido pela vida. É exatamente assim que eu me vejo. Um receptor que se transforma em doador. E é o que venho tentando fazer no exercício desse meu trabalho voluntário. Doar, disponibilizar o melhor de mim.</i></p>
AE3	<p><i>Vejo como uma grande experiência na minha vida.</i></p>
AE4	<p><i>Muito bom, uma terapia ocupacional.</i></p>
AE5	<p><i>Muito útil, para mim, pacientes...</i></p>
AE6	<p><i>Uma forma de poder conhecer e ajudar as pessoas que precisam.</i></p>

Fonte: Dados primários da pesquisa.

Como se pode observar nos discursos dos AE é possível verificar que eles consideram seu trabalho como uma troca entre eles e o idoso visitado, como uma

experiência importante, tanto em relação a aprendizado, quanto para a saúde mental, assim como para os idosos, sentindo sua atuação como uma ação social em benefício daqueles que mais precisam. Chama-se atenção para o discurso de AE1, quando percebe-se que a familiaridade que conseguiu trazer para o idoso que visita, tanto que lhe pediu para realizar um desejo de aprender a ler e escrever, depreendendo-se do discurso que tem sido uma experiência enriquecedora não somente para o idoso em si, mas também para o AE que tem vivenciado essa experiência com dedicação e prazer.

Analisando os discursos sob um ponto de vista mais crítico, o que se observa em AE2 e AE6 é o olhar para o outro como mais carente, mais necessitado do que ele, como alguém que precisa receber a visita, fator que lembra o que foi destacado por Derrida (2004), em que sempre haverá exclusão mesmo no discurso do que se diz não-excludente.

Sobre o trabalho realizado pelos AE faz-se importante destacar que durante a observação-participante foi percebido um acompanhamento próximo da responsável pelo PAE, as frequências e a realização do trabalho eram sempre verificadas pela pesquisadora supervisora do PAE. Ressalta-se que os AE recebem uma bolsa-auxílio pelo trabalho que realizam, caso não estejam com frequência e atuação adequada aos objetivos do projeto podem ser desligados. Situações problemáticas pessoais foram percebidas durante a pesquisa, fator que fez com que alguns AE se afastassem por um tempo e depois retornassem, sendo sempre relatados. Quando um AE não apresentava um bom desempenho nas visitas realizadas aos idosos entrava-se em diálogo, expondo os pontos que precisavam ser ajustados, sendo o desligamento a última hipótese de ocorrência.

Dando continuidade a busca pela relação entre hospitalidade incondicional e o PAE na percepção dos AE foi perguntado se eles acreditavam que o trabalho voluntário que realizavam lhes trazia algum benefício. Os relatos dos AE estão apresentados no Quadro 7.

**Quadro 7. Percepção dos AE sobre os benefícios trazidos pelo trabalho no PAE para si mesmo**

AGENTE EXPERIENTE	CATEGORIA	TRANSCRIÇÃO
----------------------	-----------	-------------

AE1	Aspectos psicossociais	<i>Já está trazendo. O mais imediato deles é o resgate de minha autoestima. Não duvido que outros se farão visíveis, mesmo que sejam apenas desdobramentos desta conquista inicial. Outro, não menos importante, está sendo o fator socialização e convivência. Lembre-se de que eu já disse que algo meio assim como um bicho de toca.</i>
AE2	Aspectos psicossociais	<i>Certamente. Esses benefícios já são parte da minha história; é como uma resposta a todo esse período de 9 anos como AE. É a bagagem que venho acumulando, como um cidadão que, humildemente vem tentando agregar algum conhecimento que possa ser usado em benefício de pessoas menos privilegiadas. É como uma missão que tento cumprir dentro das minhas possibilidades e de acordo com as circunstâncias. A verdade é que, na hora que baterem o martelo, o maior beneficiário serei eu. Disso, não tenho a menor dúvida. É o que engrandece o trabalho voluntário.</i>
AE3	Categorização impossibilitada	<i>Sim, está trazendo benefícios pra mim.</i>
AE4	Categorização impossibilitada	<i>Muito.</i>
AE5	Aspectos financeiros / Aspectos psicossociais	<i>Sim. Na parte financeira me ajuda muito, embora seja uma bolsa-auxílio pequena, é o que me possibilita adquirir remédios, fazer alguns exames e consultar especialistas. Pois, quando me aposentei sofri a lei do fator previdenciário o que reduziu o que eu teria direito pela minha contribuição em mais de 30%. Na área emocional também me ajuda bastante. É uma troca, um aprendizado. Me torna um ser humano mais consciente.</i>
AE6	Aspectos psicossociais	<i>Foi muito bom. Aprendi a ser mais útil às pessoas. Aprender como é bom sentir o carinho e o amor e compreensão na vida de cada um.</i>

Fonte: Dados primários da pesquisa.

Conforme é possível perceber todos os AE percebem os benefícios trazidos pelo programa, novamente destacando o enriquecimento pessoal pela troca de experiências e vivências com os idosos visitados. Os AE destacam fatores relacionados à socialização, à convivência, à conscientização e à solidariedade. Sentimentos de carinho, amor e compreensão também são mencionados, além de auto-estima, humildade e aprendizado, configurando a desconstrução elaborada por Derrida (2004) articulada à hospitalidade incondicional em seu aspecto ético e político. Ético em relação ao acolhimento do outro sem importar sua identidade ou história e político por fazer parte de uma prática institucionalizada via PAE. A partir disso, ao refletir sobre o fenômeno da hospitalidade que se mostra na relação com o outro, considerando-a como a desconstrução do outro. A desconstrução, como hospitalidade, será desconstrução do acolhimento do outro, uma abertura do texto e da linguagem. Por isso, para Derrida (2004), a desconstrução seria a possibilidade mesma da justiça, por ouvir um chamado por justiça, e por ser, sobretudo, uma relação com a alteridade. E justiça é a relação com o outro. Se há relacionamento com o outro então algo incalculável entra em cena, algo que não pode ser reduzido à lei ou a estruturas legais. E são justamente esses os benefícios percebidos pelos AE, algo pessoal, que se tornou inerente a eles, que precisaram ser desconstruídos para construir algo que não pode ser em nenhuma hipótese reduzido.

Outra pergunta feita aos AE foi relacionado a como ele gostaria de ser visto, indagando quando eles saem da casa de um idoso acompanhado pelo PAE o que ele gostaria que este idoso pensasse sobre sua visita. Os discursos estão apresentados no Quadro 8.

**Quadro 8. Percepção dos AE sobre como gostariam que sua visita fosse pensada pelo idoso acompanhado**

AGENTE EXPERIENTE	CATEGORIA	TRANSCRIÇÃO
AE1	Afeto	<i>Eu não penso nisso, O que faço, faço porque quero, porque gosto e porque a oportunidade se apresentou. Tudo o que desejo é que minha presença tenha sido frutífera, seja em que escala for. Não me preocupo com o pensamento deles. Não estou desvalorizando o pensamento deles. O que acontece é que esse gênero de</i>

		<i>expectativa não encontra espaço em meu universo. Não espero e nem conto com retribuições. A vida, por si só, encontrará meios de me recompensar por qualquer mérito que eu possa ter conquistado. Porque tudo, qualquer coisa, é um mérito. Até mesmo respirar e abrir os olhos de manhã.</i>
AE2	Amizade	<i>Gostaria de ser sempre lembrado como um amigo e não como um profissional no exercício do seu trabalho. Apenas um amigo que apenas periodicamente se propõe a uma visita, um papo para ouvir, orientar, rir e até chorar juntos. Gostaria que a minha ausência fosse lembrada como a de um companheiro, de um confidente em quem puderam confiar e com quem falaram das suas dores, seus sonhos, suas alegrias, suas esperanças. Nada mais.</i>
AE3	Amizade	<i>Eles gostam muito de mim e eu gosto muito deles, que são pessoas maravilhosas pra mim.</i>
AE4	Afeto	<i>Que sou uma pessoa solidária.</i>
AE5	Afeto	<i>Que bom! Não estou só.</i>
AE6	Afeto	<i>Que fui visitá-los no propósito de ajudar, dar meu carinho, atenção e deixar minha luz de amor e compreensão na vida de cada um.</i>

Fonte: Dados primários da pesquisa.

AE1 parece trazer em sua perspectiva uma desconsideração ao pensamento do outro, porém ressalta logo depois que não faz parte de seu universo gerar expectativas, buscando pautar sua ação como despreziosa de retorno, de recompensa. Fator semelhante pode ser verificado no discurso de AE2, que gostaria de ser pensado não como um profissional, mas sim como um amigo com quem eles podem contar. Em AE3, apesar de seu discurso ser curto, é possível depreender que também não há uma espera do que pensam, somente o fato de se gostarem. Enquanto os demais desejam que sua presença seja percebida pelo idoso como benéfica para eles, como pessoas solidárias, que estão ali para fazer-lhes companhia para ajudá-los.

Deve-se destacar que existe um limiar tenso entre hospitalidade e hostilidade, em que vem à luz a dificuldade que significa manter o si do outro, não o transformar

no mesmo, acolher sem torná-lo um objeto passível de ser absorvido, assimilado, separado, desprezado ou rejeitado (COMANDULLI, 2016). Considera-se a função do AE relativo ao ser em si mesmo, em sua dimensão ampla e essencial. Para estar junto, fazer companhia e ver o tempo passar não é preciso criar, nem entender. O silêncio já basta, pois permite o essencial: escutar.

Finalizando as entrevistas com os AE foi pedido que eles pensassem sobre a questão da hospitalidade em geral (na sua casa, no mundo) e discorressem sobre esse pensamento, como eles percebiam a hospitalidade. Os discursos estão apresentados no Quadro 9.

**Quadro 9. Percepção dos AE sobre hospitalidade em geral**

AGENTE EXPERIENTE	CATEGORIA	TRANSCRIÇÃO
AE1	Hospitalidade condicionada	<p><i>Na minha casa, na de meus amigos, na convivência com meus colegas e vizinhos, sempre haverá de prevalecer a ausência de armamentos e a inexistência de defesas. É a forma mais fácil, prática e sensata de existir. Para mim, esse é o ambiente onde a hospitalidade se manifesta. Não comporta o desejo de domínio nem o de subtração do que quer que seja. Procuro viver dentro desses parâmetros. Só desejo duas coisas na vida: estar bem e que quem estiver perto de mim também esteja. Quanto ao mundo, e por mundo quero significar tudo aquilo com o que não tenho contato pessoal direto, e por direto quero dizer tudo aquilo que não posso ver diretamente com meus olhos e tocar com minhas mãos pelo simples fato de as estender aqui e agora, o que vejo é a negação desta visão que me é tão cara. O noticiário me informa que há um clima cada vez mais intenso de intolerância e medo, de negações, exclusões e ameaças. Conquistas arduamente implementadas vem sendo ferozmente solapadas. Parece que estamos entrando numa nova era de barbárie e preconceitos. A barbárie não tem espaço para a hospitalidade. Quanto ao preconceito, não vejo coisa mais daninha.</i></p>

AE2	Hospitalidade incondicional	<i>Hospitalidade pra mim é sinônimo de acolhimento. É complicado que em pleno século XXI tenhamos que testemunhar o êxodo de milhões de refugiados perambulando pelo mundo, morrendo de fome, de frio, abandonados em embarcações atravessando oceanos em busca de um abrigo, de um lar. Só na Síria, foram quatro milhões de pessoas de todas as idades e credos que fugiram sem rumo e se espalharam pelo mundo, num abandono total, deixando para traz suas esperanças, seus sonhos, sua pátria, em busca de hospitalidade, de acolhimento para recomeçar, para sobreviver. Hospitalidade não pode e nem deveria ser apenas um ato físico de abrir suas portas ao retirante; é necessário que seja bem mais do que isso. Que as pessoas sejam mais solidárias, que abram seus corações, suas mentes, seus braços e ofereçam um pouco de calor humano, para que possa manter dentro delas, a chama do amor, da esperança, da dignidade, e a razão de viver...</i>
AE3	Hospitalidade condicionada	<i>Eu gosto de receber pessoas, parentes que vem me fazer uma pessoa muito feliz na minha vida.</i>
AE4	Hospitalidade incondicional	<i>Penso que o ser humano é um povo bem hospitaleiro. Todos nós devemos pensar assim.</i>
AE5	Hospitalidade incondicional	<i>Hospitalidade pra mim é troca; ser sincero, respeitar as diferenças; ajudar quando possível; saber repartir alegrias, tristezas. Ter acolhimento do outro... Infelizmente, às vezes (a maioria) vivemos no automático... atendemos as pessoas de cara amarrada, desejamos um bom dia com maior alegria. Mas, sempre penso que quem oferece é o maior beneficiado.</i>
AE6	Hospitalidade condicionada	<i>É muito bom sermos hospitaleiros. Nós crescemos em termos amigos que são nossos verdadeiros anjos enviados por Deus. O mundo está precisando de amor, carinho, atenção. Devemos buscar em nós a humildade e a simplicidade para poder ajudar o outro. Nesse projeto AE aprendi que somos todos necessitados de atenção. É muito bom chegar a casa de alguém e sentir o carinho com</i>

		<i>que somos recebidos. Trazer com a gente a sensação que deixamos paz e trouxemos também paz.</i>
--	--	--

Fonte: Dados primários da pesquisa.

A percepção dos AE sobre hospitalidade parece se aproximar da hospitalidade incondicional definida por Derrida (2004), considerando que em seus discursos é possível perceber fatores condicionantes como regras de convivência mínimas como força de lei para a incondicionalidade (na perspectiva prática) porém com a abertura fácil para o outro determinando a incondicionalidade na esfera utópica de tal prática.

Em AE2 tem-se a relação entre hospitalidade e acolhimento, fator positivo, citando o caso de refugiados sírios, na hospitalidade incondicional esse acolhimento nem mesmo pergunta quem é para acontecer. O AE2 transcende o conceito de hospitalidade para além de suas próprias possibilidades de acolher o outro quando pensa na situação dos refugiados sírios com exemplo. No discurso de AE3, que destaca receber parentes e pessoas que a fazem feliz, há uma maior tendência de condicionar a hospitalidade, mesmo sendo a voluntária que mais visita sua acompanhada em momentos diversos e independentes de suas funções como AE, possivelmente por serem amigas e vizinhas há muitos anos. Os discursos de AE4, AE5 e AE6 também se aproximam dessa hospitalidade incondicional, em receber ou ser recebido acolhendo o outro independente do que vem.

Nesse contexto, o que se verifica é que o trabalho realizado pelos AE se aproxima mais do campo ético da hospitalidade incondicional do que prático quando se traduz em sua própria percepção no que diz respeito à sua individualidade. Para que se possa melhor analisar a hospitalidade incondicional no PAE, a perspectiva dos idosos acompanhados também foi considerada, conforme se apresenta no tópico a seguir.

#### 5.4 PROJETO AGENTE EXPERIENTE NA PERSPECTIVA DA HOSPITALIDADE INCONDICIONAL DE JACQUES DERRIDA: PERCEPÇÃO DOS IDOSOS ACOMPANHADOS

A entrevista realizada com os seis idosos acompanhados pelo PAE foi realizada pelos AE na presença da pesquisadora supervisora do PAE, buscando-se

aplicar um roteiro mais curto de perguntas, para evitar fadiga durante as respostas. O intuito maior foi o de verificar como os idosos percebem as visitas realizadas pelos agentes e o fato de as entrevistas serem realizadas pelos AE na presença da pesquisadora produziu viés de parcialidade nas respostas, servindo como pano de fundo para serem dirimidas dúvidas e maiores esclarecimentos sobre os objetivos do acompanhamento propriamente dito ao idoso. Inicialmente, em duas perguntas objetivas foi verificado junto aos idosos que participaram desta pesquisa se eles gostavam da companhia do AE em sua casa e se eles precisavam dessa companhia. Os idosos foram unânimes em responder de forma positiva para ambas as perguntas, alguns deles, inclusive, alguns optaram por justificar, como foi o caso de I2, que destacou gostar muito, “*mais do que se fosse da família*”. O participante I4 também complementou sua resposta afirmando: “*sempre to telefonando pra ela me dá socorro, uma conversa boa*”.

Buscando melhor conhecer a percepção dos idosos sobre o acompanhamento realizado, perguntou-se porque eles achavam que o AE frequentavam suas casas. As respostas dadas pelos idosos estão apresentadas no Quadro 10.

**Quadro 10. Percepção dos idosos sobre a motivação para que o AE frequente sua casa**

AGENTE EXPERIENTE	CATEGORIA	TRANSCRIÇÃO
I1	Necessidade	<i>Conversar.</i>
I2	Necessidade	<i>Pra dar uma assistência, saber como estou, saber se estou precisando de algo, ir na rua pra mim.</i>
I3	Amizade	<i>Porque ele é um bom amigo. Gosto dele.</i>
I4	Necessidade	<i>Porque ela sabe que eu preciso de ajuda. É uma troca. “Vivo perturbando ela”.</i>
I5	Necessidade	<i>Para ajudar.</i>
I6	Amizade	<i>Gosto muito do AE, acho muito bom ser visitada.</i>

Fonte: Dados primários da pesquisa.

Antes de prosseguir, é importante destacar as correspondências entre ‘AE’ e ‘I’ apresentando as duplas de interação: AE1 acompanha I3 há pouco mais de um

ano (são moradores do mesmo casarão compartilhado, cada um em seu quarto); AE2 acompanha I5 há mais de 2 anos; AE3 acompanha formalmente I2 há quase 3 anos (são vizinhas e conhecidas há mais de 15 anos); AE4 acompanha I1 há mais de um ano; AE5 acompanha I4 há mais de um ano; AE6 acompanha I6 há quase três anos.

Como se pode perceber, os idosos percebem os AE de diferentes formas, todavia, verifica-se a conversa como fator em comum, considerando, por exemplo, I1, I2, I3, I4 e I6, que destacam seus agentes como amigos, que lhe visitam para saber como estão e prestar alguma assistência, somente I5 reduz sua percepção à necessidade de ajuda. Os idosos demonstram gostar dos AE como amigos que se preocupam com eles e não somente como voluntários em serviço. Nessa recepção dos idosos para com os agentes em suas casas é possível perceber uma certa aproximação à concepção da hospitalidade incondicional, quando eles se colocaram à disposição em recebê-los na primeira visita sem nem mesmo conhecê-los e hoje destacam o AE como um amigo e como gostam dele e da visita em si. Como bem destaca Soares (2010, p. 166):

A hospitalidade pura e incondicional, a hospitalidade em si, abre-se para alguém que não é esperado nem convidado, para quem quer que chegue, como um visitante absolutamente estranho, não identificável e imprevisível, ou seja, totalmente outro. Destarte, a questão da hospitalidade está, pois, ligada à questão da diferença.

O AE no campo do outro, visitando o outro se revela ativo no processo de acolhimento (não que o visitado seja agente passivo de receber o outro que chega). Através de sua fala (e principalmente sua escuta). Ele percebe o real. Para Derrida (2004), a fala dá mais conta do real do que a escrita. Para o AE é mais importante falar (escutar), de que seguir protocolos técnicos previamente descritos e enumerados.

Prosseguindo nesse viés da percepção do idoso sobre o acompanhamento realizado foi perguntado se eles acreditavam que a presença do AE em suas casas fazia alguma diferença, pedindo que justificassem suas respostas. Os resultados encontrados estão apresentados no Quadro 11.

**Quadro 11. Percepção dos idosos sobre fazer diferença a presença do AE em sua casa**

AGENTE EXPERIENTE	CATEGORIA	TRANSCRIÇÃO
I1	Necessidade	<i>Fico muito só.</i>
I2	Necessidade	<i>Sim, se ela não viesse ia ser triste e eu ia me sentir só. É uma companhia que me serve muito.</i>
I3	Amizade	<i>Sim, agora tenho uma assistência. Ele me ajuda, tenha segurança. Ele vem porque gosta. Não é obrigação.</i>
I4	Amizade	<i>Sim. Se não fosse Dalila me orientar, dar bons conselhos, tirar minha depressão, minha ansiedade.</i>
I5	Amizade	<i>Preenche a minha vida.</i>
I6	Amizade	<i>Fico muito alegre e feliz com AE, me oferece até um cafezinho.</i>

Fonte: Dados primários da pesquisa.

O discurso trazido por cada idoso demonstra a importância das visitas realizadas pelo AE, percebendo-os como uma companhia, capaz de preencher e dar alegria às suas vidas. A percepção de I3 ratificou o que foi comentado anteriormente que essa visão de amizade que eles trazem afasta o sentido de obrigação da visita, fazendo com que ela flua de forma mais natural e leve, sendo benéfica para ambos os lados, fazendo emergir o conceito de hospitalidade em sua forma mais pura. Como bem afirmam Barra e colaboradores (2010), a hospitalidade é um ato de acolhimento entre seres humanos que procuram ser recebidos entre si com atenção, amor e afeto de forma a sentirem-se bem e satisfeitos em uma inter-relação harmônica. O que é percebido por meio dos discursos dos idosos.

As perspectivas dos idosos continuaram a ser verificadas, nas perguntas finais buscou-se fazer com que pensassem na ausência do AE para que se pudesse perceber a profundidade de sua percepção quanto a esse acompanhamento, colocando primeiramente a seguinte possibilidade e pedindo que eles comentassem sobre ela: e se o(a) AE não pudesse mais frequentar sua casa. Os relatos dos idosos estão apresentados no Quadro 12.

**Quadro 12. Percepção dos idosos sobre a possibilidade do AE não poder mais frequentar sua casa**

AGENTE EXPERIENTE	CATEGORIA	TRANSCRIÇÃO
I1	Desamparo	<i>Sentiria falta.</i>
I2	Desamparo	<i>Seria muito triste. Sentiria muita falta dela.</i>
I3	Compreensão	<i>Sem problemas. Vida que segue. Que vá com Deus.</i>
I4	Desamparo	<i>Eu ia achar muito ruim. Ia ficar “enchendo o saco dela”, “ia telefonar direto”. Considero ela minha amiga.</i>
I5	Desamparo	<i>Gostaria que não deixasse de vir.</i>
I6	Desamparo	<i>Ficaria muito triste.</i>

Fonte: Dados primários da pesquisa.

Como se verifica, a possibilidade do AE não poder mais frequentar a casa do idoso é vista por eles como algo triste, que não desejam, destacando a falta que fariam suas visitas. Somente I3 demonstra compreensão com a possibilidade disso ocorrer, mesmo demonstrando preocupação com o AE.

Para discutir a noção de desamparo que pode aparecer quando se interpretam as respostas dos idosos em acompanhamento, é pertinente trazer a elaboração do bioeticista Fermin Roland Schramm, 2007: a bioética da proteção, que “consiste em uma ferramenta para dar amparo aos necessitados de vários tipos e sem capacidades suficientes para levar uma vida boa ou pelo menos decente” (SCHRAMM, 2007) onde uma das possíveis causas desta situação de desamparo ou necessidade é de ordem econômica.

A bioética da proteção aplica-se tanto às relações interpessoais (a todas as relações em princípio fundadas na simpatia e empatia entre pelo menos dois sujeitos), quanto às relações do tipo daquelas que se estabelecem em saúde pública entre gestores e usuários dos sistemas de saúde; entre responsáveis pelo bem-estar de uma coletividade e seus beneficiários. “Em suma, a bioética da proteção deve ser entendida enquanto ferramenta capaz de proteger contra ameaças e em prol do autodesenvolvimento das possibilidades de cada sujeito autônomo em assumir sua vida pessoal e cidadã” (SCHRAMM, 2007). É, portanto, responsabilidade da APS, particularmente da ESF, identificar o desamparo e viabilizar estratégias de

enfrentamento dessa questão, seja pela via técnica articulando políticas públicas vigentes, ou seja, pela via afetiva, através do acolhimento ético do outro.

Nas entrelinhas dos discursos é possível perceber a sensação de acolhimento dos idosos em relação aos AE, que vai além de recebê-los em casa, mas em uma perspectiva de acolhimento, de amizade, de carinho, de troca harmônica que pressupõe a hospitalidade de Derrida (2004).

Nesse âmbito, é importante mencionar, ainda, com base em Aldwin (2009), que os idosos possuem maior facilidade em lidar com o estresse em sentimentos de perda, ou seja, os idosos geralmente são mais eficientes do que os adultos mais jovens em suas respostas de enfrentamento ao estresse. Elucida-se, ainda, que essas informações, posto aos eventos considerados marcantes vividos ao longo de toda a vida, ampliando a possibilidade de que, no envelhecimento, os idosos possuam tanto um maior repertório de táticas de enfrentamento quanto o fato de que eles se tornam mais decididos com o passar dos anos. Todavia, tomando como base Papaléo Netto (2007), destaca-se que com as transformações fisiológicas e psicológicas ocorridas durante o processo de envelhecimento, o indivíduo tende a viver uma vida social mais restrita, assim, esse sentimento de tristeza apresentado pelos idosos pode ser explicado sob essa perspectiva, onde com a vida social mais restrita, o AE passou a ser uma de suas mais importantes rotinas, principalmente quando a família se mostra mais ausente.

Finalizando a entrevista realizada com os idosos foi pedido que eles discorressem como se sentem quando o AE vai embora de sua casa. Os relatos estão apresentados no Quadro 13.

**Quadro 13. Relatos dos idosos sobre seu sentimento quando o AE vai embora de sua casa**

AGENTE EXPERIENTE	CATEGORIA	TRANSCRIÇÃO
I1	Desamparo	<i>Está muito só.</i>
I2	Desamparo	<i>Me sinto sozinha, querendo que ela ficasse mais.</i>
I3	Segurança	<i>Somos bem chegados. Sei que ele está aqui do lado e estará disponível.</i>
I4	Segurança	<i>(Respondeu chorando) Levo ela até a porta e digo “vai com Deus, eu te amo!”. Eu me preocupo com ela, gosto</i>

		<i>muito dela. É minha amiga.</i>
I5	Desamparo	<i>Sente vazio.</i>
I6	Segurança	<i>Fico esperando a volta e sinto saudades.</i>

Fonte: Dados primários da pesquisa.

O sentimento de vazio de querer mais e a segurança de saber que está por perto e que pode contar demonstra o quanto esses idosos tem se sentido valorizados em recebê-los em casa, traduzindo novamente a hospitalidade que emanou do PAE, bem como as questões sociais que são trazidas pelo envelhecimento, com a escuta podendo ser vista como estratégia de atuação na atenção à saúde do idoso.

## 5.5 PROJETO AGENTE EXPERIENTE NA PERSPECTIVA DA HOSPITALIDADE INCONDICIONAL DE JACQUES DERRIDA: PERCEPÇÃO DA PESQUISADORA

Nesta etapa da análise apresenta-se o PAE na perspectiva da hospitalidade incondicional de Jacques Derrida a partir da percepção da pesquisadora, que pode analisar presencialmente a dinâmica das visitas enquanto observadora-participante.

Na primeira visita pode-se perceber que o idoso considera o AE como um confidente, como uma pessoa com quem pode desabafar, aproveitando o momento daquela visita para falar das coisas que lhe afligem. O participante I1 mora com sua irmã, é viúva desde o ano de 1973 e não teve filhos, vive atualmente de renda advinda como pensionista da Marinha brasileira, nega depressão e afirma gostar de cantar.

A distância da família é um ponto bem mencionado por I1 à AE4, fala sempre onde seus irmãos mora e que a irmã que é mais próxima está doente. A participante I1 parece ser ansiosa e fala de vários assuntos ao mesmo tempo, aproveitando para destacar a falta de paciência de sua irmã justamente pelo fato dela ser muito ansiosa. Quando I1 falou sobre o adoecimento da irmã, AE4 aproveitou para falar sobre a importância de saber a procedência da água de consumo, e dos riscos trazidos por água contaminada, gerando uma breve conversa sobre o assunto, todavia, logo I1 volta a falar de seus irmãos e dos fatores relacionados a cada um

deles, descrevendo um com melhores condições financeiras, outro como debilitado, aproveitando para contar desde o seu passado desde os dias atuais.

Importante destacar que AE4 a todo o momento se mostrou interessada nas falas de I1, fazendo perguntas para instigar o desenvolvimento do assunto. AE4 também aproveitou uma das pautas surgidas para convidar I1 para o teatro, convite aceito, elas já combinam dia e horário. Podendo-se perceber que durante a visita a conversa fluiu naturalmente, não havendo um roteiro pré-definido, algo regulamentado e rígido, pelo contrário, o que se observou foi a fala livre de I1, que pode falar sobre qualquer assunto, com a escuta ativa de AE4, que se aproveitava de alguns discursos para trazer orientações de saúde à idosa. AE4 demonstrou-se preocupada com I1, tanto que quando esta pesquisadora encerrou sua observação, foi acompanhada por AE4 até a saída, informando que iria voltar e passar mais tempo por ter achado I1 “tristinha”. A cumplicidade e troca entre I1 e AE4 foram visíveis.

Para Bernardo (2005), a experiência enigmática do acolhimento do outro, da língua de outro seria a própria tradução, outro nome da “desconstrução, esse movimento de pensamento apelado, magnetizado, aberto e voltado ao impossível ou ao outro absoluto” (BERNARDO, 2005, p. 174). Propõe também a hospitalidade como outro nome da desconstrução, “esse singular pensamento do único tão impossível quanto desejável” sendo afirmativo, que responde e acolhe incondicionalmente o absolutamente outro. É o que se percebe na relação de AE4 e I1, não verificando-se a saúde como central no trabalho do AE durante esta visita.

Durante a observação participante foi possível perceber as diferenças de abordagem de um idoso para outro, suas necessidades são diferenciadas, seu humor, suas limitações, assim, essa conversa solta e disponível que se observou entre AE4 e I2 não pode ser vista em todos os contextos, como é o caso da visita realizada por AE2 a I5.

O participante I5 parece apresentar limitações trazidas pela sua saúde, debilitada pelo estágio avançado da doença de Parkinson e em uso de fralda, sendo necessário que AE2 siga uma sequência para trabalhar a comunicação com o idoso. Inicialmente, AE2 pergunta a I5 o dia de hoje, com o retorno de resposta errada, logo lhe orienta ao dia correto, tirando de sua mochila material lúdico didático para ser trabalhado durante a visita.

O material trazia as peças do alfabeto e o exercício começa com I5 separando as letras de acordo com suas cores, conforme foi sugerido por AE2. Mesmo com dificuldades, ele consegue separar de forma correta todo o material, falando as cores separadas sem apresentar dificuldades. A atividade prossegue com perguntas e respostas, com AE2 buscando instigar o raciocínio de I5, que demonstra conseguir executar as atividades, recebendo elogios de seu acompanhante. Percebe-se uma busca de AE2 em não deixar I5 desanimar por suas dificuldades, o estimulando com tranquilidade e destacando que mais importante do que conseguir executar tudo era tentar.

As atividades lúdicas prosseguiram durante toda a visita, com AE2 sempre estimulando na realização de uma nova tarefa, destacando-se, também, a questão motora, já que I5 precisa levantar peças da mesa, fazendo com que seus movimentos também sejam trabalhados. As vibrações de AE2 a cada conquista parecem deixar I5 mais feliz e motivado, parecendo gostar ainda mais quando o assunto passa a ser cálculo. Os dois seguem fazendo cálculos e interagindo entre acertos e erros, com AE2 avançando ou retrocedendo, respeitando o ritmo de I5.

Foi possível observar em I5 dificuldades de manter-se em postura, com uma tendência a curvar-se para cima da mesa, sempre corrigido e orientado por AE2, além disso, foi possível perceber que o idoso não tem atitude de fala, mas está sempre sendo estimulado pelo agente, que lhe faz perguntas e espera respostas em voz audível. Todos os esforços e tentativas de I5 são valorizados e reconhecidos por AE2. A última atividade realizada na visita foi um texto escrito pelo próprio agente, que faz a leitura e pede que I5 o acompanhe, o que acontece com êxito, recebendo novas vibrações de AE2 que reforça a mensagem transmitida no texto de autoria de AE2: “É proibido estacionar”.

A interação entre AE2 e I5 é rica e emocionante, diferentemente do que foi percebido em AE4 e I1, onde a idosa conversa e a agente precisa ser sua escuta, o agente precisa estimulá-lo em todos os instantes, percebendo-se a evolução do idoso durante a visita, os esforços que realiza para conseguir executar cada missão passada por AE2, um troca novamente é percebida, porém, de forma diferenciada, uma alegria por avançar e uma alegria por ver avançando, ou seja, um desenvolvimento e um crescimento mútuo, configurando o protagonismo do AE no processo de envelhecimento.

A cumplicidade entre idoso acompanhado e AE pode ser vista também entre AE6 e I6, que é uma idosa mais ativa, vaidosa, que faz questão de mostrar seus cultivos de tomate cereja, boldo, maçã e mostrar os artesanatos com caixa de leite e sacolas plásticas, demonstrando orgulho de seu trabalho. A conversa entre elas gira em torno de entretenimento, como novelas, além das notícias, com AE6 aproveitando o momento para falar sobre saúde, como os fatores relacionados à febre amarela. O carinho entre elas é nítido, podendo a troca também ser percebida durante a visita realizada. Tal relação somente pode ser concretizada graças à peculiaridade de ESF em relação ao estabelecimento de vínculo entre profissionais/voluntários/usuários dos serviços de saúde. As relações sociais e emocionais entre essas personagens ganham destaque quando o referencial de atuação é a Atenção Primária à Saúde.

Durante a visita de AE3 a I2 também foi possível observar uma conversa livre, sem um roteiro seguido, com AE3 com a escuta atenta, valorizando as histórias contadas. Destaca-se a conversa entre elas sobre a hospitalidade da vizinhança de I2, sendo informado pela idosa que todos são cuidadosos com ela, fazendo ela se sentir segura e protegida. Percebe-se I2 como uma idosa ativa e comunicativa, faz suas próprias compras, tem amigos, fala bem sobre sua saúde, trazendo o fato de não ter mais insônia como um benefício em sua vida. A hospitalidade volta a ser pauta entre AE3 e I2, quando o assunto se volta para entrada do outro em casa e o fato de respeitarem a opinião daqueles que não gostam de visitas. I2 aproveita para ressaltar que não é todo mundo que gosta de receber em casa, mas que gosta muito de receber visitas, aceitando as pessoas como elas são, considerando como uma questão de educação.

A hospitalidade desenvolvida por Derrida (2004) novamente pode ser proposta como referencial para pensar as observações oriundas das visitas descritas, destacando-se a escuta do AE como fator crucial nesse processo. No caso específico, do discurso de I2 durante a visita, apesar de perceber uma condição quando diz “não ser todo mundo que gosta de receber”, logo destaca o quanto gosta de receber visitas e como aceita as pessoas do jeito que elas são. Talvez essa fala seja a mais reveladora sobre a percepção do idoso que recebe o AE numa perspectiva incondicional de acolhimento ao outro.

Uma relação de amizade e troca também pode ser percebida entre AE1 e I3, percebendo-se que I3 também parece aconselhar AE1, observando um

desenvolvimento mútuo entre ambos. Uma relação nítida entre eles, onde nenhum dos dois espera apenas receber, pelo contrário se doam e, conseqüentemente, recebem do outro, traduzindo a hospitalidade na prática diária num contexto muito singular entre os atores envolvidos nesse processo. O participante I3 possui alguns lapsos de memória decorrente de um Acidente Vascular Cerebral (AVC) que sofreu há cerca de um ano e sempre que apresenta alguma contradição no que diz, é lembrado por AE1. Por morarem próximos um ao outro, o que se percebe e é ratificado por eles, é que desenvolveram muito mais do que uma relação entre AE e acompanhado, construindo uma aproximação muito grande, estando sempre juntos. E estar junto é um lema para o PAE.

Uma escuta mais ativa é possível ser observada na visita de AE5 a I4, uma idosa que também se mostra ativa apesar de serem evidentes os problemas familiares que enfrenta, com um filho depressivo. A saúde de I4 ficou em destaque durante a visita, discorrendo sobre os problemas que a afligiam, principalmente no que diz respeito à sua visão; aproveita e fala da possibilidade de ir passar uns dias com o filho que mora em outra cidade, mas ainda está em dúvida porque não gosta de viajar. Em todos os seus relatos, AE5 mostrou-se solícita e atenta, bem como conhecedora da rotina de I4. A idosa aproveita para contar para esta pesquisadora sobre a troca que existe entre ela e AE5, destacando-se que durante as visitas elas conversam, choram, riem e dançam.

Diante disso, é possível depreender que a cumplicidade entre agente e idoso acompanhado é uma constante, com o desenvolvimento de laços de amizade entre eles que ultrapassam obrigatoriedade de visitas ou de recebimento do AE; pelo contrário, essas visitas são esperadas de forma ansiosa, aproximando-se da hospitalidade de Derrida (2004), uma troca rica, que se mostra importante não só para as questões de saúde que envolvem o idoso, mas também nos quesitos social e emocional, desenvolvendo o próprio agente a partir dessa troca, e desconstruindo o acolhimento condicional ao outro.

## CAPÍTULO 6

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento é um processo natural do ser humano, não se tratando de uma patologia, além de que a idade cronológica por si só não determina o marco inicial desse processo, tendo em vista que as mudanças econômicas, sociais e culturais influenciam na saúde e bem estar do indivíduo.

As conclusões alcançadas, confrontadas com os objetivos, são as seguintes:

**Objetivo 1** - Analisar as questões bioéticas do Projeto Agente Experiente em termos de sua articulação com a Atenção Primária à Saúde e com a Política Nacional do Idoso, à luz do conceito de hospitalidade incondicional de Jacques Derrida.

**Conclusão** – O estudo demonstra que o PAE é permeado de questões bioéticas. Neste ponto, foi visto que fatores como o ambiente familiar, a vida social, situação econômica, além dos fatores biológicos e fisiológicos podem afetar o envelhecimento de diferentes maneiras. Complementa-se que a ideologia de velhice é individual e constitui um fator intrínseco que determinará a qualidade de vida de cada um ao longo desse processo. A partir disso foi possível confirmar que a hipótese de que o trabalho do AE apresenta-se com relevante para seu próprio desenvolvimento pessoal, bem como que o trabalho voluntário desenvolvido pelo AE é permeado por dilemas éticos que evidenciam-se em seu cotidiano profissional.

A longitudinalidade das ações, a integralidade do cuidado e o vínculo com os usuários são premissas de atuação na APS que graças à essas peculiaridades torna-se âmbito favorável ao surgimento de conflitos bioéticos referentes às relações estabelecidas nesse contato de limites tão tênues. A APS, portanto, está sujeita a receber em suas rotinas de serviço estratégias voltadas às questões que demandam mais preocupação dentre as coletividades, sendo destino para políticas como o Estatuto do Idoso que tem na ESF uma porta de entrada e centro de comunicação de toda rede de atenção à saúde para ser aplicada na prática. Nesse contexto, articula-se a hospitalidade incondicional como desconstrução do acolhimento condicional do outro que avista na APS terra fértil de experimentação, já que é local

de construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o profissional/voluntário da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde construído ao longo do tempo, além de carregar em si um potencial terapêutico.

**Objetivo 2** - Descrever o Projeto Agente Experiente, explicitando sua articulação com a Atenção Primária à Saúde e com a Política Nacional do Idoso.

**Conclusão** – O PAE articula-se com a APS, configurando-se como uma ação complementar que torna a integralidade da atenção e cuidado ao idoso mais próximo, proporcionando que fatores biopsicossociais sejam vistos, levando aos idosos mais significado em suas vidas. Todavia, a hipótese de que a saúde é a questão central do trabalho do AE não foi confirmada, verificando-se nos discursos tanto dos AE quanto dos idosos que as questões emocionais e sociais parecem se sobressair frente à saúde, apesar de sempre serem consideradas orientações em saúde.

**Objetivo 3** - Descrever os problemas bioéticos atinentes ao Projeto Agente Experiente, na perspectiva dos Agentes Experientes.

**Conclusão** – Dentre os problemas bioéticos verificados cita-se a relação entre agentes e idosos acompanhados, principalmente em relação às angústias vivenciadas no processo de envelhecimento voltadas às questões familiares, sociais e emocionais deflagrados pelo isolamento social dos idosos e a falta de apoio familiar que demonstra desamparo por parte desse público. Além disso, destaca-se o fato de que um trabalho informal nessa fase da vida pode ser fundamental como estratégia de alcance do protagonismo do idoso.

**Objetivo 4** - Analisar os dados obtidos, utilizando como referencial o conceito de hospitalidade incondicional de Jacques Derrida.

**Conclusão** – Neste ponto foi possível confirmar a hipótese de que a exclusão social vivenciada por muitos idosos, capaz de lhes trazer sentimento de solidão apresenta-se como motivo para que um idoso vulnerável emocional e socialmente receba acompanhamento de outro idoso em sua casa. Ressalta-se que a hospitalidade incondicional foi verificada como prevalente nas práticas e discursos dos sujeitos da pesquisa já que estão inseridos em um contexto de atuação que

necessita do estabelecimento de vínculo para desenvolver ações em saúde, considerando os aspectos biopsicossociais individuais. Salienta-se que o PAE foi demonstrado como um projeto importante para atenção integral ao idoso, podendo ser considerado como política complementar à APS.

## REFERÊNCIAS

- ALDWIN, C. M. **Stress, coping and development: an integrative perspective**. New York: The Guilford Press, 2009.
- BANDEIRA, S. F. M. E; PIMENTA, P. A. F; SOUZA, C. M; **Atenção a saúde do idoso: saúde em casa**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2006.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2016.
- BARRA D. C. C. et al. Hospitalidade como expressão do cuidado em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 2, p. 203-208, mar./abr. 2010.
- BARROS, T. B.; MAIA, E. R.; PAGLIUCA, L. M. F. Facilidades e dificuldades na assistência ao idoso na estratégia saúde da família. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 12, n. 4, p. 732-741, out./dez. 2011.
- BARROS, M. L. Velhice na contemporaneidade. In: PEIXOTO, C. E. (Org.). **Família e envelhecimento**. Rio de Janeiro: FGV, 2004.
- BASTOS, S. R.; RAMEH, L. M.; BITELLI, F. M. O conceito de hospitalidade de Jacques Derrida nos artigos científicos do Portal de Periódicos da Capes. In: SEMINÁRIO DA ANPTUR, 13., 2016. **Anais...** São Paulo: ANPTUR, 2016.
- BEAUVOIR, S. **A velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2012.
- BERNARDO, F. **Mal de hospitalidade: pensar a desconstrução**. São Paulo: Estação Liberdade, 2005.
- \_\_\_\_\_. A ética da hospitalidade ou o porvir do cosmopolitismo por vir. **Revista Filosófica de Coimbra**, n. 22, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).
- \_\_\_\_\_. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 dez. 2006. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528\\_19\\_10\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html)>. Acesso em: 10 maio 2018.
- \_\_\_\_\_. Portaria nº 2.607, de 10 de Dezembro de 2004. Aprova o Plano Nacional de Saúde/PNS – Um Pacto pela Saúde no Brasil. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 dez. 2004. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/GM\\_2607.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/GM_2607.pdf)>. Acesso em: 10 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 648 de 28 de março de 2006. Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 mar. 2006. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/dab/arquivos/3.4-%20Port%20648GM%2028-03-%20Pol%20Nacional%20de%20AB.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2018.

BOFF, L. **Virtudes para um outro mundo possível: hospitalidade: direito e dever de todos**. Petrópolis: Vozes, 2005. v. 1.

CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 5, p. 611-614, set./out. 2004.

CECILIO, L. C. O. et al. A atenção básica à saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2893-2902, nov. 2012.

CIOSAK, S. I. et al. Senescência e senilidade: novo paradigma na atenção básica de saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. spe2, p. 1763-1768, dez. 2011.

COMANDULLI, S. P. E. **A ética da hospitalidade no acolhimento do outro**. 2016. 102 f. Dissertação (Mestrado em Filosofia)- Universidade de Caxias do Sul, Caxias do Sul, 2016.

COSTA, M. F. B. N. A.; CIOSAK, S. I. Atenção integral na saúde do idoso no Programa Saúde da Família: visão dos profissionais de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 437-444, jun. 2010.

DERRIDA, J. **A besta e o soberano (Seminário)**. Rio de Janeiro: Via Verita, 2016.

\_\_\_\_\_. **Papel máquina**. Rio de Janeiro: Estação Liberdade, 2004.

\_\_\_\_\_. **Anne Dufourmantelle convida Jacques Derrida a falar da hospitalidade**. São Paulo: Escuta, 2003.

\_\_\_\_\_. **Posições**: entrevista com Jacques Derrida. Belo Horizonte: Autêntica, 2001

DERRIDA, J.; ROUDINESCO, E. **De que amanhã**: diálogo Jacques Derrida, Elisabeth Roudinesco. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.

DERRIDA, J. et al. **Jacques Derrida: pensar a desconstrução**. São Paulo: Estação Liberdade, 2005.

DUARTE, R. Entrevistas em pesquisa qualitativa. **Educar**, Curitiba, n. 24, p. 213-225, 2004.

DUQUE-ESTRADA P. C. **Desconstrução e ética**: ecos de Jacques Derrida. Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio; São Paulo: Loyola, 2004.

FERNANDES, F. M. B.; MOREIRA, M. R. Considerações metodológicas sobre as possibilidades de aplicação da técnica de observação participante na Saúde Coletiva. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 511-529, jun. 2013.

FERNANDES, M. T. O.; SOARES, S. M. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 6, p. 1494-1502, 2012.

FERRARI, M. A. C. Envelhecimento e bioética: o respeito à autonomia do idoso. **Revista A Terceira Idade**, n. 31, 2004.

FRAIMAN, A. P. **Coisas da idade**. São Paulo: Hermes, 2004.

FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

GALVÃO, T. F.; PANSANI, T. S. A.; HARRAD, D. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e meta-análises: a recomendação PRISMA. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, p. 335-342, 2015.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2007.

GRANJA G. F.; ZOBOLI E. L. C. P. Humanização da atenção primária à saúde: gestão em redes e governança local. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 494-501, 2012.

GUEDES, M. B. O. G. et al. Apoio social e o cuidado integral à saúde do idoso. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 1185-1204, 2017.

GULLICH, I.; DURO, S. M. S.; CESAR, J. A. Depressão entre idosos: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, n. 4, p. 691-701, out./dez. 2016.

HADDOCK-LOBO, R. Considerações sobre “posições” de Derrida. **O Que Nos Faz Pensar**, n. 21, maio 2007.

\_\_\_\_\_. As muitas faces do outro em Lévinas. In: DUQUE-ESTRADA, P. C. (Org.). **Desconstrução e ética: ecos de Jacques Derrida**. Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio; São Paulo: Loyola, 2004.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**: parte I. Petrópolis: Vozes, 2005.

LIMA, T. J. V. et al. Humanização na atenção à saúde do idoso. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 4, p. 866-877, 2010.

LIMA, E.; SISCAR, M. O decálogo da desconstrução: tradução e desconstrução na obra de Jacques Derrida. **Alfa**, São Paulo, v. 44, n. esp., p. 99-112, 2000.

- LOURENÇO, R. A.; VERAS, R. P. Mini-mental state examination: psychometric characteristics in elderly outpatients. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p. 712-719, 2006.
- MARZIALE, M. H. P. A política nacional de atenção ao idoso e a capacitação dos profissionais de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 6, p. 701-706, 2003.
- MARTINS, A. B. et al. Primary healthcare geared to the needs of the elderly: from theory to practice. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3403-3416, 2014.
- MEASSI, C. G. Os meios de comunicação e a formação do conceito de velho. In: SIMPÓSIO DE COMUNICAÇÃO E TECNOLOGIAS INTERATIVAS, 1., 2008, São Paulo. **Anais...** São Paulo: UNESP, 2008.
- MEDEIROS, K. K. A. S. et al. O desafio da integralidade no cuidado ao idoso, no âmbito da Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. spe3, p. 288-295, set. 2017.
- MENDES, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estud. av.**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013.
- MENDES, C. K. T. T. et al. Service for elderly in primary care health: social representations. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 5, n. 1, p. 3443-3452, jan. 2013.
- MENESES, R. D. B. A desconstrução em Jacques Derrida: o que é e o que não é pela estratégia. **Universitas Philosophica**, v. 30, n. 60, p. 177-204, ene./jun. 2013.
- MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016.
- MORAES, E. N.; MORAES, F. L.; LIMA, S. P. P. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. **Revista Medicina Minas Gerais**, v. 20, n. 1, p. 67-73, 2010.
- MOREIRA, A. H. A identidade social do idoso e as relações de trabalho: a realidade por trás das salvaguardas legais. **Kairós Gerontologia**, v. 15, n. 1, p. 91-107, 2012.
- MOTA, L. O. **Envelhecimento e inclusão social**: o projeto agente experiente. 2007. Dissertação (Mestrado em Serviço Social)- Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.
- MOTTA, L. B.; AGUIAR, A. C.; CALDAS, C. P. Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 779-786, abr. 2011 .
- MOTTA, L. C. S.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Estratégia Saúde da Família: clínica e crítica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 196-207, jun. 2015.

- OLIVEIRA, A. C. A. **Justiça e Ética no pensamento de Jacques Derrida**. 2007. Tese (Doutorado em Filosofia)- Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.
- OLIVEIRA, L. A. et al. Processos microrregulatórios em uma Unidade Básica de Saúde e a produção do cuidado. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 8-21, jun. 2016 .
- PAPALEO NETTO, M. **Tratado de gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 2007.
- PAVARINI, S. C. I. et al. The art of caring for the elderly: gerontology as a profession? **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 398-402, 2005.
- PIUVEZAM, G. et al. Atenção primária à saúde e os idosos institucionalizados: a perspectiva da gestão municipal no Brasil. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 34, n. 1, p. 92-100, 2016.
- PONDE, M. P.; MENDONÇA, M. S. S.; CAROSO, C. Proposta metodológica para análise de dados qualitativos em dois níveis. **História, Ciência, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 1, p. 129-143, mar. 2009 .
- POZZOLI, S. M. L. Assistência domiciliar no apoio aos idosos portadores de dependência: uma reflexão sobre sua aplicação na atenção primária. **Kairós Gerontologia**, v. 15, n. 8, p.155-167, dez. 2012.
- QUEIROZ, D. T. et al. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 276- 283, abr./jun. 2007.
- RAMOS, A. C. Sobre avós, netos e cidades: entrelaçando relações intergeracionais experiências urbanas na infância. **Educação e Sociedade**, Campinas, v. 35, n. 128, p. 781-809, 2014.
- RANZI, D. V. M. O desenvolvimento da política nacional de humanização em Nova Alvorada do Sul – MS – Brasil. **Revista Vozes dos Vales**, 2013.
- RODRIGUES, Minéia Carvalho. **O lazer do idoso: barreiras a superar**. Brasília: Revista Brasileira de Ciências e Movimento, 2002.
- RODRIGUES, M. R.; BRÊTAS, A. C. P. O envelhecimento no trabalho na perspectiva de trabalhadores da área de enfermagem. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, v. 13, n. 2, p. 343-360, 2015.
- RODRIGUEZ, D. A. Derrida e o problema de uma "nova Internacional" A herança marxista da desconstrução e a ética da hospitalidade. **Ensaio Filosóficos**, v. 8, dez. 2013.
- ROTHER, E. T. Systematic literature review X narrative review. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. v-vi, 2007.

SANTOS, A. S. **Ética e política social no Brasil na última década**: estudo sobre exclusão social em idosos. 2013. 285 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais)- Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2013.

SCHRAMM, F. R. Bioética da proteção e incorporação de C & T em saúde. tecnologia e autonomia em saúde. **Boletim do Instituto de Saúde**, ago. 2007.

SILVA, A. A.; BORGES, M. M. M. C. Humanização da assistência de enfermagem ao idoso em uma unidade de saúde da família. **Revista Enfermagem Integrada**, v. 1, n. 1, p. 11-24, 2008.

SILVA, C. A.; FOSSATI, A. F.; PORTELA, F. **Percepção do homem idoso em relação às transformações decorrentes do processo do envelhecimento Humano**. São Paulo: Estudos interdisciplinares do Envelhecimento, 2007.

SILVA L. T.; ZOBOLI E. L. C. P.; BORGES A. L. V. Bioética e atenção básica: um estudo exploratório dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos no PSF. **Cogitare Enfermagem**, v. 11, n. 2, p. 133-142, maio/ago. 2006.

SIMAS, K. B. F. et al. (Bio)ética e Atenção primária à saúde: estudo preliminar nas clínicas da família no município do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1481-1490, 2016.

SIQUEIRA, J. E. et al. Reflexão bioética sobre a responsabilidade cidadã e o ato de cuidar. In: SIQUEIRA, J. E. et al. **Bioética clínica**: memórias do XI Congresso Brasileiro de Bioética, III Congresso Brasileiro de Bioética Clínica e III Conferência Internacional sobre o ensino da Ética. Brasília: CFM/SBB, 2016.

SIQUEIRA-BATISTA, R. et al. (Bio) ethics and family health strategy: mapping problems. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 1, p. 113-128, 2015.

SOARES V. D. M. Hospitalidade e democracia por vir a partir de Jacques Derrida. **Revista Ensaios Filosóficos**, v. 2,. 2010.

SOUZA, C. L. Transição da menopausa: a crise da meia-idade feminina e seus desafios físicos e emocionais. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 1, n. 2, dez. 2005.

SOUZA, T. P. **Música e idoso**: uma proposta de intervenção do serviço social com arte. 2010. Dissertação (Mestrado em Serviço Social)- Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

STEINER, P. **A sociologia de Durkheim**. Petrópolis: Vozes, 2016.

THUME, E. et al. Assistência domiciliar a idosos: fatores associados, características do acesso e do cuidado. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo , v. 44, n. 6, p. 1102-1111, dez. 2010.

TELLES, S. Derrida, uma vida extraordinária. **Percurso**, v. 26, p.194-199, dez. 2013.

THUME, E. et al. Assistência domiciliar a idosos: fatores associados, características do acesso e do cuidado. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo , v. 44, n. 6, p. 1102-1111, dez. 2010.

VERAS, R. P. (Org.). **Terceira idade**: desafios para o terceiro milênio. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2010.

VERAS, R. P.; CALDAS, C. P.; CORDEIRO, H. A. Modelos de atenção à saúde do idoso: repensando o sentido da prevenção. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1189-1213, dez. 2013.

VIDAL, S. V.; GOMES, A. P.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Estratégia Saúde da Família em cena: a formação bioética dos agentes comunitários de saúde, em três atos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 1, p. 67-76, mar. 2016.

ZAGALO, G. Hospitalidade e soberania: uma leitura de Jacques Derrida. **Revista Filosófica de Coimbra**, n. 30, p. 307-323, 2006.

ZOBOLI, E. L. C. P. **Deliberação**: leque de possibilidades para compreender os conflitos de valores na prática clínica da Atenção Básica. 2010. 346 f. Tese (Livre Docência)- Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

## APÊNDICE

## APÊNDICE A – CHECKLIST PRISMA

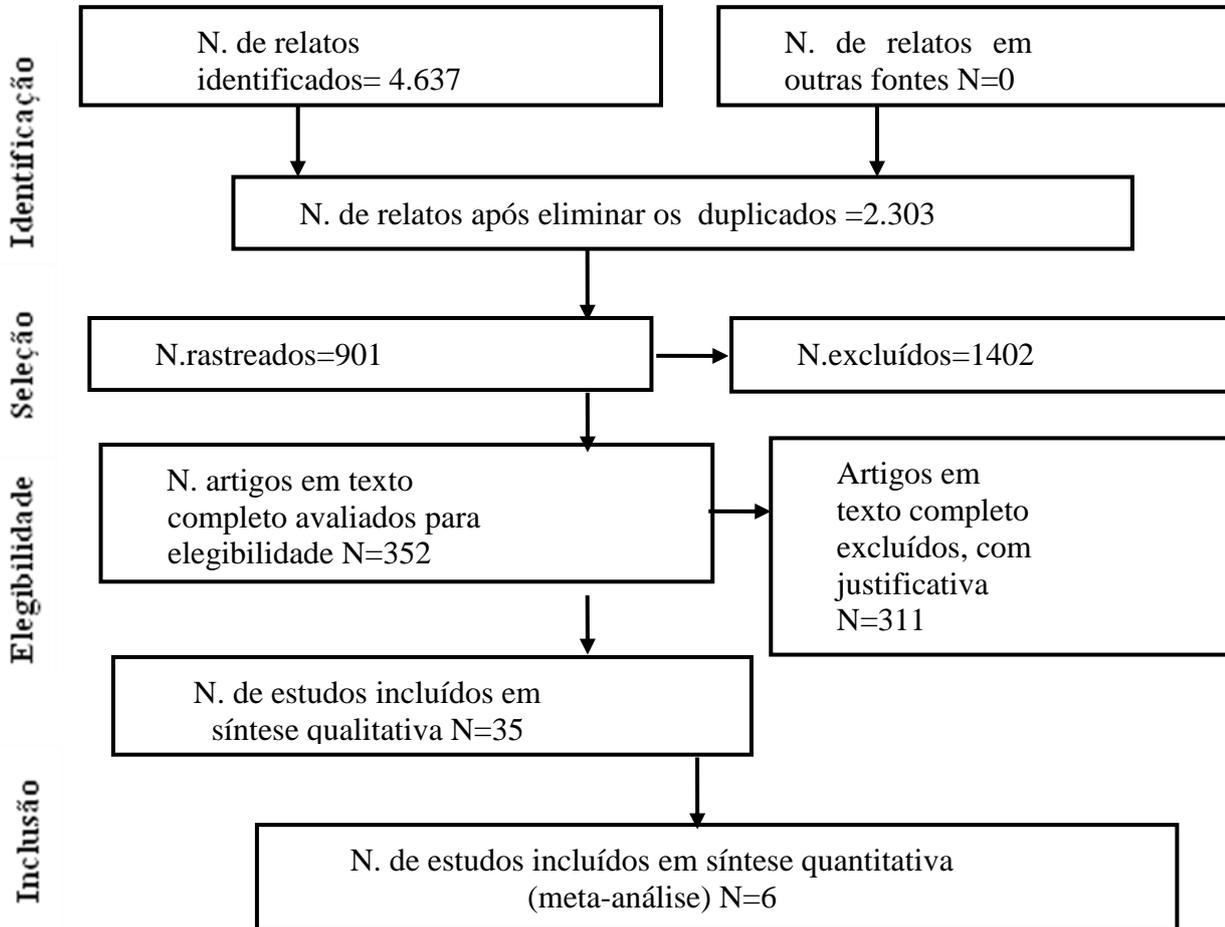
Seção/tópico	N.	Item do <i>checklist</i>	Relatado na página nº
<b>TÍTULO</b>			
Título	1	Identifique o artigo como uma revisão sistemática, meta-análise, ou ambos.	Sem número
<b>RESUMO</b>			
Resumo estruturado	2	Apresente um resumo estruturado incluindo, se aplicável: referencial teórico; objetivos; fonte de dados; critérios de elegibilidade; participantes e intervenções; avaliação do estudo e síntese dos métodos; resultados; limitações; conclusões e implicações dos achados principais; número de registro da revisão sistemática.	Sem número
<b>INTRODUÇÃO</b>			
Racional	3	Descreva a justificativa da revisão no contexto do que já é conhecido.	7
Objetivos	4	Apresente uma afirmação explícita sobre as questões abordadas com referência a participantes, intervenções, comparações, resultados e desenho de estudo (PICOS).	12
<b>MÉTODOS</b>			
Protocolo e registo	5	Indique se existe um protocolo de revisão, se e onde pode ser acessado (ex. endereço eletrônico), e, se disponível, forneça informações sobre o registro da revisão, incluindo o número de registro.	20
Crítérios de elegibilidade	6	Especifique características do estudo (ex. PICOS, extensão do seguimento) e características dos relatos (ex. anos considerados, idioma, se é publicado) usadas como critérios de elegibilidade, apresentando justificativa.	21
Fontes de informação	7	Descreva todas as fontes de informação na busca (ex. base de dados com datas de cobertura, contato com autores para identificação de	APÊNDICE B

Seção/tópico	N.	Item do <i>checklist</i>	Relatado na página nº
		estudos adicionais) e data da última busca.	
Busca	8	Apresente a estratégia completa de busca eletrônica para pelo menos uma base de dados, incluindo os limites utilizados, de forma que possa ser repetida.	APÊNDICE B
Seleção dos estudos	9	Apresente o processo de seleção dos estudos (isto é, busca, elegibilidade, os incluídos na revisão sistemática, e, se aplicável, os incluídos na meta-análise).	APÊNDICE B
Processo de coleta de dados	10	Descreva o método de extração de dados dos artigos (ex. formas para piloto, independente, em duplicata) e todos os processos para obtenção e confirmação de dados dos pesquisadores.	22
Lista dos dados	11	Liste e defina todas as variáveis obtidas dos dados (ex. PICOS, fontes de financiamento) e quaisquer referências ou simplificações realizadas.	APÊNDICE B
Risco de viés em cada estudo	12	Descreva os métodos usados para avaliar o risco de viés em cada estudo (incluindo a especificação se foi feito durante o estudo ou no nível de resultados), e como esta informação foi usada na análise de dados.	APÊNDICE C
Medidas de sumarização	13	Defina as principais medidas de sumarização dos resultados (ex. risco relativo, diferença média).	APÊNDICE C
Síntese dos resultados	14	Descreva os métodos de análise dos dados e combinação de resultados dos estudos, se realizados, incluindo medidas de consistência (por exemplo, I <sup>2</sup> ) para cada meta-análise.	22, 23, 24, 25
Risco de viés entre estudos	15	Especifique qualquer avaliação do risco de viés que possa influenciar a evidência cumulativa (ex. viés de publicação, relato seletivo nos estudos).	APÊNDICE C
Análises adicionais	16	Descreva métodos de análise adicional (ex. análise de sensibilidade ou análise de subgrupos, metarregressão),	Não se aplica

Seção/tópico	N.	Item do <i>checklist</i>	Relatado na página nº
		se realizados, indicando quais foram pré-especificados.	
<b>RESULTADOS</b>			
Seleção de estudos	17	Apresente números dos estudos rastreados, avaliados para elegibilidade e incluídos na revisão, razões para exclusão em cada estágio, preferencialmente por meio de gráfico de fluxo.	55
Características dos estudos	18	Para cada estudo, apresente características para extração dos dados (ex. tamanho do estudo, PICOS, período de acompanhamento) e apresente as citações.	55
Risco de viés em cada estudo	19	Apresente dados sobre o risco de viés em cada estudo e, se disponível, alguma avaliação em resultados (ver item 12).	APÊNDICE C
Resultados de estudos individuais	20	Para todos os resultados considerados (benefícios ou riscos), apresente para cada estudo: (a) sumário simples de dados para cada grupo de intervenção e (b) efeitos estimados e intervalos de confiança, preferencialmente por meio de gráficos de floresta.	Capítulo 5
Síntese dos resultados	21	Apresente resultados para cada meta-análise feita, incluindo intervalos de confiança e medidas de consistência.	Capítulo 5
Risco de viés entre estudos	22	Apresente resultados da avaliação de risco de viés entre os estudos (ver item 15).	APÊNDICE C
Análises adicionais	23	Apresente resultados de análises adicionais, se realizadas (ex. análise de sensibilidade ou subgrupos, metarregressão [ver item 16]).	Capítulo 5
<b>DISCUSSÃO</b>			
Sumário da evidência	24	Sumarize os resultados principais, incluindo a força de evidência para cada resultado; considere sua relevância para grupos-chave (ex. profissionais da saúde, usuários e formuladores de políticas).	Capítulo 5
Limitações	25	Discuta limitações no nível dos estudos e dos desfechos (ex. risco de viés) e no nível	Capítulo 5

Seção/tópico	N.	Item do <i>checklist</i>	Relatado na página nº
		da revisão (ex. obtenção incompleta de pesquisas identificadas, viés de relato).	
Conclusões	26	Apresente a interpretação geral dos resultados no contexto de outras evidências e implicações para futuras pesquisas.	Capítulo 6
<b>FINANCIAMENTO</b>			
Financiamento	27	Descreva fontes de financiamento para a revisão sistemática e outros suportes (ex.: suprimento de dados), papel dos financiadores na revisão sistemática.	Não se aplica

## APÊNDICE B – FLUXOGRAMA PRISMA



## APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa intitulado: “Bioética e Atenção Primária à saúde: O Projeto Agente Experiente na perspectiva da hospitalidade incondicional de Jacques Derrida”. O objetivo geral dessa pesquisa é analisar as questões bioéticas do Projeto Agente Experiente em termos de sua articulação com a Atenção Primária à Saúde e com a Política Nacional do Idoso, à luz do conceito de hospitalidade incondicional de Jacques Derrida. A pesquisa está sendo conduzida por Carolina de Souza Furtado sob a orientação do professor Rodrigo Siqueira Batista. A coleta de dados será feita através da observação participante onde a pesquisadora estará presente no domicílio do(a) idoso(a) acompanhado(a)/assistido(a) pelo AE enquanto este(a) realiza suas atividades no dia e horário de costume da visita de rotina. Além da observação participante será realizada entrevista semi estruturada com perguntas fechadas e abertas previamente delineadas pela pesquisadora também com os AE (na unidade de saúde CSE Lapa) e idosos(as) acompanhados(as) em seu ambiente familiar.

Os resultados da pesquisa serão divulgados primeiramente para os participantes da pesquisa, eventos acadêmicos, aulas expositivas, revistas científicas e congressos da área de Bioética e Saúde Coletiva.

Sua participação nesta pesquisa é inteiramente voluntária e você é livre para sair a qualquer momento. Você tem o direito de retirar seu consentimento a qualquer momento. Fazendo isso, todo material que inclua sua entrevista será destruído. Em caso de dano decorrente da pesquisa, o pesquisador e sua instituição são responsáveis pela indenização que for devida. Se houver algum gasto decorrente da pesquisa haverá ressarcimento. Qualquer coisa que você queira saber sobre a pesquisa, por favor não hesite em nos contatar pelo e-mail [carolinafurtado710@gmail.com](mailto:carolinafurtado710@gmail.com) (Carolina de Souza Furtado).

O Comitê de Ética em Pesquisa do IESC avaliou e aprovou este projeto quanto aos aspectos éticos. No entanto, isso não significa que a condução da pesquisa não necessite de sua participação também nesses aspectos. Qualquer coisa que lhe pareça incorreto no decorrer da pesquisa, por favor entre em contato

com o Comitê pelo e-mail cep.iesc@gmail.com. Você receberá uma cópia deste consentimento.

---

Carolina de Souza Furtado

Nome do participante:

---

ASS: \_\_\_\_\_

Rio, \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_

Contato com o pesquisador responsável: Carolina de Souza  
Furtado      Telefone:      21      985158590      e-mail:  
carolinafurtado710@gmail.com

CEP responsável: Instituto de Estudos em Saúde Coletiva. – Praça Jorge Machado  
Moreira, 100. Cidade Universitária, Cep:21.941-598 Tel: (21) 3938- 9331 ou  
39389271.

## APÊNDICE D

Roteiro de Entrevistas para os AE:

- 1)Qual é a sua escolaridade/formação?
- 2)Qual é a sua profissão/ocupação?
- 3)Você convive com alguém na sua casa?
- 4)Você se considera uma pessoa hospitaleira?
- 5)Por que você se inscreveu para o Projeto Agente Experiente?
- 6)Como você vê seu trabalho de Agente Experiente?
- 7)Você acha que seu trabalho voluntário de Agente Experiente pode trazer algum benefício para você?
- 8)Quando você sai da casa de um idoso que está em acompanhamento por você, o que você gostaria que ele pensasse sobre a sua visita?
- 9)O que você pensa sobre a questão da hospitalidade em geral?

## APÊNDICE E

Roteiro de Entrevistas para os idosos em acompanhamento pelo AE:

- 1) Você gosta da companhia do AE na sua casa?
- 2) Você precisa da companhia do AE na sua casa?
- 3) Por que você acha que o AE frequenta a sua casa?
- 4) Faz diferença na sua vida a presença do AE na sua casa, por quê?
- 5) E se o AE não pudesse mais frequentar a sua casa?
- 6) Quando o AE vai embora da sua casa, como você se sente?