



UNISUL

UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA

ALEXANDRE NICHELE DE AZEVEDO MAIA

**UM ESTUDO SOBRE A REINCIDÊNCIA DA HOSPITALIZAÇÃO DOS IDOSOS
PARA O TRATAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS**

Palhoça
2010

ALEXANDRE NICHELE DE AZEVEDO MAIA

**UM ESTUDO SOBRE A REINCIDÊNCIA DA HOSPITALIZAÇÃO DOS IDOSOS
PARA O TRATAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Psicologia, como requisito parcial para obtenção do título de psicólogo.

Orientadora: Prof^ª. Ana Maria Pereira Lopes, Msc.

Palhoça

2010

ALEXANDRE NICHELE DE AZEVEDO MAIA

**UM ESTUDO SOBRE A REINCIDÊNCIA DA HOSPITALIZAÇÃO DOS IDOSOS
PARA O TRATAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS**

Palhoça, junho de 2010

Prof^a. Orientadora Ana Maria Pereira Lopes, Msc.
Universidade do Sul de Santa Catarina

Prof^a. Alessandra D'Avila Scherer, Msc.
Universidade do Sul de Santa Catarina

Prof^a. Maria Ângela Giordani Machado, Msc.
Universidade do Sul de Santa Catarina

Dedico esta pesquisa

Ao meu amado pai Wagner Ubiratan Lanzieri de Azevedo Maia

A minha amada mãe Tania Catarina Nichele

Aos idosos doentes crônicos que necessitam de cuidados

Enfraquecido, empobrecido, exilado no seu tempo, o velho permanece, no entanto, o homem que era. Como consegue ele, no dia a dia, arranjar-se com uma tal situação? Que chances lhe deixa ela? Que defesas ele lhe opõe? Pode adaptar-se, e a que preço?

Beauvoir, 1970.

RESUMO

Os aspectos psicológicos envolvidos na reincidência da internação de idosos por doenças crônicas são abordados na presente pesquisa utilizando-se um enfoque nos processos de adaptação, autonomia, independência, juntamente com os aspectos biológicos e psicossociais que envolvem a condição do idoso. A identificação da percepção dos pacientes idosos crônicos em um hospital geral sob sua condição de reincidente é o objetivo que coordena a presente pesquisa. Esta pesquisa é um trabalho qualitativo e exploratório, cujo instrumento de coleta de dados foi realizado por meio de entrevistas semiestruturadas, junto a quatro idosos (três homens e uma mulher) na faixa etária entre sessenta e oitenta e cinco anos, em internação reincidente no Hospital de Caridade de Florianópolis. Os dados coletados foram organizados, em um primeiro momento, por categorias e subcategorias, *a posteriori*, identificando como estas categorias e subcategorias atendiam aos objetivos da pesquisa, analisando-as e articulando-as com o referencial teórico organizado para o presente estudo. Para tanto, realizou-se como técnica a análise de conteúdo. Foi possível observar ao fim deste processo, que na adaptabilidade do idoso frente à sua condição de doente crônico e reincidente, a compreensão que este possui, está atrelada à história vivenciada por ele. O início da doença é relacionado a uma série de fatores e não a um fenômeno específico, mas faz com que o idoso seja submetido a mudanças de hábitos provenientes desse novo cenário. A medicação entra neste processo como um facilitador no tratamento, tanto em casa como durante as internações, sendo a adesão ao tratamento condicionada à disciplina da rotina cotidiana fora do ambiente hospitalar. Quanto à percepção do idoso sobre o apoio social e familiar, foi encontrada a presença da disciplina do idoso durante sua rotina como um forte fator para a eficácia do tratamento, mobilizando não só o acometido, mas a família como um todo, o que traz questionamentos sobre o quanto esses idosos tem uma noção de saúde voltada ao autocuidado. Sobre a percepção do idoso com relação ao seu histórico de reinternações hospitalares, foi observado que estes veem no âmbito hospitalar o tratamento ministrado como mais eficaz, porém, as internações geram sofrimentos, onde estes se veem muitas vezes sujeitos a esse processo.

Palavras-chave: Reinternação. Idoso. Doenças Crônicas.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 PROBLEMÁTICA.....	9
1.2 OBJETIVOS.....	13
1.2.1 Geral	13
1.2.2 Específicos	13
1.3 JUSTIFICATIVA.....	13
2 REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1 GERONTOLOGIA E GERIATRIA	18
2.2 PROCESSO DE ENVELHECIMENTO HUMANO	20
2.2.1 Definições e Terminologias	20
2.2.3 Aspectos Biológicos	22
2.2.3.1 <i>Doenças Crônicas</i>	24
2.2.4 Aspectos Psicossociais	25
2.3 AUTONOMIA E INDEPENDÊNCIA.....	29
2.4 Psicologia da saúde.....	30
2.4.1 A Psicologia Hospitalar	31
3 MÉTODO	36
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	36
3.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA	36
3.3 SUJEITOS ENTREVISTADOS	37
3.4 EQUIPAMENTOS E MATERIAIS.....	38
3.5 SITUAÇÃO E AMBIENTE	38
3.6 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	38
3.7 PROCEDIMENTOS	39
3.7.1 Escolha dos participantes	39
3.7.2 Do contato com os pacientes	39
3.7.3 Da coleta e registro de dados	40
3.7.4 Organização tratamento e análise dos dados	41
4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	43
4.1 O IDOSO E O INICIO DA DOENÇA	43
4.2 APOIO SOCIAL DO IDOSO	51

4.3 O IDOSO E A INTERNAÇÃO.....	56
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	60
REFERÊNCIAS.....	63
APÊNDICE.....	69
ANEXOS.....	71

1 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa surgiu da experiência obtida no estágio curricular obrigatório vinculado ao Núcleo da Saúde do Curso de Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL, realizado no Hospital da Irmandade Senhor Jesus dos Passos – Hospital de Caridade, localizado na cidade de Florianópolis.

Esse estudo ocorreu na etapa final do curso e objetiva compreender os fatores psicológicos que levam o idoso a reincidir nas internações. Para tanto, caracteriza-se como uma pesquisa de caráter qualitativo, de natureza descritivo-exploratória, a ser realizada com idosos hospitalizados, com 65 anos ou mais.

Este trabalho está estruturado inicialmente com a problematização e a justificativa da pesquisa. Na justificativa será apresentada a relevância social e a relevância científica da pesquisa. Para fundamentar a análise dos dados, esta pesquisa apresenta considerações teóricas relativas à gerontologia e geriatria; definições e terminologias do envelhecimento, bem como, os aspectos biopsicossociais; os conceitos de autonomia e independência para a gerontologia e uma breve contextualização da psicologia hospitalar.

O item subsequente, o método, apresenta as características, as abordagens, os participantes e os procedimentos utilizados na pesquisa respeitando as normas éticas e legais no desenvolvimento da mesma. Os dados foram caracterizados *a posteriori*, relacionados aos objetivos propostos pela presente pesquisa. E, por último, as considerações finais, que sintetizam o trabalho e oferecem ao leitor problematizações e sugestões a respeito da prática da pesquisa.

1.1 PROBLEMÁTICA

Ao se observar a rotina hospitalar, são encontrados vários setores com diferentes especialidades e atribuições. Dentre estes, os mais comumente observados são o setor da emergência e as alas de internação. Nessas alas, observa-se um número expressivo de internações. Um percentual desse grupo são os pacientes reincidentes, ou seja, pacientes que retornam à internação por motivo de agravo da

doença. Dentre eles, uma parte expressiva é a de pessoas com idade acima de 60 anos, segundo o Censo mais recente divulgado pelo DATASUS (BRASIL, 2010). Nesse grupo de idosos, uma parte significativa é de pessoas acometidas por doenças crônicas (SANTOS; SEBASTIANI, 2001).

Existem estudos sobre os idosos ou a chamada terceira idade que apontam, dentre outros fatores, a relação de doenças crônicas com essa etapa da vida. Palma et al. (2008), em seu estudo sobre doenças crônicas avançadas em hospital geral, apontam, entre outras coisas, que os idosos são os mais afetados por essas doenças. Trentini et al. (2005), ao relatar estudos feitos com enfermeiras diplomadas entre 2000 e 2006, mostram o tipo de tratamento dado a pacientes em condições crônicas. Elas comentam que os idosos são considerados os casos geralmente mais delicados. Martins, Franca e Kimura (1996) comentam que as doenças crônicas interferem na qualidade de vida dos sujeitos, obrigando-os a se adaptar à nova realidade, pois a resistência em se adaptar pode levá-los à morte, como cita Faleiros (2008, p. 01) dizendo:

As doenças crônicas não-transmissíveis constituem uma das principais causas de morte nos países desenvolvidos e nas grandes cidades brasileiras. Entre essas doenças estão as cardiovasculares, os cânceres, o diabetes mellitus, as doenças respiratórias crônicas. Tem sido observado aumento na mortalidade por câncer nos Estados Unidos (EUA) e no Brasil.

Reforçando os argumentos de Faleiros, Chaimowicz (1987) buscou caracterizar a saúde dos idosos no Brasil por meio do Censo de 1986, apontando que, em média, o número de patologias crônicas que acometem os idosos é muito elevado. O número de casos salta de 4,6% para 5,8% entre 65 e 70 anos de idade na população brasileira. Os casos podem variar desde uma alergia até patologias mais severas como complicações em cirurgias, que inviabilizam a saúde do idoso. Devido à fragilidade do idoso, como comenta Neri (2001), a gama de doenças crônicas é grande nesse momento da vida. Com isso, o interesse por esta pesquisa surgiu a partir da observação desses números elevados, aliados à reincidência de hospitalizações, que ocorrem inúmeras vezes entre os idosos, junto às alas de internação do Hospital de Caridade de Florianópolis¹.

¹ O autor do presente trabalho foi estagiário do Hospital de Caridade em Florianópolis.

Guerra e Ramos-Cerqueira (2007) mencionam que quando se trata dos motivos da reincidência na hospitalização, as explicações desse fenômeno podem variar de caso a caso, ou seja, podem estar relacionadas com:

- Reincidência por doenças viróticas como gripes e pneumonias;
- Alergias, nesse caso Bronquiolites, Asmas, Bronquites, Faringite, alergias da pele, do sangue, entre outros;
- Complicações cirúrgicas, tanto por debilidade do paciente como complicações nos procedimentos médicos podendo gerar agravo do quadro clínico e subsequentemente, a internação.
- Por lesões mal curadas como fraturas de ossos ou mal adesão ao tratamento.

Siqueira (2001) menciona ainda as complicações relacionadas exclusivamente à velhice, como artrites, problemas do coração, entre outros que com as repetições do quadro podem ser considerados doenças crônicas. Mesmo variando, pode-se elencar de forma direta ou indireta a influência de agentes externos ao corpo que podem ser atenuantes neste processo de adoecer no envelhecimento (EIZIRIK; KAPCZINSKI; BASSOLS, 2001).

Além das doenças do corpo, como as citadas anteriormente, existem aspectos que parecem não ter origem nas doenças crônicas, mas estão interligados a elas: a forma como se vive, o que se come e hábitos bons ou ruins ao funcionamento de sua saúde são alguns exemplos (NERI; FREIRE, 2000). Na medida em que a situação de estar doente, em maior ou menor grau, também está na forma como se viveu e/ou vive a vida, aspectos psicológicos relacionados à velhice também são de suma importância para tentar compreender o fenômeno da reincidência da hospitalização. Pressupõe-se no argumento dos autores que a dificuldade do enfrentamento do envelhecer pode ter grande relação com as reinternações. Sendo que tais dificuldades são aquelas relativas à dificuldades do envelhecer na dimensão das perdas físicas, mas também psicológicas e sociais, relativas à perda de perspectivas e relações sociais.

Estudos de Baltes e Silverberg (1995), Paschoal (1996) e Neri (2001) abordam sobre a formalização da autonomia e do poder de adaptabilidade do idoso, ou seja, a autonomia como agente propiciador da adaptabilidade que o idoso possui

para superar as adversidades da vida. Tais estudos permitem a reflexão sobre a internação estar relacionada com os cuidados que ele próprio tem por si, juntamente com a adaptabilidade frente à sua condição de enfermo e sua relação com o meio:

O envelhecimento bem sucedido também é visto como uma competência adaptativa do indivíduo, ou seja, a capacidade generalizada para responder com flexibilidade aos desafios resultantes do corpo, da mente e do ambiente. (NERI; FREIRE, 2000, p. 24).

Relacionado a isto está que, a internação não passa a ser de única e exclusiva responsabilidade do idoso, e sim de sua família como um todo, pois, segundo Neri, o tamanho da prole, a mortalidade diferencial, o celibato, a viuvez, as separações, os recasamentos e as migrações vão conformando, ao longo do tempo, distintos tipos de arranjos familiares e domésticos, os quais com o passar da idade adquirem características específicas, que podem colocar o idoso, do ponto de vista emocional e material, em situação de segurança ou de vulnerabilidade (NERI; DEBERT, 1999).

Por outro lado, à luz da psicologia hospitalar, Camon (2004) comenta a respeito do hospital como um agente estressor, promovendo a despersonalização devido à disposição das enfermarias e ao trato homogêneo dos pacientes. As características do hospital podem reduzir o idoso a um quarto de leito ou a uma patologia. Esse argumento, aliado à realidade do idoso citado por Neri e demais estudiosos no assunto, abre um leque de questionamentos a respeito do idoso, denotando a complexidade da gerontologia como um todo.

Com isso, surgem as dúvidas a respeito dos cuidados com as doenças crônicas relacionando às problemáticas do envelhecimento. Que problemas são esses que envolvem o doente idoso, forçando-o a ser internado repetidas vezes? Neste campo de possibilidades, buscou-se compreender esse fenômeno na perspectiva do paciente, o que gerou a seguinte pergunta central: Qual a percepção dos pacientes idosos crônicos em um hospital geral sobre a sua condição de reincidente na internação hospitalar?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Geral

Identificar a percepção dos pacientes idosos em estado patológico crônico, internados em um hospital geral, sobre a sua condição de reincidente na internação hospitalar.

1.2.2 Específicos

- Descrever a compreensão que este idoso possui a respeito de sua doença;
- Identificar a percepção do idoso sobre o apoio social e familiar;
- Identificar a percepção do idoso com relação ao seu histórico de reinternações hospitalares.

1.3 JUSTIFICATIVA

A preocupação com a saúde do idoso já é frequente entre diferentes áreas do conhecimento e categorias profissionais relacionadas à saúde e se tornou, nos últimos anos, um tema importante a ser estudado, devido ao fato de o idoso ser a população mais crescente do mundo (PAPALÉO NETTO, 2002; FALEIROS, 2008; GROISMAN, 2002). Segundo os autores, no começo do século XX, menos de 1% da população tinha mais de 65 anos de idade. Já no final desse mesmo século, este percentual havia aumentado para 6,2%. Perspectiva-se que, no ano 2025, os idosos serão um quinto da população mundial.

Nesse contexto, diferentes áreas de conhecimento já possuem algum tipo de estudo relacionado com esse tema, bem como as diferentes instituições que

atendem essa população de idosos. Sendo assim, no hospital não haveria de ser diferente. A preocupação com a terceira idade se torna ainda mais frequente com a quantidade de casos clínicos hospitalares que envolvem o público dessa faixa etária. Na internação, por exemplo, são encontrados vários pacientes enquadrados neste processo, que muitas vezes sofrem com a reincidência por problemas crônicos que afetam sua autonomia e independência (FREITAS et al., 2002).

Os pacientes internados são muitas vezes reduzidos a um quarto de leito ou a uma patologia (CAMON, 2003), podendo alavancar vários problemas psíquicos, afetando, assim, as dimensões do funcionamento positivo proposto por Neri (NERI; FREIRE, 2000). As dimensões propostas por Neri são: a autoaceitação, relações positivas com os outros, autonomia, domínio sobre o ambiente, propósito na vida e crescimento pessoal. Neri e Freire (2000) mostram ainda que a compreensão do funcionamento psicológico do idoso busca um enfoque multidimensional; ou seja, de diferentes dimensões de sua vida e da compreensão dela pelo idoso. Direcionando-se assim para uma concepção de envelhecimento bem-sucedido, desfazendo com isso alguns mitos, como o proposto por Neri e Freire (2000) no livro “E por falar em Boa Velhice”, de que a vida para o idoso seria um tempo de infelicidade e insatisfação.

O idoso pode ter uma vida satisfeita e feliz sim, desde que as dimensões do funcionamento positivo estejam de acordo com o desenvolvimento satisfatório, ou seja, desde que a forma de viver do idoso esteja de acordo com um desenvolvimento saudável. Compreender o processo de internação do idoso torna-se produtivo, corroborando o conhecimento produzido por outros autores e abrindo margem para mais indagações a respeito do presente tema, como propõe a pesquisa. O processo de internação, bem como a reincidência, pode estar relacionado com essas dimensões, podendo levar a mais um adoecimento que envolve os processos psíquicos do idoso quando há a promoção da inviabilidade de algumas dessas dimensões, como comenta a Neri e Freire (2000).

Por outro lado, estes pacientes também sofrem graves danos em sua saúde neste processo de repetidas internações, já que o ambiente hospitalar, em muitos casos, torna-se ambiente de curagem de bactérias nocivas ao ser humano propiciando o aumento nas chances de infecção hospitalar. Villas Bôas e Ruiz (2004) comentam que a infecção adquirida em ambiente hospitalar assume grande importância nesse grupo etário devido à alta taxa de letalidade, tornando-se com isso, importante compreender melhor esse fenômeno nas internações para possibilitar, no

futuro, que outras formas de intervenção se desvendem a partir desta preocupação, se assim convier.

Mesmo possuindo uma gama de autores que estudam o idoso e as suas nuances, como Papaléo Netto (2002), Anita Neri (2001), Freire (2001), Debert (1999), entre outros, ainda há muito a se estudar a respeito da gerontologia e geriatria no Brasil e no Mundo. Nas consultas sobre o tema em trabalhos acadêmicos, em base de dados disponibilizadas na internet, através das palavras-chave, “reinternação do idoso”, “hospitalização” e “doenças crônicas”, foram encontrados cerca de 180 trabalhos relacionados a várias áreas como medicina, fisioterapia, enfermagem etc.; sendo artigos e trabalhos acadêmicos de pesquisas em domínio brasileiro. Já nos estudos internacionais com as mesmas palavras-chave, foram encontrados 227 artigos das áreas da medicina, fisioterapia e pedagogia que tratavam de temas relacionados ao idoso, mas ainda assim pouco envolvendo a dimensão psicossocial da internação de idosos como foco de análise ou observação².

A maior parte dos estudos acerca do idoso, das áreas da medicina, enfermagem e fisioterapia, enfocam aspectos biológicos relacionados às áreas prescritas. Nos artigos ou outros trabalhos acadêmicos referentes ao tema, são encontrados trabalhos voltados à saúde física dos idosos e maus tratos, impacto dessa saúde no regime hospitalar, na internação, no auxílio medicamentoso, no trato de suas maleficências e na qualidade de vida.

A partir da leitura dos títulos, de suas palavras-chave e de alguns dos resumos desses estudos, seis se destacaram, uma vez que abordam objetos próximos ao que se propõe esse trabalho, podendo acrescentar ao seu conteúdo. Ao tratar da saúde do idoso e do processo de internação, Guerra e Ramos-Cerqueira (2007) comentam sobre os perigos das repetidas internações para a saúde do idoso, elencando essa realidade com nosso sistema de saúde. Os autores mostram dados estatísticos envolvendo esse fenômeno no Brasil e em alguns países de primeiro mundo.

Outro aspecto identificado em um desses artigos envolve também o aspecto familiar e suas nuances. Sanches, Lebrão e Duarte (2008) comentam em seu artigo sobre a violência contra idosos na sociedade e aspectos que influenciam essa violência. Explicam epistemologicamente o fenômeno em vários locais e momentos da

² Sites pesquisados: Lilacs, Bireme, BVS psi, Google Acadêmico.

sociedade. Ou seja, nas famílias, na cultura, na política e no apoio à saúde fornecida pelo Estado.

Na internação, autores como Guerra e Ramos-Cerqueira (2007, p. 586) conceituam o significado da fragilidade do idoso como sendo “aqueles que não sofrem intervenções médicas e que, por isso, apresentam doenças frequentes, consumindo, desproporcionalmente, altos recursos hospitalares”. A esse respeito, Veras et al. (2002) comentam que o idoso fragilizado está mais propenso a reinternações. Guerra e Ramos-Cerqueira (2007) mostram ainda que 43,6% da população está entre o grupo sujeito a ter histórico de repetidas internações, ou seja, quase a metade da população está sujeita a reinternação. Sendo destes 43,6%, 26,9% os considerados de baixa probabilidade, 10,5% de média-alta e 6,2% de alta probabilidade de reinternação hospitalar.

Relativo à qualidade de vida foi encontrado um estudo sobre “a influência da queda na qualidade de vida de idosos” escrito por Ribeiro et al. (2008). Os autores comentam que o idoso tem maior facilidade de se desequilibrar e cair gerando como resultados dificuldades além das físicas, psicológicas, alterando para pior a qualidade de vida do idoso.

Sobre os atenuantes psicológicos que podem ter efeito na vida do idoso, alterando também sua qualidade de vida, Freire e Resende (2008) em seu estudo “Estudos e Intervenções para a promoção da Velhice Satisfatória” buscaram compreender e conceituar o envelhecimento. Mostram que já se sabe como prevenir alguns males, ajudando a compreender as doenças do idoso e buscando uma velhice mais produtiva e satisfatória física, social e psicologicamente.

Sobre doenças crônicas, especificamente, foram encontrados dois estudos. Um deles aborda a relação entre pacientes e médicos a respeito dos sintomas gerados pelo convívio com a doença crônica, em pacientes nas fases avançadas da doença. Tal estudo foi feito por Palma et al. (2008). Os autores comentam que as doenças crônicas acometem a população em geral, mas em grande parte o idoso e em alguns casos chegando a fases avançadas da patologia prejudicando a qualidade de vida e propiciando em alguns casos a morte. Os autores mostram onde aspectos psicológicos podem ser atenuantes nos cuidados paliativos ao paciente internado. O outro escrito por Martins, Franca e Kimura (1996) discorre sobre a qualidade de vida do portador de doenças crônicas e qual é a visão deste sobre qualidade de vida.

Segundo Guerra e Ramos-Cerqueira (2007), no Brasil, estima-se que, enquanto a população total crescerá cinco vezes, a população idosa quinze vezes evidenciando a necessidade da preocupação em discutir essa questão em nível mundial. Assim, outra questão a ser levada em consideração nas preocupações com as internações de pessoas idosas é a econômica. Segundo informações divulgadas no sistema de notificação compulsória digital do Ministério da Saúde, o DATASUS, são internados, em média, de 2500 a 3000 pacientes por mês pelo Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2010). Essas internações geram uma despesa de quantia exorbitante para o Estado, gerando dividendos e diminuindo ainda mais a verba para outros fins. Essa verba é recebida pelo Estado através dos impostos que o brasileiro paga. Por isso é importante ressaltar que a reinternação ou internação é um fenômeno de preocupação social, psicológica, de relações humanas e econômicas.

Além dos custos atribuídos ao Estado, devem-se levar em conta as altas despesas que ficam a cargo dos próprios internados e suas famílias, tanto para os usuários do SUS como para aqueles que dispõem de convênios particulares. Neste último caso os custos são pagos inteiramente pelos internados, agregados ou responsáveis legais. Em face disto, pode-se já pensar em números ainda mais expressivos para os próximos 25 anos (FALEIROS, 2008).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 GERONTOLOGIA E GERIATRIA

A preocupação com o envelhecimento é algo que permeia o pensamento humano desde o início da civilização, pois a velhice já era uma preocupação da humanidade. Hipócrates³ retoma a teoria pitagórica dos quatro humores: sangue, fleuma, bile amarela e bile negra, indicando que a doença resulta da ruptura do equilíbrio entre eles. Comparava a velhice com a estação do inverno e recolheu informações, exatas a respeito dos idosos nos anos de 460 a 375 a.C.:

Eles têm menos necessidade de comida que os jovens. Sofrem de dificuldades respiratórias, de catarros que acarretam acesso de tosse, sofrem de disúria, de dores nas articulações, de doenças dos rins, vertigens, de apoplexia, de caquexia, de prurido generalizado, de sonolência; expelem água nos intestinos, pelos olhos, pelas narinas, frequentemente têm cataratas; sua vista é fraca, ouvem mal. (BEAUVOIR, 1970, p. 24).

Após, esses primeiros estudos, muito pouco se sabe de inovações a respeito do fenômeno da velhice. Mas esse conhecimento vindo de Hipócrates foi se desenvolvendo até Galeno⁴ que, segundo Beauvoir (1970), fez uma síntese geral da medicina antiga: “Ele considera a velhice como intermediária entre a saúde e a doença. Ela (a velhice) não é um estado patológico; entretanto, todas as funções fisiológicas do velho ficam reduzidas ou enfraquecidas.” (p. 24).

Com essa afirmação já há uma separação entre o velho e a patologia, mas sem desvinculá-la, pois a velhice, traz consigo a fragilidade do tempo, que pode propiciar estados patológicos. Galeno procura explicar esse fenômeno conciliando a teoria dos humores de Hipócrates com a do calor interior de Platão⁵. Ele ainda dava conselhos de higiene que foram respeitados até o século XIX (BEAUVOIR, 1970).

³ Hipócrates, considerado o Pai da Medicina, nasceu na ilha de Cos, 460 anos a.C. (transl. W.H.S. Jones et al. 1923-1995)

⁴ Galeno (129-200) nasceu em Pérgamo, foi médico e desenvolveu ao longo de sua vida estudos sobre a farmácia e os medicamentos, classificou os medicamentos de forma sistemática facilitando seu manejo, desenvolveu uma terapêutica pioneira para época (PETRONIO, 1592).

⁵ Platão nasceu em Atenas, em 428 ou 427 a.C., filósofo, discípulo de Sócrates, estudou também os maiores pré-socráticos (HADOT, 1999).

Na idade Média, onde predominava a crença na existência de um Deus único e considerava-se o velho como “um instrumento material da alma”, houve quase nada de estudos a respeito da velhice e suas minúcias, devido à dificuldade de aceitação das teorias para aquele tempo, uma simples afirmação que contradiz a suposta verdade imposta pela crença religiosa, poderia ser punida com a morte.

Em meados do século XX, a geriatria começou a se formalizar com a construção de asilos na França que, como cita Beauvoir (1970), reuniram vários velhos tornando a coleta de dados muito mais fácil. Ignatz Leo Nascher, o americano considerado o pai da geriatria, quando observou e comparou os idosos de asilos dos Estados Unidos aos de Viena, viu que em Viena os velhos tinham uma longevidade maior. Quando foram questionados, os profissionais de Viena comentaram que “tratam os idosos como os pediatras tratam as crianças” (BEAUVOIR, 1970, p. 30). Nascher fundou a Sociedade de Geriatria denominada de Estudo Clínico da Velhice de Nova Iorque e publicou, em 1914, um livro sobre o tema (PAPALÉO NETTO, 2002).

Nascher passou a ser considerado o pai da geriatria por ser o primeiro a conceituar o trato com a velhice, criando esse tema como uma disciplina independente. A geriatria tem sob foco o trato com o idoso, engloba a medicina curativa e aspectos preventivos, possui uma estreita relação com as disciplinas da área médica, surgindo então as subespecialidades médicas, como neurogeriatria, cardiogeriatria, entre outras (PAPALÉO NETTO, 2002).

A partir da geriatria, estudos relacionados ao processo de envelhecer começaram a surgir emancipando o que se chama hoje de gerontologia. A gerontologia procura compreender a velhice não como meramente um estado patológico, mas como um processo do desenvolvimento do corpo (BEAUVOIR, 1970). Dessa forma, Zimmerman (2000) define a Gerontologia como “a ciência que estuda o processo de envelhecimento e os múltiplos problemas que envolvem a pessoa idosa”, tornando-se uma “disciplina científica multi e interdisciplinar, cujas finalidades são o estudo das pessoas idosas, as características da velhice enquanto fase final do ciclo da vida, o processo de envelhecimento e seus determinantes biopsicossociais”, como cita Papaléo Netto (2002) por meio de estudos de Metchnikoff (médico contemplado com o Nobel de Fisiologia e Medicina em 1908).

Sendo assim, a geriatria é a ciência que estuda o idoso e suas nuances, em uma perspectiva biológica relacionada ao campo da medicina. Já a gerontologia

engloba outras esferas disciplinares, como a sociologia e a psicologia além da medicina, compreendendo o estudo do idoso de forma holística.

2.2 PROCESSO DE ENVELHECIMENTO HUMANO

2.2.1 Definições e Terminologias

Para entender o processo de hospitalização do idoso é necessário, em primeiro lugar, procurar compreender o processo de envelhecer. Beauvoir (1970) comenta em seu livro que a velhice não poderia ser compreendida senão em sua totalidade, pois a velhice não é somente um fato biológico, mas também um fato cultural. Neri e Freire (2000) reforçam essa ideia ao apontar as formas de nomear o velho, como maturidade, melhor idade ou terceira idade, declarando o aspecto dinâmico e a conotação positiva em que se encontra o idoso nesta fase da vida, bem como a diferenciação dada na forma de tratar o idoso frente a cada contexto social (NERI; FREIRE, 2000). De certa forma, as observações clarificam o ponto de vista de Beauvoir, ao relacionar a velhice como além de um fato biológico, um fato cultural.

Outra compreensão importante é a compreensão da forma de tratar o velho, ou seja, como pode-se chamá-lo? Muitas são as formas de tratar o idoso, podemos mencionar “adulto maduro”, “idoso”, “pessoa idosa”, “pessoa na meia-idade”, “maturidade”, “idade madura”, “maior idade”, “melhor idade”, “idade legal” e, a mais comum, “terceira idade” (NERI; FREIRE, 2000, p. 7).

Ao mencionar o velho como maduro ou adulto maduro, essa palavra no sentido biológico é relacionada à compreensão do homem a:

Processos intrínsecos de mudanças que conduzem o organismo a alcançar sucessivas metas do desenvolvimento, como falar, andar e tornar-se púbere⁶, natural para todos os seres humanos em épocas previsíveis. (NERI, 2001, p. 9).

⁶ Púbere – aquele que atingiu a puberdade, sinônimo de capaz (HOUAISS, 2001).

A autora também compreende que o conceito de maturidade como um processo de desenvolvimento intelectual-cultural nomeia o velho como um ser humano dotado de um conhecimento vivencial adquirido pelo tempo de vida em suas experiências, variando conforme as situações sociais (NERI; FREIRE, 2000).

Sobre a forma de nomear o idoso é através de “melhor idade, terceira idade ou idade legal” que constituem, como conceito, uma forma de tratar o idoso, de maneira generalizada, como uma passagem “bonita”, sem sofrimento e que confere ao idoso uma categoria de “sábio”, o que pode não se tratar da verdade. A autora associa essas formas de tratar ao eufemismo⁷. Portanto, a utilização adotada para tratar o objeto de estudo deste trabalho será de velho ou idoso, que segundo Neri é o que representa na íntegra o objeto em questão.

Outro ponto a ser elencado é o de idade cronológica, relacionada ao público de idade avançada, pois, segundo Neri e Debert (1999), é o público que mais vem crescendo na última década e se difere de região para região, podendo se diferenciar também por idade, pois a idade mínima para se considerar uma pessoa como idosa varia de país a país. Hoje se inclui na categoria de velho, ou idoso, o grupo elencado para países em desenvolvimento, na faixa etária de 60 anos, e nos países desenvolvidos, 65 anos. No Brasil a faixa etária é associada às leis que regem o país e corresponde a um caso atípico, considera o idoso aos 65 anos de idade (PAPALÉO NETO, 2002).

Essas informações, ao longo do tempo, vieram se modificando por variáveis econômicas e sociais. Neri e Freire (2000) ao comentarem esse assunto relatam que:

A classe social, a saúde, educação, os fatores de personalidade, a história passada e o contexto socioeconômico são importantes elementos que mesclam com a idade cronológica para determinar as diferenças entre idosos, de 60 a 100 anos. (NERI; FREIRE, 2000, p. 15).

Portanto, tratar os aspectos da velhice como uma fase da vida comum a todos quanto a forma de vivenciá-la torna-se insensato, já que é resultado de inúmeros fatores que diferem de pessoa a pessoa quanto a seu contexto vivencial, seja ele qual for.

⁷ Eufemismo – Palavra de origem grega que significa “soar bem” (HOUAISS, 2001).

2.2.3 Aspectos Biológicos

Na velhice, existe uma variedade de abordagens. Essas abordagens comentam sobre os aspectos biológicos e que são comuns a todos os indivíduos que atravessam o limiar da juventude para o do idoso.

Sendo assim, torna-se importante estabelecer alguns conceitos a respeito deste tema. Alguns conceituam o processo de envelhecer como as mudanças morfofuncionais ao longo da vida se iniciando no processo de maturação sexual, e, no decorrer da vida, vai se debilitando o organismo da capacidade de resposta a estresse ambiental e a manutenção da homeostasia⁸, como mencionam Hart e Turturro (1983) e Hayflick (1985) apud Papaléo Netto (2002). Os autores realizaram trabalhos enfocando o desenvolvimento do idoso através de estudos de desenvolvimento intercelular em órgãos e sistemas (JECKEL NETO; CUNHA, 2002), com o objetivo de mostrar os aspectos do envelhecimento sobre uma ótica pautada no biológico.

Outra compreensão é que é a mais utilizada pelos autores é a de Jeckel Neto e Cunha (2002), que encara o envelhecimento como um processo de mudança:

Se, por um lado, existem funções que não são significativamente alteradas pela idade, como a troca de células do epitélio intestinal, é necessário lembrar que o envelhecimento apresenta como única característica universal a ocorrência de mudanças ao longo do tempo, independentemente de terem ou não efeito deletério sobre a vitalidade e a longevidade. (JECKEL NETO; CUNHA, 2002, p. 13).

Ou seja, é a perspectiva do envelhecer como um processo natural de mudança comum a todos os seres humanos, mas respeitando as diferenças biológicas e comportamentais de cada um. Não é uma compreensão meramente física mas unindo a relação do homem com seu corpo.

Segundo Jeckel Neto e Cunha (2002), o conceito do processo de envelhecer deve cumprir quatro aspectos: o primeiro é o de reduzir a funcionalidade ou as funções orgânicas do corpo. O segundo é o estabelecimento gradual, ou seja,

⁸ Homeostase – é o equilíbrio que os elementos encontram para o estado de harmonia intrínseco, ou seja, “acomodar”. Nos organismos vivos, a homeostase significa o consumo de energia necessário para manter uma posição num equilíbrio dinâmico. Isto significa que, embora as condições externas possam estar sujeitas continuamente a variações, os mecanismos homeostáticos asseguram que os efeitos destas mudanças sobre os organismos sejam mínimos (HOUAISS, 2001).

algo estabelecido progressivamente. O terceiro aspecto, o caráter intrínseco que, segundo os autores, deve ser resultado de algum agente interno que modifique a estrutura de funcionamento do organismo. Sobre isto os autores comentam que o ambiente possui grande influência na velocidade e do aparecimento das mudanças do corpo, mas não são a sua causa. E, por último, encontra-se a universalidade, ou seja deve ser comum a todos os seres vivos da mesma espécie.

Com esses aspectos, surge o termo 'senescência' para "descrever as mudanças que ocorrem no organismo", ou seja, quanto mais velho, maior são as mudanças ocorridas no corpo do indivíduo, e, por consequência, mais senil esse indivíduo se encontra. Essas mudanças no corpo são relacionadas com a idade, afetando a vitalidade do idoso e funções (JECKEL NETO; CUNHA, 2002) até o momento da sua morte, sendo referenciado senilidade como estágio final da senescência.

Sendo assim:

O envelhecimento é 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-lo à morte. (PAPALÉO NETTO, 2002, p. 9).

Sobre esse enfoque, o envelhecimento, "torna-se um processo natural comum para todos os animais" (PAPALÉO NETTO, 2002, p. 9), dinâmico e irreversível, acompanhando o desenvolvimento até o seu fim, ou seja, a morte. Neste caminho as ocorrências de alterações fisiológicas são visíveis tanto fisionomicamente como no funcionamento dos órgãos.

O desgaste do corpo torna-se inevitável, mas com os avanços farmacológicos pode-se observar um acréscimo na saúde do idoso frente a esse desgaste. Os devidos controles nutricionais, farmacológicos, atividades físicas, bons hábitos, exercícios de memória e outros cuidados, podem promover a qualidade de vida juntamente com a aceitação desse processo de envelhecer no idoso (ZIMERMAN, 2000).

2.2.3.1 Doenças Crônicas

Dentre os problemas que envolvem as pessoas idosas, também encontram-se doenças que, em alguns casos não trazem grandes malefícios à saúde, mas prejudicam a saúde a longo prazo. Estas são as doenças crônicas que, segundo a Comissão de Doenças Crônicas de Cambridge, sediada em 1957, conceituou como:

Todos os desvios do normal que tinham uma ou mais das seguintes características: permanência, presença de incapacidade residual, mudança patológica não reversível no sistema corporal, necessidade de treinamento especial do paciente para a reabilitação e previsão de um longo período de supervisão, observação e cuidados. (MARTINS; FRANCA; KIMURA, 1996, p. 6).

Nesse aspecto, doenças crônicas são todas as doenças que se instalam e permanecem no organismo por tempo indeterminado, podendo provocar complicações patológicas, exigindo tratamentos contínuos e/ou supervisão médica por tempo indeterminado. Essas doenças vão além das doenças comumente conhecidas como crônicas, como câncer, hipertensão arterial ou alergias. Segundo Trentini et al. (2005, p. 24), “essas doenças englobam as de condições transmissíveis persistentes como AIDS, hanseníase, hepatites virais, distúrbios mentais de longa duração e as deficiências físicas estruturais”, causando grandes alterações na vida do acometido. Sobre este aspecto, o autor comenta que com o diagnóstico da doença crônica, o paciente passa a ter novas incumbências em função da doença. Com isso o paciente se vê em uma nova realidade, tendo de se adaptar a mudanças, como

fazer regime de tratamento, conhecer a doença e lidar com incômodos físicos, perdas nas relações sociais, financeiras, nas atividades como locomoção, trabalho e lazer, ameaças à aparência individual, à vida e à preservação da esperança. (TRENTINI et al., 2005).

Essas doenças, consideradas de longa duração, exigem que os indivíduos acometidos reorganizem sua vida de modo a se relacionarem melhor com ela.

2.2.4 Aspectos Psicossociais

A vontade de gozar de uma velhice prolongada, viril e saudável atrai o interesse das pessoas desde os tempos antigos. Platão já associava a velhice com a calma e a liberdade, sendo essas, fundamentais para uma boa velhice. Cícero em seu livro, a *Senectude*, elabora uma forma de ver a velhice como uma construção, que durante o tempo promove um desenvolvimento da auto imagem da velhice mais saudável, salientando que este momento da vida pode se tornar uma fase também de desenvolvimento do ser e mudanças positivas advindas do caráter construídos ao longo do tempo (NERI; FREIRE, 2000).

Com o advento da gerontologia na década de 1930, através de estudos iniciais de Marjory Warren apud Papaléo Netto (2002), a preocupação com o envelhecer saudável se torna fonte de pesquisa, dando lugar a estudos referentes aos aspectos positivos do envelhecimento humano. Seu lema foi produzido nos anos 50 pela *Gerontological Society of America*: “acrescentar vida aos anos e não apenas anos à vida” (NERI; FREIRE, 2000). Quando se faz referência em acrescentar vida aos anos, parte-se para uma perspectiva de qualidade de vida para o idoso de forma a garantir para essa faixa etária de pessoas, um bem-estar psicológico juntamente com um envelhecimento bem-sucedido e satisfatório (NERI; FREIRE, 2000).

Com essa forma de pensar, proposta pela autora, surgiram várias ideias, dentre elas a de que o envelhecimento satisfatório depende do “equilíbrio entre limitações e potencialidades da pessoa. A qualidade de vida permitirá enfrentar as perdas inevitáveis do idoso da última fase da vida” juntamente com sua constante interação com o meio ambiente, de forma a facilitar as intempéries da vida. De acordo com Neri e Freire (2000, p. 24):

O envelhecimento bem sucedido também é visto como uma competência adaptativa do indivíduo, ou seja, a capacidade generalizada para responder com flexibilidade aos desafios resultantes do corpo da mente e do ambiente. Esses desafios podem ser biológicos, mentais, autoconceituais, interpessoais ou socioeconômicos [...] essa competência adaptativa é multidimensional: (a) emocional: no sentido das estratégias e habilidades do indivíduo para lidar com fatores estressores; (b) cognitiva: em relação à capacidade para resolução de problemas; (c) comportamental: no sentido do desempenho e da competência social).

Esse processo que envolve a competência adaptativa, começa já no início da vida e se estende até a velhice. É a compreensão de uma boa velhice como a busca da qualidade de toda uma vida, dependente de acontecimentos ocorridos e vivenciados desde a gestação até o final da vida. É um processo contínuo tornando o idoso, um ser peculiar devido à complexidade de suas vivências, ou seja, como organizou sua vida (NERI; FREIRE, 2000).

Além das diferenças que tornam os velhos tão diferentes entre si, encontram-se outras peculiaridades. Em geral, o idoso possui aptidão para o desenvolvimento intelectual e/ou físico, podendo ser estimuladas o intelecto e seu físico através da aprendizagem e exercícios físicos, dependendo dos limites determinados pelas vivências de cada um. Essa plasticidade individual é regida pela adaptabilidade de cada um (NERI; FREIRE, 2000).

Essa adaptabilidade respeita as alterações do corpo. Como comenta Zimmerman, as alterações no corpo do idoso geram também alterações psicológicas, como a dificuldade de se adaptar a novos papéis; a falta de motivação e dificuldade de planejar seu futuro; a necessidade de trabalhar psicologicamente as perdas orgânicas, afetivas e sociais; a dificuldade de se adaptar às mudanças rápidas que tem reflexos dramáticos nos idosos; alterações psíquicas que exijam tratamento e baixa auto imagem e/ ou auto estima (ZIMERMAN, 2000).

Dessa forma, Zimerman (2000) menciona que existem mudanças físicas que alteram o funcionamento psicológico no idoso, prejudicando a saúde psíquica deste o início da vida, mas existem formas de compensar esse mal. Por exemplo, a falta de memória pode ser compensada com exercícios de memorização, “a perda da destreza física em digitar pode ser compensada pela habilidade de ler textos maiores diminuindo o tempo gasto para olhar o texto a ser digitado” (NERI; FREIRE, 2000, p. 25).

Neri e Freire (2000) comentam que o bem-estar psicológico da velhice está relacionado com a visão positiva de si mesmo e a capacidade de controlar suas próprias vidas, estabelecendo metas e projetos futuros. Ela postula seis dimensões do funcionamento para explicar o processo de bem-estar do idoso que são:

Auto-aceitação: Implica uma atitude positiva do indivíduo em relação a si próprio e a seu passado; implica reconhecer e aceitar diversos aspectos de si mesmo, incluindo características boas e más.

Relações positivas com os outros: envolve ter uma relação de qualidade com os outros, ou seja, uma relação calorosa, satisfatória e verdadeira; preocupar-se com o bem estar alheio; ser capaz de relações empáticas, afetuosas.

Autonomia: significa ser autodeterminado e independente; ter habilidade para resistir às pressões sociais para pensar e agir de determinada maneira, avaliar-se com base em seus próprios padrões.

Domínio sobre o ambiente: ter senso de domínio e competência para manejar o ambiente, ou seja, aproveitar as oportunidades que surgem a sua volta; ser hábil para escolher ou criar contextos apropriados às suas necessidades e valores.

Propósito da vida: implica ter metas na vida e um sentido de direção; o indivíduo percebe que há sentido em sua vida presente e passada; possui crenças que dão propósito à ela; acredita que a vida tem um propósito e é significativa.

Crescimento Pessoal: O indivíduo tem um senso de crescimento contínuo e de desenvolvimento como pessoa; está aberto a novas experiências; tem senso de realização. (NERI; FREIRE, 2000, p. 26).

Os estudos a partir dessas dimensões procuram buscar aspectos nas relações psicológicas, bem como saúde, *status* socioeconômico e envolvimento sociais. Considerando o avanço da tecnologia, a exigência do mercado de trabalho, juntamente com a agitação que se encontram as pessoas para se qualificar, os meios de comunicação cada vez mais ágeis ao transmitir informações, e o idoso muitas vezes não possui a flexibilidade e a adaptação necessárias, gerando mais problemas para esse grupo (ZIMERMAN, 2000).

Neri (2001) comenta que a velhice sofre as influências provocadas pelas mudanças na atualidade gerando transformações no que se refere a seu *status* e a forma do mesmo socializar-se, são elas:

- **Aposentadoria:** Com o aumento da longevidade, o aposentado deve se adaptar à diminuição de seu círculo social, resultante desta, e se tornando velhos sem rumos, isoladas e/ou deprimidas.
- **Crise de identidade:** Provocada pela falta do papel social, se torna geradora da baixa autoestima.
- **Diminuição dos contatos sociais:** Com a aposentadoria ou, às vezes, a falta de rumo ou “do que fazer”, o idoso fica prostrado em casa, tudo isso com a redução de suas possibilidades, vida agitada, as distâncias, circunstâncias financeiras e a realidade da violência nas ruas, ocorre um distanciamento de seu círculo social.
- **Mudanças de papéis:** Nestas mudanças que acontecem tanto a nível familiar, quanto no seu trabalho, como em seu círculo social, por causa

do acréscimo de seu tempo de vida, o idoso precisa se adaptar a essa nova realidade.

- **Perdas diversas:** Perda da Independência, autonomia, perdas familiares ou a diminuição na renda familiar estão elencadas nessa categoria de mudanças.

Essas mudanças geradas pelo ritmo desenfreado na sociedade geram ao idoso muitas dificuldades em se adaptar a essa realidade dinâmica a qual Zimmerman (2000) mostra quando se refere à forma de o idoso socializar-se, gerando alterações de comportamento frente ao dinamismo a qual essa realidade se modifica.

Scherer et al. (2001) comentam sobre as teorias sociais do envelhecimento, a saber: Uma delas é a Teoria do Afastamento. Nessa teoria apresentada por Hooyman & Kiyak, propõem que, à medida que o indivíduo envelhece, a preocupação com a vida interior é vista como normal, inevitável e satisfatória, sendo assim, os idosos com a perda de papéis, reagem satisfatoriamente, mostrando que desejam ficar livres das expectativas da sociedade, de serem competitivos e produtivos. O afastamento é visto como comportamento adaptativo, permitindo aos idosos manterem seu senso de valor e tranquilidade, enquanto desempenham papéis sociais mais periféricos.

A segunda teoria é a da Atividade. A velhice é muitas vezes definida pela perda de papéis. Segundo essa teoria, o idoso busca a melhoria da qualidade de vida através da busca, por atividades novas, substituindo essas pelas antigas, de modo a dar mais sentido a sua vida. Já a Teoria da Continuidade demonstra que o envelhecimento é parte constituinte da vida e não o fim dela. Sendo assim, o idoso mantém suas atividades que sempre fez, mantendo seu estilo de vida, promovendo uma melhor adaptação.

E, por último, a Teoria da Desinserção propõe que a desinserção do velho da sociedade é natural e normal do desenvolvimento, quando a desinserção se completa, o indivíduo goza de um novo equilíbrio caracterizado pela modificação de seus valores. Sendo assim, o idoso, mesmo passando pelas intempéries da vida, pode sim, ter uma vida saudável respeitando suas limitações, gerando facilitadores à medida que se imbuí ao idoso uma nova concepção de si, promovendo atitudes frente ao mundo que favoreçam a sua qualidade de vida.

2.3 AUTONOMIA E INDEPENDÊNCIA

Na medida em que o indivíduo cresce, a autonomia se torna uma importante conquista do sujeito. Desde seus primeiros passos, aquele ser em desenvolvimento já percebe, no esforço de suas conquistas, a importância de desenvolver e controlar as funções do seu corpo. Paschoal (1996) comenta que um ser humano poderá se sentir saudável desde que seja capaz de fazer atividades comuns em seu meio, ocupando alguma função social, podendo realizar-se em seu meio e ser feliz devido a uma boa qualidade de vida mesmo sendo portador de alguma doença ou de alguma debilidade física. Este autor menciona que alguns idosos podem, mesmo acometidos por doenças crônicas, se verem como pessoas de boa saúde, pois eles possuem autonomia, podendo executar suas tarefas cotidianas satisfatoriamente. Bueno (1981, p. 152) define autonomia como: “Faculdade de se governar por si mesmo; direito ou faculdade de se reger por leis próprias; emancipação; independência; sistema ético segundo o qual as normas de conduta da própria organização humana; autodeterminação.”

Entende-se assim por autônoma, uma pessoa capaz de se autogerir, ou seja, se autocomandar. Ainda está relacionado à autonomia o poder de tomar decisões e de desenvolver projetos. Enquanto o dependente ou independente é aquele em que só o é em relação a alguma coisa. Não necessariamente lhe falte autonomia quando acometido de dependência. Por exemplo, um cadeirante ou alguém dependente de cadeira de rodas pode se locomover pra onde quiser e tem o poder de tomar decisões, portanto, é uma pessoa autônoma. Pois, “o aspecto central do conceito de *independência* é a capacidade funcional que em sua expressão máxima significa poder sobreviver sem ajuda para as atividades instrumentais de vida diária e de autocuidado”. (NERI, 2001, p. 10).

Com isso, a independência torna-se um conceito importante a medida que seu conceito se difere do conceito de autonomia. Esses conceitos expressam que uma pode estar sem a outra se o ambiente ou o meio propiciar a autonomia do indivíduo.

2.4 PSICOLOGIA DA SAÚDE

O papel da psicologia, no contexto da saúde, torna-se muito importante na teorização e efetivação de projetos sociais que viabilizem as leis e trabalhem em prol da qualidade de vida em todos os âmbitos da saúde. Pensando assim, torna-se importante elencar o papel do psicólogo como agente da saúde através dos projetos sociais (KAHHALE, 2003). O papel da psicologia, nesse contexto foi o de reivindicar junto ao estado a participação nos cuidados primários da saúde, juntamente com as associações de classe e científicas nas lutas por espaços de trabalho ampliando as ações preventivas na promoção da saúde cujos princípios, de acordo com o novo contexto de saúde, são integralidade, universalidade, descentralização, hierarquia e regionalização, vindas para abarcar todos os princípios discutidos na história da saúde. Assim, surgem novas formas de pensar que incorporam caráter global de saúde e necessidade de trabalho interdisciplinar e multiprofissional na atenção da saúde das populações e da comunidade no âmbito das funções do profissional de psicologia (KAHHALE, 2003).

Neste ponto a saúde não é mais individual, ela é coletiva. Essa proposta foi gerada na VII Conferencia Nacional da Saúde em Brasília no ano de 1988 apresentando um caráter “pluridimensional, envolvendo condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, ócio, liberdade, acesso à terra e aos serviços de saúde” (KAHHALE, 2003, p. 165).

Ocorre então a origem das equipes multiprofissionais e aqueles que a compõem que comportam fonoaudiólogos, serviço social, terapia ocupacional, nutrição, psicologia, fisioterapia, diferentes especialidades médicas, entre outras. A composição dessas equipes depende da demanda imposta pelo cotidiano da assistência integrada à saúde, mas ainda assim não permite que as disciplinas dialoguem entre si, surgindo a proposta da interdisciplinaridade (KAHHALE, 2003).

Nesse contexto dos serviços da saúde, especificamente em relação ao idoso, foi criado o Estatuto do Idoso. Nos direitos civis e sociais, a preocupação com o aspecto físico, social e mental na sua criação, torna-se evidente (BRASIL, 2003). Nesse estatuto, ministram-se regras e leis para uma melhor compreensão da sociedade, favorecendo o amparo para a categoria do idoso. Servindo como um instrumento legal no respeito do cumprimento da Política Nacional do Idoso.

Côrte (apud CFP, 2009) argumenta que a história dos direitos humanos do idoso foi marcada por datas que possibilitaram discutir melhor esse tema até a atualidade. De acordo com a autora, toda discussão a respeito dos direitos humanos do idoso teve como ponto inicial a Declaração Universal dos Direitos Humanos, sediada no ano de 1948 e serve de orientação para a Organização das Nações Unidas (ONU). Foi o marco inicial para todas as políticas públicas no Brasil e no Mundo. Nessa declaração constam os direitos civis que são as liberdades pessoais, de pensamento, de religião, de reunião e liberdade econômica. Direitos garantidos à população do Estado ainda hoje. O que já denota o início de uma formalização de regras que vão desencadear nos direitos firmados no Estatuto do Idoso.

No Estatuto do Idoso ministram-se regras e leis para a melhor compreensão da sociedade, favorecendo o amparo à lei para a categoria do idoso. Dentre essas leis, tem-se a considerada como direito fundamental: o direito à vida em conjunto com o apoio do Estado, para que estas leis se realizem; o direito à liberdade, ao respeito e à dignidade, direitos de ir e vir, nas crenças ao culto religioso, nas práticas de esporte e lazer, participação na vida familiar e comunitária, participação na vida política e na forma da lei e na faculdade de buscar refúgio, auxílio e orientação; o direito à alimentação; à saúde; à educação, cultura, esporte e lazer; a profissionalização e o trabalho; a previdência social, a assistência social; a habitação e o transporte (BRASIL, 2003).

2.4.1 A Psicologia Hospitalar

A atuação do psicólogo no contexto hospitalar vem aumentando ao longo do tempo, mas ainda assim é pouco expressiva a atuação do mesmo no hospital. As equipes de saúde, ao atender pacientes, deu-se conta que existem fenômenos no que se refere ao comportamento dos pacientes, gerando conflitos e queixas e complicando a evolução dos pacientes no decorrer do processo de adoecer, reduzindo a eficácia do tratamento médico (ROMANO, 1999).

Com isso, a necessidade do psicólogo no âmbito dos hospitais se tornou ainda maior, tendo em vista a observação do aparecimento de pacientes com quadros de patologias psicológicas atreladas a procedimentos médicos. Como cita Romano

em seus estudos, o aparecimento de casos de “episódios psicóticos atrelados ao uso de procedimentos médicos cirúrgicos ou casos de estados confusionais ou depressivos decorrentes do uso de medicação” (ROMANO, 1999, p. 27).

Outra questão levantada por Romano (1999) a respeito da demanda psicológica nos hospitais é a necessidade do agente facilitador, proporcionado aos médicos quanto aos processos psicológicos que o paciente passa a respeito de sua doença, ajudando o médico no trato com o paciente. Ford et al. (1994 apud ROMANO, 1999) confirmam essa afirmação comentando que os “aspectos emocionais podem alterar as reações e habilidades, modificando a aderência ao tratamento e possibilitando a tomada de decisões que influenciarão suas chances de sobreviver” (p. 27). Os autores mencionam que todo esse processo tem o motivo de humanizar o ambiente hospitalar. Que é o que determina os preceitos éticos e direitos fundamentais do ser humano.

Sendo assim, Camon (2003) comenta em seus estudos que um dos objetivos do psicólogo no hospital é minimizar o sofrimento do paciente, sofrimento este causado pela hospitalização. Nesse mesmo contexto, Alamy (2003) reforça esse comentário inferindo que “a psicologia hospitalar intervém na forma do paciente conceber e vivenciar os problemas gerados pela patologia orgânica, pela hospitalização, pelos tratamentos e pela reabilitação” (p. 15).

Com isso o trabalho da psicologia é focado na relação entre o sofrimento e as suas repercussões com a forma que o paciente compreende esse fenômeno, resultado de sua história de vida e adaptação ao meio hospitalar. A atuação do psicólogo no hospital não é psicoterápica, é focal, tratando-se geralmente o que é mais emergente. Camon (2003) relata que o psicólogo deve ter bem clara a sua atuação no meio hospitalar para que não se torne mais um ser invasivo para o paciente, pois a atuação do psicólogo neste âmbito gera expectativas que deverão ser sanadas.

Pinto (2004, p. 5), sobre o papel do psicólogo no hospital, indica que:

O trabalho do profissional de psicologia, dentro de uma instituição prestadora de saúde, condiz com a função de oferecer um suporte psicológico ao paciente internado. Quanto a essa questão, entende-se como suporte psicológico no campo hospitalar o uso de técnicas e procedimentos, advindos de construtos teórico-psicológicos, que auxiliam sensivelmente o paciente a compreender o seu universo psicológico; em outras palavras, significaria compreender os conflitos nas principais esferas: pessoal ou intra e inter-

relacionais que potencialmente podem influenciar o funcionamento psicológico.

O autor comenta a atuação do psicólogo no âmbito hospitalar, ressaltando a forma de atuação do mesmo no hospital: dar suporte ao paciente com relação aos sofrimentos gerados pela doença e o processo decorrente do adoecer. Isto permite que o paciente do hospital passe pelo processo do adoecer da forma mais saudável possível, acelerando seu retorno quando internação ou agindo como facilitador para gerir o sofrimento gerado pela doença (CAMON, 2003).

O tratamento psicológico, segundo Camon (2003), não se restringe ao paciente, é abrangente a todas as pessoas que estiverem se relacionado neste contexto, pois os agentes estressores também não se limitam ao paciente. Podem-se elencar os familiares e até mesmo a equipe de saúde que possuem algum vínculo com o paciente, como o médico e a equipe de enfermagem, por exemplo. De acordo com o autor, o atendimento ao paciente sob o enfoque psicológico hospitalar, carece de estudos aprofundados a respeito de uma atuação padronizada no atendimento a pacientes hospitalizados. Autores, como Pinto (2004), buscam, em seus estudos, aprofundar os conceitos da psicologia hospitalar.

Pinto (2004) busca estabelecer alguns roteiros padronizantes, ainda que preliminarmente, acerca de instrumentos para a atuação do psicólogo no meio hospitalar. O autor desenvolve três linhas de categorias, a Cognição, a Afetividade e a Inter e Intrarrelacional. A cognição se refere à observação do psicólogo do conteúdo perceptivo do paciente, ao grau de atenção do paciente a determinados acontecimentos, aos conteúdos do pensamento e suas ideias e o uso das faculdades imaginativas do paciente. A afetividade está relacionada à percepção por parte do psicólogo, ao humor do paciente e seus aspectos, sejam eles a percepção deste humor pelo paciente ou a forma que esse humor se impõe. Por último, a intrarrelacional e inter-relacional que se relaciona com a visão de autoestima, autoimagem, entre outros. Possui como enfoque também a qualidade dos relacionamentos afetivo-sociais (se há cumplicidade, confiança, companheirismo ou hostilidade) (PINTO, 2004). De acordo com o autor, essas linhas de categorias tem o objetivo de viabilizar um caminho de estudo psicológico facilitando o processo de atendimento no hospital. Contudo, com a recente entrada do profissional de psicologia neste ambiente de trabalho, ainda encontra-se muito poucos estudos no que se refere ao trabalho do psicólogo no hospital.

Quanto à atuação do psicólogo na hospitalização, Camon (2003) argumenta sobre as implicações dos processos psicológicos na hospitalização. Para o autor, compreender o imaginário do paciente torna-se importante no processo de saúde dentro do contexto da hospitalização. Relata em seus estudos, que para o psicólogo a análise dos fatores subjetivos a respeito da patologia é mais importante do que buscar na patologia do paciente. O sofrimento do paciente está atrelado a sua compreensão da doença, e com isso, agregando valores para lidar com a doença.

Esta compreensão por uma ótica mais humanizada, permite ao psicólogo perceber que o hospitalizado, traz consigo além da doença, sua história de vida. Portanto, as condições emocionais favorecem significativamente no processo de recuperação do doente não apenas pelo desejo de cura e adaptabilidade da hospitalização, mas sim, de como essa doença foi configurada em seu imaginário Camon (2003).

Na hospitalização, o paciente enfrenta mudanças no seu dia a dia. Alterações em sua rotina cotidiana, a separação do que lhe é familiar como sua casa e seus pertences, a submissão à equipe da saúde o que gera ainda mais sofrimento (CAMON, 2003; ROMANO, 1999). Quando relacionado às doenças crônicas, o quadro pode agravar ainda mais o estado do doente no decorrer das reinternações. Pacientes acometidos de doenças crônicas podem apresentar efeitos negativos no decorrer de suas reinternações, podem desenvolver sequelas emocionais posteriores (PESCE et al., 2004).

Com relação aos efeitos psicológicos nas internações, pode-se observar variadas formas de o indivíduo reagir à rotina hospitalar. Para preservar a integridade mental do paciente, o mesmo pode recorrer aos mecanismos de defesa, a negação, regressão e o isolamento. Neles, os pacientes encontram formas de “burlar o sofrimento” prejudicando o andamento do tratamento e, por consequência, agravando seu estado clínico (SEBASTIANI et al., 2003).

Por outro lado, o paciente também pode fazer uso de recursos positivos de enfrentamento da hospitalização. Para isso, existem estratégias que podem ser utilizadas pelo psicólogo juntamente com a equipe de saúde para facilitar o desenvolvimento destes processos, pode-se elencar a humanização no trato aos pacientes bem como a transmissão de informações claras aos mesmos. Fazendo com que, ao paciente ao conhecer sua condição, se amenize os medos e elimine

fantasias a respeito de seu estado ou de sua doença, gerando maior segurança, promovendo maior alívio do sofrimento (ROMANO, 1999).

3 MÉTODO

A presente pesquisa foi realizada no Hospital de Caridade da cidade de Florianópolis, gerido pela Irmandade. Nosso Senhor Jesus dos Passos (entidade religiosa com fins filantrópicos). Esse hospital, cujo nome inicial foi Jesus Maria e José, foi inaugurado no ano de 1788 e passou por várias reformas até este início de século (XXI). Ele abriga cerca de 224 leitos ativos para atendimentos emergenciais pré e pós cirúrgicos e dispõe de várias especialidades médicas. É subdividido em Pronto-Socorro, Centro Cirúrgico, Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) e também cede espaço para setores terceirizados, como alas Oncológicas, setor de exames laboratoriais, e setor radiológico, atendendo todo o estado de Santa Catarina.

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Esta pesquisa é de natureza qualitativa, pois existem fatores que não podem ser mensuráveis e tem o objetivo de descobrir a percepção dos pacientes idosos crônicos em um hospital geral, sobre a sua condição de reincidente na internação hospitalar. Possui caráter exploratório, pois, tem “como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses” (GIL, 2002, p. 41). Quanto ao delineamento, é uma pesquisa de campo.

3.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Esta pesquisa teve como sujeitos 4 (quatro) participantes idosos, internados no Hospital de Caridade, que se propuseram a participar da investigação. São portadores de doenças crônicas e com idade acima de 65 anos. Suas patologias não comprometeram suas funções psíquicas nem a fala.

Os pacientes com comprometimento da fala e das condições psíquicas foram excluídos do universo pesquisado. Por questões éticas, também foram excluídos aqueles cujas condições de hospitalização impediam um contato mais prolongado ao diálogo. Não serão excluídos do universo pesquisado, os idosos dependentes e semidependentes.

3.3 SUJEITOS ENTREVISTADOS

Nome	Petronilo	Hipérion	Hefesto	Demeter
Idade	67 anos	66 anos	85 anos	69 anos
Profissão	Aposentado	Aposentado	Aposentado	Aposentada
Ocupação	Aposentado	Aposentado	Aposentado	Aposentada (do lar)
Sexo	Masculino	Masculino	Masculino	Feminino
Patologia	Debilidade de pulmão, bexiga e vesícula, devido a falência cardíaca	Cardíaco e Diabético	Cardíaco	Cardíaca
Estado Civil	Casado	Viúvo	Casado	Viúva
Tempo da doença	7 a 8 anos	3 anos	28 anos	27 anos
Constituição Familiar	Mora com a esposa, possui 5 filhos	Mora com a filha, possui 4 filhos	Mora com a esposa, possui 3 filhos	Mora sozinha, possui 3 filhos
História de reiterações	4 internações	3 internações	4 internações	8 internações

Fonte: Elaboração do autor, 2010.

3.4 EQUIPAMENTOS E MATERIAIS

Para a realização desta pesquisa, foram utilizadas folhas de papel do tipo A4, lápis, caneta, corretivo para caneta, um computador com acesso a internet, impressora e um gravador de áudio.

3.5 SITUAÇÃO E AMBIENTE

Esta pesquisa foi realizada em ambiente hospitalar, no leito dos pacientes e no período mais favorável, para que não fossem prejudicadas as atividades hospitalares, tais como procedimentos médicos, procedimentos da enfermagem e em horários que o paciente julgou próprio para a entrevista.

3.6 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados se deu por entrevistas individuais semiestruturadas. Este tipo de entrevista teve o objetivo de facilitar a coleta de dados, devido a sua flexibilidade com o acesso as informações, o que gerou maior facilidade na verificação das respostas (GIL, 2002). As entrevistas foram gravadas mediante autorização prévia do entrevistado, e posteriormente foram transcritas para a análise de dados. Foi realizada uma entrevista piloto, a qual foi utilizada juntamente aos dados nesta pesquisa analisados, pelo fato de que o instrumento apresentou um conteúdo suficiente para a sua viabilização.

O roteiro utilizado para a entrevista se encontra no Apêndice A e contempla os assuntos de interesse, de acordo com os objetivos gerais e específicos, com a finalidade de se obter os dados ao que se pretendeu pesquisar neste trabalho.

3.7 PROCEDIMENTOS

3.7.1 Escolha dos participantes

Esta pesquisa foi realizada em ambiente hospitalar, no leito dos pacientes, em horário que o paciente julgou próprio para a entrevista e no período mais favorável, com o intuito de não prejudicar as atividades hospitalares que incluem procedimentos médicos e os procedimentos da enfermagem.

A escolha dos pacientes se deu respeitando-se os critérios de exclusão já propostos anteriormente, pacientes idosos que se encontrem com quadro de doença crônica, e sejam reincidentes, ou seja, tenham histórico de repetidas internações devido ao quadro crônico da doença e com idade superior a 65 anos. A partir desses critérios, foram feitos contatos com os pacientes. O pesquisador se apresentou como acadêmico do curso de Psicologia da Unisul, sendo então entrevistados aqueles pacientes que aceitaram participar da pesquisa de livre e espontânea vontade.

3.7.2 Do contato com os pacientes

Primeiramente, foi enviado o projeto ao Comitê de Ética e Pesquisa da Unisul (CEP) para aprovação. Após sua aprovação o pesquisador entrou em contato com as enfermeiras do HC, para apresentar o projeto, com o intuito de indicar as características dos potenciais participantes.

No primeiro contato com as enfermeiras das alas Irmã Bernadete, Irmã Graça, Irmã Livramento e Irmão Joaquim, estas se dispuseram a ajudar na realização da entrevista. Indicaram os nomes dos possíveis entrevistados, os quais, através dos critérios de exclusão citados acima, o pesquisador escolheu os pacientes para a entrevista.

O contato com os pacientes foi na instituição, no quarto e em seus próprios leitos. Foi informado aos pacientes o número de perguntas a serem respondidas e o tempo médio de duração da entrevista. Nessa mesma oportunidade foi explicado o

Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento (TCLE) (Anexo A) para o participante. Os participantes da pesquisa assinaram o documento, se dispoendo a todos os termos de entrevista. Também foi informado ao paciente que a entrevista seria gravada para facilitar a coleta de dados, juntamente com a autorização (Anexo B). Com isso, juntamente com o TCLE, foi entregue em conjunto, um Termo de Consentimento Especifico para Gravação em Áudio (Anexo B).

3.7.3 Da coleta e registro de dados

As informações foram coletadas a partir do roteiro de entrevista semiestruturada, que foi aplicada com o auxílio de gravação de áudio. As gravações foram transcritas para a posterior análise dos dados. Durante o processo de coleta, os entrevistados mostraram-se dispostos durante todo o processo da entrevista. Um dos entrevistados pediu que a entrevista fosse feita em outra oportunidade, pois chegaria sua família a qualquer momento. Seu pedido foi atendido e duas horas depois a entrevista foi realizada. Foram três pacientes entrevistados no período da tarde, por volta das 15:00 horas, e um no período da manhã, por volta das 11:00 horas. Os horários foram escolhidos para não comprometer o andamento da rotina hospitalar. Foi feita uma entrevista por dia. Cada entrevista durou em média de 36 a 52 mim, sendo a primeira 36 minutos, a segunda 39 minutos, a terceira 52 minutos e a quarta 45 minutos.

No caso de um dos participantes que era analfabeto, foi usado como alternativa, a leitura dos documentos referentes ao TCLE ou CEGA (Consentimento para gravação de voz) em presença de sua filha, para uma melhor compreensão e segurança do participante, preservando-se os direitos do entrevistado da pesquisa

Um dos pacientes entrevistados era analfabeto. O pesquisador teve de adiar a entrevista para se preparar para entrevistá-lo. Foi preciso uma esponja com tinta de carimbo para o entrevistado usar a digital dos polegares para servir como assinatura. Todo o procedimento foi supervisionado por um de seus familiares e todo o processo foi explicado para que não haja dúvidas.

Após esse período, foram iniciadas as transcrições dos dados que foram feitos em duas semanas. Em sequência, procedeu-se a categorização e a análise dos dados.

3.7.4 Organização tratamento e análise dos dados

Os dados foram organizados a partir das entrevistas gravadas e transcritas, obedecendo o cronograma proposto pelo pesquisador. Segundo Gil (1999), a análise dos dados tem por objetivo organizar e resumir os conteúdos para possibilitar o fornecimento de respostas ao problema de pesquisa proposto. Já a interpretação tem como objetivo a procura do sentido mais amplo das respostas, mediante a ligação a outros conhecimentos anteriormente obtidos, neste caso o referencial teórico apresentado.

Segundo Rauen (2002), na abordagem qualitativa, com base na categorização dos elementos, o pesquisador objetiva destacar os sentidos, os elos lógicos entre as categorias e, através da análise de conteúdo, o pesquisador esclarece as diferentes características dessas categorias e extrai sua significação.

Os dados coletados permitiram chegar às seguintes categorias e subcategorias:

CATEGORIAS	Subcategorias
INÍCIO DA DOENÇA	Início Silencioso
	Ideia Iminente de Morte
	Acúmulo de Patologias
MUDANÇAS ADVINDAS DA DOENÇA	Mudança de Hábitos
	O Remédio como Centro
	Adaptabilidade do Idoso (Sujeição a dor)
	Pessimismo
	Rotina de Reinternações
	Pensamento Mágico
TRATAMENTO EM CASA	Exigência de Disciplina
	O Custo da Saúde
ORGANIZAÇÃO FAMILIAR	Conforto na Organização Familiar
	Desconforto na Organização Familiar
	Disposição dos Familiares (casa)
	Disposição dos Familiares (Internação)
SOBRE OS CUIDADOS HOSPITALARES	Riscos do Tratamento em Casa
	Precisão do Tratamento na Internação
	Cuidados Intermitentes
	Submetimento à Condição de Tratamento
	Desconforto na Internação
	Rotina Hospitalar

Fonte: Elaboração do autor, 2010.

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Este capítulo refere-se à análise dos dados por meio de entrevistas com os participantes internados no Hospital de Caridade de Florianópolis, organizadas em categorias *a posteriori*. Com o intuito de responder o objetivo geral, que busca compreender a percepção dos pacientes idosos crônicos em um hospital geral, sob a sua condição de reincidente.

Foram desenvolvidas as categorizações e a análise baseando-se nos objetivos do presente trabalho, que são, a compreensão de sua doença, a sua percepção do apoio social e familiar e a sua percepção a respeito de suas internações. Para tanto, os dados foram organizadas em cinco categorias que serão expostas nos próximos subcapítulos.

4.1 O IDOSO E O INÍCIO DA DOENÇA

Na categoria INÍCIO DA DOENÇA, pode-se observar que a doença crônica, como indica Trentini et al. (2005), é toda a doença que se instala e permanecem no organismo por tempo indeterminado, podendo provocar complicações patológicas, exigindo tratamentos contínuos e/ou supervisão médica por tempo indeterminado. Porém, esta doença toma contornos diferenciados quando relacionado ao idoso, como pode ser observado nas entrevistas. O início da doença pode ser mais bem compreendido dividindo em três subcategorias, são elas: **Início Silencioso, Ideia Iminente de Morte e Acúmulo de Patologias**.

Na subcategoria **Início silencioso**, pode ser visto que os entrevistados quando questionados a respeito de sua condição, fazem uma breve reflexão de acontecimentos de suas vidas até o momento da descoberta da doença. Neste relato, a sua saúde está atrelada a uma “competência adaptativa relacionada com a forma em que se viveu e/ ou se vive a vida” (NERI; FREIRE, 2000, p. 6), como exemplifica um dos entrevistados, ao pronunciar o seguinte relato:

“Meu marido morreu me deixou com 5 filhos, mas tudo pequenininho e eu fui obrigada a cair no serviço para criar eles né. Saia de manhã as 7 horas,

chegava as 2, 3 horas da madrugada, trabalhava no restaurante. Sabe que no restaurante vinha aquelas coisa pesada e tinha que juntar tudo. E ajudava a lavar, ajudava a fazer comida tudo, aí depois fui ficando mais de idade tudo.” (Demeter).

A essa adaptabilidade citada por Neri e Freire (2000) e observada nas entrevistas, Zimmerman (2000) contribui comentando que ela respeita as condições do corpo, que, no caso do idoso, acentua-se no agravamento da doença gerando também alterações psicológicas que poderão influenciar a vida do indivíduo.

Entre os entrevistados da pesquisa, observa-se que em todos há um início no qual o entrevistado descobre a doença, geralmente com a ajuda do médico. Antes deste fenômeno, os sintomas tomam outros conotativos e não caracterizam a doença propriamente dita. Assim, esse início silencioso passa a ter visibilidade quando da indicação de um médico, o que pode ser visto na fala a seguir:

“É de acordo com a vida da pessoa, a doença vem sem avisar, vai chegando e vai acumulado, até quando a gente corre pro médico e o médico descobre que é alguma coisa.” (Petroliño).

Nesse aspecto, a descoberta da doença traz ao entrevistado uma realidade até então desconhecida, gerando ao idoso contingências que o forçam a tomar atitudes perante a vida, fazendo-se necessário, se adaptar a essa nova realidade. Zimmerman (2000) comenta que as alterações no corpo do idoso geram também alterações psicológicas, tais como: dificuldade de se adaptar a novos papéis; falta de motivação e de planejamento de seu futuro; necessidade de trabalhar psicologicamente as perdas orgânicas, afetivas e sociais; dificuldade de se adaptar às mudanças rápidas (que tem reflexos dramáticos nos idosos), sendo que as alterações psíquicas exigem tratamento e baixa autoimagem e/ou autoestima.

A segunda Categoria, a IDEIA IMINENTE DE MORTE, retrata o sofrimento do sujeito acometido pela doença. Nessa subcategoria, os aspectos do sofrimento não foram unânimes devido ao fato do teor da gravidade de cada um. Um dos entrevistados, por estar na espera de fazer sua primeira cirurgia decorrente de sua condição da doença, apresentou um grau de *stress* mais elevado por não ter vivenciado a espera da cirurgia anteriormente. Ele menciona:

“A própria doença é grave, a doença é grave, a doença é grave, o negócio é grave! É válvulas calcificadas e veias entupidadas, e não é só uma, é uma

porção, tem 6 aí, entre pequenas e grandes, ele mostrou no cateterismo.”
(Hefesto).

Ao observar o momento que esse entrevistado se encontrava, leva-se em consideração a gravidade da situação devido ao grau de *stress* relacionado com a espera de sua cirurgia. Muito embora já tenha se internado outras vezes, o entrevistado está passando por sua primeira cirurgia, e esta toma um conotativo mais agravado para o entrevistado gerando mais sofrimento. Já nos demais entrevistados, o sofrimento com o risco de morte está atrelado as crises as quais tendem a passar no processo de internação, sobre o relato da entrevistada a seguir, observa-se que o sofrimento da doença não é uma constante.

Em relatos, os entrevistados colocam que só vão para o hospital no caso de extrema urgência. A esse respeito Áries (1999) menciona que a transição de uma fase crônica para uma fase avançada não predispõe a antecipação da morte pelo acometido e pelos familiares. Com isso, o sofrimento de morte iminente não aparece fora dos momentos de crise.

A última subcategoria, o **Acúmulo de Patologias**, mostra que a doença crônica geralmente está atrelada a outras doenças adquiridas no decorrer da vida do idoso. Esse fenômeno pode acontecer tanto antes da descoberta da doença quanto durante a doença crônica. Segundo Trentini et al. (2005), exige tratamentos contínuos e/ou supervisão médica por tempo indeterminado, como diz o entrevistado a seguir:

“Bloqueio das (breve pausa), das (breve pausa), das, (breve pausa) das coronárias, aí tá, fiz tratamento e chegou uma época que o médico disse, vai ter de operar, aí eu parei, fiz a cirurgia, antes disso, prestaram socorro, eu fiz cateterismo lá, aqui no hospital de São José, tive dois tratamentos, tava tudo bem e no terceiro tive de operar, aí fiz a cirurgia o doutor de de Tubarão, o doutor..., sai dali levei uma vida normal, e que agora, depois de dezoito anos tive de fazer uma revisão de marca paço, depois de 18 anos, aí complicou tudo depois da cirurgia.” (Hefesto).

Sendo assim, a doença crônica no idoso está relacionada ao modo que o mesmo viveu e vive a vida, atrelado às mudanças advindas do corpo devido a idade avançada; segundo Zimmerman (2000), são condições que respeitam as alterações do corpo provindas da velhice mas que não inviabilizam o sujeito em lidar com essa realidade. A fala do entrevistado mostra a sua condição de vida a que agora parece estar envolta nos tratamentos com sua saúde.

A adaptação da condição do idoso em face da doença depende da forma que o mesmo aprendeu a lidar com as experiências vividas ao longo de sua existência. Dessa forma, o idoso torna-se um ser peculiar devido à sua condição (NERI; FREIRE, 2000). Como consequência, são gerados nos idosos um leque de possibilidades, que se bem organizadas, possibilitará uma melhor adaptabilidade e uma condição de doente crônico mais saudável. Por seu estado ser crônico, a convivência com a doença se torna cotidiana, facilitando a aceitação a doença tornando o sofrimento da iminência da morte como um episódio nos momentos de crise, e não uma constante.

Durante os momentos de crise, o sofrimento impera no idoso, o medo da morte se evidencia gerando um sofrimento que até então não existia, como é observado na fala do entrevistado:

“Que é ruim, sabe, é, eu tendo uma vida normal, nunca tive problema rapaz, de repente caio nessa aí, nunca tive problema, sempre tive disposição pra tudo, e agora to... [pausa]...Foi assim eu... tava morando lá na chácara, lá em casa, de repente eu levantei de madrugada e ^aghch^, e não vinha ar, e não vinha ar, e lá parei e falei, agora eu vou... Isso aconteceu umas 4 ou 5 vezes, e assim eu levantava, e... vou morrer, e não tinha filho nem parente nem para apelar na hora assim , meus filhos moram em Joinville e outros moram aqui né... E aliviava, e aí fui levando cara, aí no fim inventei de viajar lá pro norte, aí a coisa pegou, tive que voltar porque se não ia morrer lá.” (**Hipérion**).

O entrevistado relata a respeito de seu sofrimento relacionado com as crises que já passou, porém possui Diabetes Mellitus e doença cardíaca há muito mais tempo. Com isso, o paciente vivencia a doença com maior intensidade apenas durante esses momentos, fazendo com que, no cotidiano, a doença se adapte a rotina de sua vida. Durante o cotidiano, o idoso ignora sua condição de doente crônico como uma forma de se adaptar mais saudavelmente a esta condição, vivendo sem lembrar da doença, e como resultado, sofrendo menos.

Na categoria MUDANÇAS ADVINDAS DA DOENÇA pode ser compreendido que no decorrer da doença, ocorrem mudanças em vários sentidos da vida do idoso. Aqui encontram-se as subcategorias **Mudança de hábitos, O Remédio como centro, Adaptabilidade do sujeito, Pessimismo, Rotina de reinternações e Pensamento Mágico.**

Na subcategoria **Mudança de hábitos e Adaptabilidade do Idoso**, foram observados aspectos como a atenção voltada ao corpo como forma de se adaptar à nova realidade. Trentini et al. (2005) comentam que com o diagnóstico da doença

crônica, o paciente passa a ter novas incumbências em função de seu estado. Dessa forma, essas doenças exigem que os indivíduos acometidos reorganizem sua vida de modo a se relacionarem melhor com ela, como comenta um dos entrevistados:

“A mudou até o hábito de comer né cara, o hábito de comer do cara já muda tudo, a alimentação já não é mais a mesma. Você se alimenta pra saúde? (pergunta com tom sarcástico) Quanto tu vê, não pode comer aquilo, não pode beber aquilo, não pode comer aquilo, não pode fazer aquilo outro, não pode mais caminhar, tem que ser devagar, não pode andar ligeiro, então (breve pausa) é uma série de problemas que vai mudando a vida de cada dia. Cada ano que conta muda mais.” **(Petronio)**.

A adaptabilidade é observada na categoria anterior ainda, quando Neri et al. (2000) e Zimerman (2000) mostram que a adaptabilidade do ser humano está atrelada a forma em que se vive a vida, ou seja, a dinâmica do dia a dia ao longo da vida. Essa dinâmica traz ao sujeito formas de atuar no meio e, conseqüentemente, atuar nas mudanças repentinas provindas de sua condição de doente crônico e idoso. Nisso, o desgaste do corpo torna-se inevitável, mas com os avanços farmacológicos pode-se observar um acréscimo na saúde do idoso frente a esse desgaste. Entretanto, com os devidos controles nutricionais, farmacológicos, atividades físicas, bons hábitos, exercícios de memória e outros cuidados, dependendo do tipo de problema, pode-se promover a qualidade de vida, juntamente com a aceitação desse processo de envelhecer no idoso (ZIMERMAN, 2000). Como é o caso citado por um dos entrevistados:

“É porque, hum, eu gostava de fazer as coisas né, eu em casa, eu trabalhava, sou uma pessoa que me aposentei com 39 anos, eu sou marítimo e ex-combatente, então eu gostava de fazer tudo, e hoje, he (risos), to feito num boneco, mas eu gosto de fazer o que eu gosto de fazer, tem que esperar mesmo, tem que aparecer alguma coisa até o fim chegar né. É isso aí.” **(Hefesto)**.

Pode ser observado na fala anterior que com a mudança advinda da condição de idoso e doente crônico, o paciente se vê em uma nova realidade, tendo de se adaptar a mudanças como, “fazer regime de tratamento, conhecer a doença e lidar com incômodos físicos; perdas nas relações sociais e financeiras; nas atividades como locomoção, trabalho e lazer; ameaças à aparência individual, à vida e à preservação da esperança” (TRENTINI et al., 2005). Nesse caso, o entrevistado se torna dependente do tratamento e de sua condição de doente, como relata no trecho

em que comenta “estou feito num boneco”, mostra o seu processo de dependência que afeta sua autonomia, gerando a sensação de inutilidade relatada pelo entrevistado. Tudo isso leva o indivíduo a tomar atitudes frente a essa realidade e a atuação em sua vida como um todo.

Segundo Neri et al. (2000), esse processo de adaptabilidade pode afetar as dimensões do funcionamento psíquico, que são a autonomia e o domínio sobre o ambiente. Nesse processo o senso de domínio do idoso pode ficar comprometido, afetando sua competência para manejar o ambiente. Deixando-o ainda menos autônomo, prejudicando o idoso quanto ao seu senso de crescimento gerando sofrimento e inviabilizando para outros processos de adaptação, como mostra nas entrevistas:

“Então meus filhos dizem porque eu sou teimosa, eu não posso carregar peso, também não posso andar muito né. Aí eu saio e digo vou sair, vou bater perna, eles começam a falar, a mãe, a senhora tá doente, não pode sair.” **(Demeter)**.

“Poxa vida, o que eu vou te falar, eu me sinto um cara inútil, não posso fazer nada, fui sempre um cara hiperativo, nunca parei pra nada, entendeu como é que é? É isso que traz é, assim como diz uma, frustração, aquela chacinha que era dos meus pais, não posso fazer nada.” **(Hipérion)**.

No caso da Demeter, a autonomia está relacionada com liberdade de querer sair, mostrando na entrevistada prazer de gozar de sua autonomia, independente de sua condição não favorecer esse processo de autonomia que ela compreende. Segundo Neri et al. (2000), autonomia é ter habilidade para resistir às pressões sociais para pensar e agir de determinada maneira, avaliar-se com base em seus próprios padrões. A entrevistada, embora seja dependente de remédios para sobreviver, não deixa de fazer coisas que comprometam sua autonomia. Já no caso do entrevistado Hipérion, a dependência provocada por sua condição gera *stress*, afetando também a autonomia do mesmo, provocando muito sofrimento e a sensação de pouca perspectiva de mudança frente à sua realidade, ou seja, afetando seu propósito de vida, não consegue vislumbrar um futuro e fazer planos.

Na subcategoria **Rotina de reinternações** buscou-se observar através das entrevistas, os relatos a respeito das constantes internações. Nela observa-se que a confiabilidade dos profissionais da saúde é de suma importância para o decorrer do tratamento como mostra no relato:

Olha, dizer que é bom não é, de vez em quando tenho que ser internado, já fui internado uma vez por 4 a 8 dias, quatro meses voltei e fiquei internado mais 30 dias, aí mais seis meses de seis anos voltei ser internado de novo aí dali mais um mês e meio voltei a ser internado de novo até agora, então, essa foi minha internação de hospital, no meu *check-up* fico de 90 a 90 dias, no Máximo em 6 meses, hoje é diariamente, daí não falho, tenho um médico de confiança, então o médico já é mais pro lado certo.” (Petrolino).

De acordo com Mello Filho (2010), a instalação da doença costuma levar o paciente, e muitas vezes a família inteira, a um estado conhecido como regressão, e que consiste num retorno a um nível de funcionamento mais primitivo, isso quer dizer que o paciente regride a um estado de comportamento igual à de uma criança. Isto acontece nos períodos de internação. É muito comum quando o paciente de um hospital se sente coagido e ameaçado na preservação de sua identidade. O idoso fica a mercê do médico e se sujeita ao tratamento sem avaliar, se entregando ao médico como um filho machucado se entrega ao pai para curá-lo. Essa possibilidade pode gerar a confiança entre o médico e o paciente, porém, é uma resposta adaptativa a situação aversiva da hospitalização e não corresponde a um tratamento saudável. Por outro lado, o bom preparo do profissional da saúde em atender o paciente gera, por conseguinte, a segurança necessária por parte do paciente favorecendo a um atendimento mais saudável.

Outra subcategoria que se remete a uma melhor compreensão sobre as mudanças advindas com a doença é **Remédio Como Centro**, que traz a aceitação à medicação como um processo de adaptação, pois passam parte de seu tempo se medicando. Tanto em casa, com a medicação prescrita pelos médicos, como no período de hospitalização, onde a medicação é ministrada pela equipe de saúde, o remédio é o centro de vida como relatado pelos entrevistados:

“é o tempo, o tempo passa, o tempo passa de uma hora pra outra, o cara se sente um pouco enjoado, vai fazer *check-up*, toma remédio, toma mais remédio e toma outro remédio e mais remédio e depois vou passar pra outro remédio pra ver se melhora e é o que acontece com a gente.” (Petronio).

“Em casa mesmo assim, aqui que, foi ontem, eles me deram 10 comprimidos, tem que tomar, porque eles dão.” (Demeter).

A medicação torna-se central no cotidiano dos entrevistados, um recurso indispensável para o idoso portador de doenças crônicas. A medicação se torna muito importante no decorrer da vida do idoso, tornando-se o remédio em algo indispensável no contexto simbólico. Afirma Cordeiro (1980):

os medicamentos ocupam o lugar de símbolos e representações que obscurecem os determinantes sociais das doenças, iludem os indivíduos com a aparência da eficácia científica e, como mercadoria, realizam o valor e garantem a acumulação de um dos segmentos mais lucrativos do capital industrial. (CORDEIRO, 1980, p. 212).

Esse processo de simbolização dos medicamentos, além de propiciar ao usuário uma adaptação do medicamento à sua rotina de vida, pode também prejudicar o paciente pela utilização do medicamento de forma indevida, comprometendo sua saúde. Como o remédio possui apelação de mercado, produz no idoso doente crônico maior dependência dos medicamentos já que eles necessitam com mais frequência as medicações.

A subcategoria **Pessimismo** mostra que uma visão de desalento se instala como uma mudança importante a partir da doença instalada, como pode ser vista em uma das entrevistas:

“Não, só pra melhor é que é difícil, (breve pausa) pra melhor é difícil, a gente melhora mais as vezes, volta e meia a gente dá (breve pausa), a gente dá uma caída de novo, para ruim.” (**Petrolino**).

O caráter degenerativo das doenças, como as cardíacas por exemplo, torna o prognóstico da doença, a longo prazo, pouco promissor. Segundo Caixeta (2005), esse caráter degenerativo faz com que a perda de autonomia acompanhada da manutenção de *insight* (crítica em relação ao próprio estado mórbido) cause sofrimento ao acometido, que por consequência assiste sem a possibilidade de se curar, a perda, entre outras coisas, de seu vigor físico. Com isso, o indivíduo nota a diferença na gravidade de sua doença e desenvolve uma visão negativa de seu futuro em função de sua condição, ou seja, a negatividade pode passar a ser o único horizonte.

A subcategoria o **Pensamento Mágico** parece vir em socorro, ou seja, em defesa em face da possibilidade de se instalar um pessimismo, como fora visto na categoria anterior. Essa categoria delimita um comportamento ligado às crenças do idoso e mostra a presença da fé como fonte de conforto em momentos de crise. Um entrevistado relata:

Eu tô contente assim, porque eu tô vendo uma solução pro meu problema, porque eu to tranquilo, eu to vendo uma solução para o meu problema, eu

acho que eu vou viver uma vida normal daqui pra frente se Deus quiser. Já estou com 66, e tudo que vier daqui pra frente é lucro, não é (risos), entendeu como é que é.” (**Hipérion**).

Em termos psicanalíticos, o pensamento mágico é o conceito de pensamento animista, que consiste em admitir que certos pensamentos tenham um poder transcendental (FREUD, 2000). No contexto da fala do entrevistado, quando o mesmo comenta que a cirurgia vai resolver o seu problema se “Deus quiser”, o entrevistado se remete à fé. O pensamento positivo em estar tranquilo, e que suas atitudes mentais afetarão o resultado de forma demasiadamente boa, traz a esse pensamento mágico, um mecanismo de defesa comum em pacientes que se encontram no contexto do entrevistado.

O caráter degenerativo propicia esse pensamento mágico como forma de negação da morte, o sofrimento durante o momento de crise diminui devido à fé. Esse mecanismo de defesa ajuda a aliviar o sofrimento também da hospitalização, já que a cura dá ao paciente a possibilidade de retornar para casa.

4.2 APOIO SOCIAL DO IDOSO

O entendimento da percepção do idoso ao apoio social e familiar é compreendido no presente estudo por meio da discussão de duas categorias. Na categoria nominada de TRATAMENTO EM CASA foram observadas as atuações da família em meio as adversidades da doença, bem como o envolvimento da mesma juntamente com o entrevistado em seu tratamento. Essa categoria foi dividida nas seguintes subcategorias: **Exigência de disciplina** e o **Custo da saúde**.

Na subcategoria **Exigência de disciplina** pode ser visto que existem dificuldades na implicação do entrevistado com o tratamento devido sua rotina pessoal. Nessa rotina, as tarefas cotidianas tomam o interesse do paciente, dificultando o foco no tratamento e afetando a disciplina do mesmo, como pode-se observar no seguinte relato:

“Existe, porque em casa não tem ninguém pra da o tratamento, tem uma agenda lá, mas a gente é obrigada a sair, tens os teus compromissos, às

vezes chega à tarde, toma tarde, às vezes passa horas sem tomar, então o problema da casa e o daqui é diferente, eu acho, mais nada”. (**Petrolino**).

A esse respeito Ford et al. (1999) confirmam essa dificuldade com a disciplina para o autocuidado. Comentam que os “aspectos emocionais, como humor e ansiedade, por exemplo, podem alterar as reações e habilidades, modificando a aderência ao tratamento e possibilitando a tomada de decisões que influenciarão suas chances de sobreviver” (FORD et al. 1994 apud ROMANO, 1999, p. 27).

Outra variável que se impõe no decorrer do tratamento em casa, é o alto custo das medicações. A subcategoria **O Custo da Saúde** possibilita observar este fenômeno através do relato do entrevistado a seguir:

“Funciona bem, funciona bem, o tratamento, eu tomo, tem um remédio, não sei o nome deles todos, mas eu tenho um remédio que a caixinha custa 100 reais, é o Belmorage, mas têm diversos tipos de remédios, eu tenho uma despesa de remédios de 500 reais por mês, e remédios cada vez aumentam mais né, e agora eu saio daqui com direito a trocar já ou aumentar, não sei. [...] Eu tenho consulta particular primeiro eu pago a consulta, tenho convenio com o INSS, porque aí eles veem o que eu to passando já pedem o recibo, mas se for ao SUS, o SUS pede e você espera, ou você morre ou... tanto que esse exame de cateterismo, eu pedi, o medico pediu com urgência, até hoje foi à ordem e não veio a ordem de se internar, eu tive que pagar por minha conta, fiz um acordo com a secretaria e paguei a metade e a mulher pagou a outra metade.” (**Hefesto**)

Nesse contexto, o tratamento em casa torna-se de custo elevado. Sendo assim, a internação e a medicação que nela é ofertada, quando é feita pelo Sistema Único de Saúde, tornam-se mais acessíveis para o paciente que é usuário do sistema, porém a demora no atendimento torna o sistema falho, levando os idosos a procurarem as redes particulares de saúde.

Dentre os direitos do idoso, está a organização de políticas públicas que amparem o idoso quanto a sua saúde, quando da necessidade de atendimento em casa, por exemplo. Já existem políticas públicas de sistema multidisciplinar facilitando ao idoso o acesso a saúde, porém as políticas públicas do idoso, carecem de assistência ao idoso considerado frágil. Aquele que necessita de assistência mental, por exemplo, está negligenciado pelas políticas públicas. Embora, as políticas públicas do Brasil são consideradas as mais completas da América Latina.

A categoria ORGANIZAÇÃO FAMILIAR foi dividida nas seguintes subcategorias: **Conforto na organização familiar, Desconforto na organização familiar, Disposição dos familiares (casa), Disposição dos familiares**

(Internação). Observa-se em suas subcategorias a presença da família como um agente importante, no decorrer do tratamento e nos momentos de crise. Segundo Neri e Debert (1999), o tamanho da prole, a mortalidade diferencial, o celibato, a viuvez, as separações, os recasamentos e as migrações vão conformando, ao longo do tempo, distintos tipos de arranjos familiares e domésticos, os quais com o passar da idade adquirem características específicas, que podem colocar o idoso, do ponto de vista emocional e material, em situação de segurança ou de vulnerabilidade.

Na subcategoria **Conforto na Organização familiar** observa-se esse aspecto no relato a seguir:

“Meus filhos... eu tenho orgulho dos meus filhos, então eles me tratam como um rei sabe, porque eu não tenho condições de fazer nada. No início da doença não podia nem levantar que já estava um pastel né (risos), não podia nem respirar, eles me tratam como um barão mesmo entendeu? Os 4 filhos meus me tratam muito bem, não tem como reclamar. Trazem comida na cama, no sofá, controlam meu remédio, então fazem tudo pro meu bem-estar. Isso é muito importante sabe, muito importante, eu tenho orgulho dos meus filhos e dos meus netos também.” **(Hipérion).**

A família ocupa um papel importante para a adaptação ao tratamento, bem como a adesão ao mesmo. Segundo Neri (2001), a velhice sofre com a diminuição dos contatos sociais, aumentando o papel da família no acolhimento do idoso e sua doença, o que se evidencia no relato a seguir:

“Enquanto eu estou aqui, minha família ta doida pra vir, eu digo, não venha, não venha aqui, fica aí, quando eu tiver em Laguna eu vou te ver aí, ela trabalha ela, trabalha o marido, trabalha as filhas, pode ficar, só por telefone. E a filha aqui, também, vem todo dia e ela faz um tratamento também, só quando esse tratamento é feito, aí ela deixa de vir, mas telefona, aí vem o marido dela, vem o neto. Aí eu digo, diz pro Lurdinho (neto) pra ele não se preocupar. Diz pra ele que eu estou bem. Todos se preocupam comigo, todos se preocupam comigo, eles gostam muito de mim, esse neto ta em tubarão, ele fica louco quando eu estou doente, quando sabe que eu fico doente, ele fica agoniado.” **(Hefesto).**

Nesse relato, foi apresentada pelo entrevistado a atenção que a família dá ao mesmo, gerando o acolhimento e o apoio às adaptações necessárias a sua condição. Por outro lado, a ausência da família pode gerar sofrimento, resultando em dificuldades na adaptação do tratamento em casa, como é tratado na subcategoria **Desconforto Na Organização Familiar** como citado no relato a seguir:

“A maior possível, o maior possível que eles podem fazer eles fazem, nem toda hora eles podem estar perto, tu sabes que cada um trabalha em algum canto, a esposa precisa tomar conta da casa, eu tenho negócio e saio e quando não tenho negócio, eu não vou ficar plantado em cima do remédio para olhar, “opa” agora vou tomar, não, não é assim.” **(Petrolino)**.

Com isso a rotina familiar precisa também se adaptar a essa nova realidade, a qual o idoso e doente crônico passa ao longo da vida. Dentro desta rotina, alguns relatos enquadrados na subcategoria **Disposição Dos Familiares (Casa)**, destoam entre si, são eles:

“Aí quando, não tem ninguém pra me acudir, aí tem uma vizinha minha que mora perto da minha casa, aí eu mando ela chamar, aí o SAMU vai lá e se é preciso levar pro hospital e se não é preciso eles dão remédio e me deixam em casa.” **(Demeter)**.

“Só nos dois e só, nós levamos a vida os dois junto. Levantamos a mulher me levanta um pouquinho mais cedo, elas sabe que eu preciso dormir, aí ela não quer me chamar, aí ela levanta. Quando eu acordo, não vejo ela na cama, eu levanto, chego lá ela ta na mesa com o café pronto me esperando, aí depois eu posso sair, chega na outra refeição, ela não faz sozinha, sempre espera por mim, aí a gente quer dormir um pouquinho, mas vê que ela está esperando pra comer, aí eu levanto pra fazer a refeição junto, tomar o café junto. Mas isso é desde quando casamos, foi sempre assim, saia para dar minhas pescada e dizia pra ela, olha esse eu passar do meio-dia tu pode almoçar, não adiantava nada que dava antes de meio-dia não voltava e se eu não volta-se ela não comia mesmo.” **(Hefesto)**.

Os relatos se diferem pela disposição familiar em que se encontram. No primeiro relato, a entrevistada encontra-se só, tendo que se adaptar usando artifícios diferenciados para poder conviver satisfatoriamente com sua condição, que neste caso é a vizinha que tem a incumbência de chamar o médico em caso de crise.

Já no segundo relato, existe uma família composta de dois membros, que é o doente e sua conjuge, neste caso, ambos ocupam papéis dentro do tratamento que se repetem desde o início do casamento, não gerando perda de papéis. Neri (2000) postula seis dimensões do funcionamento para explicar o processo de bem-estar do idoso, nesse caso, a dimensão enquadrada é a de ter uma relação de qualidade com os outros, que no caso, é sua esposa, implicando em melhor qualidade de vida.

Quando o idoso possui uma relação de qualidade com outros, torna-se mais fácil de suportar o cotidiano com a doença. Nos relatos anteriores, ambos os entrevistados possuem boa relação com outras pessoas. Muito embora ficasse evidente a diferença da constituição das famílias dos entrevistados, os entrevistados conseguem se adaptar bem a situação.

A última subcategoria desse grupo denomina-se **Disposição dos familiares (Internação)** que é relativo aos relatos de grande acolhimento familiar. A fala dos entrevistados deixa claro o quanto a internação é um momento de grande mobilização da família desse idoso, como pode ser visto nas falas a seguir:

“A esposa é um espetáculo, é, eu sempre digo, às vezes digo pra ela, eu tenho pena de ti ela sofre mais que eu sentando numa cadeira como aquela (cadeira do acompanhante próximo ao leito). Eu disse pra ela, é uma boneca, é uma menina, ela faz tudo, atende eu, atende o neto, atende o filho porque também é doente, mora em Laguna mas é doente, né, atende tudo, está sempre pronta pra tudo. Eu tenho que levantar as mãos pro céu, pela esposa que eu tenho, é ótima.” **(Hefesto)**.

“As minhas duas filhas que me atendem, uma a mais velha, tem dois moços (filhos), um com 5 e outro com 18, e ela é educadora em Joinville, então não tem problema de criança pequena, e a outra que trabalha aqui tem 2 moças que estão na faculdade, então não tem problema, e o marido dela trabalha junto. Agora o meu guri, que mora em Joinville, ele não para, tá aqui, daqui a pouco tá em Brasília, daqui a pouco já está em São Paulo, agora pouco ele me ligou e disse que está em São Paulo, e não sei o que. É assim, ele não para.” **(Hipérion)**.

Embora tenham famílias com disposições diferentes, todos os relatos apresentam similaridades no que diz respeito ao acolhimento dos familiares durante a internação. Segundo Neri, o tamanho da prole, a mortalidade diferencial, o celibato, a viuvez, as separações, os recasamentos e as migrações vão conformando, ao longo do tempo, distintos tipos de arranjos familiares e domésticos, os quais com o passar da idade adquirem características específicas, que podem colocar o idoso, do ponto de vista emocional e material, em situação de segurança ou de vulnerabilidade (NERI; DEBERT, 1999).

A família neste contexto possui um papel importante nas configurações da personalidade dos idosos, ou seja, uma família ausente poderá promover ao idoso maior sentimento de desamparo, deixando o mesmo em situação de vulnerabilidade, ocorre o contrário se a família assume um papel ativo no acolhimento deste idoso. Muito possivelmente, em momentos de crise o acometido se encontrará em situação de maior segurança, se sentindo amparado pela sua família.

Cada família possui disposições e arranjos diferentes, portanto, embora a família seja um aspecto importante na vida do idoso, ela não se aplica a todos os idosos. Caldas (2003) comenta em seus estudos que “o fato de morar só, para o idoso, tem sido associado a um decréscimo na qualidade de vida, agravamento da

morbidade e, até mesmo, indicador de risco de mortalidade” (p. 777), ressaltando a importância da família na vida do idoso.

Por outro lado o sistema hospitalar gera no idoso internado, uma despersonalização, reduzindo o paciente a um número de leito ou uma patologia gerando a perda de autonomia. Isso acaba dando a família o poder de decidir sobre o doente (CAMON, 2003; ROMANO, 1999).

4.3 O IDOSO E A INTERNAÇÃO

Na categoria SOBRE OS CUIDADOS HOSPITALARES, encontra-se as subcategorias: **Riscos do tratamento em casa, Precisão do tratamento na internação, Cuidados intermitentes, Submetimento a condição de tratamento, Conforto da internação, Desconforto na internação, Rotina hospitalar.**

Nessa categoria, encontram-se aspectos referentes ao tratamento hospitalar, bem como a comparação do mesmo com o tratamento em casa, visto que os tratamentos diferem entre si, como foi visto antes.

A subcategoria **Riscos do Tratamento em casa** corrobora a compreensão da ideia iminente de morte atrelada aos momentos de crise, que foi abordado em outras categorias, o que é mostrado no relato do entrevistado:

“Em que condições, quando corria risco de saúde... – Eu era obrigado e o médico me mandou me internar... vou lá fazer um *check-up*, *check-up* se faz no consultório. Aí no *check-up*, vou lá faço meus exames, fazer minha consulta, leva meus exames pra ver pra ser um *check-up*.” **(Petronio)**.

Quando o entrevistado é questionado a respeito dos riscos do tratamento em casa, ele se remete aos momentos de crise, não considerando o cotidiano com a doença como gerador de sofrimento. Outra observação reforçada nessa subcategoria é a inadimplência da administração medicamentosa devido a rotina pessoal. Essa rotina interfere significativamente na administração do tratamento como um todo, como relata a entrevistada:

“Não, é a mesma coisa, só que em casa tem vezes que eu esqueço né.” **(Demeter)**.

Esse relato corrobora a categoria EXIGÊNCIA DE DISCIPLINA, em que os aspectos emocionais, a autonomia e a independência afetam a adesão ao tratamento. Nessa subcategoria, observa-se que a falta de disciplina atrelada ao auto cuidado interferem no tratamento em casa, bem como a má administração dos medicamentos e o não cumprimento das orientações médicas são de maior intensidade longe dos “olhos” da equipe de saúde. Já na hospitalização, o paciente possui uma equipe que assessora todo o tratamento, fazendo com que o tratamento seja mais eficaz, porém, como o controle é feito pela equipe de saúde, e aí o paciente também sofre com essa mudança.

Na subcategoria **Desconforto na internação** podem ser vistos corroboradas as afirmações de Neri et al. (2000) e Zimmerman (2000) sobre a adaptabilidade, acentuando-se a autonomia e dependência como condições que se encontram muitas vezes afetados no âmbito hospitalar. A rotina hospitalar cria uma dependência e dificulta a autonomia do idoso, e a adaptabilidade torna-se necessária para viver o processo de internação de forma mais saudável. Como o entrevistado relata:

“aqui eu to plantado porque eu to preso aqui dentro duma “cadeia” aqui, cadeia não, aliás, que cadeia, do hospital to cumprindo aqui, tem uma agenda lá, trás o copinho, da pra todo mundo, lá em casa não é assim, o tratamento de casa não é assim [pausa], o cara não tem 100 por cento horário certo para tomar, toma duas semanas três certinho até que um dia já não toma, tem aquele dia que um liga pro cara sair, quem ta em casa tem seus compromissos, é assim, mais no mais é tudo sobre controle.” **(Petroliño)**.

Quando o entrevistado menciona a palavra “cadeia” ele se refere ao sistema hospitalar, que traz algumas perdas na autonomia quando se comparado a rotina fora do ambiente hospitalar. Na medida em que o indivíduo cresce, a autonomia se torna uma importante conquista do sujeito. Desde seus primeiros passos, o ser em desenvolvimento já percebe no esforço de suas conquistas a importância de desenvolver e controlar as funções do seu corpo, se desenvolvendo até o final de sua vida. Paschoal (1996) comenta que um ser humano poderá se sentir saudável desde que seja capaz de fazer atividades comuns em seu meio, ocupando alguma função social, podendo realizar-se e ser feliz devido a uma boa qualidade de vida, mesmo sendo portador de alguma doença ou de alguma debilidade física. Este autor menciona que alguns idosos, mesmo acometidos por doenças crônicas, podem se vir como pessoas de boa saúde, quando possuem autonomia, podendo executar suas

tarefas cotidianas satisfatoriamente, o que não ocorre no âmbito hospitalar. O sistema hospitalar não fornece a autonomia necessária ao idoso, devido à forma que o paciente é tratado no hospital.

Os cuidados da equipe de saúde ao paciente, foi observado na subcategoria **Precisão do tratamento na internação**, que a equipe de saúde está mais bem preparada para atender o paciente, de forma mais humanizada e respeitando as dimensões do funcionamento positivo proposto por Neri, que são, autoaceitação, relações positivas com os outros, autonomia, domínio sobre o ambiente, propósito da vida, crescimento Pessoal, como pode ser visto nas entrevistas:

“Aqui no hospital eles tratam bem, aí eles botam.. dão negócio para tomar, me botam no soro, mandam fazer uns exames pra ver como é que eu to né, e daí é isso, eles veem como eu to sentindo né, o médico é muito bom também né.” **(Demeter)**.

“A, hi, aqui e em Joinville eu não tenho que reclamar de ninguém porque aqui principalmente eu to num SPA. Desde a zeladora até as enfermeira e os médicos são assim fora do sério, são bons demais, eles incentivam a gente, tratam muito bem tratado, não tenho do que reclamar, nota 10 pra eles, nota 10, não tenho um fio de cabelo para reclamar deles, pelo atendimento deles, limpeza, atendimento, é brincadeira, eu nunca tive num hospital que... Joinville também é a mesma coisa, me atenderam muito bem lá, só na emergência que o cara fica lá jogado, assim. Eles também não tem culpa NE, eles também não tem culpa de acontecer o que acontece, aqui no hospital é culpa de na sei de quem, mas em matéria de atendimento, é nota 10, é nota 10, em tudo, limpeza, sempre estão ali quando você precisa, quando não precisa, toda hora, então não tenho como censurar ninguém. Neste ponto estou feliz.” **(Hipérion)**.

Os relatos dos entrevistados são unânimes, quando se referem ao trato da equipe de saúde com os pacientes, todos exaltam a equipe como uma equipe exemplar pelo trabalho humanizado. Mas, muito embora o trato humanizado seja direito básico a saúde, há muito pouco tempo esse direito tornou-se real na prática.

A subcategoria **Cuidados intermitentes** mostra que o tratamento de uma doença crônica é um processo continuado, como se caracteriza a própria doença crônica. O entrevistado relata:

“contínuo Vinte e quatro horas por dia só, nem mais nem menos.” **(Petronio)**.

Esses cuidados, além de serem continuados e sem previsão de cura pelo tipo de doença, também estão ligados ao quadro de gravidade nos momentos de

crise, como observados anteriormente, ou seja, quanto maior a gravidade, maior os cuidados. Nos momentos de crise, os cuidados a saúde se intensificam até no momento da internação.

Pelo paciente conviver com a doença crônica, em alguns casos, por uma longa data, também traz ao mesmo, um maior conhecimento sobre o seu corpo. Quando relacionados aos sintomas de sua doença, como pode ser observado em uma das entrevistas:

“Quando dá um negócio em mim eu já sei. Quando eu quero ficar doente eu já sei, eu to tão acostumada com a doença que eu já sei.” (**Demeter**).

As doenças crônicas, quando relacionadas ao idoso são consideradas de longa duração e exigem que os indivíduos acometidos reorganizem sua vida, de modo a se relacionarem melhor com ela (TRENTINI et al., 2005), possibilitando que o acometido possa se autodiagnosticar, baseando-se em suas experiências anteriores com a doença.

Sobre este aspecto, devido às incumbências geradas pela descoberta e convivência da doença, o indivíduo precisa se adaptar a essa nova realidade (TRENTINI et al. 2005). Com isso, uma possibilidade pode ser o autoconhecimento como um mecanismo diagnóstico, o que pode ser visto no relato anterior.

Na subcategoria **Submetimento à condição de tratamento**, foi observado no relato dos entrevistados a confiança entre o médico e o paciente:

“Mas hoje eu falei pra ele, o doutor enquanto tiver ruim vamos botando, enquanto eu tiver ruim vai cortando (risos), é isso.” (**Hefesto**).

Com um atendimento mais humanizado bem como, a transmissão de informações claras aos pacientes, faz com que o paciente ao conhecer sua condição, amenize seus medos e elimine fantasias a respeito de seu estado ou de sua doença, gerando maior segurança, promovendo maior alívio do sofrimento (ROMANO, 1999).

A segurança gerada ao paciente possibilita maior aderência ao tratamento, o bom preparo do profissional da saúde em atender o paciente, gera, por conseguinte, a segurança necessária por parte do paciente, favorecendo um atendimento mais saudável.

No relato anterior, o entrevistado se submete inteiramente ao procedimento médico, embora gere a segurança, a forma que se dá esse processo de submetimento, é algumas vezes nocivo ao entrevistado, pois um dos mecanismos de defesa do paciente no contexto da internação é a regressão.

Esse mecanismo de defesa infantiliza o indivíduo tornando-o mais submisso, fazendo com que o paciente se submeta ao tratamento sem se questionar ou questionar o profissional da saúde. O sistema hospitalar torna o sujeito, um paciente, ou seja, um sujeito passivo no tratamento.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa teve como objetivo geral, identificar a percepção dos pacientes idosos em estado patológico crônico, em um hospital geral, sob a sua condição de reincidente na internação hospitalar. Foi realizada no Hospital de

Caridade de Florianópolis, com quatro pacientes internados por doenças crônicas e reincidentes. Os dados coletados foram categorizados e analisamos a partir da construção de categorias e subcategorias, baseando-se nos objetivos específicos a que se propõe este trabalho.

Dessa forma, por meio do presente estudo, puderam-se observar as percepções do idoso a respeito de sua condição de doente e de reincidente. No início, o idoso descobre a doença geralmente com a ajuda do médico. Anterior a descoberta da doença os sintomas tomam outro conotativo, sendo desvendado no momento do diagnóstico. Com o diagnóstico de doença crônica, o paciente passa a ter novas incumbências em função de seu estado. As doenças crônicas no idoso estão relacionadas com a forma com que se viveu a vida, possui um início silencioso e se torna um marco inicial para um processo de mudança de hábitos. Com isso, a patologia vai se agravando e se acumulando a outras doenças devido à velhice, o que pode perdurar até o fim da vida.

O idoso desenvolve, ao longo de sua vida, por intermédio de suas vivências, mecanismos adaptativos para melhor gerenciar o sofrimento da patologia e das repetidas internações. Essa adaptação habitua o idoso ao seu estado de doente crônico, naturalizando a doença para o acometido. Esses mecanismos estão relacionados ao aprendizado que o idoso adquiriu na forma de lidar com as coisas, tornando-se um ser peculiar. O sofrimento devido à ideia iminente de morte nos entrevistados se evidenciou apenas nos momentos de crise. Seu estado patológico faz parte do cotidiano do idoso, fazendo com que o mesmo se adapte de tal forma que passa a conhecer os sintomas e prognostique os momentos de crises.

As doenças crônicas exigem que os indivíduos acometidos reorganizem sua vida de modo a se relacionarem melhor com ela. Nessa reorganização, o processo de autonomia e dependência torna-se um importante dilema a ser resolvido pelo idoso - ser dependente de um tratamento sem inviabilizar a autonomia do idoso. Através do relato dos entrevistados, observou-se que para alguns, a exigência de retomar a autonomia prejudicava o tratamento, aumentando as crises por consequência. Com isso, o tratamento torna-se menos eficaz devido a falta de adesão às medicações. Por outro lado, ao longo do tempo, ocorre a aceitação à medicação como um processo de adaptação, pois o doente crônico passa boa parte do seu tempo se medicando. Como estratégia de adaptação os entrevistados utilizaram da regressão e pensamento mágico como forma de suprir as adversidades da doença.

A medicação para o idoso doente crônico torna-se central no cotidiano, um recurso indispensável para o idoso portador de doenças crônicas. O remédio torna-se algo indispensável para a vida do sujeito tanto no contexto prático como no simbólico. Porém, quando ministrados em casa, existem dificuldades na implicação do paciente com o tratamento devido sua rotina pessoal, essa rotina interfere na disciplina do tratamento, fazendo com que o idoso se ocupe com outros afazeres prejudicando ainda mais a sua saúde.

O caráter degenerativo das doenças, como as cardíacas, por exemplo, torna o prognóstico da doença, em longo prazo, pouco promissor podendo gerar pessimismo ao acometido.

O tratamento em casa possui um custo elevado, a internação e a medicação que nela é ofertada, quando é feita pelo Sistema Único de Saúde - SUS torna-se mais acessível para o paciente que é usuário do sistema, porém a demora no atendimento torna o sistema falho, levando os idosos a procurarem as redes particulares de saúde.

Na hospitalização, o tratamento é mais eficaz, pois a equipe de saúde ministra o tratamento. Em contra a partida, a falta de autonomia do paciente gera sofrimento pela hospitalização. A equipe de saúde ajuda no processo de hospitalização através do atendimento humanizado, promovendo mais conforto neste período.

A família ocupa um papel importante para a adaptação ao tratamento a rotina familiar, com isso, durante a vida do idoso, a família precisa também se adaptar a essa nova realidade, a qual o idoso e doente crônico passa ao longo da vida. Porém cada família possui disposições e arranjos diferentes, portanto, embora a família seja um aspecto importante na vida do idoso, ela não se aplica a todos os idosos.

Pesquisas que aprofundem mais a respeito dos aspectos psicológicos envolvidos na reinternação do idoso, podem ser sugeridas a partir do presente estudo. Pesquisa esta que envolve os aspectos psicológicos do idoso e da doença crônica, pois existem poucos estudos que abordam o tema.

Existem vários trabalhos publicados na gerontologia – área da psicologia. Porém, trabalhos psicológicos voltados a compreender a doença crônica e o processo de reinternação ainda são muito pouco explorados.

Camon (2003) comenta em seus estudos que um dos objetivos do psicólogo no hospital é minimizar o sofrimento do paciente, sofrimento este causado

pela hospitalização. Para tanto, é importante conhecer os aspectos que envolvem o idoso, já que este grupo corresponde a maior parte dos internados no ambiente hospitalar, aliado ao fato de que a população está envelhecendo mais, ressaltando a importância destes estudos, em futuras pesquisas.

REFERÊNCIAS

ALAMY, S. **Ensaio de psicologia hospitalar: a ausculta da alma**. Belo Horizonte: Edição independente, 2003.

BALTES, M. M.; SILVERBERG, S. A dinâmica dependência-autonomia no curso da vida. In: NERI, A. L. (Org.). **Psicologia do envelhecimento**. Campinas: Papirus, 1995. p. 73-110.

BEAUVOIR, S. de. **A velhice**. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1970.

BRASIL. **Estatuto do idoso**. Brasília: Senado Federal, 2003.

BUENO, S.M.V. **Contribuição ao estudo do lazer no ambiente hospitalar**. 1981. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto–Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1981.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS. **Informações de saúde**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>>. Acesso em: 5 fev. 2010.

CAIXETA, Marcelo: **Psicologia Médica**. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan/ 2005

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 733-781, jun. 2003. Disponível em : <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 5 jun. 2010.

CAMON, V. A. A. **Psicologia hospitalar: teoria e prática**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

_____. **Tendências em psicologia hospitalar**. São Paulo: Pioneira, 2004.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista de Saúde Pública**, v. 2, n. 31, p. 184-200, 1987.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Envelhecimento e subjetividade: desafios para uma cultura de compromisso social**. Brasília: CFP, 2008.

CORDEIRO, H. **A indústria da saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal/Cebes, 1980.

EIZIRIK, C. L.; KAPCZINSKI, F.; BASSOLS, A. M. S. (Orgs.). **O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

FALEIROS, V. P. **Envelhecimentos no Brasil: desafios e compromissos**. 2008. Dissertação (Mestrado) – em Gerontologia ano 2008. Disponível em: <<http://www2.pol.org.br/envelhecimento/paginas.cfm?page=informacoes>>. Acesso em: 07 out. 2009.

FREIRE, S. A.; RESENDE, M. C. de. Estudos e intervenções para a promoção da velhice satisfatória. **Psicol. Am. Lat.**, n. 14, out. 2008.

FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A, 2002.

FREUD, S. **Edição eletrônica brasileira das obras psicológicas completas**. Rio de Janeiro: Imago editora, 2000.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

_____. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GROISMAN, D. A velhice, entre o normal e o patológico. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 61-78, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702002000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 out. 2009.

GUERRA, I. C.; RAMOS-CERQUEIRA, A. T. A. Risco de hospitalizações repetidas em idosos usuários de um centro de saúde escola. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 23, p. 585-592, mar. 2007.

HADOT, Pierre. **O que é a filosofia antiga?** Ipiranga: Editora Loyola, 1999.

HOUAISS, A. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

JECKEL NETO, E. A.; CUNHA, G. L. Teorias biológicas do envelhecimento. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 13-19.

KAHHALE, E. M. S. P. Psicologia na saúde: em busca de uma leitura crítica e de uma atuação compromissada. In: BOCK, A. M. B. (Org.). **A perspectiva sócio-histórica na formação em psicologia**. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2003. 1 v. p. 161-191.

MARTINS, L. M.; FRANCA, A. P. D.; KIMURA, M. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 3, p. 5-18, 1996. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691996000300002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 out. 2009.

NERI, A. L. **Palavras-chave em gerontologia**. Campinas: Alínea, 2001.

NERI, A. L.; FREIRE, S. A. (Orgs.). **E por falar em boa velhice**. Campinas: Papirus, 2000.

NERI, A. L.; DEBERT, G. G. (Orgs.). **Velhice e sociedade**. Campinas: Papirus Editora, 1999.

PALMA, Alejandra et al. Frecuencia y pesquisa de síntomas en pacientes crónicos en fases avanzadas en un hospital clínico: existe concordância entre pacientes y médicos? **Rev. méd. Chile** [on-line], v. 136, n. 5, p. 561-569, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008000500003&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 07 jun. 2009.

PAPALÉO NETO, M. O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 2-12.

PASCHOAL, S. M. P. Autonomia e independência. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1996. p. 313-323.

PESCE, R. et al. Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 20, n. 2, p. 135-143, 2004.

PETRONIO, A. **Del viver delli romani et di conservar la sanità**. Roma: Domenico Basa, 1592.

PINTO, F. E. M. Psicologia hospitalar: breves incursões temáticas para uma (melhor) prática profissional. **Rev. SBPH**. [on-line], v. 7, n. 2, p. 1-12, dez. 2004. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582004000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 1 nov. 2009.

RAUEN, F. J. **Roteiros de investigação científica**. Tubarão: Editora Unisul, 2002.

RIBEIRO, A. P. et al. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, ago. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000400023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 out. 2009.

ROMANO, B. W. **Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais**. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo, 1999.

SANCHES, A. P. R. A.; LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. Violência contra idosos: uma questão nova? **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 90-100, 2008.

SANTOS, C. T.; SEBASTIANI, R. W. Acompanhamento psicológico à pessoa portadora de doenças crônicas. In: BOCK, A. M. B.; GONÇALVES, M. G. M.; FURTADO, O. (Orgs.). **Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em psicologia**. São Paulo: Cortez, 2001.

SCHERER, A. A. et al. **Uma proposta multiprofissional de educação para o envelhecimento saudável**. 2001. Monografia (Especialização em Gerontologia) – Núcleo de Estudos da Terceira Idade, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

SEBASTIANI, Ricardo Werner; CAMON, Valdemar Augusto Angerami et al. (Org.). **Psicologia hospitalar: teoria e prática**. São Paulo: Pioneira Thomson, 2003.

Siqueira, M. E. C. de. (2001). Teorias do envelhecimento. In A. L. Neri (Ed.), **Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas**. Campinas, SP: Papirus.

TRENTINI, M. et al. Enfrentamento de situações adversas e favoráveis por pessoas idosas em condições crônicas de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, fev. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 out. 2009.

VERAS, R. P. et al. Novos paradigmas do modelo assistencial no setor saúde: consequência da explosão populacional dos idosos no Brasil. In: VERAS, R. P. (Org.). **Terceira idade: gestão contemporânea em saúde**. Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará, 2002. p. 11-79.

VILLAS BÔAS, P. J. F.; RUIZ, T. Ocorrência de infecção hospitalar em idosos internados em hospital universitário. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 38, n. 3, p. 372-378, 2004.

ZIMERMAN, G. I. **Velhice**: aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: Artmed, 2000.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista

A presente entrevista destina-se à coleta de dados para elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso do Curso de Psicologia.

Idade:

Sexo:

Estado Civil:

Profissão/ocupação:

Constituição Familiar:

Mora com:

Naturalidade:

Diagnóstico p/ prontuário:

Diagnóstico p/ paciente:

História de reinternações:

- 1- Como se deu esta doença com o senhor (a)?
- 2- O que essa doença traz na sua vida?
- 3- Quais as situações ou condições que levam à necessidade de você ser internado?
- 4- Como que esses problemas relacionados com sua doença são cuidados no hospital durante suas internações?
- 5- Em casa, como você é tratado com relação às dificuldades da doença? Qual a participação da família nisso?
- 6- Quando você está internado, como sua família age? Como ela se organiza?
- 7- Como é para você, ser uma pessoa que vive em constantes internações hospitalares?
- 8- Existe algo que você gostaria de dizer?

ANEXOS

Anexo A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP UNISUL TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que fui informado sobre todos os procedimentos da pesquisa cujo tema é **“A percepção dos pacientes idosos crônicos em um hospital geral sobre a sua condição de reincidente na internação hospitalar”**. Estou ciente de que a pesquisa será realizada obedecendo aos seguintes critérios:

- a- O tempo de realização das entrevistas será de 40 a 50 minutos;
- b- O horário para a realização das entrevistas, será combinado com os participantes, considerando a disponibilidade dos mesmos e será agendada pelo próprio pesquisador com antecedência;
- c- Para o armazenamento das informações, a entrevista será gravada com a permissão do participante e posteriormente transcritas para que se possa garantir o registro de todas as falas do paciente. Para o tratamento e análise das falas, serão feitos, após a realização das entrevistas, quadros com os questionamentos dela surgidos. A análise de conteúdo será feita através da descrição das falas do paciente, com o intuito de concluir o conhecimento produzido;
- d- A pesquisa será realizada no Hospital de Caridade, em Enfermarias Gerais, mais precisamente no quarto do paciente;
- e- Os instrumentos utilizados para a coleta de dados serão o guia da entrevista semi-estruturada, previamente elaborado e o gravador de voz;
- f- Pelo fato de a pesquisa acontecer dentro do hospital, a pesquisadora estará vestida de acordo com as normas do mesmo, com um jaleco branco e sapatos fechados.

Os riscos e desconfortos apresentados pela pesquisa são mínimos, porém no caso de haver desconforto emocional durante a entrevista, terei direito a interromper a entrevista e receber atendimento psicológico.

Estarei contribuindo para a produção de conhecimento científico sobre a relação existente entre a percepção de idosos hospitalizados sobre sua autonomia e os

mecanismos de enfrentamento apresentados por estes durante a hospitalização. Este conhecimento poderá ser útil na atuação de profissionais psicólogos e gerontólogos da área hospitalar.

Estou ciente que durante os procedimentos práticos deste estudo serei acompanhado pela pesquisadora.

Declaro que fui informado sobre todos os procedimentos da pesquisa e que recebi, de forma clara e objetiva, todas as explicações pertinentes ao projeto e que todos os dados a meu respeito serão sigilosos. Eu compreendo que neste estudo as medições dos experimentos/procedimentos de tratamento serão feitas em mim.

Declaro que fui informado que posso me retirar do estudo a qualquer momento.

Nome por extenso: _____

RG: _____

Local e data: _____

Assinatura: _____

PESSOAS PARA CONTATO:

PESQUISADOR RESPONSÁVEL:

Ana Maria Pereira Lopes, Msc

ALUNO RESPONSÁVEL:

Alexandre N. A. Maia

NÚMERO DO TELEFONE:

(48) 99808549

NÚMERO DO TELEFONE:

(48) 99158896

ENDEREÇO:

Av. Pedra Branca, nº 25
Palhoça – SC

ENDEREÇO:

Rua Afonso Pena 851
Bairro Canto
Florianópolis – SC

Anexo B – Termo de Consentimento para Gravações de Voz



UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP UNISUL CONSENTIMENTO PARA GRAVAÇÕES DE VOZ

Eu _____
permito que o grupo de pesquisadores relacionados abaixo obtenha gravação de minha pessoa para fins de pesquisa científica, médica e/ou educacional.

Eu concordo que o material e informações obtidas relacionadas à minha pessoa possam ser publicados em aulas, congressos, eventos científicos, palestras ou periódicos científicos. Porém, a minha pessoa não deve ser identificada, tanto quanto possível, por nome ou qualquer outra forma.

As gravações de voz ficarão sob a propriedade do grupo de pesquisadores pertinentes ao estudo e sob sua guarda.

Nome do sujeito da pesquisa e/ou paciente:

RG: _____

Endereço: _____

Assinatura: _____

Equipe de pesquisadores:

Instituição de Ensino: Universidade do Sul de Santa Catarina – Fone: (48) 3279-1000

Professora: Ana Maria Pereira Lopes-Msc - Fone: (48) 99808549

Aluno: Alexandre N. A. Maia - Fone: (48) 99158896

Data e Local onde será realizado o projeto:

Florianópolis, _____

Adaptado de: Hospital de Clínicas de Porto Alegre / UFRGS