

Estratégias de Enfrentamento das Doenças por Idosas Hospitalizadas

Laís Claudino Moreira Ribeiro¹

Verônica Lúcia do Rego Luna²

Katrucy Tenório Medeiros²

¹Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, Recife, PE

²Universidade Federal da Paraíba – UFPB, João Pessoa, PB

Resumo

Objetiva-se analisar as estratégias de enfrentamento de doenças por idosas hospitalizadas. Participaram desta pesquisa dez idosas internas na clínica médica de um hospital. As idades variaram entre 60 a 73 anos, sendo a amostra intencional e por conveniência. Para coleta de dados, utilizou-se questionário sociodemográfico e entrevista semiestruturada. A análise de dados foi realizada pelo *software* Iramuteq, por meio da Classificação Hierárquica Descendente. Os resultados identificaram que as participantes utilizam mecanismos adaptativos de enfrentamentos focalizados no problema, representado pela descrição da rotina médica e do cuidado com o corpo; e focalizados na emoção, caracterizado por estratégias de religiosidade, resiliência e suporte socioafetivo. A rejeição ou negação da morte emergiu enquanto mecanismo para lidar com a ideia de finitude. Conhecer as estratégias de enfrentamento da doença e seus desdobramentos pode auxiliar na assistência à saúde, visando implementar ações que resultem na melhoria da qualidade de vida dos idosos.

Palavras-chave: velhice, resiliência, religiosidade, suporte social, morte

Coping Strategies of Disease by Elderly Hospitalized Women

Abstract

The objective of the present study was to analyze the strategies for coping with disease by elderly hospitalized women. Participants included 10 elderly women hospitalized in the medical clinic of a hospital, aged 60 to 73, and sample selection was intentional or convenience-based. For data collection we used a social demographic questionnaire and a semi-structured interview. Data analysis was performed by the software Iramuteq and the Hierarchic Descendent Classification. The results revealed that participants used adaptation mechanisms of confrontation focused on the problem, represented by the description of the medical routine and care with the body; and focused on the emotion, characterized by strategies of religiosity, resilience and by the social affective support. Rejection or denial of death emerged as a mechanism to deal with the idea of finitude. Knowing the strategies of confrontation of the disease and their repercussions can help in health assistance, aiming to implement actions that lead to the improvement of the quality of life for the elderly.

Keywords: Aging; resilience; religiosity; social support; death

Estrategias de Enfrentamiento de las Enfermedades por Ancianas Hospitalizadas

Resumen

El objetivo de este estudio fue analizar las estrategias para enfrentar las enfermedades por ancianas hospitalizadas. Participaron de esta investigación, diez ancianas internadas en una clínica médica de un hospital, con edades que variaban de 60 a 73 años, siendo la muestra, intencional y por conveniencia. Para recolectar los datos, fue utilizado un cuestionario socio demográfico y una entrevista semiestruturada. El análisis de datos fue realizado por el *software* Iramuteq, por medio de Clasificación Jerárquica Descendente. Los resultados revelaron que los participantes utilizan mecanismos adaptativos de enfrentamiento, enfocados en el problema, representado por la descripción de rutina médica y cuidado con el cuerpo; y con foco en la emoción, caracterizado por estrategias de religión, resiliencia y apoyo socio afectivo. El rechazo o negación de muerte surgió como mecanismo para hacer frente a la idea de finitud. Conocer las estrategias de enfrentamiento de la enfermedad y sus desdoblamientos puede auxiliar en la asistencia a la salud, con la intención de implementar acciones que resulten en la mejoría de la calidad de vida de los ancianos.

Palabras-clave: vejez; resiliencia; religiosidad; apoyo social; muerte

Introdução

A população idosa tem ganhado destaque em nossa sociedade devido ao seu crescimento acelerado. Para Organização Mundial de Saúde – OMS (2005), nos países em desenvolvimento, grupo em que o Brasil se encontra atualmente, são consideradas idosas pessoas

com mais de 60 anos, enquanto, nos países desenvolvidos, com mais de 65 anos. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2011), o número de pessoas idosas no país deve aumentar de 14,5 milhões (7,4%) em 2013, para 58,4 milhões (26,7%) em 2060. Essa mudança demográfica tem gerado novas demandas aos serviços de saúde, assistência social, bem como

para criação de políticas públicas que possam melhorar a assistência aos idosos.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) reconhece o envelhecimento como um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte (Brasil, 2006). De acordo com Neri (2013), o envelhecimento é um processo comum a todos os membros de uma espécie e seu início é demarcado geneticamente pela maturidade sexual. No entanto, a forma como esse processo ocorre é implicado por variações biológicas, psicológicas, recursos sociais e econômicos.

A Teoria do Desenvolvimento ao longo da vida propõe que o desenvolvimento humano é um processo dinâmico, interacional e contextualizado, o qual diz respeito a uma combinação de ganhos e perdas na vida do sujeito (Neri, 2013). A velhice, última fase do ciclo vital, além de ser caracterizada pela existência de declínios e perdas, abrange também oportunidades de mudanças positivas e funcionamento produtivo (Fernandes, Silva, Loureiro, & Medeiros, 2011). No entanto, deve-se considerar que a população idosa tem desenvolvido doenças e incapacidades em maior proporção do que outras faixas etárias, o que repercute na assistência à saúde, bem como no número e duração de internações hospitalares (Veras, 2012).

O contexto do adoecimento e hospitalização pode ser caracterizado como situações estressoras para o sujeito, dessa maneira, para lidar com essas situações, são utilizadas estratégias de enfrentamento. De acordo com Lazarus e Folkman (1984), essas estratégias correspondem a mudanças comportamentais e cognitivas, as quais ocorrem a fim de facilitar o manejo de demandas externas e internas geradoras de estresse no sujeito e que ultrapassam seus recursos. No tocante às suas funções, estas correspondem ao enfrentamento focalizado no problema, o qual busca intervir diretamente no evento estressor com o objetivo de revertê-lo, e o enfrentamento focalizado na emoção, que pretende minimizar o estresse, podendo essas duas funções agirem concomitantemente, pois estão inter-relacionadas.

Pesquisas com idosos em adoecimento destacam estratégias de enfrentamento voltadas para a resiliência, suporte social, espiritualidade e religiosidade (Lima, Valença, & Reis, 2016; Rocha & Ciosak, 2014; Santos, Giacomini, Pereira, & Firmo, 2013). Os resultados dos

estudos de Lima et al. (2016) e Rocha e Ciosak (2014), apontaram estratégias relacionadas à resiliência, de modo que os idosos se apresentaram positivos em relação à vida, e ao suporte social, considerando que o sentimento de pertença familiar favorece a saúde psicológica, qualidade de vida e respostas adaptativas no sujeito. A resiliência se refere a capacidade do sujeito de desenvolver comportamentos adaptativos frente às adversidades de ordem econômica, social, biológica ou psicológica (Staudinger, Marsiske, & Baltes, 1993). Enquanto o suporte social, de acordo com Cobb (1976), é capaz de atenuar o estresse e facilitar processos adaptativos e de confrontação em momentos de crise, sendo possível ao passo que o sujeito tem conhecimento de que é amado e pertence a uma rede social.

A espiritualidade e religiosidade são comumente tratadas como sinônimos, no entanto, a espiritualidade diz respeito a questões relacionadas ao sentido da vida e não está necessariamente vinculada à crença em um Deus, enquanto a religiosidade remete a vivência de crenças ligadas a uma doutrina religiosa (CRPSP, 2016). No estudo de Santos et al. (2013), a religiosidade emergiu com a função de regular a resposta emocional frente a dificuldade de elaboração da experiência estressora. A espiritualidade, no estudo de Rocha e Ciosak (2014), estava relacionada a uma atitude otimista e maior resiliência frente às adversidades.

A internação hospitalar e a vivência do adoecimento, além de mobilizar nos idosos estratégias de enfrentamento, faz com que o tema da terminalidade seja evidenciado. Os hospitais recebem usuários com diferentes prognósticos, sendo comum parte deles resultarem em processos de morte. Dessa maneira, o ambiente hospitalar evidencia a fragilidade do sujeito frente à terminalidade e, em contrapartida, o investimento dispensado para recuperação e promoção da saúde (Poletto, Santin, & Bettinelli, 2012). A sociedade ocidental construiu, no decorrer do tempo, uma relação de sofrimento com as pessoas que se encontram em processo de morte, isso porque representa-se a morte como o oposto da vida, associada a sofrimento e à tristeza (Kubler-Ross, 1992).

Este trabalho tem como objetivo analisar as estratégias de enfrentamento de doenças por idosos hospitalizados. Apreender quais as estratégias utilizadas, considerando o lócus de pesquisa, permite a produção de um conhecimento contextualizado, com a compreensão de que existem variáveis que perpassam o estabelecimento dessas estratégias. Além disso, esse conhecimento pode auxiliar os cuidados e intervenções

a serem desenvolvidas pelos profissionais no plano terapêutico, de forma a melhorar a qualidade de vida do idoso, favorecer o tratamento e a alta hospitalar.

Método

Participantes

Trata-se de uma pesquisa qualitativa e de natureza exploratória, em que participaram dez idosas com idades variando entre 60 e 73 anos, sendo a amostra intencional e por conveniência. As participantes encontravam-se internadas na Clínica Médica de um Hospital Universitário na cidade de João Pessoa. A clínica referida possui 70 leitos, os quais recebem adultos e idosos de ambos os sexos. Dentre os idosos, no momento da pesquisa, havia prevalência do sexo feminino. Quanto aos critérios de seleção da amostra, considerou-se o número de participantes representativos, uma vez que, em 2014, verificou-se por meio do livro de admissões do hospital um número médio de 15 admissões de idosos/mês em um período de seis meses. Considerou-se como critério de inclusão: ter idade igual ou superior a 60 anos; estar internado na clínica médica do referido hospital e se dispor a participar voluntariamente do estudo. Excluíram-se as que apresentavam condições clínicas, cognitivas e emocionais que comprometessem a compreensão dos instrumentos.

Instrumentos

Os dados foram coletados por meio de uma entrevista semiestruturada sobre as experiências subjetivas das participantes acerca das estratégias de enfrentamento da doença, contento questões como: “Como a senhora se vê atualmente?”; “Como tem lidado com a doença?”; “Para a senhora, como tem sido o período de internação?”. As questões podiam ser realizadas nessa ordem ou não, a depender do que a entrevistada trazia em seu discurso, podendo ser aprofundadas questões trazidas espontaneamente em suas vivências. Além disso, utilizou-se um questionário sociodemográfico com questões referentes ao suporte, tais como estado civil, religião e renda das entrevistadas.

Procedimentos da Coleta de Dados

Após a aprovação da pesquisa junto ao Comitê de Ética, levando em consideração a Resolução 466/12 (Brasil, 2012), e de sua autorização pelo gestor de ensino e pesquisa do referido hospital, iniciou-se os procedimentos de coleta de informações. Inicialmente foi realizada uma consulta ao prontuário para triagem

segundo os critérios de inclusão e, em seguida, foi estabelecido o *rapport* com os participantes, assegurando-lhes o anonimato, sigilo das informações e a possibilidade de desistência de sua participação. Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, iniciou-se o recolhimento de dados, ocorrendo de forma individual, com auxílio de gravador, no período de agosto a novembro de 2015. O tempo médio para cada entrevista correspondeu a 30 minutos.

Procedimento da Análise dos Dados

Os dados coletados a partir da entrevista, denominados de *corpus* textual, foi processado com o auxílio do software IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*) 0.6 alfa 3, por meio da Classificação Hierárquica Descendente (CHD). Trata-se de uma análise lexicográfica que possibilita o tratamento estatístico das informações textuais, por meio da frequência e representatividade do conteúdo das palavras presentes oriundas de contextos semelhantes (Camargo & Justo, 2013). Dessa análise, emergiram diferentes agrupamentos de eixos e classes hierarquizadas que são caracterizadas por seus vocábulos e podem sugerir elementos pertencentes ao discurso acerca do objeto social de interesse.

Resultados

No tocante à caracterização da amostra, foi possível identificar que a faixa etária das idosas variou entre 60 a 73 anos ($M = 67,70$; $DP = 4,34$), sendo três delas solteiras, três casadas e quatro viúvas ou divorciadas; predominaram as que tinham ensino fundamental completo (quatro). No que concerne aos aspectos econômicos, cinco dispunham de renda familiar de um salário mínimo, e três delas relataram dispor de dois salários. Em relação à religião, sete delas se definiram como católicas. Quanto ao tempo de internamento, a metade da amostra estava há mais de duas semanas no hospital e, dentre as participantes, havia sete idosas com diagnósticos de doenças crônicas e degenerativas. Consoante a esses dados, é possível conhecer o contexto do qual emergiram os discursos da amostra estudada, tratando-se, portanto, de idosas com baixo nível socioeconômico e com vivências de doenças de caráter crônico e de evolução progressiva, o que acarreta em uma maior incidência de reinternações e necessidade de um acompanhamento médico continuado.

Os dados processados a partir da CHD foram compostos por dez unidades de textos (entrevistas) e

apresentou uma divisão desse *corpus* em 280 segmentos de textos, contendo 9.744 palavras ou vocábulos distintos. O aproveitamento do *corpus* compreendeu 80% dos segmentos de textos e foram considerados para análise os vocábulos que possuísem uma frequência maior que três, posto ao que concerne o critério estabelecido no cálculo do qui-quadrado (χ^2), ou seja, os χ^2 a partir de 3,84 com 1 grau de liberdade é significativo e revela maior força associativa entre cada palavra e sua classe correspondente (Azevedo, Costa, & Miranda, 2013).

Na interface dos resultados, o *software* produziu um dendograma (Figura 1) que diz respeito à organização de cinco classes referentes à situação de internação e às estratégias de enfrentamento da doença por idosas hospitalizadas, sendo essas classes articuladas por dois grandes eixos. Nesse dendograma, observa-se a descrição de cada uma das classes, composta pelo título e seguido pelo número de segmentos de textos que a

compõe, bem como as palavras de maior associação com a referida classe (χ^2).

Destaca-se que as partições dos dois eixos se estruturam em dois campos entendidos enquanto elementos complementares do fenômeno investigado, tais como o primeiro, que foi constituído apenas pela classe 1, corresponde ao Processo de Internação e seus Aspectos Objetivos. No que se refere ao segundo campo, esse é compreendido pelas classes 5, 2, 4 e 3, que dizem respeito às Vivências Subjetivas do Adoecimento e do Enfrentamento da Doença.

A seguir, serão apresentados os resultados referentes às classes que estruturam o dendograma na ordem apresentada pelo programa. Além disso, seguem descritas as palavras que obtiveram maior representatividade por meio do valor do χ^2 , bem como as variáveis sociodemográficas características que mais influenciaram os discursos.

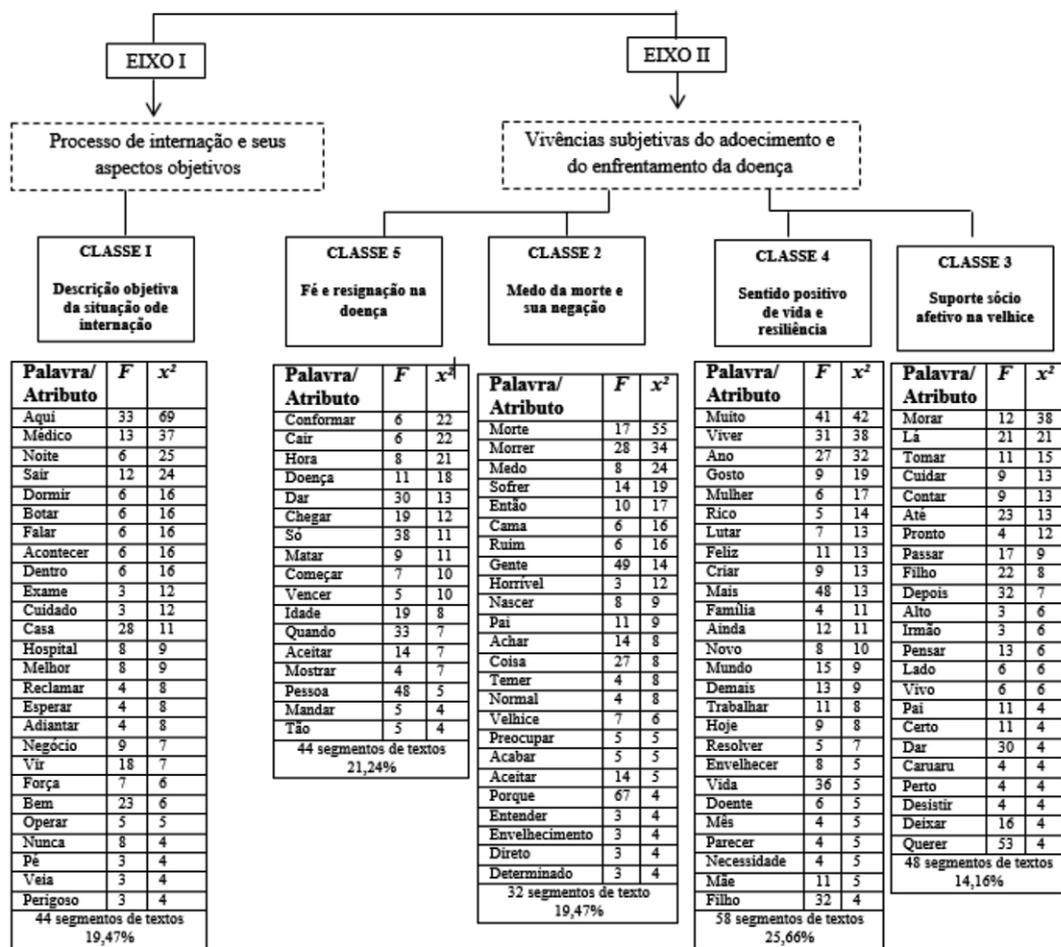


Figura 1. Dendograma ou classificação hierárquica descendente e ascendente.

Eixo 1 – Processo de Internação e seus Aspectos

Objetivos: (Classe 1)

Esse eixo possui uma única classe, a classe 1, denominada de “descrição objetiva da situação de internação”. Os discursos que emergiram nesse eixo agrupam elementos referentes às estratégias comportamentais de enfrentamento da realidade do adoecimento, voltadas, sobretudo, para o manejo do contexto de internação, tendo como enfoque os componentes descritivos acerca da rotina do processo de hospitalização.

Classe 1: Descrição Objetiva da Situação de Internação

A classe 1 foi composta por 44 unidades de segmentos de textos e representou 19,47% do *corpus*, tendo a baixa escolaridade das participantes enquanto variável descritiva mais significativa nesses discursos. Pode-se observar que os discursos das idosas se referem de modo mais específico ao período em que se mantinham hospitalizadas, relatando experiências vivenciadas no dia a dia, os sintomas de suas patologias, os exames a que eram submetidas, a necessidade e importância da internação, bem como o cuidado recebido por profissionais de saúde.

Destaca-se uma predominância de conteúdos que refletem o hospital enquanto contexto de produção de sentido para o enfrentamento da doença, dada a sua importância nesse processo de tratamento da patologia. As palavras que apareceram com maior expressividade foram: aqui, médico, noite, sair, dormir, exame, cuidado. A percepção de cuidado também foi evidente nas falas das idosas, ressaltando a demanda de cuidados característicos da pessoa idosa, como pode ser observado nos segmentos de textos mais típicos dessa classe:

“Sei que estou sendo bem cuidada aqui. Para mim, eu estou sendo bem cuidada. Uma equipe muito boa. Principalmente essa equipe médica daqui. Eu sou leiga, mas posso dizer que são todos muito bons, a começar pela merendeira. Elas tratam a gente muito bem” (Idosa 07, 70 anos).

“A gente vem porque é o hospital melhor. Graças a Deus eu estou contando a história. Não adianta eu ficar irritada para ir embora, porque, se eu vim para aqui me tratar, eu tenho mais que me tratar, me cuidar” (Idosa 01, 63 anos).

Outro fator que emergiu nas falas das idosas diz respeito à importância do vínculo estabelecido com a equipe de profissionais do hospital, sendo realçado pelas participantes como um fator de grande impacto na sua reabilitação. Cabe destacar que os conteúdos presentes nessa classe perpassam as demais, isso porque

os conteúdos das que pertencem ao eixo 2 (classes 5, 2, 4 e 3) surgem a partir da condição concreta e inerente à hospitalização das usuárias. Dessa maneira, as estratégias de enfrentamento utilizadas pelas participantes são focadas no problema, ou seja, referindo-se aos esforços adaptativos das idosas para intervirem na situação de adoecimento e minimizar possíveis complicações.

Eixo 2 – Vivências Subjetivas acerca do Adoecimento e ao Enfrentamento da Doença: (Classes 5, 2, 4, e 3)

O eixo 2 concentra quatro classes e estas discorrem sobre a vivência subjetiva acerca do adoecimento e ao enfrentamento da doença, trazendo o foco no manejo emocional com que as idosas lidam com o seu adoecer e como percebem os elementos que auxiliam nesse processo. Emergiram ainda nesse eixo conteúdos referentes à morte, enquanto um processo que está ligado ao sentimento de finitude, potencializado sobretudo pela condição de enfermidade. Esses elementos denotam a capacidade das participantes fazerem uso de recursos emocionais e cognitivos de forma a adaptar-se à realidade.

Classe 5 – Fé e Resignação na Doença

Essa classe, denominada “Fé e resignação na doença” foi composta por 44 segmentos de textos, correspondendo a 21,24% do *corpus* analisado, sendo a religião católica a variável de maior representatividade entre as participantes nessa classe. A análise destaca que as palavras mais expressivas para a respectiva foram: conformar, hora, doença, chegar, aceitar, as quais remetem ao modo como as idosas enfrentam a enfermidade, como é possível evidenciar no trecho da fala a seguir:

“Aceito, enfrento, porque é o jeito. Eu não tenho coragem de me matar para deixar de sofrer. Eu quero sofrer até o dia que Deus quiser. Tudo será o que ele quiser (...). Na hora que ele não quiser que eu sofra mais, ele manda a morte passar (Idosa 02, 60 anos).

“Eu me vejo uma pessoa bem, mesmo com toda doença. Mas eu nunca desanimo das coisas não. Tenho muita fé em Deus. Tudo para frente dá certo. Com tanta coisa que tem me acontecido na vida” (Idosa 01, 63 anos).

Pode-se perceber, nos discursos acima, que há a prevalência do sentimento de conformar-se, atrelado ao sentimento de aceitação, que por sua vez está aliada à crença de que o sofrimento causado pela doença ocorreu por permissão de uma entidade divina. Nessa classe, a questão da religiosidade aparece como um

recurso central que oferece suporte para enfrentar os padecimentos relativos à doença.

Classe 2 – Medo da Morte e sua Negação

Nomeada de “Medo da morte e sua negação”, a classe 2 contabilizou 32 dos segmentos de textos, compreendeu 19% do *corpus* da análise e teve a influência da variável descritiva do estado civil de divorciada\viúva nos discursos emergidos nas falas das participantes. Nessa classe, as participantes abordaram a temática da morte enquanto um processo natural da vida, sendo as falas influenciadas pelo sentimento de medo perante o prognóstico da doença. As palavras mais expressivas sobre as expectativas das idosas foram: morte, morrer, medo, sofrer, cama, ruim. Alguns recortes de falas representam os elementos destacados anteriormente:

“Morreu, acabou. Agora, ficar em cima de uma cama sofrendo, isso que é ruim. Mas entendo que todo mundo tem que passar por isso; ou novo ou velho, todo mundo escapa de tudo, menos dessa tal de morte” (Idosa 04, 73 anos).

Por meio do trecho supracitado, é possível perceber que o conteúdo referente à morte perpassou os discursos das idosas enquanto um processo natural ligado ao estágio de envelhecimento, ou seja, como etapa do desenvolvimento humano. Além disso, o medo da morte permeou as falas das entrevistadas sem ter havido questionamento direto a respeito dessa temática, como pode ser ilustrada no trecho a seguir: “Tenho medo dela, e se eu pudesse ao invés dela me matar eu que matava ela. Eu tenho medo. O medo é horrível. Eu já chorei tanto pensando em morrer, mas eu vou fazer o quê?” (Idosa 02, 60 anos).

Classe 4 – Sentido Positivo de Vida e Resiliência

Contendo 58 dos segmentos de textos e 25% do *corpus*, a classe 4, denominada de “Sentido positivo de vida e resiliência” representou a de maior expressividade na análise. Verificou-se, nos discursos desse agrupamento, que as variáveis descritivas mais significativas foram o ensino fundamental incompleto e a renda mensal de até dois salários mínimos. As palavras que tiveram maior expressividade foram: muito, viver, gosto, lutar, feliz, remetem ao desejo de viver e ao amor pela vida, como pode ser evidenciado no trecho a seguir:

“Muita fé, muita força de vontade, vontade de viver. Gosto muito da vida. Eu me amo muito. Eu amo a vida. A minha

vida é a coisa mais linda do mundo. O negócio é saber viver ela, lutar por ela, tratar e se cuidar”. (Idosa 01, 63 anos)

Outro fator de grande impacto nas falas das idosas é a resiliência, de modo que, mesmo em um contexto de adoecimento e hospitalização, ficou evidente a capacidade de lidar com o adoecimento de forma positiva e de sobressair às adversidades impostas pela doença. Tal desejo sobressai diante da fala a seguir: “Eu sou feliz com os meus sessenta anos e estou vivendo. Estou fazendo de tudo para viver mais um tempo, porque se eu não me cuidar, eu morro logo, com o coração do jeito que está”. (Idosa, 02, 60 anos)

Classe 3 – Suporte Socioafetivo na Velhice

A classe 3, “Suporte socioafetivo na velhice”, conteve 48 dos segmentos de textos, além de expressar 14% do *corpus*. Nessa classe, fez emergir a importância do suporte social para as idosas, tendo como variável de maior influência nesses discursos o estado civil de viuvez ou divorciadas. Os vocábulos que tiveram maior representatividade nos discursos das participantes foram: morar, lá, tomar, cuidar, contar, filho. Essas palavras remetem à morada enquanto lar, onde, em geral, são compartilhados momentos com a família, bem como onde se oferta e se recebe o cuidado de parentes e amigos, evidenciados na seguinte fala: “Eu tenho uma nora que eu deixei lá para tomar conta da casa e os meus filhos. Moram todos perto e, quando preciso, vão tudinho lá”. (Idosa 10, 65 anos). Cabe destacar a importância do apoio afetivo durante a fase de envelhecimento das participantes enquanto estratégia de enfrentamento, ganhando maior ênfase pela condição de enfermidade a qual se encontravam. Sobre esse aspecto, a idosa 01, com 63 anos traz a seguinte fala: “Mas eu peço a Deus que na minha idade, eu quero é isso, ter alguém do meu lado e que cuide de mim”.

De modo geral, nessa classe, foi possível perceber que o apoio familiar e de amigos geram motivação de vida na velhice e, até mesmo, para continuar o tratamento diante da doença. Esses aspectos podem ser entendidos enquanto elementos que podem auxiliar maiores chances das idosas sobressaírem de forma mais positiva do processo de enfrentamento à doença na velhice.

Discussão

O presente estudo discorreu sobre as estratégias utilizadas por idosas em contexto de hospitalização. A

partir dos achados, pôde-se observar que as participantes apresentaram algumas respostas adaptativas, tanto comportamentais quanto cognitivas, para lidarem com os comprometimentos físicos, emocionais e sociais perante a situação de adoecimento.

Sobre o processo simbólico do enfrentamento da doença, de acordo com Rocha e Ciosak (2014), entende-se como uma soma de estratégias utilizadas por uma pessoa para adaptar-se às situações adversas, sendo possível identificar, nesse processo, elementos focados no problema e ou coexistência de elementos focados no emocional. No que se refere às respostas adaptativas com foco na resolução de problema, evidenciou-se entre as unidades de registro do Eixo 1, discursos associados à realidade do espaço institucional do hospital e da rotina da equipe médica. Sobre esse aspecto, Santos et al. (2013) afirma que a estratégia centrada no problema refere-se aos esforços para administrar ou alterá-lo, ou ainda melhorar o relacionamento entre as pessoas e o seu meio – esse fato ficou evidente nas falas presentes nesse eixo, uma vez que foi reconhecido pelas idosas a importância de relacionar-se de forma positiva com a equipe de saúde do hospital.

Sobre as estratégias de enfrentamento da esfera emocional, tiveram maior destaque no agrupamento de classes que emergiram no Eixo 2, de modo que as respostas adaptativas das idosas frente à doença estão associadas à religiosidade, à resiliência e ao suporte socioafetivo, corroborando outros estudos que abordam a população idosa frente às adversidades, especialmente em contextos de adoecimento (Pinto & Barham, 2014; Rocha & Ciosak, 2014). Reconhecida pelas participantes enquanto um elemento de suporte, a religiosidade emergiu nos discursos das idosas associada à ideia de conforto emocional, tendo a função de regular a resposta emocional frente a dificuldade de elaboração do sofrimento advindo do adoecimento, como também reporta o estudo conduzido por Santos et al. (2013).

O contexto da morte foi um dado emergente nos discursos e apresenta-se enquanto uma atitude de afastamento, negação ou esquiva, como reporta Santos et al. (2013) em seu estudo. A morte, de acordo com Poletto et al. (2012), compreende a fase final do ciclo de desenvolvimento humano e é inerente ao processo final de envelhecimento. No entanto, Kubler-Ross (1992) afirma que, quando se torna evidente a percepção sobre como se dará esse processo de morte, a percepção de sofrimento pode estar intimamente associada a esse quadro, especialmente em sociedades ocidentais. Para

idosos em contextos de internação em decorrência do adoecimento – como no caso da presente pesquisa, o tema da negação da morte sobressai nos estudos sobre a temática, isso, pois, há uma restrição do idoso ao leito de hospital e de atividades do dia a dia, perda de autonomia e, assim, segundo Oliveira e Araújo (2012) essa negação se apresenta como uma forma adaptativa de extinguir o possível sofrimento de pensar na própria morte e sobressai a situação de estresse em decorrência do adoecimento.

Outro fator de ordem emocional, refere-se ao manejo positivo relatado pelas idosas para lidar com o adoecimento e seus desdobramentos. Esse mecanismo, reconhecido como resiliência, diz respeito à capacidade de recuperação ou restabelecimento perante uma situação adversa e, segundo Karlinski e Frassetto (2013), em seu estudo, foi possível observar que os idosos que tinham características resilientes no dia a dia, tinham maior capacidade de adaptação positiva e envelhecimento saudável. De forma semelhante, esse dado também foi observado na presente pesquisa, sendo considerado o conteúdo mais representativo nas falas agrupadas dentro do Eixo 2.

Outro recurso relatado pelas idosas refere-se à percepção de rede de amigos e o papel da família, enquanto recursos que proporcionaram auxílio e suporte socioafetivo perante o enfrentamento da doença. As entrevistadas buscaram na estratégia emocional, a partir da rede social, uma via de enfrentamento que ameniza o estresse e o sofrimento decorrente do adoecimento e também pelo contexto de hospitalização. Sobre esse aspecto, Ribeiro (2012) têm destacado que a percepção da rede social de apoio tem sido um fator mediador do impacto entre as situações adversas e o bem-estar. Esse dado reflete que a integração numa rede de apoio, serve como um amortecedor dos eventos negativos e também como recurso estabilizador do estado de saúde das idosas, atenuando suas experiências negativas, como ficou evidente nas falas presente na classe 3 (Eixo 2).

Conclusão

Conhecer as estratégias de enfrentamento da doença do público idoso permitiu ter acesso à forma como esse grupo de pertença lida com situação de estresse, tendo ênfase o contexto de adoecimento e a hospitalização. Os achados revelaram que as participantes utilizaram mecanismos adaptativos para enfrentar a situação estressante e que estes se apresentam

inter-relacionados, os quais compõem uma rede de possibilidades, focalizando na emoção e no problema.

Neste estudo, as estratégias de enfrentamento que focalizaram no problema foram representadas pela busca do atendimento médico e de cuidado do corpo e da mente, traduzindo-se numa tentativa de minimizar os problemas e sobressair de forma mais positiva o adoecimento. Quanto ao enfrentamento focalizado na emoção, caracterizou-se pelas estratégias de religiosidade, espiritualidade, pela resiliência e pelo suporte socioafetivo. Destaca-se o sentimento de rejeição ou negação da morte, que sobressaiu nos discursos enquanto mecanismo de lidar com a ideia de finitude e da passagem do “ser” para o “não ser” – ideia fortalecida, especialmente, em sociedades ocidentais, as quais abordam a morte a partir de uma perspectiva negativa de ruptura e fracasso.

A partir dessas experiências individuais e subjetivas, mas que também são imbuídas de conteúdos socialmente veiculados e fortalecidos por crenças acerca da velhice, do adoecer e também acerca da morte, é preciso considerar a possibilidade de que velhice não está associada à inutilidade e incapacidade e que, por meio de atenção efetiva das políticas públicas, no sentido de preparar a sociedade para a fase do envelhecimento, é preciso concebê-la de forma mais positiva, o que pode causar um impacto na forma como os idosos lidam com o adoecer. Salienta-se, ainda, a importância do fortalecimento de vínculos socioafetivos e de grupos vivenciais como importantes ferramentas na promoção de bem-estar e da minimização do sofrimento, causado pelo adoecimento e também em decorrência da hospitalização nesse grupo etário.

Sem pretender esgotar a infinidade de conhecimentos acerca da temática, este estudo cumpriu a função de conhecer as estratégias de enfrentamento utilizadas por idosos hospitalizados, tendo acesso às suas vivências sobre o enfrentamento da doença, permitindo também adentrar no campo da temática da finitude. Iniciativas que promovam saúde integral, bem-estar e qualidade de vida estarão contribuindo para transformar a velhice em uma questão social e não necessariamente em um problema social, podendo ser uma fase da vida a ser desfrutada.

O estudo também leva a crer que os profissionais da saúde podem contribuir na qualidade de vida dessas pessoas, incentivando e organizando grupos de convivência de maneira que se constituam um espaço propício para descobertas das qualidades pessoais e de troca de experiência com seus pares. Tais espaços

podem ter impacto na manutenção e ou desenvolvimento da sociabilidade, espiritualidade e aprendizado, considerados elementos importantes no enfrentamento da doença e da qualidade de vida na velhice.

As limitações da presente pesquisa residem na cautela quanto à generalização de tais achados para a população idosa de modo geral e também por se tratar de uma amostra específica de mulheres, ainda que esse critério tenha emergido ocasionalmente; outra limitação refere-se às questões de suporte social investigadas serem específicas à religião, estado civil e a renda das participantes. Sinaliza-se para que outras investigações possam se debruçar sobre as lacunas que extrapolam os objetivos ora expostos, como, por exemplo, se houvessem homens na amostra, as vivências acerca da doença e suas estratégias de enfrentamento seriam diferentes? Outra fonte de ampliação seria quanto a outras fontes de suporte social percebido, como o fato de terem filhos ou não, e se residem sozinhas ou com acompanhantes ou parentes. Abordar a questão de que diagnósticos diferentes de doenças crônicas poderiam influenciar na percepção ou enfrentamento da doença se constituem também enquanto novas possibilidades de pesquisas.

Referências

- Azevedo, D. M., Costa, R. K. de S., & Miranda, F. A. N. de. (2013). Uso do alceste na análise de dados qualitativos: Contribuições na pesquisa em enfermagem. *Revista de Enfermagem UFPE online*, 7(esp), 5015-5022. doi: 10.5205/reuol.4700-39563-1-ED.0707esp201326
- Brasil, Ministério da Saúde. (2006). Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Cad. de Atenção Básica. MS: Brasília – DF. Recuperado de <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab19>
- Brasil, Ministério da Saúde. (2012). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Brasília, DF. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
- Camargo, B. V., & Justo, A. M. (2013). IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas em Psicologia*, 21(2), 513-518. doi: 10.9788/TP2013.2-16

- Cobb, S. (1976). Social Support as a Moderator of Life Stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
- Conselho Regional de Psicologia de São Paulo. (2016). *Psicologia, laicidade e as relações com a religião e a espiritualidade*. São Paulo: CRP.
- Fernandes, M. G. M., Silva, A. O., Loureiro, L. S. N. & Medeiros, A. C. T. (2011). Indicadores e condições associadas ao envelhecimento bem-sucedido: revisão integrativa da literatura. *Cogitare Enferm.*, 16(3), 543-548. doi: 10.5380/ce.v16i3.24291
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2011). Censo [dados na Internet]. Brasília: IBGE. Recuperado de <http://www.ibge.gov.br>
- Karlinski, L. P. B., & Frassetto, S. S. (2013). A percepção de idosos acerca das crenças de autoeficácia e envelhecimento saudável. *Aletheia*, (42), 51-61. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000300005&lng=pt&tlng=pt
- Kubler-Ross, E. (1992). *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lucchetti, G., Lucchetti, A. L. G., Bassi, R. M., Nasri, F., & Nacif, S. A. D. P. (2011). The elderly and their spirituality: impact on different aspects of aging. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 14(1), 159-167. doi: 10.1590/S1809-98232011000100016
- Neri, A. L. (2013) Conceitos e teorias sobre o envelhecimento. Em L. Malloy-Diniz et al. (Eds.), *Neuropsicologia do envelhecimento: Uma Abordagem Multidimensional* (pp. 17-42). Porto Alegre: Artmed.
- Oliveira, S. C. F., & Araújo, L. F. (2012). A finitude na perspectiva de homens idosos: Um estudo das representações sociais. *Revista Temática Kairos Gerontologia*, 15(4), 66-83. Recuperado de <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/5547>
- Organização Mundial de Saúde, [OMS]. (1946). Constituição da Organização Mundial de Saúde. Nova Iorque: Organização Mundial de Saúde. Recuperado de <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswwho.html>
- Organização Mundial de Saúde, [OMS], (2005). Envelhecimento ativo: Uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Poletto, S., Santin, J. R., & Bettinelle, L. A. (2012). Dilemas do enfrentamento da morte de pacientes idosos. *Ciênc. Juríd. Empres.*, 13(2), 49-55. doi: 10.17921/1517-9427.2012v13n2p%25p
- Ribeiro, O. (2012). O envelhecimento “ativo” e os constrangimentos da sua definição. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, (2), 33-52. Recuperado de <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/10580.pdf>
- Rocha, A. C. A. L., & Ciosak, S. I. (2014). Doença crônica no idoso: Espiritualidade e enfrentamento. *Ver. Esc. Enferm.*, 48(2), 92-98. doi: 10.1590/S0080-623420140000800014
- Staudinger, U. M., Marsike, M., & Baltes, P. B. (1993). Resilience and levels of reserve capacity in later adulthood: Perspectives from life-span theory. *Development and Psychology*, 5, 541-566.
- Veras, R. P. (2012). Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(1), 231-238. doi: 10.1590/S1413-81232012000100025

Recebido em: 20/06/2016

Reformulado em: 31/07/2017; 27/10/2017

Aprovado em: 07/11/2017

Sobre as autoras:

Laís Claudino Moreira Ribeiro é psicóloga, especialista em Psicologia Humanista e abordagem centrada na pessoa, especialista em saúde hospitalar, mestranda em Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco e pesquisadora do Laboratório de Interação Social – UFPE.

E-mail: laiscmoreira@hotmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9122-2420>

Verônica Lúcia do Rego Luna é psicóloga, mestre em Psicologia Social pela UFPB e doutora pelo Programa Integrado em Psicologia Social da Universidade Federal da Paraíba e Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Professora associada IV, recentemente aposentada do Departamento de Psicologia da Universidade Federal da Paraíba.

Email: luna.veronica@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4405-4564>

Katruccy Tenório Medeiros é psicóloga, mestre e doutora em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba e pesquisadora do Grupo de Pesquisa em Saúde Mental e Dependência Química – UFPB. Professora do curso de Psicologia da Faculdade UNINASSAU.

E-mail: katruccy_22@yahoo.com.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7741-2044>

Contato com as autoras:

Rua Deputado José Mariz, 690, Tambauzinho
João Pessoa-PB, Brasil
CEP: 58042-020