

REPRESENTAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA ENTRE IDOSOS DO SERVIÇO DE GERIATRIA: UMA ABORDAGEM PSICANALÍTICA.

Elisângela Arantes de Souza¹, Valmari Cristina Aranha², Kátia Osternack Pinto³, Nivaldo Oliveira Santos⁴, Mara Cristina Souza de Lucia⁵, Wilson JacobFilho⁶.

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo principal investigar, a partir do referencial psicanalítico, as representações de qualidade de vida entre idosos atendidos no Serviço de Geriatria do ICHC-FMUSP (Ambulatório, Enfermaria, Gamia). Foram utilizados: Entrevista semi-dirigida e Procedimento de Desenho-Estória com Tema, conforme técnica proposta por Vaisberg (1997). Os dados foram analisados quantitativamente por meio da Análise de Frequência de Conteúdos e qualitativamente por meio do referencial psicanalítico. Na enfermaria constatou-se que a vivência da internação interfere significativamente na representação de qualidade de vida. No Gamia, a exigência por uma vida com qualidade é maior por serem idosos mais críticos. No ambulatório, a representação de qualidade de vida está relacionada a características de personalidade e não à vivência ambulatorial. Embora tal estudo tenha sido realizado no âmbito hospitalar quase não apareceram questões clínicas, mas sim questões sociais e emocionais caracterizando a necessidade de um trabalho interdisciplinar.

Palavras-chave: representação; qualidade de vida; idosos; envelhecimento; psicanálise.

A PSYCHOANALYTICS APPROACH QUALITY OF LIFE AMONG THE ELDERLY UNDER GERIATRIC CARE: ABSTRACT

The objective of the study was to investigate the representations about quality of life among elders in the Geriatric Service of the ICHC-FMUSP. An Semi-structured and a story drawing procedure as proposed by Vaisberg (1997) were used. The data was analyzed by the Frequency Analysis of Content, and qualitatively by psychological reference. With the in-patients, it was that the experience of the hospitalization has a significant impact on their perception about quality of life. At the Multidisciplinary Outpatient Care for the Elderly (Acronym in Portuguese: Gamia), the demand for quality of life is greater because the elderly are more critical. At the ambulatory, the representations of quality of life is related to personality characteristics and not to the outpatient experience. Although such study have been done in hospitals, not many clinical issues showed up, but rather social and emotional issues showing the necessity of interdisciplinary work.

Keywords: representation; quality of life; elderly; psychoanalysis.

1 Aprimoranda em Psicologia Hospitalar -Hospital Geral (2005) da Divisão de Psicologia do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (DIP/ICHC-FMUSP).

2 Psicóloga encarregada da DIP/ICHC-FMUSP, supervisora do Serviço de Psicologia no Serviço de Geriatria, Ambulatório de Cuidados Paliativos e do Serviço de psicologia em UTI do ICHC-FMUSP.

3 Diretora do Serviço de Pesquisas Clínicas e Epidemiológicas da DIP/ICHC-FMUSP.

4 Psicólogo. Supervisor adjunto do Programa de Aprimoramento em Psicologia Hospitalar -Hospital Geral da DIP/ICHC-FMUSP.

5 Diretora da Divisão de Psicologia do ICHC/FMUSP. Supervisora do Programa de Aprimoramento em Psicologia Hospitalar - Hospital Geral.

6 Médico, Professor Doutor pela FMUSP. Diretor Técnico do Serviço de Geriatria, Coordenador Geral do Hospital Dia e do Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar (NADI) do ICHC-FMUSP.

INTRODUÇÃO

O interesse pelo presente estudo deve-se ao fato de que, a temática referente à qualidade de vida e seus indicadores na população idosa é uma atualidade que vem sendo amplamente estudada, pesquisada na literatura mundial, principalmente na de língua inglesa. Entretanto, nos países da América Latina, inclusive o Brasil, tais estudos iniciaram a partir da década passada, numa escala e intensidade ainda pequenas, apesar de se notar um aumento crescente nos últimos anos. Há poucos estudos ainda e muitos não aplicam um questionário de avaliação validado em nossa cultura. Para idosos, ainda mais escassos são os estudos. Há um interesse crescente, isso é inegável.

Em levantamento bibliográfico foi possível constatar que a literatura psicanalítica acerca do assunto proposto é escassa. Os conhecimentos psicológicos/psicanalíticos, em sua maioria, versam sobre a criança e o adolescente, ou então sobre a vida adulta. Pouco é investigado sobre os aspectos psíquicos e afetivos/emocionais vivenciados pela população idosa. Além disto, quando tal temática é abordada volta-se, em sua maioria, para as limitações, perdas e frustrações associadas a esta etapa da vida.

Neri (2003) aponta para o fato de que “nossa bibliografia psicológica sobre o envelhecimento carece de identidade” (p.7), uma vez que mescla vários discursos teóricos e ideológicos que são em sua maioria fundamentados nas ciências sociais e na medicina.

Concordamos com a autora acima, uma vez que, nos deparamos com a necessidade de obtermos uma identidade frente às questões específicas ao envelhecimento. Isto não se refere somente à psicologia, mas se estende para o campo psicanalítico que tanto tem a contribuir para a compreensão de fatores psíquicos relevantes na velhice, mas que pouco é explorado, investigado.

Enquanto aspirante à psicanálise e completamente envolvida com as questões referentes ao envelhecimento, acredito que podemos nos apropriar de um discurso próprio desmistificando preconceitos, como por exemplo, o mito de que o processo de envelhecimento é algo triste e sem possibilidade de uma boa qualidade de vida. Além disto, a associação do envelhecimento com a morte, a dependência, a doença e a incapacidade são muito comuns.

Desta forma, acredito que o presente estudo possa contribuir para a comunidade científica, uma vez que procurará levantar questões problemáticas, além de tentar

compreender e explorar o tema proposto a partir da visão estabelecida no interior da posição teórica e metodológica que caracteriza a psicanálise.

Este mesmo olhar psicanalítico tentará interpretar as representações mais citadas, a fim de compreender porque tais significantes estão presentes no discurso destes sujeitos e conseqüentemente na sua história de vida como idoso e como portador de uma patologia.

O crescente interesse por questões referentes ao processo de envelhecimento vem ganhando cada vez mais espaço. Conforme aponta Neri e Freire (2003) há um crescente apelo da mídia que realiza campanhas publicitárias direcionadas a esta população que começa a ser vista como um forte consumidor. As universidades estão abrindo as portas, com propostas e projetos específicos aos idosos. A medicina apresenta avanços nas pesquisas científicas, clínicas, farmacológicas, cirúrgicas e estéticas, a fim de promover melhores anos aos idosos. No entanto, nem sempre foi assim. Tal mudança é conseqüência do crescimento populacional e da longevidade da população idosa. Segundo declara Stuart-Hamilton (2002), “calcula-se que nos tempos pré-históricos a velhice era extremamente rara e, mesmo no século XVII, provavelmente apenas 1% da população vivia mais de 65 anos.” (p.15)

Nas últimas décadas o perfil demográfico mundial tem passado por modificações significativas. Jamais, em toda história da humanidade, tantos indivíduos conseguiram atingir uma idade tão avançada quanto hoje. O envelhecimento da população é uma realidade constante, tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento, incluindo assim, o Brasil.

Os fatores responsáveis pelo envelhecimento são discutidos, com especial referência ao declínio tanto das taxas de fecundidade como das de mortalidade. Em conjunto, tais declínios levam a um menor ingresso de jovens em populações que passam a viver períodos mais longos. Esse processo gradativo é conhecido como “transição epidemiológica.” (Kalache, Veres & Ramos, 1987, p. 2)

No Brasil, recentemente foi sancionado o Estatuto do Idoso (Brasil, 2003). Segundo este documento, os brasileiros com mais de 60 anos de idade representam 8,6% da população. Segundo cálculos estatísticos esta porcentagem chegará a 14% em 2025, ou seja, 32 milhões de pessoas serão idosos em nosso país. Tal documento afirma que: “Embora o envelhecimento populacional mude o perfil de adoecimento dos brasileiros,

obrigando-nos a dar maior ênfase na prevenção e tratamento de doenças crônicas não transmissíveis, nossa maior atenção precisa se voltar para as políticas que promovem a saúde, que contribuam para a manutenção da autonomia e valorizem as redes de suporte social.” (p.5).

Como podemos constatar, a expectativa de vida da população tem aumentado sensivelmente, gerando, principalmente nos países em desenvolvimento, uma série de complicações, sendo elas de ordem econômica, social e psicológica.

Tal constatação pode parecer assustadora, principalmente para aqueles que têm uma visão estereotipada da velhice. Porém, a não aceitação do envelhecimento provoca repercussões agravantes tanto na sociedade (exclusão social, discriminação, descaso, abandono, entre outras) como no próprio idoso (surgimento de patologias, negação do próprio corpo, entre outras).

I -O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

Jacob Filho (2003) ressalta a importância de saber distinguir entre os efeitos naturais do processo de envelhecimento, denominado senescência (também encontrado na literatura como: eugeria ou envelhecimento primário), das alterações produzidas pelas diversas doenças que podem acometer o idoso, configurando o que se chama de senilidade (patogeria ou envelhecimento secundário.) Tal distinção é necessária para compreendermos que o envelhecimento não é uma doença, mas sim um processo benigno, embora determinadas enfermidades sejam mais frequentes em idosos.

O processo de envelhecimento deve ser visto em sua totalidade, uma vez que envolve diversos fatores e pressupõe alterações físicas, sociais e psicológicas. Neste sentido, Beauvoir (1970/1990) afirma que a velhice:

É um fenômeno biológico: o organismo do homem idoso apresenta certas singularidades. A velhice acarreta, ainda, conseqüências psicológicas: certos comportamentos são considerados, com razão, como característicos da idade avançada. Como todas as situações humanas, ela tem uma dimensão existencial: modifica a relação do homem com o tempo e, portanto, sua relação com o mundo e com sua própria história. Por outro lado, o homem não vive nunca em estado natural; na sua velhice, como em qualquer idade, seu estatuto lhe é imposto pela sociedade à qual pertence (p.15).

1.1 O Envelhecimento Fisiológico

O processo de envelhecimento é um processo biológico natural do ciclo de vida. Como um processo, gera diversas alterações. Dentre elas, modificações físicas que envolvem mudanças na anatomia e fisiologia. Passarelli (1997) apresenta algumas delas:

-Alterações cerebrais: o aumento do diâmetro do crânio, atrofia cerebral, perda neuronal etc.

-Alterações cardiovasculares: aumento do peso do coração, diminuição da frequência cardíaca máxima etc.

-Alterações respiratórias: aumento do diâmetro da caixa torácica, diminuição da elasticidade pulmonar etc.

-Alterações osteoarticulares: perda óssea progressiva, alterações hormonais (menopausa) etc.

-Alterações dos sistemas sensoriais: perda da acuidade e diminuição dos sentidos, como a visão, audição, entre outros.

Kenney (1989) apresenta um modelo de categorização das alterações provenientes do envelhecimento, considerando quatro tipos de modificações funcionais: 1°. Perda total da função, como por exemplo, a habilidade para escutar sons acima de certa frequência ou a capacidade reprodutiva da mulher; 2°. Perda parcial da função na qual há uma perda de unidades anatômicas sendo mantida a capacidade funcional, como por exemplo, perdas de fibras musculares. 3°. Nível reduzido de eficiência, sem que haja perda da unidade funcional; 4°. Alterações secundárias hormonais.

Com isto, o sistema biológico fica mais fragilizado, deixando o idoso mais suscetível a doenças como: quadros demenciais, diabetes, hipertensão e doenças crônicas em geral.

Segundo Kenney (1989), as mudanças fundamentais do envelhecimento também ocorrem em níveis celulares e subcelulares. Desta forma, não apenas as capacidades funcionais sofrem alterações, mas a anatomia geral é alterada, como: redução da altura e de peso, alteração na pele (como o enrugamento), a circunferência da cabeça diminui um pouco, dentre outros.

Contudo, não devemos entender tais modificações como sendo negativas. Isto leva a um declínio de função em harmonia com uma exigência menor de atividade metabólica.

Logo, há uma diminuição da reserva funcional, que não deve ser confundida com insuficiência.

2.2 O Envelhecimento e a Sociedade Atual.

Fatores socioeconômicos também exercem significativa influência no processo de envelhecimento. No Brasil, embora haja preocupação quanto à política social voltada para os idosos, a mesma ainda é precária. Os idosos deparam-se com várias limitações, como é lembrado por Portella e Bettinelli (2003, p. 466): “a exclusão social, a discriminação no mercado de trabalho, a perda gradativa do poder aquisitivo dos aposentados e o verdadeiro abandono em que se encontra hoje a grande maioria dos idosos”.

Além disso, Paschoal (2000) refere que: “pelo menos em nosso país, estereótipos da velhice comprometem a possibilidade de uma qualidade de vida melhor. Em nosso meio, velhice está associada a perda, incapacidade, dependência, impotência, decrepitude, doença, desajustes sociais, baixos rendimentos, solidão, viuvez, cidadania de segunda classe e assim por diante” (p.97).

Tal afirmação tanto é verdade que algumas definições oferecidas pelo Dicionário da Língua Portuguesa (Ferreira, 1999) acerca dos significantes que constantemente usamos para identificar tais pessoas são permeados de sentidos negativos, como veremos a seguir:

Envelhecer: “tornar-se velho; 3. Parecer velho. 4. Perder a frescura, o viço; (...) 6. Tornar-se desusado ou inútil” (p. 774)

Envelhecido: “Que envelheceu. 2. Decadente, declinante” (p.774)

Envelhecimento: “Ato ou efeito de envelhecer” (p.774)

Idoso: “Que tem bastante idade; velho”(p.1073)

Velhice: “Estado ou condição de velho. 2. Idade avançada. (...) 4. As pessoas velhas. 5. Rabugice ou disparate próprio de velho”. (p.2054)

Velho: “1. Muito idoso 2. De época remota; antigo. 3. Que tem muito tempo de existência. 4. Gasto pelo uso; usadíssimo. (...) 6. Desusado, antiquado, obsoleto”(p.2054)

Muitas vezes é desta forma que estas pessoas são vistas. Como alguém que está em desuso por ser antigo. E o pior é que muitas vezes tais pessoas acabam incorporando esses preconceitos.

No entanto, não podemos cair no engano de generalizar a postura da sociedade e nem a postura dos idosos diante do envelhecimento e de seu contato com o mundo. Tais pessoas vivem de forma bastante diversificada. Paschoal (2000, p.05) afirma que “mesmo em condições psicossociais tão adversas, encontramos idosos que se sentem felizes, que se dizem contentes com sua vida. A idade, portanto, não explica tais diferenças, pois ela, por si só, não discrimina entre os bem e os mal-sucedidos.”

Diante do exposto torna-se necessário refletir sobre a nossa própria postura diante do envelhecimento, sobre a relação com a finitude e sobre a realidade concreta e psíquica dos nossos idosos a fim de que tenham uma vida com qualidade. Qualidade esta referida por aqueles que a almejam e não por aqueles que a atribuem. Por ser um conceito tão controverso e subjetivo torna-se tão fascinante e essencial ao profissional de saúde o seu conhecimento.

No processo de envelhecimento não apenas o corpo físico sofre alterações, como já falamos, mas o aparelho psíquico também está sujeito a modificações específicas deste período de vida. Vejamos melhor como isto ocorre.

II -O ENVELHECIMENTO SOB O ENFOQUE PSICANALÍTICO

Embora o envelhecimento seja uma temática pouco investigada pelo campo psicanalítico, podemos considerar que o aparelho psíquico também deve sofrer modificações nessa fase da vida. Tais transformações, no entanto, não se restringem à velhice, mas abrangem toda a história de vida do sujeito. Em atendimentos e até mesmo em contatos informais os idosos frequentemente se referem a algo de sua personalidade como sendo “coisa de gente velha”, e até mesmo tem aqueles que afirmam “a idade faz isso com a gente”. Além disto, vemos tais afirmações sendo reforçadas muitas vezes por familiares que alegam “depois de velho voltou a ser criança”, dentre outras que frequentemente aparecem no discurso das pessoas como uma forma de justificar tal atitude como sendo apenas consequência da idade.

Neste sentido, é necessário ter discernimento, uma vez que, embora haja tais alterações, não podemos cair no engano de afirmar que tudo o que ocorre com o idoso é apenas consequência da idade. Bianchi (1993) salienta que envelhecer é construir um caminho e que não é um problema específico de uma faixa etária, pois diz respeito a todas as idades.

Aranha (2003, p.31) aponta para o fato de que: “para a psicanálise, o indivíduo é movido por forças inconscientes, atemporais e onipotentes, para as quais não existe limite. A velhice, por sua vez, vem para abalar estes conceitos e impor a existência da finitude, trazendo a experiência concreta do declínio e demonstrando que ele é inevitável.”

Ao se deparar com tal constatação, intensos conflitos que envolvem traços narcísicos podem ser vivenciados, dentre eles: sexualidade, revisão de vida, contato maior com a idéia de finitude, ceticismo, depressão, perda de papéis socialmente valorizados etc.

Embora o envelhecimento seja produto de um conjunto de fatores (personalidade, relação com o ambiente, contexto social), não é possível homogeneizar tal processo, uma vez que é essencial levar em consideração a biografia singular de cada um, além do esquema de valores que servem como base para a definição de qualidade de vida.

De acordo com Abraham et al. (apud Gavião, 1996), apresentam uma revisão da literatura psicanalítica sobre o envelhecimento, cujo conteúdo básico seria o seguinte:

Com o avançar da idade, o indivíduo torna-se cada vez mais consciente de suas limitações e, quanto maior a rigidez da adaptação do caráter na vida precoce, mais severos são os sintomas de ansiedade e insegurança na velhice. Entendendo certos sintomas como reações defensivas às limitações típicas da velhice, os autores afirmam que a perda de memória torna-se um meio de evitar os desprazeres do presente, os sentimentos de inferioridade, reforçados pelo declínio físico e mental, são compensados por atitudes autoritárias, o isolamento pode levar à introversão, enquanto que a perda de consideração por parte de amigos e familiares induz a reações paranóides; as tensões psicológicas pronunciam a saída na forma de queixas somáticas; a proximidade da morte pode levar à religiosidade bem como a freqüentes consultas médicas desnecessárias. O impacto da perda da potência sexual

é considerado maior do que o da perda da força física. Diante do enfraquecimento da genitalidade, a sexualidade infantil pode reassumir a importância tida em fases precoces, na forma de um renovado interesse em pornografia, voyeurismo, exibicionismo, masturbação, homossexualidade e erotização de funções vegetativas. O ressurgimento de impulsos pré-genitais pode também ser expresso numa importância acentuada à alimentação, ao conforto, à rigidez de hábitos ou ainda a interesses estéticos e intelectuais.

O passar do tempo deixa marcas registradas no corpo que são somadas ou integradas com as marcas da história de vida de cada homem. Neste último caso, as marcas não são visíveis em um primeiro momento, pois são muito mais registradas na alma do que na estrutura física.

Sigmund Freud, descobridor do método psicanalítico, é considerado como o “médico de almas”, justamente por perceber a complexidade do ser humano. Veremos a seguir algumas dentre as diversas formulações de Freud que são essenciais para compreender o processo de envelhecimento sob o prisma psicanalítico.

2.1 A crise narcísica

Falar sobre Narcisismo nos remete inicialmente ao mito de Narciso, no qual se trata do amor pela imagem de si mesmo. Para a psicanálise, todo ser humano é, em maior ou menor intensidade um ser narcísico. De acordo com a descrição de Laplanche e Pontalis (2001), o narcisismo não se limita a uma fase evolutiva do desenvolvimento psíquico humano, mas trata-se de “uma estase de libido que nenhum investimento de objeto permite ultrapassar completamente.” (p.288).

Neste sentido, o psiquismo humano caracteriza-se por uma circulação de libido (energia vital) entre o ego e o mundo externo. Freud (1914/1990) afirma que: “a libido afastada do mundo externo é dirigida para o ego e assim dá margem a uma atitude que pode ser denominada de narcisismo.” (p.91) Com o processo de envelhecimento tal desinvestimento no mundo externo está relacionado a perdas que o idoso sofre. A ênfase dada às perdas pode gerar tendência a doenças somáticas, depressão, enfim tornar-se patologia, uma vez que a libido acabará sendo reinvestida no próprio sujeito, o que denominamos como sendo narcisismo secundário.

Beauvoir (1970/1990) afirma que “o traumatismo narcisista que o homem teme é o enfraquecimento de seu sexo: a impossibilidade de chegar à ereção, de mantê-la, de satisfazer sua parceira. Esse temor é menos angustiante na vida conjugal.” (p.395)

Com o envelhecimento, para muitos idosos, o corpo deixa de ser fonte de prazer, uma vez que já não segue os padrões de beleza e fertilidade impostos por nossa sociedade. Logo, perde o investimento libidinal vindo do outro. O corpo desta forma deixa de atrair pelo que é. Começa a atrair pelo que faz – adocece. Com a doença este corpo, agora debilitado, é investido libidinalmente pelo outro, recebendo o olhar e a atenção de diversas pessoas. Esta é uma das formulações psicanalíticas sobre o adoecimento no envelhecer.

Contudo, Pollock (1980) afirma que mudanças significativas de teor positivo podem ocorrer no envelhecimento, mesmo após dolorosas perdas e frustrações. O luto elaborado pode libertar o indivíduo do passado e instrumentalizá-lo para o presente.

Um outro aspecto psíquico abordado por Freud e que está muito presente no processo de envelhecimento é a questão da transitoriedade, a finitude, a morte.

2.2 Reflexões sobre a Transitoriedade

Em texto sobre a transitoriedade, Freud (1916/1990) relata um fenômeno ocorrido enquanto percorria um belo campo na companhia de um amigo e de um jovem poeta.

O poeta admirava a beleza do campo, porém ao pensar que aquela beleza era transitória foi tomado por um forte sentimento. Logo, se outrora aquela paisagem havia sido motivo de alegria, agora era despojada de seu valor por estar fadado à transitoriedade.

Freud esclarece que tal fenômeno, ou seja, a propensão do que é belo à decadência pode propiciar o aparecimento de dois impulsos distintos. Pode levar o homem a experimentar um penoso desalento, tal como ocorreu com o jovem poeta. Por outro lado, pode conduzir à revolta contra o fato consumado, uma vez que o homem deseja pela imortalidade e por isto se rebela contra a idéia de que tudo possa vir a se desfazer em nada.

Em seu diálogo com o poeta, Freud aponta para o fato de que a transitoriedade não implica a desvalorização do belo, ao contrário, a possibilidade limitada de usufruir de algo eleva o valor dessa posse. Além disto, o valor atribuído a algo é “determinado somente por

sua significação para nossa própria vida emocional”(p. 347), independentemente, desta forma, da duração absoluta.

No entanto, tais magníficas considerações não surtiram efeito em seus amigos. Ora, Freud percebeu que havia um “fator emocional importante” (p.346) em ação, o que os inseria em um campo de outra ordem.

A idéia de que toda beleza é transitória levou o jovem poeta a remeter-se à sua própria transitoriedade, ou seja, à sua finitude.

Começamos a trilhar, assim como Freud, por um caminho que embora belo, revela conflitos e angústias, uma vez que tendemos a nos defender, recuar diante de algo que é penoso. Neste caso, a idéia da FINITUDE.

Todavia, porque abordar a finitude se o foco deste trabalho é a qualidade de vida? Não será ambigüidade? Finitude não está relacionada com fase terminal? Na tentativa em buscar respostas para tais questões, inicialmente recorreremos ao Dicionário da Língua Portuguesa, que nos oferece uma definição de finitude, como sendo aquilo “que tem fim. transitório, finito”.

Logo, constatamos que a finitude é inerente a todo ser vivo, seja ele humano ou não. Este conceito também não está exclusivamente relacionado com o estágio final de vida e nem tão pouco com o processo de envelhecimento. Aliás, acaba se tornando preconceituosa e errônea a idéia de que apenas o idoso se depara com tais paradigmas. Contudo, nos deteremos mais especificadamente à população idosa, uma vez que este é o objetivo deste trabalho.

Trabalhar com a população idosa requer um preparo tanto técnico como psíquico por parte dos profissionais de saúde. Estar em contato com as necessidades e demandas desta população, muitas vezes, faz com que o profissional se remeta à sua própria finitude, e se este não estiver “preparado” provavelmente sentirá um desalento semelhante ao do jovem poeta. Tal ação poderá repercutir nas mais diversas reações, desde um profundo sentimento de pesar até a manifestações de hostilidade, agressividade.

O processo de envelhecimento traz consigo diversas alterações. Algumas delas vão de encontro à nossa onipotência psíquica, por exemplo, o corpo físico gradativamente dá sinais de limitações antes não obtidas, ou seja, sinais de perdas de habilidades e funções

orgânicas. Um jovem atleta, por exemplo, não terá a mesma habilidade aos 70 anos. O idoso, desta forma, ao ir se deparando com sua finitude terrena poderá, conforme explicitado por Freud, optar por entregar-se a um penoso desalento em que não vê mais sentido para a vida, podendo, não raramente, manifestar quadros depressivos. No entanto, esta não é a única via possível. Ao se deparar com sua finitude, o homem poderá “rebelar-se” de modo que a limitação da finitude servirá como impulso para que cada momento seja vivido da melhor forma possível. Logo, a concepção que o homem tem sobre finitude e o modo como este vivencia tal fato poderá interferir na interpretação que ele dará para Qualidade de Vida.

Mesmo tendo explorado alguns aspectos referentes ao processo psíquico no envelhecimento, fica explícito que a “juventude psíquica” é muito mais determinada pela relação das instâncias psíquicas do que pela idade. Assim, Bianchi (1993) reflete que “... a atenção clínica dispensada ao sujeito que envelhece está ainda muito pouco desenvolvida para que seja possível dar-lhes respostas seguras.” (p. 66).

III -QUALIDADE DE VIDA E ENVELHECIMENTO

Através de seu contato com a população idosa no âmbito hospitalar, Aranha (2003, p.02) pôde constatar que “muito da problemática vivenciada com o processo de envelhecimento se encontra relacionada à qualidade de vida e o vínculo por ele desenvolvido”.

Diante de tal constatação podemos nos questionar: o que representa qualidade de vida? Qual sua relação com o processo de envelhecimento?

A representação de Qualidade de Vida relacionada ao processo de envelhecimento envolve diversos fatores. Se pensarmos primeiramente em representação, concordaremos com Aranha (2003, p.63) quando esta afirma que “estudar e tentar entender as possíveis representações é algo um tanto complexo, que envolve não só o conhecimento dos meios sociais nos quais os indivíduos encontram-se inseridos, mas também a estrutura psíquica que os sustentam e os resultados deste processo.”

Logo, podemos compreender que as representações não são determinantes em si, mas sustentadas por uma estrutura psíquica que as utiliza a fim de facilitar a convivência com a realidade.

Ao pesquisar sobre o termo qualidade de vida constatou-se que este tem recebido diversas definições ao longo dos anos. É difícil conceituar Qualidade de Vida, já que ela pode sofrer influência de valores culturais, éticos, religiosos e principalmente de valores e percepções subjetivas. Neste sentido, tais definições variam de acordo com a realidade histórica e psíquica de cada indivíduo.

Conceitos e definições como bem-estar, condições de vida, nível de vida, viver melhor, padrão de vida, qualidade do cuidado, qualidade da atenção em saúde, condições materiais de vida, entre outros, são utilizados muitas vezes, não como sinônimos, mas como palavras que apontam para uma direção comum.

Numa perspectiva etimológica, ao consultar o Dicionário da Língua Portuguesa (Ferreira, 1999), constatamos que “qualidade” pode ser definida como:

1. Propriedade, atributo ou condição das coisas ou das pessoas capaz de distingui-las das outras e de lhes determinar a natureza. (...) 3. Disposição moral ou intelectual das pessoas. 4. Dote, dom, virtude. 5. Condição, posição, função. (...) 9. Filos. Na perspectiva dialética, categoria fundamental que designa a diversidade de relações pelas quais cada coisa, a cada momento, vem a ser tal como é. (p.1675)

Já como significado de “vida”, temos:

(...) 5. Espaço de tempo que decorre desde o nascimento até a morte; existência. 6. O tempo de existência ou de funcionamento de uma coisa. (...) 8. Estado ou condição do espírito depois da morte. (...) o que representa para alguém motivo de prazer, de estímulo, de amor à vida. 16. O que representa força, ânimo, entusiasmo, vitalidade. (p. 2068)

Ao relacionar tais palavras, podemos compreender qualidade de vida, do ponto de vista etimológico, como sendo a condição, a posição que o ser humano assume -perante a diversidade das relações -durante o ciclo completo de sua vida. Desta forma, podemos pensar que a cada momento de nossa vida -e com a velhice não é diferente -será atribuída uma condição, uma qualidade, variando, por exemplo, de “péssima” a “ótima”. Em cada

etapa, o indivíduo qualifica sua vida. A vida vai sendo avaliada, a cada instante e em cada fase, para se certificar se está boa ou ruim, para se saber que qualidade ela tem.

A investigação acerca da qualidade de vida do idoso gradativamente ganha mais espaço na área da saúde, uma vez que, com o aumento desta população, cresce também a necessidade de se conhecer e compreender tal assunto.

Foi a longevidade aumentada que nos fez interrogar se o mais importante era viver cada vez mais, ou se era viver com a melhor qualidade possível. Conjugando as duas coisas (longevidade com qualidade de vida excelente) será o ideal e o norte que todos (profissionais e indivíduos) deverão almejar. Neste sentido, Paschoal (2004, p.12) aponta que “... o desafio é conseguir que os anos vividos a mais, quantos forem, não importa se poucos, sejam anos plenos de significado, levando a uma vida digna e respeitosa, que valha pena ser vivida”.

Embora não haja definição consensual de qualidade de vida, THE WHOQOL GROUP (1995) aponta para o fato de que há uma considerável concordância entre os pesquisadores acerca de algumas características que envolvem tal constructo. Citam três características: subjetividade, multidimensionalidade e bipolaridade. Quanto à primeira característica, observa-se que tal subjetividade está interrelacionada às condições externas, como trabalho, família e os demais laços sociais que permeiam a vida do idoso e que influenciam sua qualidade de vida. A segunda característica -multidimensionalidade – possui um maior consenso entre os pesquisadores, uma vez que dimensões tais como físicas, psicológicas e sociais estão sempre incluídas nas diversas definições de qualidade de vida. Tais dimensões convergem sempre na direção da subjetividade, ou seja, como os indivíduos percebem seu estado físico, suas relações interpessoais etc. Quanto à bipolaridade, é possível perceber que tal constructo possui dimensões positivas (como autonomia) e negativas (como dor, dependência). Contudo, sempre devem ser enfatizadas as percepções individuais de cada dimensão.

Neste sentido, concordamos com Paschoal (2004) que define qualidade de vida como sendo “a percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, de acordo com o contexto cultural e os sistemas de valores nos quais vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.”(p.28)

CASUÍSTICA E MÉTODO

O presente estudo contou com a colaboração de 30 idosos, de ambos os gêneros, com idade superior a 60 anos atendidos em: ambulatório, enfermaria e GAMIA (Grupo de Assistência Multidisciplinar ao Idoso Ambulatorial) do Serviço de Geriatria do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, sendo 10 sujeitos atendidos no ambulatório, 10 sujeitos internados em enfermaria e 10 sujeitos frequentadores do GAMIA.

No ambulatório, os sujeitos foram abordados em dia de consulta médica, pois desta forma eles não precisariam vir ao hospital em um outro dia para a realização da pesquisa.

Na enfermaria, priorizou-se a realização da pesquisa em momentos em que o paciente estivesse sem acompanhante para que não houvesse interferência de terceiros e também para que o horário de visitas fosse preservado.

O GAMIA (Grupo de Assistência Multidisciplinar ao Idoso Ambulatorial) foi criado em 1984 e tem basicamente um caráter preventivo. É composto de 30 idosos que são divididos em dois grupos de 15, que passam por atividades semanais diversas nas áreas de enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, psicologia, serviço social, terapia ocupacional, além do atendimento médico. Tais sujeitos participaram das atividades em outros dias da semana, a fim de que as atividades no Gamia não fossem prejudicadas.

Os critérios de inclusão adotados para esta pesquisa foram:

- Ser paciente do Serviço de Geriatria do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo;

- Ter 60 anos ou mais;

- Concordar em participar da pesquisa;

- Ter condições de comunicar-se verbalmente e de realizar produção gráfica.

Já os critérios de exclusão adotados foram:

- Apresentar alterações cognitivas, quadros demenciais ou ser portador de psicopatologia grave;

- Apresentar condição que impeça a comunicação verbal, deficiência visual e/ou auditiva graves.

Para realização do estudo proposto foram utilizados os seguintes instrumentos na seqüência abaixo:

- Consulta aos prontuários;

- Termo de consentimento livre e esclarecido;

- Entrevista semi-dirigida, idealizada pelo pesquisador, que para facilitar a compreensão dos sujeitos e a análise, tal entrevista foi dividida em 3 momentos, sendo eles: *Dados de Identificação*: composto pelos dados necessários para a compreensão da situação atual dos sujeitos.

Questões quanto ao estado geral: a fim de averiguar possíveis interferências reais na qualidade de vida.

Questões específicas voltadas à qualidade de vida: a fim de obter dados acerca da qualidade de vida vivida e idealizada pelo sujeito.

- Procedimento de Desenho-Estória com Tema, conforme técnica proposta por Vaisberg (1997).

A aplicação foi realizada em uma única entrevista com indivíduos escolhidos aleatoriamente de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos acima, com duração aproximada de uma hora e meia. Para pacientes ambulatoriais e GAMIA, a entrevista foi realizada na sala de Psicologia do Serviço de Geriatria do Instituto Central que se localiza no Prédio dos Ambulatórios, 5º andar, bloco 4ª e na enfermaria do 6º andar do Instituto Central para pacientes internados.

A análise dos dados foi realizada quantitativamente por meio da Análise de Frequência de Conteúdos e qualitativamente por meio do referencial psicanalítico.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Através dos resultados obtidos nos Dados de Identificação foi possível constatar que:

Referente ao gênero: dos 30 idosos participantes deste estudo, 22 são do sexo feminino e apenas 08 do sexo masculino. Assim podemos observar que houve prevalência significativa do sexo feminino tanto na enfermaria (7 mulheres e 3 homens), no Gamia (6 mulheres e 4 homens) e no ambulatório (9 mulheres e apenas 1 homem). Neste sentido, Gavião (1996) ressalta que há uma diferença vivenciada pelos gêneros, quanto à expectativa de vida. A autora afirma que “70% da população acima de 75 anos e 80% acima de 85 anos é constituída por mulheres” (p.05).

A idade média dos participantes deste estudo foi de 73 anos, sendo que no Gamia se concentra a população “mais jovem”, com uma média de 69 anos. Já na Enfermaria, a média obtida foi de 75 anos e, no Ambulatório, a média foi de 76 anos.

Em relação ao Estado civil, conforme podemos observar na tabela 1, a maior parte dos entrevistados são viúvos, sendo por unanimidade todos os sujeitos do sexo feminino. Isto pode ser explicado, uma vez que a literatura aponta que a longevidade da mulher é maior do que a do homem. Em segundo lugar predomina o estado civil casado, sendo que todos os sujeitos do sexo masculino estão inseridos neste estado civil. Em terceiro lugar aparecem as divorciadas, sendo que todas são do sexo feminino. A única entrevistada solteira é freira.

Tabela 1
Distribuição dos entrevistados quanto ao estado civil e nível assistencial

Local	Casado	Viúvo	Solteiro	Divorciado
Ambulatório	04	06	-	-
Enfermaria	04	05	01	-
Gamia	04	03	-	03
Total	12	14	01	03

Quanto à religião, a figura 1 nos mostra a diversidade das crenças e os níveis assistenciais em que o estudo foi realizado.

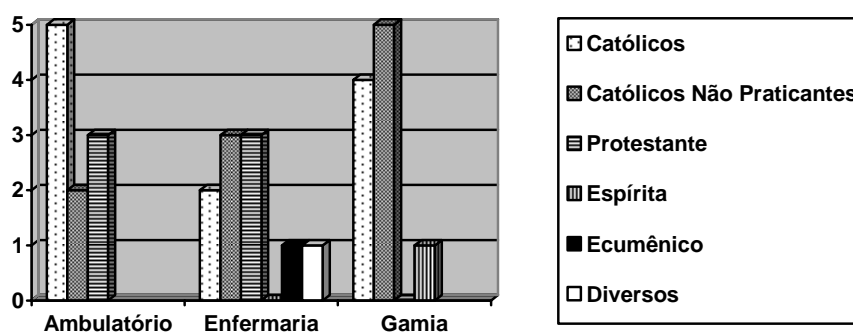


Figura 1
Distribuição dos entrevistados segundo nível assistencial e religião.

De um modo geral, vemos que dentre os 30 idosos entrevistados, a maioria é composta por Católicos sendo 11 praticantes e 10 não praticantes. Em seguida os protestantes contabilizam um total de 06 sujeitos.

Quanto ao Quadro Clínico Geral dos participantes deste estudo foi possível observar que:

Quando questionados sobre “Quais os problemas de saúde que o (a) Sr. (a) tem?”, as respostas mais frequentes estão ilustradas na figura abaixo:

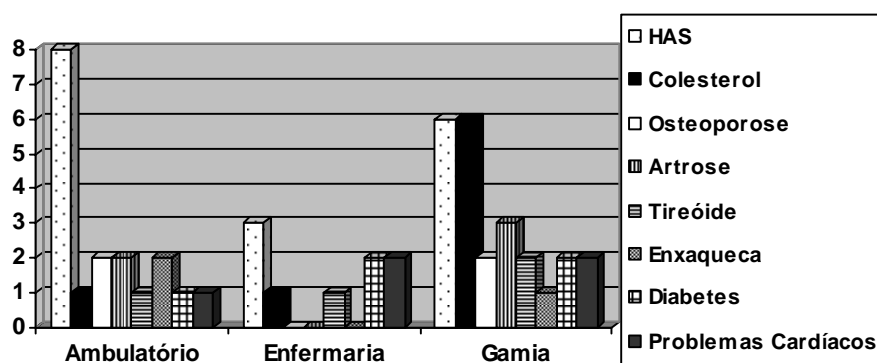


Figura 2

Distribuição dos entrevistados segundo nível assistencial e problemas de saúde mais frequentes.

No ambulatório foi apresentada uma média de 2.7 enfermidades por pessoa, sendo que um sujeito do sexo feminino não referiu doença alguma, enquanto o maior número foi de 4 enfermidades referidas por 2 sujeitos. Como é possível observar, a enfermidade mais apresentada foi a hipertensão arterial sistêmica, seguida de osteoporose, artrose e enxaqueca.

Na enfermaria foi onde se obteve a maior heterogeneidade de enfermidades. Foi obtida uma média de 2.4 enfermidades por pessoa. Vale ressaltar que 4 participantes fixaram suas respostas apenas no problema de saúde que o fizera ser internado. O maior número obtido foi de 6 enfermidades por pessoa. É necessário ressaltar que 4 entrevistados referiram como sendo uma de suas principais queixas a sensação de dor, parcialmente controlada, em regiões específicas do corpo. Devido à gravidade de algumas enfermidades, além do desconforto pela dor, inicialmente fez-nos supor que a representação de qualidade

de vida para estes sujeitos poderiam estar diretamente relacionada com o momento de vida atual.

No Gamia foi onde obtivemos a média mais alta de 3.7 enfermidades por pessoa, sendo que variou de 1 a 7 enfermidades referidas por pessoa. Alguns dos objetivos básicos do Gamia visam à prevenção e o esclarecimento ao idoso, de diversos fatores relacionados ao processo de envelhecimento. Logo, podemos relacionar o aumento da média como sendo um aspecto positivo, em que tais participantes teriam maior conhecimento a respeito de seus problemas de saúde. Dois entrevistados relacionaram exclusivamente a HAS com fatores emocionais. Uma entrevistada afirmou: “Quando eu fico muito nervosa ou tenho uma emoção, seja boa ou ruim, altera minha pressão, é sempre assim, eu já até sei... Depois que o meu marido foi embora é que a minha pressão começou a aumentar” (N.A.F., 70 anos).

Ao serem questionados sobre “Como está a saúde do(a) Sr. (a)?”, de modo geral podemos compreender que os idosos usuários do Serviço de Geriatria do ICHC-FMUSP (ambulatório, enfermaria e Gamia), participantes deste estudo fazem referência ao seu estado de saúde, de acordo com a figura 3.

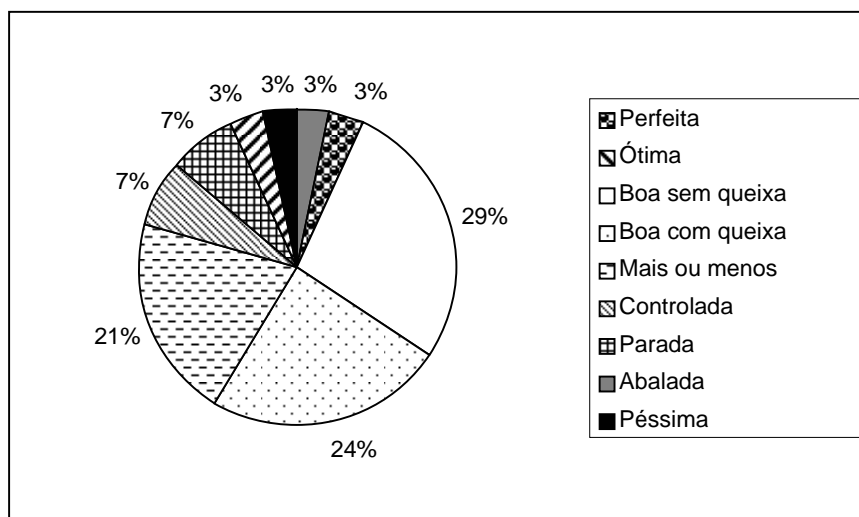


Figura 3
Distribuição das respostas obtidas referentes à percepção dos entrevistados sobre seu estado de saúde.

Desta forma, constatamos que 53% dos entrevistados referem que sua saúde está “boa”, mesmo alegando posteriores queixas (24%).

No ambulatório 4, entrevistados afirmaram que estavam com a saúde “boa” , no entanto 50% destes sujeitos referiram queixas relacionadas à sua saúde; 3 entrevistados afirmaram estar “mais ou menos”, 2 declararam que estão com a saúde “controlada” e mencionaram a importância da medicação em suas vidas e 1 entrevistado referiu que “gostaria de estar melhor”.

No Gamia 8, entrevistados referiram que sua saúde está “boa”, contudo, destes, 20% referiram queixas; 1 entrevistado referiu que sua saúde está “mais ou menos” e 1 afirmou que sua saúde está “ótima”.

Na Enfermaria, tivemos variações significativas de respostas, 1 entrevistado referiu que estava “ótimo”, 3 afirmaram estarem “boa”, porém todos apresentavam queixas, 2 declararam estarem “mais ou menos”, 2 referiram que sua saúde “tá parado(a) aqui no hospital”, 1 declarou que estava com a saúde “abalada” e, por fim, 1 entrevistada referiu que estava “péssima” .

Logo, todos os entrevistados desta amostra que referiram aspectos negativos em relação à sua saúde estavam internados na enfermaria. O período de internação no momento da entrevista variou de 01 até 35 dias. O entrevistado que declarou que sua saúde estava “ótima” havia sido admitido no hospital no dia da entrevista e havia sido internado para investigar dor no membro inferior esquerdo. Já a entrevistada que afirmou ter seu estado de saúde péssimo, estava internada há 35 dias e sua principal queixa era o prolongamento da internação. Neste sentido, podemos perceber que a internação prolongada não é benéfica ao paciente, conforme corroboram diversos estudos.

Sobre os relacionamentos, tanto familiar como afetivo/social, a tabela 2 ilustra os resultados obtidos.

Tabela 2
Distribuição dos entrevistados quanto à classificação de seus relacionamentos (familiar e social) em cada nível assistencial

Local	Ótimo		Muito Bom		Bom		Mais ou Menos		Péssimo	
	FAMIL.	SOCIAL	FAMIL.	SOCIAL	FAMIL.	SOCIAL	FAMIL.	SOCIAL	FAMIL.	SOCIAL
Ambulatório	-	2	1	1	8	6	-	1	1	-
Enfermaria	2	-	1	-	6	7	-	-	1	3
Gamia	3	2	3	-	3	8	1	-	-	-
Total	5	4	5	1	17	21	1	1	2	3

Diante da tabela anexa podemos observar que a grande maioria dos entrevistados classifica seu relacionamento tanto familiar como afetivo/social como bom. Porém, o índice de queixas também é significativo. Quase 50% dos entrevistados que referiram ter um bom relacionamento familiar apresentaram queixas. Já em relação aos relacionamentos sociais, o índice de queixas foi menor, sendo de aproximadamente 25%. Novamente, a Enfermaria é o local onde se obteve maior número de respostas negativas. Embora todas as queixas de relacionamento, tanto familiar como social tenham sido referidas como vivenciadas antes da internação, não podemos negar que esta altera a rotina tanto do paciente como de seu familiar, além de ser um momento de maior fragilidade.

Quanto ao Gamia, foi possível observar que os entrevistados estabelecem vínculos muito fortes com o grupo em si, bem como existe uma transferência institucional muito significativa. “Agora eu tô me sentindo melhor. Depois do Gamia melhorou”(A.M., 70 anos). “Vocês aqui das Crônicas salvaram minha vida”. Cerca de 30% dos entrevistados referiram que este é o único local em que participam de um grupo. “Não tenho nenhum lugar definitivo, só aqui”(I.V., 71 anos). Isto reafirma o quanto o trabalho desenvolvido pela equipe do Gamia tem sido fundamental na qualidade de vida dos idosos. No entanto, nos chama a atenção a intensidade do vínculo por eles estabelecidos. Por um lado, nos deparamos com a carência destes idosos e o quanto eles atribuem a qualidade de vida deles ao nosso trabalho, mas por outro acaba revelando a necessidade do envolvimento de cada membro da sociedade.

Quanto à sexualidade, obtivemos os seguintes resultados:

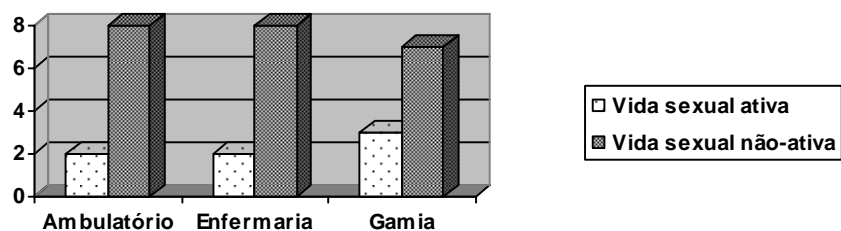


Figura 4
Distribuição dos entrevistados segundo nível assistencial e atividade sexual.

No ambulatório 80% dos entrevistados, todas do sexo feminino, não têm relações sexuais e afirmam que este fato não atrapalha sua qualidade de vida. Ao contrário, a grande maioria declara: “nunca fui de sentir falta disso” (Z.M.P., 88 anos), “nunca fui muito chegada” (S.D.Q., 76 anos), “Eu era fria” (V.C.V., 84 anos), “ele queria a todo custo ... qualquer lugar me agarrava, não podia ficar na frente dele. Consegui com muita oração, era a tentação” (T.G.V., 70 anos). Os demais entrevistados que possuem uma vida sexual ativa são casados, a entrevistada referiu que “está normal para a idade” (Z.B.O., 63 anos), já o participante do sexo masculino declarou “Difícil de falar. Não está bem” (C.A.O., 68 anos).

Na enfermaria, 80% não tem mais relações sexuais, destes, 10% afirmaram que sentem desejo: “ainda tenho vontade, mas meu marido está afetado ... a gente nem toca nesse assunto” (AJSC, 72 anos). Dos que têm relações sexuais, 20% são do sexo masculino, casados e mantêm relações esporádicas apenas com a esposa.

No Gamia, 30% dos pacientes entrevistados ainda têm relações sexuais. Quanto à qualidade desta relação, destacamos que: 1 tem relações apenas com a amante, 1 afirma que sua esposa não tem mais vontade: “ela acaba indo pelo embalo da noite ... fico meio chateado” (W.F., 68anos) e 1 afirma se sentir muito bem, embora declare “não é como quando a gente é jovem ...” (A.T.S., 67 anos). Logo, 7 dos pacientes entrevistados afirmam não ter relações sexuais. Destes, 4 entrevistadas do sexo feminino afirmam que não têm mais vontade e não sentem falta; 3 (duas mulheres e um homem) afirmam que ainda sentem desejo.

De um modo geral, podemos observar que há predominância do sexo feminino em afirmar um certo ou até mesmo total desinteresse em atividades sexuais. Contudo, o mito de que “é pela idade” cai por terra, pelo menos nesta amostra. Ao oferecer uma escuta a estas entrevistadas, constatamos que tal desinteresse está presente na história de vida dessas mulheres, desde muitos anos atrás. Cerca de 70% das mulheres que afirmam não sentir falta e/ou desejo, referem que não tinham prazer nas relações sexuais com seus maridos. Segundo relatos, seus maridos eram: ciumentos, agressivos, adúlteros, etc. Vejamos alguns relatos: “meu casamento foi muito ruim, ele era muito ciumento, tive medo de arrumar outro igual” (I.V., 71 anos), “Não me faz falta, nunca me fez falta. Achava falta de carinho. Ele era muito bravo, eu não gostava não” (I.B.F., 71 anos).

Ao serem questionados “O que mais gosta no (a) Sr.(a)?” , as respostas foram as mais diversas possíveis , desta forma categorizaremos as respostas.

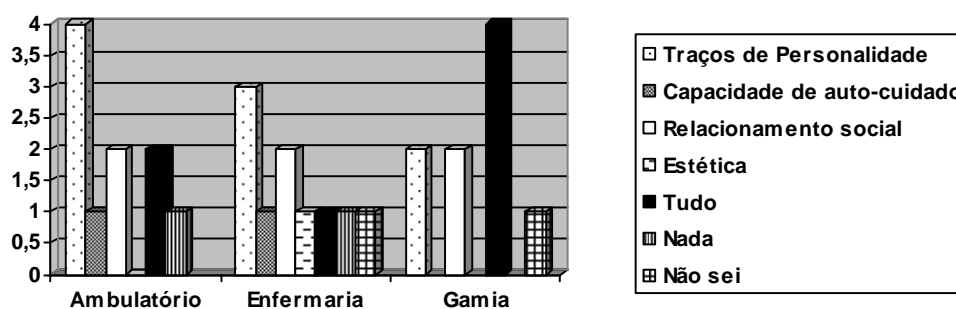


Figura 5
Distribuição dos entrevistados em categorias referentes ao que mais gostam em si e nível assistencial.

Dentre os Traços de Personalidade, os mais citados são: sinceridade, facilidade de comunicação e calma. Quanto aos relacionamentos sociais destacam-se: caridade, capacidade de lidar com crianças e de fazer amigos.

Observamos na figura que o índice de resposta “tudo” é elevado no grupo de amostra do Gamia, contudo dos 4 entrevistados que referirem gostar de tudo, 3 apresentam queixas, como por exemplo: “Gosto de tudo, né. Gosto do meu rosto. O corpo não, tem muita banha caída” (I.B.F., 71 anos).

Quanto à questão “O que menos gosta no(a) Sr.(a)?”, as respostas mais frequentes foram:

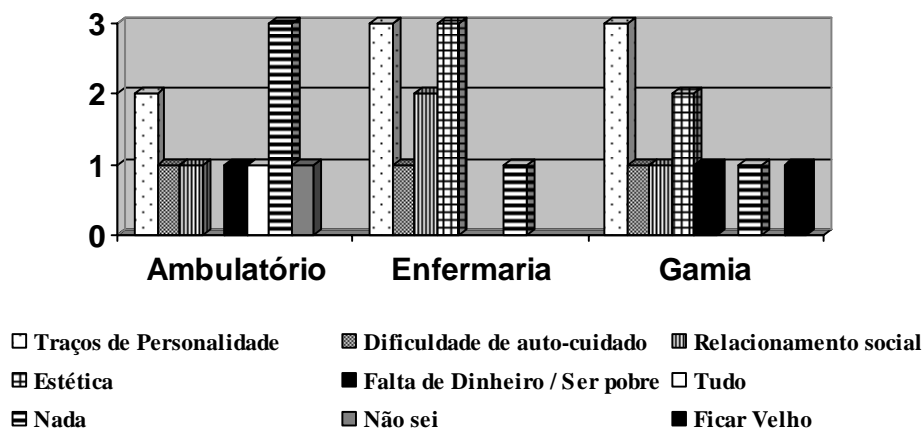


Figura 6
Distribuição dos entrevistados em categorias referentes ao que menos gostam em si e nível assistencial.

Dentre os Traços de Personalidade, os mais citados foram: exigência excessiva, autoritarismo, impaciência e indecisão. Quanto aos relacionamentos sociais, destacam-se: confiar demais nas pessoas, entrar em polêmica.

Conforme podemos observar na figura acima, a maioria dos entrevistados no ambulatório referiram que não há nada que não gostem em si. Podemos supor que tais entrevistados assumiram uma postura defensiva diante de tal questão.

Quanto a Questões Específicas sobre Qualidade de Vida para os participantes deste estudo foi possível observar que:

De acordo com a amostra obtida neste estudo, os idosos do Serviço de Geriatria definem qualidade de vida conforme a figura apresentada anexo:

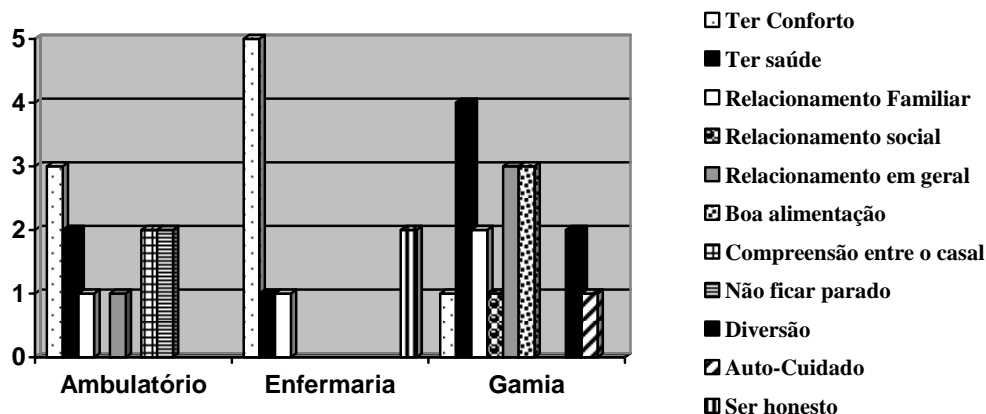


Figura 7

Distribuição dos entrevistados em nível assistencial e definição sobre qualidade de vida.

No ambulatório a média foi de 1.4 respostas por pessoa. Na enfermaria houve uma média de 1.2 respostas por pessoa e no Gamia a média obtida foi de 2 atributos por pessoa.

Para a maior parte dos entrevistados tanto no ambulatório como na enfermaria qualidade de vida está relacionada em primeira instância com o conforto, o bem-estar financeiro. Muitos referiram que qualidade de vida é ter o necessário, é viver com conforto. Contudo, para o primeiro grupo, a necessidade de conforto esteve em 90% das respostas, associadas com outras necessidades, como por exemplo: se relacionar bem com as pessoas, ter saúde, etc . Também referiram que, com uma condição financeira melhor, é possível investir mais em diversão e viagens. Já para os pacientes internados, o conforto esteve associado a idéias de: não faltar nada em casa, ter o necessário, ter uma vida mais folgada. Referiram que “ver uma coisa boa e não ter dinheiro pra comprar isso abala a gente viu” (RMCS, 76 anos) “não me falta o necessário, mas se eu tivesse mais dinheiro, a essas horas eu não tava aqui, tava num Einstein né”. (AJSC, 72 anos)

Quando questionados “Isto que o(a) Sr.(a) chama de qualidade de vida, o(a) Sr.(a) tem? Por quê?”, obtivemos:

No ambulatório, 90% afirmaram que têm e apenas 10% não têm. Na enfermaria é o local em que encontramos o maior número de entrevistados que afirmam não possuir qualidade de vida, cerca de 40% afirmam não ter . 10% afirma ter em nível superior e 50%

afirmam ter qualidade de vida. No Gamia, 90 % afirmam ter e 10% afirmam “tenho 80%” (W.F., 68 anos).

Foi solicitado que os entrevistados mencionassem Três fatores, por ordem de importância, que melhoram a qualidade de vida na velhice. Devido à diversidade de respostas categorizamos conforme ilustra a tabela anexo:

Tabela 3

Principais fatores responsáveis pela melhora da qualidade de vida na velhice em cada nível assistencial

Fatores	Ambulatório	Enfermaria	Gamia
1º Fator	Ser bem cuidada na velhice; Carinho da família.	Saúde	Saúde
2º Fator	Ter saúde; Auto-cuidado.	Conforto / Dinheiro	Relacionamentos
3º Fator	Conforto / Dinheiro	Amor/União na família	Conforto / Dinheiro

Principais fatores responsáveis pela melhora da qualidade de vida na velhice em cada nível assistencial

Na categoria de Saúde incluímos: saúde, alimentação adequada, dormir o necessário, praticar esportes, assistência médica adequada e obedecer ao médico. Em auto-cuidado está incluído: não ir para o asilo, se cuidar sozinha, não ficar acamada, ter a “cabecinha funcionando”, não andar de muleta, não andar de cadeira de rodas. Como podemos observar tanto para os pacientes internados como para os participantes do Gamia, o fato mais importante que melhora a qualidade de vida na velhice está relacionado à saúde. Por outro lado, para os pacientes entrevistados no ambulatório, o fator saúde é secundário, pois o mais importante é o afeto da família e a garantia de serem bem cuidados.

Em seguida foi solicitado que os entrevistados mencionassem Três fatores, por ordem de importância, que pioram a qualidade de vida na velhice. Devido à diversidade de respostas, também categorizamos conforme ilustra a tabela anexo:

Tabela 4

Principais fatores responsáveis pela piora da qualidade de vida na velhice em cada nível assistencial

Fatores	Ambulatório	Enfermaria	Gamia
1° Fator	Abandono	Doença; Internação	Limitações Físicas
2° Fator	Limitações Físicas	Abandono	Doença
3° Fator	Falta de conforto	Falta de conforto	Falta de conforto Abandono

Como podemos observar, há uma adequação entre as respostas fornecidas na questão anterior e nesta questão. Se para os entrevistados ambulatoriais o fator mais importante estava relacionado ao cuidado, o fator preponderante que piora a qualidade de vida é o abandono. Da mesma forma para os pacientes internados, o momento da internação e a doença em si pioram o que eles referem por qualidade de vida. Para o grupo do Gamia, que é constituído por idosos em sua maioria ativos, o fato de se depararem com restrições físicas irreversíveis seria o fator principal de desqualificação de vida.

Por fim, conforme procedimento de Vaisberg (1997), foi solicitado a cada entrevistado que realizasse dois desenhos ilustrando uma qualidade de vida ideal e sua qualidade de vida real. Um fator que muito nos chamou a atenção foi a adesão dos pacientes nesta fase do estudo.

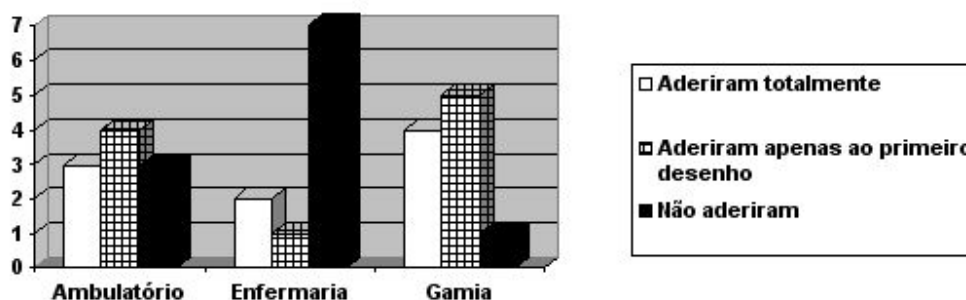


Figura 8

Distribuição quanto à adesão à técnica projetiva em cada nível assistencial.

Como podemos observar na figura anexo, a Enfermaria foi o nível assistencial em que obtivemos um número significativo de resistências (70%). Podemos explicar este fato, pois segundo o olhar psicanalítico, a técnica projetiva faz com o que o sujeito entre em contato com suas angústias inconscientes. No momento da internação são suscitados mecanismos de defesas para que o indivíduo suporte a angústia gerada por esta situação. Logo, tais mecanismos estão em ação e impedem que o sujeito entre em contato com uma angústia maior do que a vivenciada. Assim utilizam respostas como “eu não sei desenhar”, “nunca fui bom desenhista”, “não tive estudo”.

No ambulatório, 30% dos pacientes não realizaram os desenhos solicitados e justificaram afirmando “Eu não quero desenhar. Eu não sei.” (A.L.S, 70 anos), “Tô com a cabeça vazia ... e se eu não fizer, o que acontece” (T.G.V. 70 anos). Além disto, algumas fizeram comentários sobre o que seria para elas qualidade de vida tanto ideal como real. No entanto, sabemos que a técnica projetiva muitas vezes permite expressões não possíveis ao discurso manifesto. Dos entrevistados ambulatoriais, 20% realizaram apenas o desenho referente à Qualidade de vida Ideal. Podemos justificar tal fato uma vez que torna-se mais angustiante projetar aspectos vivenciados do que idealizados.

No ambulatório, a anexo representa a Qualidade de Vida Ideal de uma entrevistada que justifica: “Minha casa é melhor que essa. É qualidade de vida ideal porque é o que eu tenho. Pra mim é uma delícia. Eu esqueço do mundo quando eu tô lá” (Z.B.O., 63 anos).

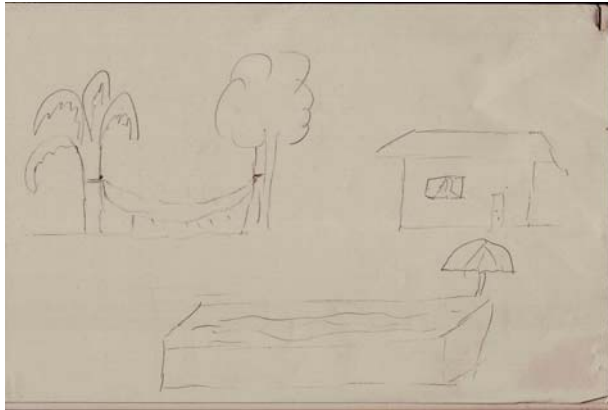


Figura 9
Desenho referente à Qualidade de Vida Ideal realizado por entrevistada do Ambulatório (Z.B.O., 63 anos)

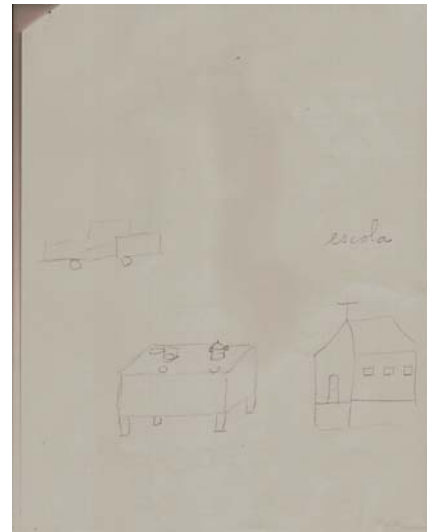


Figura 10
Desenho referente à Qualidade de Vida Real realizado por entrevistada do Ambulatório (Z.B.O., 63 anos)

A idéia de qualidade de vida ideal, neste caso, está relacionada ao conforto, a tranqüilidade. Além disto, vemos uma preocupação excessiva com o preparo do ambiente externo. Uma característica percebida na amostra é que os idosos investem mais no externo do que no interno, ou seja, estão voltados para a ação a fim de que tal preparo favoreça a aproximação do outro. Ao analisarmos o desenho referente à qualidade de vida real, mais uma vez observamos que a produção está focada no ambiente externo. A igreja como um ambiente acolhedor, em oposição à solidão, o ato de preparar o alimento como uma forma de troca de afeto e a mesa em que todos se reúnem para concretizarem este momento.

Quanto à produção gráfica da enfermaria, podemos observamos que a qualidade de vida real se personaliza por meio da necessidade de um apoio, um ser desestruturado (com o rosto sem expressão) necessitando de alguém que lhe assista, um outro estruturado que lhe dê amparo. Na produção referente à qualidade de vida real, observamos que há uma tentativa de integração que não está totalmente concretizada. Além disto, podemos supor que existe um sentimento, uma percepção inconsciente de que a sua qualidade de vida está se esvaindo. Tanto é, que devido a suas condições clínicas, esta entrevistada faleceu semanas após participar deste estudo.



Figura 11

Desenho referente à Qualidade de Vida Ideal realizado por entrevistada da Enfermaria (R.M. C. S., 76 anos)

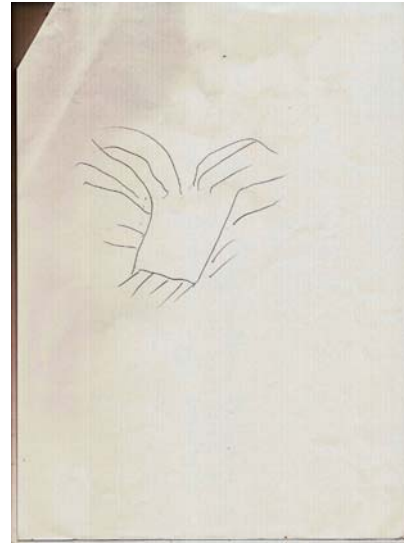


Figura 12

Desenho referente à Qualidade de Vida Real realizado por entrevistada da Enfermaria (A. A. J. S., 74 anos)

Referente à produção do Gamia, vemos uma aparente contradição entre o Ideal e o Real. A tranqüilidade desejada como Ideal é acompanhada pelo sentimento de solidão, afastamento, que imediatamente remete à necessidade de estar com as pessoas. Assim vemos que o Real, neste caso, também é muito idealizado. Além disto, os idosos participantes do Gamia, por terem uma condição física melhor, apresentam-se de modo mais crítico quanto às suas representações de qualidade de vida.



Figura 13

Desenho referente à Qualidade de Vida Ideal realizado por entrevistada do Gamia (I.V., 71 anos)



Figura 14

Desenho referente à Qualidade de Vida Real realizado por entrevistada do Gamia (I.V., 71 anos)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atuação simultânea na enfermaria, ambulatório e no Gamia (Grupo de Assistência Multidisciplinar ao Idoso Ambulatorial) favoreceu um contato com o envelhecimento de modo diversificado, pois por um lado foi uma experiência um tanto quanto difícil e impactante, porém, por outro, foi um aprendizado inigualável.

O presente estudo serviu para mostrar, dentre outras coisas, o quanto a história de vida e o momento vivenciado por cada sujeito é fundamental para a definição de qualidade de vida. Constatamos que o momento da internação é um período muito angustiante para os idosos, principalmente se este se estender por um longo período. Assim, tal vivência tem influência negativa na representação de qualidade de vida dos idosos entrevistados.

Quanto aos idosos do Gamia, vimos que estes têm maior dificuldade em entrar em contato com frustrações, até mesmo pelo momento vivenciado que é a inserção em um grupo que visa promoção de saúde e por apresentarem uma condição clínica mais favorável. Em oposição ao observado na enfermaria, o Gamia, exerce uma influência positiva na qualidade de vida dos idosos entrevistados. Já referente ao Ambulatório, observamos que tal vivência não interferiu tanto na qualidade de vida, determinando assim que, neste nível assistencial, a representação de qualidade de vida está mais associada a aspectos da personalidade de cada entrevistado do que o atendimento ambulatorial.

Tal estudo é reflexo de uma pequena amostra dos idosos que convivem em um ambiente hospitalar, no entanto, sabemos ser necessário estudos mais abrangentes para que se possa ampliar os conhecimentos sobre a qualidade de vida auto-referida no envelhecimento. Quanto ao trabalho do psicólogo/psicanalista, é necessário que vise avaliar aspectos emocionais destes sujeitos, uma vez que, embora tal estudo tenha sido realizado em um Hospital, pouco foi referido sobre questões ligadas à saúde, mas sim a questões sociais e afetivas. Logo, o psicólogo deve promover uma escuta diferenciada estando atento às necessidades de cada idoso de modo singular, e quando necessário possibilitar o fortalecimento egóico para que o idoso invista mais em si.

Carência afetiva, desigualdade social, abandono foram questões muito freqüentes apontadas pelos idosos. Isto nos leva a refletir que muito ainda deve ser feito, principalmente no tocante a questões sociais e afetivas.

Por fim, fica explícita a importância de um trabalho interdisciplinar no âmbito hospitalar, uma vez que todas as áreas tendem a contribuir para a melhora da qualidade de vida dos idosos, pois suas necessidades são diversas. Todas as experiências são marcantes igualmente e levam o profissional a descobrir a grandiosidade do trabalho gerontológico.

REFERÊNCIAS

Aranha, V. C. (2003). *A representação social do envelhecimento e os determinantes afetivo-emocionais: semelhanças e conflitos entre idosos e não idosos usuários do HCFMUSP*. Dissertação Mestrado em Psicologia, Faculdade de Saúde Pública a Universidade de São Paulo, São Paulo

Beauvoir, S. (1970/1990). *A velhice*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Bianchi, H. (1993). *O Eu e o Tempo: psicanálise do tempo e do envelhecimento* (Jean M.J. Briant, Trad.) . São Paulo: Casa do Psicólogo.

Brasil. (2003). Ministério da Saúde. *Estatuto do Idoso*. Brasília, Distrito Federal: 68p.

Ferreira, A. B. H. (1999). *Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da Língua Portuguesa*. (3ª ed. rev. e ampl.) Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Freud, S. (1914-1990). Sobre o Narcisismo: uma introdução. In *Edições Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (vol. XVIII) (pp. 83-119). Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1916-1990). Sobre a transitoriedade. In *Edições Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (vol. XIV) (pp. 343-348). Rio de Janeiro: Imago.

Gavião, A. C. D. (1996). *Envelhecimento e psicoterapia psicanalítica: um estudo piloto através do método de Rorschach*. Dissertação Mestrado em Psicologia, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.

Jacob Filho, W. (2003). *Prática a caminho da senecultura*. São Paulo: Atheneu.

Kalache, A., Vera, R.P., Ramos, L.R. (1987). O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. *Rev. Saúde Pública*, 21(3), 200-210.

Kenney, R.A. (1989). *Physiology of aging: a synopsis*. (2ª. Ed.)
Chicago/London/BocaRaton: Year Book Medical Publishers.

Laplanche, J.; Pontalis, J. B. (1970/2001). *Vocabulário da psicanálise* (3.ed). Santos, SP: Martins Fontes

Neri, A.L. (org.) (2003). *Qualidade de vida e Idade Madura* (5ª. Ed.). Papirus Editora.

Neri, A.L., Freire, S.A. (orgs.) (2003). *E por falar em boa velhice* (2ª. Ed.). Papirus Editora.

Paschoal, S.M.P. (2000). *Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião*. Dissertação (Mestrado), Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo.

Paschoal, S.M.P.(2004) , *Qualidade de vida do idoso: construção de um instrumento de avaliação através do método do impacto clínico*. Tese (Doutorado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo.

Passarelli, MC. (1997). O processo de envelhecimento em uma perspectiva geriátrica. *O mundo da saúde: Envelhecer com saúde e dignidade*, 21(4), 208-212.

Pollock, G.H. (1980). Aging or aged: development or pathology. In Greenspan S.J. & G.H. Pollock (ed.). *The course of life: psychoanalytic contributions toward understanding personalitu development. Adulthood and the aging process* (vol. 3) (pp. 549-585). Maryland: National Health Study Center.

Portella, M.R. & Bettinelli, L.A. (2003). Humanização da velhice: reflexões acerca do envelhecimento e o sentido da vida. *O Mundo da Saúde. Psicologia Hospitalar: uma aliança com a saúde*, 27(3), 465-472, jul./set.

Pracidelli, F., Izzo, H., Aranha, V.C. & Fernandes, Y.C.M.C. (2001). A imagem corporal dos idosos internados na enfermaria do Serviço de Geriatria – uma visão fisioterápica e psicológica. *Revista: Reabilitação: Qualidade de vida e inclusão social. O ramundo da Saúde*, 25(4), out/dez.

Stuart-Hamilton, I. (1995-2002). *A psicologia do envelhecimento: uma introdução* (Maria Adriana Veríssimo Veronese, Trad.) (3a ed). Porto Alegre: Artmed. 280 p

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409.

Vaisberg, T.M.J.A. (1997). Investigação de Representações Sociais. In W. Trinca, *Formas de investigação clínica em psicologia: procedimentos de desenhos-estórias*. São Paulo: Vetor.

ANEXO A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME DO PACIENTE :
- DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : .M F
- DATA NASCIMENTO:/...../.....
- ENDEREÇO..... Nº APTO:
- BAIRRO:..... CIDADE
- CEP:..... TELEFONE: DDD (.....)
2. RESPONSÁVEL LEGAL
- NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)
- DOCUMENTO DE IDENTIDADE :SEXO: M F
- DATA NASCIMENTO.:/...../.....
- ENDEREÇO: Nº APTO:
- BAIRRO: CIDADE:
- CEP: TELEFONE: DDD (.....).....
-

II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: **Representação de qualidade de vida e seus indicadores entre idosos usuários no Serviço de Geriatria do ICHCFMUSP: uma abordagem psicanalítica.**

PESQUISADOR: **Elisângela Arantes de Souza**

CARGO/FUNÇÃO: **Psicóloga Aprimorada**

INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº **06/7715**

UNIDADE DO HCFMUSP: **Divisão de Psicologia e Serviço de Geriatria do Instituto Central**

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

SEM RISCO RISCO MÍNIMO RISCO MÉDIO

RISCO BAIXO RISCO MAIOR

(probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo)

4. DURAÇÃO DA PESQUISA : **A partir da aprovação até dezembro de 2005**
-

III - REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA CONSIGNANDO:

O presente estudo tem como objetivo principal analisar o que o(a) Sr.(a) compreende como sendo qualidade de vida e qual a sua opinião sobre a sua qualidade de vida neste momento. Para que se possa identificar os principais indicadores de qualidade de vida, ou

seja, o que o(a) Sr.(a) acha que é necessário tanto para uma boa quanto para uma má qualidade de vida; e por fim, tentar verificar até que ponto sentimentos e afetos podem interferir na qualidade de vida de uma pessoa idosa.

Para alcançarmos tal objetivo, o(a) Sr.(a) precisa responder algumas questões sobre o tema proposto e realizar dois desenhos.

Os dados obtidos serão analisados conjuntamente. Seu nome não será divulgado. O (a) Sr.(a) pode desistir a qualquer momento. Não se sinta obrigado a nada e nem constrangido caso não desejar participar.

O estudo nos ajudará a compreender melhor o que as pessoas mais idosas pensam e sentem diante da sua realidade, quando falamos de qualidade de vida, para que possamos nos preparar para melhor atender suas necessidades.

Pensar na qualidade de vida pode ajuda-lo (a) a melhorar seu auto-conhecimento e reavaliar seu modo de vida.

IV - ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA CONSIGNANDO:

1. O(a) Sr.(a) poderá ter acesso, quando desejar, aos dados, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para tirar eventuais dúvidas.
2. O a) Sr.(a) tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga algum prejuízo. Caso venha a interromper sua participação na pesquisa, tal atitude NÃO acarretará nenhuma punição, nem afetará seu tratamento no Serviço de Geriatria do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
3. Comprometo-me com o(a) Sr.(a) a garantir: confidencialidade, sigilo e privacidade. Logo, nada será publicado com a sua identificação.
4. Caso haja alguma alteração emocional decorrente da pesquisa o(a) Sr.(a) terá assistência psicológica no Serviço de Geriatria do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
5. Não haverá indenização material ou monetária referente a eventuais danos à saúde decorrentes da pesquisa, já que não são previstos riscos.

V. INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E REAÇÕES ADVERSAS.

Elisângela Arantes de Souza

Divisão de Psicologia do Instituto Central do Hospital das Clínicas da FMUSP – Tel. 3069-6459

Serviço de Geriatria Tel. 3069-6105

VI. OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:

VII - CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa.

São Paulo, de de 2005.

Assinatura do sujeito da pesquisa ou
responsável legal

assinatura do pesquisador
(carimbo ou nome Legível)

ANEXO B

MODELO DE ENTREVISTA IDEALIZADO PELO PESQUISADOR

PARTE I IDENTIFICAÇÃO

Data da entrevista:

Nome (iniciais):

Número do RGHC:

Data de nascimento:

Idade: anos meses

Estado civil:

com companheiro

sem companheiro

Religião:

Praticante?

Escolaridade:

Local:

Ambulatório

GAMIA

Enfermaria: Internado há quanto tempo?

Qual o seu diagnóstico clínico?

PARTE II QUESTÕES – QUADRO CLÍNICO GERAL

1. Quais os problemas de saúde que o(a) Sr(a) têm ?
2. Como está a saúde do(a) Sr.(a)?
3. Como está o relacionamento familiar do(a) Sr.(a)?
4. Como está o relacionamento afetivo/social do(a) Sr.(a)?
5. Como está a sexualidade do(a) Sr(a) ?

6. O que mais gosta no(a) Sr.(a)?
7. O que menos gosta no(a) Sr.(a)?

PARTE III
QUESTÕES ESPECÍFICAS SOBRE QUALIDADE DE VIDA

1. O que é qualidade de vida para o(a) Sr(a) ?
2. Isso que o(a) Sr(a) chama de qualidade de vida, o(a) Sr(a) tem? Por que?
3. Cite, por ordem de importância, 3 fatores que melhoram sua qualidade de vida na velhice?
4. Cite, por ordem de importância, 3 fatores que pioram sua qualidade de vida na velhice?

Aplicador:

Tempo de Aplicação: