



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY  
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM  
NÚCLEO DE PESQUISA EM ENFERMAGEM HOSPITALAR  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MÉDICO – CIRÚRGICA

SIGNIFICADO DE SAÚDE E TRAJETÓRIA  
DO PROCESSO DE TRATAMENTO DA PESSOA IDOSA:  
IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM

CRISTINA GONÇALVES HANSEL

RIO DE JANEIRO  
SETEMBRO/ 2015



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY  
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM  
NÚCLEO DE PESQUISA EM ENFERMAGEM HOSPITALAR  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MÉDICO – CIRÚRGICA

SIGNIFICADO DE SAÚDE E TRAJETÓRIA  
DO PROCESSO DE TRATAMENTO DA PESSOA IDOSA:  
IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM

CRISTINA GONÇALVES HANSEL

ORIENTADORA: JAQUELINE DA SILVA, PHD

RIO DE JANEIRO  
SETEMBRO/ 2015

SIGNIFICADO DE SAÚDE E TRAJETÓRIA  
DO PROCESSO DE TRATAMENTO DA PESSOA IDOSA:  
IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM

CRISTINA GONÇALVES HANSEL

Tese de doutorado apresentada ao corpo docente do Programa de Pós-graduação *Stricto-Sensu* em enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Departamento: Enfermagem Médico-Cirúrgica  
Núcleo de Pesquisa: Enfermagem Hospitalar  
Linha de Pesquisa: Cuidado de Enfermagem Hospitalar

ORIENTADORA: JAQUELINE DA SILVA, PHD.

RIO DE JANEIRO  
SETEMBRO/ 2015

SIGNIFICADO DE SAÚDE E TRAJETÓRIA  
DO PROCESSO DE TRATAMENTO DA PESSOA IDOSA:  
IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM

CRISTINA GONÇALVES HANSEL

Tese de Doutorado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro / UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof<sup>a</sup> PhD Jaqueline Da Silva – Presidente  
Escola de Enfermagem Anna Nery – UFRJ

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Fátima Helena do Espírito Santo – 1º Examinador  
Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa – UFF

---

Prof. Dr. Marcos Jardim Freire – 2º Examinador  
Instituto de Psicologia – UFRJ

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Lys Eiras Cameron - 3º Examinador  
Escola de Enfermagem Anna Nery – UFRJ

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Silvia Teresa Carvalho de Araújo - 4º Examinador  
Escola de Enfermagem Anna Nery – UFRJ

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Aline Miranda Fonseca Marins – 5º Examinador / Suplente  
Escola de Enfermagem Anna Nery – UFRJ

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Miriam Heidemann – 6º Examinador / Suplente  
Faculdade de Enfermagem Arthur Sá Earp Neto – FASE

RIO DE JANEIRO  
SETEMBRO/ 2015

Hansel, Cristina Gonçalves.  
SIGNIFICADO DE SAÚDE E TRAJETÓRIA DO PROCESSO DE  
TRATAMENTO DA PESSOA IDOSA: IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADO DE  
ENFERMAGEM/ Cristina Gonçalves Hansel.  
Rio de Janeiro: UFRJ / EEAN, 2015.  
159 f.: Il:31cm  
Orientadora: Jaqueline Da Silva  
Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de  
Enfermagem Anna Nery,  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2015.  
1. Idoso 2. Enfermagem Gerontológica 3. Trajetória 4.Tratamento.

*Dedico este trabalho*

*Ao meu esposo Carlos companheiro de todos os momentos. Obrigada pelo seu amor, carinho, paciência e pela capacidade de promover a paz nos momentos de desesperança.*

*Aos meus filhos Marianne e Gabriel, que me iluminam de forma especial e dão sentido a minha vida. Amo vocês!*

*Aos meus, preciosos filhos do coração Bernardo e Mariah, que alegram a minha vida.*

*À minha afilhada Gabrielle, que mesmo longe se mostra sempre presente. Amo você!*

*À minha Mãe querida, que me apoiou e serviu de exemplo.*

## AGRADECIMENTOS

*A DEUS e a São Judas Tadeu que estiveram sempre ao meu lado me protegendo e dando forças para continuar nesta caminhada.*

*Em especial a minha família, pelo apoio, carinho e respeito.*

*A minha orientadora, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Jaqueline Da Silva, com quem compartilhei uma ideia, que hoje veio a ser esse trabalho. Agradeço pela sua dedicação e contribuição para o meu crescimento pessoal e profissional.*

*À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Miriam Heidemann Coordenadora dos Cursos de Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem da Faculdade Arthur de Sá Earp Neto, que sempre me apoiou durante o desenvolvimento deste estudo.*

*À Direção da Faculdade Arthur Sá Earp Neto por terem permitido a realização deste estudo e por terem sido compreensivos nos momentos que precisei me afastar do trabalho.*

*À Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro que me acolheu e permitiu meu crescimento pessoal e profissional.*

*À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Vivina Lanzarini de Carvalho, um exemplo de pessoa e de profissional.*

*A minha amiga Maria Cecília Marcolino que soube me ouvir nos momentos mais difíceis, e me fez acreditar que valia a pena seguir, ainda que eu pensasse que não.*

*A Enfermeira e amiga Lívia Firmino, que se tornou uma parceira de trabalho e um exemplo de simplicidade e dedicação.*

*Às amigas Cláudia Respeita, Regina Shiraishi, Lumena Motta, Livia Teixeira, Cintia Azara, Carla Avellar, Tabata Gomes, Ricardo Patulea, Alessandra Cleires e Isabelle Geoffroy pelo incentivo e apoio nas horas de reflexão e de substituição.*

*Ao prof. Ruy Kux pelo apoio e incentivo.*

*A todos os professores e preceptores, que contribuíram para este estudo.*

*Aos alunos, pelo carinho e amizade, em especial as alunas Bárbara Lopes, Rayanne Becker e Jessyca Afonso por se tornarem fiéis parceiras de trabalho.*

*Aos idosos, com suas trajetórias e sabedoria de vida.*

*Aos funcionários da Faculdade Arthur Sá Earp Neto, em especial do Ambulatório Escola, Teresa Stefaniak, Tatiana Starck, Carlos Macedo e Tayná Grigori que muito contribuíram para a realização desse trabalho.*



*“Nunca saberemos o quão forte somos até que ser forte seja a única escolha”.*

## RESUMO

HANSEL, Cristina Gonçalves. Significado de saúde e trajetória do processo de tratamento da pessoa idosa: implicações para o cuidado de enfermagem. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil, 2015.

Pesquisa de abordagem mista, quali-quantitativa, que teve como objeto de estudo a saúde da pessoa idosa em processo de tratamento. O objetivo geral foi analisar a trajetória do processo de tratamento e suas repercussões na saúde do indivíduo idoso. À luz do Interacionismo Simbólico, o método utilizado foi Grounded Theory (GT) ou Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). O tamanho da amostra foi determinado pelo número de indivíduos idosos atendidos no serviço de clínica cirúrgica (cenário A), e da clínica cirúrgica (cenário B), situados no município de Petrópolis, Rio de Janeiro. As técnicas de coleta de dados utilizadas foram a pesquisa documental - em prontuários e documentos das instituições-cenário para dados sociodemográficos dos idosos participantes - e entrevista com duas seções. Uma seção estruturada para a avaliação da saúde física e mental utilizando quatro escalas de avaliação padronizadas, Escala de Atividade de Vida Diária de Katz et al., Escala de Avaliação do Estado Mental de Khan & Goldfarb; Escala de Depressão Geriátrica (EDG -30) e o Questionário Genérico Estado Geral de Saúde ou SF-36. E uma seção semiestruturada, com perguntas abertas sobre a experiência do processo de tratamento. O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Resultados: participaram do estudo indivíduos idosos, em sua maioria mulheres (65,22%) na faixa etária de 70-79 anos (56,52%), recebendo algum tipo de recurso financeiro (73,92%) e residindo com outras pessoas (60,87%). Os escores das escalas de avaliação evidenciaram participantes independentes, com baixa pontuação nos domínios de limitação por aspectos físicos da capacidade funcional e com alto risco para depressão. Na seção qualitativa, os depoimentos sobre sua saúde física e mental, destacaram as relações familiares e sociais como importantes na trajetória e o processo de tratamento como influencia e é mediadora da saúde física e mental dos indivíduos idosos.

Descritores: Idoso. Enfermagem Gerontológica. Trajetória. Tratamento

## ABSTRACT

HANSEL, Cristina Gonçalves. Meaning of health and trajectory of elder treatment process: implications for nursing care. Thesis (Doctorate in Nursing). Anna Nery School of Nursing, Federal University of Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brazil, in 2015.

Mix methods research, having as study object the health of older adults under treatment, and as general objective to analyze the treatment process' trajectory and its repercussions on the health of older adults. Under the light of Symbolic Interactionism, Grounded Theory (GT). was the method used. The sample size was determined by the number of older adults admitted to the clinical (site A) and surgical clinics (site B) located in Petrópolis, Rio de Janeiro. Data collection techniques were documental research on institutional files for sociodemographic information on participating older adults, and a two-section interview. The structured section assessed physical and mental health using four standardized scales. The Katz *et al.*, Activities of Daily Living, The Kahn and Goldfarb Mental State Exam, The Geriatric Depression Scale and The Generic Tool on the Medical Outcomes Questionnaire or SF-36. The semistructured section had open questions on the treatment process' experience. The study was submitted to and approved by the Institutional Review Board at the Anna Nery School of Nursing (EEAN), Federal University of Rio de Janeiro (UFRJ). Results: Older adults participating in the study, were mostly women (66,22%), between ages 70-79 (56,2%), receiving some sort financial support (73,92%) and living with other people (60,87%). The standardized assessment evidenced independent participants with low scores on the domains of functional capacity and high risk for depression. On the qualitative section, accounts on physical and mental health highlighted family and social relations as important in the trajectory and treatment process as both influence and mediator of older adults' mental and physical health.

Key words: Elderly. Gerontological Nursing. Trajectory. Treatment.

## RESUMEN

HANSEL, Cristina Gonçalves. Significado de la salud y trayectoria del proceso de tratamiento para personas mayores: implicaciones para la atención de enfermería. Tesis (Doctorado en Enfermería). Escuela de Enfermería Anna Nery, de la Universidad Federal de Río de Janeiro. Río de Janeiro, Brasil, en 2015.

Este enfoque de investigación mixta, (cuantitativa y cualitativa) tuvo como objeto de estudio la salud en el cuidado de las personas mayores, y como objetivo general analizar la trayectoria del proceso de tratamiento y sus efectos en la salud de las personas mayores. Mediante el Interaccionismo Simbólico, el método utilizado fue “Grounded Theory (GT), o la Teoría Fundamentada en Datos (DFT). El tamaño de la muestra se determinó por el número de personas de edad avanzada atendidas en el servicio ambulatorio de la clínica quirúrgica de la Facultad de Medicina Arthur Sa Earp Neto (escenario A), y en la clínica quirúrgica del Hospital Alcides Carneiro (escenario B), ambas ubicadas en la ciudad de Petrópolis, Rio de Janeiro. Las técnicas de recolección de datos de los participantes fueron realizadas a través de la investigación documental - de los registros y documentos de los órganos competentes para datos sociodemográficos de las personas de edad avanzada participantes – y entrevista que consta de dos secciones. Una sección estructurada para evaluar la salud física y mental utilizando cuatro escalas de evaluación padrón, Escala de Actividad de la Vida Diaria *de Katz et al.*, Escala de Evaluación del Estado Mental *de Khan & Goldfarb*; Escala de Depresión Geriátrica (EDG-30) y el Cuestionario Genérico del Estado General de Salud, o SF-36. Y una sección semi-estructurada, con preguntas abiertas sobre la experiencia del proceso de tratamiento. El estudio se cumplió y fue aprobado por el Comité de Ética de la Escuela de Enfermería Anna Nery (EEAN) de la Universidad Federal de Río de Janeiro (UFRJ). Resultados: la caracterización de los participantes mostraron que 65,22% de ancianos son mujeres, 56,52% de ellos con edades entre los 70 y 79 años, 73.92% reciben algún tipo de beneficio y 60,87% viven con otras personas. Las puntuaciones de las escalas de evaluación evidenciaron que los participantes de edad avanzada son independientes, tienen puntuaciones bajas en las áreas de la capacidad funcional y limitaciones debido a los aspectos físicos y de alto riesgo hacia la depresión. En la sección cualitativa, durante declaraciones sobre su salud física y mental, destacaron las relaciones familiares y sociales como importantes en la trayectoria, y el proceso del tratamiento como influye y es mediador de la salud física y mental de las personas mayores. Los resultados relacionados cumplieron con el número 466/12 Resolución de las recomendaciones del Consejo Nacional de Salud (CNS) de Brasil para la Investigación Humana.

Palabras clave: Ancianos. Enfermería Gerontológica. Trayectoria. Tratamiento.

## SUMÁRIO

1.	CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	01
1.1	Inserção na temática.....	04
1.2	Justificativa.....	05
1.3	Relevância e Contribuições.....	09
1.4	Situação problema.....	10
1.5	Objeto de estudo.....	15
1.6	Tese.....	16
1.7	Objetivos.....	16
2.	REVISÃO DE LITERATURA.....	17
2.1	Envelhecimento.....	17
2.1.1	Envelhecimento individual.....	26
2.1.2	Envelhecimento ativo.....	28
2.1.3	Envelhecimento e vulnerabilidade.....	29
2.2	Teorias do envelhecimento.....	31
2.3	Estado da arte.....	38
3.	REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO.....	47
3.1	Referencial Teórico – Interacionismo Simbólico.....	47
3.2	Referencial Metodológico – Teoria Fundamentada nos Dados (TFD).....	50
3.2.1	Elementos da Teoria Fundamentada nos Dados.....	51
3.2.2	Desenho da pesquisa.....	54
3.2.3	Coleta de dados.....	55
3.2.4	Cenários de estudo.....	57
3.2.5	Participantes.....	58
3.2.6	Critérios de inclusão e exclusão dos participantes .....	59
3.2.7	Aspectos éticos.....	59
3.2.8	Etapas de coleta de dados.....	60
3.2.9	Tratamento e análise dos dados.....	64
3.2.10	Instrumentos.....	66
4.	RESULTADOS: DESCRIÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO.....	71
4.1	Seção quantitativa.....	72
4.1.1	Levantamento do número de atendimento nos cenários do estudo.....	72
4.1.2	Caracterização dos participantes.....	74

4.1.3 Escala de Atividade de Vida Diária.....	78
4.1.4 Escala de Avaliação do Estado Mental de Khan & Goldfarb.....	79
4.1.5 Escala de Depressão Geriátrica.....	80
4.1.6 Questionário Genérico Estado Geral de Saúde – SF 36.....	81
4.2 Seção qualitativa: entrevistas .....	86
4.2.1 Códigos, categorias e subcategorias.....	86
4.2.2 Categorias.....	88
4.2.2.1 Categoria I – Significados.....	88
4.2.2.2 Categoria II – Experiências.....	97
4.2.2.3 Categoria III – Trajetória.....	102
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	111
REFERÊNCIAS.....	117
APÊNDICES	
A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	131
B - Instrumento de coleta de dados qualitativos.....	132
C – Carta de autorização institucional (01).....	133
D – Carta de autorização institucional (02).....	134
E – Anuência (01).....	135
F – Anuência (02).....	136
G – Termo de confidencialidade (01).....	137
H – Termo de confidencialidade (02).....	138
I – Cronograma de execução.....	139
J – Instrumento de coleta de dados.....	140
K – Cronograma.....	141
ANEXOS	
1 - Instrumento de Avaliação Mental (Kahn & Goldfarb).....	142
2 - Formulário de Avaliação das Atividades de Vida Diária (Katz).....	143
3 - Escala de Avaliação de Depressão Geriátrica (EDG).....	144
4 - Questionário Genérico de Avaliação de Qualidade de Vida (SF-36).....	145

## LISTA DE QUADROS

	Pág.
1. Internações hospitalares na população geral e na população idosa período de 2010 a 2014.	06
2. Distribuição das internações hospitalares da população geral e da população idosa, por regiões, segundo ocorrência no ano de 2014.	07
3. Taxa de Fecundidade total, segundo as grandes Regiões – 1940/2010.	18
4. Busca de evidências nas bases de dados eletrônicas por meio da estratégia PICO (MARTIN, 2013 ; SANTOS <i>et al.</i> , 2007).	39
5. Síntese das publicações incluídas na Revisão Interativa, segundo título do periódico, ano, base de dados onde os artigos foram publicados, título do artigo, método e os principais resultados.	42
6. Tipos de dados, técnicas, tratamento e a análise da abordagem quantitativa.	65
7. Tipos de dados, técnicas, tratamento e a análise da abordagem qualitativa.	65
8. Recorte I do depoimento do Idoso nº 2 – Cenário Ambulatório Escola.	69
9. Recorte II do depoimento do Idoso nº 2 – Cenário Ambulatório Escola.	70
10. atendimentos à população geral em todas as clínicas e no Serviço de Clínica Cirúrgica do Ambulatório Escola, Petrópolis-RJ, nos anos de 2013 e 2014.	73
11. atendimentos a população de 18 a 59 anos e idosos no Serviço de Clínica Cirúrgica no Ambulatório Escola, Petrópolis-RJ nos anos de 2013 e 2014.	73
12. Síntese dos resultados em instrumentos padronizados.	77
13. Escore da Escala SF-36 dos aspectos físicos agrupados - aplicada aos idosos entrevistados. Petrópolis, 2014	82

## LISTA DE FIGURAS

	Pág.
1. Situação Problema.	12
2. Experiências/vivências adquiridas durante a trajetória do tratamento.	14
3. Pirâmides Etárias de 1960, 2000 e 2010, segundo IBGE.	20
4. Fluxograma do levantamento das referências nas bases de dados.	40
5. Esquema representativo das premissas do Interacionismo Simbólico.	49
6. Critérios de escolha da categoria central sugerido por Strauss & Corbin, 2008.	53
7. Desenho da Pesquisa.	62
8. Linha do tempo da pesquisa.	71
9. Representação esquemática do processo de análise das entrevistas.	87

## LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
1. Escore do Questionário do Estado Mental de Kahn & Goldfarb (1960) - aplicado aos idosos selecionados. Petrópolis, 2014.	79
2. Pontuação da Escala de Depressão Geriátrica (EDG-30) - aplicada aos idosos entrevistados. Petrópolis, 2014.	81
3. Escore da Escala SF-36 dos aspectos físicos agrupados - aplicada aos idosos entrevistados. Petrópolis, 2014.	83
4. Escore da Escala SF-36 dos aspectos mentais agrupados - aplicada aos idosos entrevistados. Petrópolis, 2014.	85

## TABELA

	Pág.
1. Caracterização dos idosos entrevistados.	74

## CAPÍTULO I – CONSIDERAÇÕES INICIAIS

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005) são considerados idosos os indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos nos países desenvolvidos e 60 anos nos países em desenvolvimento, como no caso do Brasil. Essa diferença etária está relacionada às condições de vida, sejam elas econômicas sociais ou culturais, e leva em conta aspectos nacionais e regionais, determinantes na qualidade de vida dos indivíduos (LIMA, 2011).

O envelhecimento populacional é um fenômeno de abrangência mundial, no Brasil inclusive. Em todo o mundo o grupo de pessoas com 60 ou mais anos de idade apresenta um crescimento superior ao ser comparada aos demais grupos etários. Como consequência, observa-se modificação importante no perfil demográfico e epidemiológico da população brasileira (NUNES *et al.*, 2010; OMS, 2005).

O processo de envelhecimento no Brasil é uma realidade, constada na mudança da pirâmide populacional, com aumento do percentual de pessoas maiores de 60 anos, que saltou de 4,7% em 1960 para 10,8% em 2010, ocasião do último censo. Nas últimas seis décadas (2010 a 2016), o número absoluto de pessoas com mais de 60 anos aumentou praticamente três vezes (IBGE, 2010; BELTRÃO, CAMARANO e KANSO, 2004).

Esse processo é reflexo de vários fatores, dentre eles a redução significativa na taxa de fecundidade e os avanços nas políticas de saúde como vacinação contra doenças infectocontagiosas, saneamento básico, redução da taxa de mortalidade infantil e aumento da expectativa de vida (MORAES, 2012; GOTTLIEB, 2011, *et. al.*; CAMARANO e KANSO, 2009).

No contexto social, para Veras (2009), a rapidez que ocorreu a mudança na transição demográfica e epidemiológica brasileira, trouxe uma série de

transformações sociais e desafios para o trabalho, para as famílias assim como para os serviços gestores dos sistemas de saúde, com repercussões para a sociedade devido à diferença social e a fragilidades dos serviços disponíveis para o atendimento dessa parte da população. Aumentando as despesas com as internações, com elevado tempo de permanência no leito hospitalar e tratamento prolongado para as doenças crônicas, que na sua maioria poderiam ser controladas e/ou evitadas.

Em termos individuais, o envelhecimento está relacionado a um conjunto de mudanças fisiológicas, psicológicas e sociais, que são experimentadas por cada indivíduo em seu percurso de vida. Mais especificamente, é um fenômeno biológico de dimensão existencial com consequências psicológicas, que modifica a relação da pessoa com o tempo e gera mudanças em suas relações com o mundo e com sua própria existência (FREITAS *et al.*, 2010).

Na fase mais avançada da vida o aparecimento de doenças crônicas e a fragilização da saúde são mais frequentes. O envelhecimento traz desgastes e alterações funcionais que podem interferir de forma progressiva na vida do indivíduo como pessoa e como parte da sociedade. Sendo assim,

Ser idoso não pode ser definido só pelo plano cronológico, pois outras condições, tais como físicas, funcionais, mentais e de saúde, podem influenciar diretamente na determinação de quem seja idoso (SANTOS, 2010; BRASIL, 2006).

Indivíduos frágeis nas fases mais avançadas da vida são os mais susceptíveis a desfechos desfavoráveis, inclusive a agravos à saúde mental devido a solidão, abandono, depressão, demência, hospitalização, e também outros desdobramentos típicos do envelhecimento biológico, como instabilidade postural, quedas, limitação funcional, incontinência e dependência leva, portanto, à necessidade de buscar auxílio para tratamento e preservação da capacidade funcional, com vistas à

manutenção da independência e autonomia (PEREIRA et al., 2005; FRIED, et al., 2001) e redução de danos de ordem física e mental.

O grupo etário idoso é o mais propenso a utilizar os serviços de assistência à saúde em contexto da população em geral. Apresenta maior índice de morbidade quando comparado aos demais grupos etários. É mais frequentemente acometido por comorbidades associadas em um mesmo evento adverso de saúde, o que não raro aumenta a gravidade e as possibilidades de complicações (VERAS, 2012; GARRIDO e MENEZES, 2002; PEREIRA et al., 2005).

Por conseguinte, os idosos são igualmente propensos a utilizar os serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção, da básica à hospitalar. As consequências são elevados custos para o indivíduo, família e sociedade, que demandam maiores investimentos em políticas de saúde, pesquisa e capacitação para a assistência especializada desse grupo populacional (PINHO, CUSTÓDIO, MAKDISSE et al., 2009).

O aumento no número de pessoas em fases mais avançadas da vida, impulsionou uma reestruturação nos modelos de assistência integral à saúde do idoso em consenso com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil. Regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde 8.080/90, possui em seus princípios básicos, o atendimento ao indivíduo baseado na universalidade, o que significa que a população brasileira deve ter acesso aos serviços de saúde pública ou conveniada de forma igualitária, respeitando também os princípios de equidade, integralidade, resolutividade e gratuidade.

Portanto, além de serviços eficazes em quantidade e qualidade, são necessárias equipes multiprofissionais capacitadas, para atender as demandas de cuidado à saúde de todas as pessoas, em particular daquelas em fases mais avançadas da vida, que mais necessitam.

## 1.1 Inserção na temática

O interesse pelo tema surgiu na prática profissional de atenção à saúde da pesquisadora, no campo hospitalar, onde identificou a necessidade de aprofundar conhecimento teórico e científico sobre o cuidado integral de enfermagem em saúde física e mental de pessoas idosas.

Na pesquisa de mestrado, a revisão da literatura e os resultados da investigação sobre o cuidado à saúde física de indivíduos com transtorno mental que envelheceram em hospitais psiquiátricos ampliaram a compreensão da situação de saúde e de vida de pessoas portadoras de transtorno mental ainda institucionalizadas no contexto da consolidação da Reforma Psiquiátrica vigência da Lei Federal nº 10.216 (BRASIL, 2001).

Nos depoimentos dos participantes da equipe de enfermagem, a informação de que a maioria daquelas pessoas idosas havia sido internada ainda jovem e que permaneceu e/ou ainda permanece internada foi desoladora, mesmo para a pesquisadora atuando há anos no cuidado a saúde de pessoas em situação de crise mental. Em detalhe, os depoimentos descreveram como que com o passar dos anos, essas pessoas foram apresentando limitações físicas e biológicas decorrentes do processo natural do envelhecimento humano, com o agravante da doença mental que os acometia, contribuindo para torna-los cada vez mais dependentes da instituição e do cuidado de enfermagem (HANSEL, 2008).

Por conseguinte, a pesquisa de mestrado que deu início ao programa de investigação à saúde da pessoa idosa, portadora de transtorno mental crônico, em situação hospitalar psiquiátrica, identificou agravos à saúde física, frequentemente relacionada à fragilidade do processo de envelhecimento.

A experiência prática profissional e os resultados da pesquisa de mestrado levaram a novas inquietações, não somente relativas a idosos que estão

institucionalizados em instituições psiquiátricas, mas também a saúde mental de pessoas idosas que são portadoras de algum agravo físico, em contexto de processo de tratamento de saúde física. Em particular porque essas pessoas idosas - em tratamento por agravos à saúde física - são mais frágeis, com propensão adicionais apresentar mudanças funcionais, cognitivas, afetivas e de saúde mental, anteriores ou face ao processo de tratamento da saúde física.

Como resultado, emergiu o questionamento sobre a potencial existência de agravos específicos à saúde mental - como, por exemplo, depressão, *delirium* e demência, fenômenos agudos e crônicos - afetando pessoas idosas em processo de tratamento e hospitalização, pelo menos inicialmente, por agravo à saúde física.

## 1.2 Justificativa

O estudo em tela se justifica pela crescente demanda de estudos, políticas, serviços e cuidado em saúde gerda pelo envelhecimento populacional conforme o Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia (IBGE, 2010), em que a faixa etária até 25 anos teve a menor representatividade no crescimento da população. Em contrapartida, houve aumento significativo no numero de pessoas idosas nas primeiras décadas do século XXI.

A importância da realização do estudo em tela é reiterada por Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) (IBGEa; IBGEb; 2011), em que o município do Rio de Janeiro é a unidade de federação com maior percentual de pessoas idosas em relação à população geral. Dentre seus 15.989.929 habitantes ou residentes, 2.382.499 (14,9%) são pessoas com 60 anos ou mais.

No mesmo documento, o cenário da coleta de dados, o município de Petrópolis, localizado na Região Serrana do Rio de Janeiro, consta um total de 295.917 habitantes, com 45.696 ou 15,4% de idosos.

Reiterando tais demandas demográficas e sociais, estão os resultados preliminares do Censo de 2012 (IBGE), que mesmo anterior à conclusão ou publicação em sua totalidade, já reporta aumento da população Brasileira para 193.946.886, que contando com 20,5% de pessoas idosas, indica um crescimento de 3% do número de pessoas idosas em apenas dois anos.

Esses números que retratam um rápido e contínuo processo de envelhecimento populacional na região e no município onde foi realizado o estudo. Constitui prioridade e compromisso o pensar em estratégias de promoção e manutenção de qualidade de vida, baseados em evidências e com foco em micro e macro políticas públicas de saúde. Em ações preventivas e de controle efetivo de doenças crônicas não degenerativas, complicações tem repercussão direta na manutenção da autonomia e da independência funcional.

De enfoque avaliativo, o estudo se justifica devido ao aumento da demanda por cuidados de enfermagem da população idosa em processo de tratamento em diferentes níveis de atenção e serviços de saúde. Em termos de serviços hospitalares no Brasil, o levantamento realizado no SIH/SUS sobre internações hospitalares, no período de 2010-2014, indicou queda de 1,97% na taxa de internação hospitalar na população geral. Entretanto, a taxa de internação hospitalar da população idosa, no mesmo período apresentou crescimento de 2,2%, conforme exposto no Quadro 1.

Quadro 1: Brasil: Internações hospitalares na população geral e na população idosa, período 2010 a 2014.

Ano	Total de internações / População geral		Recorte Internações / Pessoas idosas		Aumento anual Internações de Pessoas idosas
	f	%	f	%	%
2010	11.357.965	(base)	2.454.665	21,62%	(base)
2011	11.281.571	(↓) 0,99%	2.529.114	(↑) 22,42%	(↑) 0,8%
2012	11.092.589	(↓) 0,98%	2.522.522	(↓) 22,74%	(↑) 0,32%
2013	11.177.467	(↑) 1,00%	2.619.987	(↑) 23,44%	(↑) 0,7%
2014	11.316.029	(↑) 1,20%	2.698.726	(↑) 23,84%	(↑) 0,4%

(Fonte; Sistema de informação hospitalar do Sistema Único de Saúde – SIH/SUS, 2010 a 2014).

Ao analisar os resultados por períodos, houve variação maior no percentual de internações hospitalares na população idosa em comparação com a população geral. Dados corroborando parcialmente com o estudo de Sales et al., (2010) sobre envelhecimento, hospitalização e efeitos adversos, em que a transição demográfica contribuiu para, mas não determinou o elevar do número de internações hospitalares de pessoas idosas com doenças crônicas não transmissíveis.

Em desafio adicional, Oliveira (2013) aponta que há necessidade de elaborar políticas e estratégias, de prioridade na promoção a saúde, com um olhar descentralizado da doença. Segundo autora, os problemas de saúde não se originam somente das doenças, mas de qualquer outra condição ou circunstância de saúde, predisposição genética, e condição socioeconômica.

Analisando as taxas de internações hospitalares observamos que em um período de cinco anos 23,84% das internações foram de pessoas com 60 ou mais anos. A medida que são elencados os números com a distribuição de internações hospitalares por região, verifica-se que no período em discussão houve maior número de internações na região sudeste, seguida das regiões nordeste, sul, centro-oeste e, o menor de todos, na região norte.

Em destaque, a região sudeste teve a maior proporção de internações hospitalares durante o ano de 2014, tanto para a população geral (38,9%), quanto para a população idosa, (43,36%), conforme pode ser conferido no Quadro 2.

Quadro 2: Distribuição das Internações Hospitalares da População Geral e da População Idosa, por Regiões, segundo ocorrência no ano de 2014.

Região	Total de internações / População geral	%	Total de internações / População idosa	%
Norte	981.608	8,60	141.889	5,25
Nordeste	3.056.810	27,10	633.293	23,47
Sudeste	4.451.891	39,34	1.181.444	43,78
Sul	1.953.399	17,26	560.935	20,78
Centro-Oeste	872.321	7,70	181.165	6,72
Total	11.316.029	100	2.698.726	100

(Fonte: Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde – SIH/SUS, 2014).

No Brasil, a distribuição de internações hospitalares de pessoas idosas por Regiões apresenta-se de forma diferenciada, sendo que a maioria das hospitalizações (66,44%) ocorreu nas regiões Sudeste e Nordeste, enquanto o terço restante (33,56%) ficou distribuídos entre as regiões Norte, Sul e Centro-Oeste.

Dados informativos, que apontam a necessidade de investigação comparada uma vez que não se pode afirmar que as mais altas taxas de internação identificadas estão relacionadas ao tamanho da população, ao percentual de internação ou ainda, à disponibilidade de hospitais.

Portanto, como fenômeno e como contexto, a hospitalização aliada à fragilidade em fases avançadas da vida tem potencial para se desdobrar em repercussões na saúde das pessoas idosas. Pode inclusive, gerar mudanças comportamentais durante o processo de tratamento, conforme exemplificado pelo estudo de Souza-Munoz et al. (2013) em João Pessoa-PB, onde foi evidenciada a prevalência de 5,7% de delirium em idosos por ocasião da admissão hospitalar.

Alterações adicionais identificadas foram modificadas de padrão do ciclo sono-vigília, do nível de consciência, pensamento desorganizado e retardo psicomotor após a internação hospitalar. Fatores de possível repercussão na capacidade cognitiva da pessoa idosa e que podem se prolongar após alta.

Desafios adicionais ao processo de tratamento podem afetar a saúde da pessoa idosa, como motivo da internação, afastamento dos familiares, desconhecimento do diagnóstico e o próprio ambiente de tratamento. Da mesma forma riscos ambientais que não são exclusivos do contexto hospitalar, e estão presentes em todo o processo de tratamento em que se refere o presente estudo.

Como o processo de tratamento não ocorre exclusivamente no hospital, mas começa em diferentes níveis de atenção à saúde, como na Estratégia Saúde da Família, na Unidade Básica de Saúde, Ambulatório, Unidade de Pronto Atendimento e Urgência e Emergência.

Considerando que serviços de saúde também oferecem riscos ambientais para as pessoas, inclusive as idosas, estudos com abordagem ecológica e restaurativa como os desenvolvidos por Marck et al. (2010) e Raduenz et al. (2010), apontam que o meio ambiente possui riscos para os clientes, inclusive o âmbito domiciliar, uma vez que fatores físicos, psicológicos e culturais influenciam e afetam a saúde das pessoas.

Portanto, o estudo em tela vem investigar a saúde da pessoa idosa para contribuir com a produção de evidências qualitativas, através da voz e das experiências de idosos acerca de seu estado de saúde física e mental durante o processo de tratamento.

### 1.3 Relevância e Contribuições

È preocupação política e social enfrentar o desafio do processo de envelhecimento populacional em contexto das doenças crônicas não transmissíveis, com destaque para as cardiovasculares, respiratórias e o câncer.

Goulart (2011) aponta especificamente que, as doenças crônicas não transmissíveis, já representam no Brasil em média 66% da carga de doenças, com reflexos nas políticas públicas de saúde, particularmente no que diz respeito ao tratamento ambulatorial e às despesas com assistência hospitalar, aumentando a propensão de complicações e incapacidade nas pessoas que já sofrem destas doenças estão fatores de risco adicionais como hipertensão; tabagismo; colesterol elevado; baixo consumo de frutas e verduras; sobrepeso, obesidade; sedentarismo e uso abusivo de álcool, inclusive nas pessoas idosas.

De acordo com o DATASUS, Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), o número de internações hospitalares geral no estado do Rio de Janeiro para o período de janeiro de 2012 a março de 2013 foi de 767.080, sendo que desse total 39,4% ocorreram na capital, 2% no município de Petrópolis e 58,6% nos demais municípios do estado.

Os resultados do presente estudo trazem de relevante subsídio para o atendimento especializado e ampliação de base de conhecimento em saúde mental do idoso em tratamento de sua saúde e em situação de hospitalização.

Este estudo contribui (i) na pesquisa em gerontologia, saúde mental e enfermagem, de forma a aprofundar conhecimentos em demandas de cuidado de pessoas idosas em tratamento de sua saúde nos contextos ambulatorial e (ii) no cuidado à saúde em ambiente hospitalar, e experiências de ensino-aprendizado em saúde mental e de pessoas acometidas por doenças crônicas não transmissíveis.

Como contribuição, os dados produzidos respaldam e amplia o conhecimento, a compreensão e dão voz vivência dos idosos. Contribuir com a pesquisa em enfermagem na área da gerontologia, em particular sobre as necessidades de cuidado relacionadas à saúde mental da pessoa idosa, de forma a inspirar um atendimento diferenciado e otimizar o processo de tratamento para a pessoa idosa no âmbito ambulatorial e hospitalar.

E para prática da enfermagem, traz a possibilidade de redimensionar o cuidado gerontológico, assim como contribuir com conteúdo baseado em evidência para o ensino-aprendizado nos cursos de graduação em enfermagem, com foco na saúde física e mental de pessoas idosas em processo de tratamento, que se encontram sob os cuidados da enfermagem nos âmbitos ambulatorial e hospitalar.

#### 1.4 Situação Problema

A pessoa idosa percorre um caminho uma para conseguir assistência de saúde, na forma de consultas, exames, procedimentos ou hospitalização nos diferentes serviços disponíveis. Esse caminho tem início no momento em que ela sai da sua residência em busca da assistência, seja de forma independente ou com auxílio de um familiar ou cuidador.

O caminho percorrido emerge neste estudo, como uma situação problema, identificada como *trajetória*, que significa ação de andar para frente, no decorrer do tempo, com fases sucessivas e sequenciais de trâmites ou procedimentos que visam curar, aliviar ou prevenir, podendo ocorrer em diferentes contextos e serviços de saúde.

A trajetória é um conceito que pode ser entendido de diversas formas. É intuitiva, relativa e depende de um referencial para ser definida (MONTAGNER, 2007; AURÉLIO, 2008).

Para fins deste estudo, a *trajetória* é compreendida por todo percurso seguido pela pessoa idosa durante o processo de tratamento nos diferentes níveis de atenção à saúde, assim como suas relações com os serviços de assistência, com os profissionais e procedimentos realizados, conforme representada na Figura 1.

Figura 1 – Situação problema

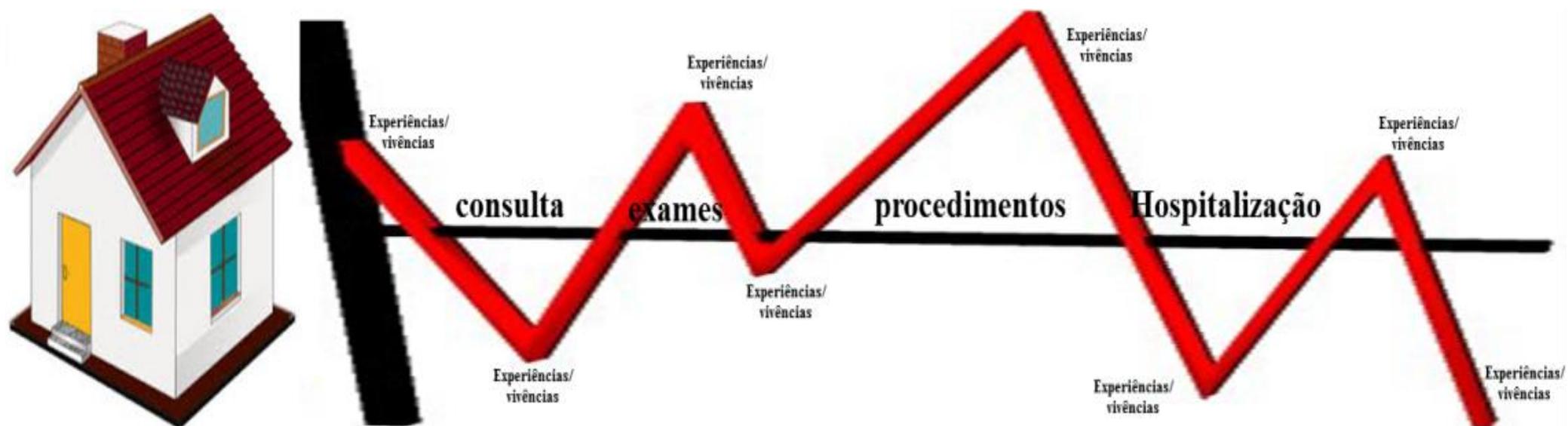


(Fonte: HANSEL, 2015)

Durante o processo de tratamento, a pessoa idosa experimenta, vivencia no caminho percorrido situações que podem modificar ou influenciar sua saúde. Essa trajetória é permeada por situações, que podem trazer desafios para realização do tratamento, e ter implicações de natureza diversa para as pessoas idosas, suas famílias e sua saúde.

Estas situações são identificadas neste estudo como experiências/vivências adquiridas pelo idoso durante o caminho percorrido para realizar o tratamento. Observamos na Figura 2, que em tese, o caminho a ser seguido está representado por uma linha linear, entretanto a trajetória percorrida pela pessoa idosa é constituída por oscilações importantes que representam as diferentes experiências / vivências do idoso.

Figura 2 – Experiências/vivências adquiridas durante a trajetória do tratamaneto



Conforme exposto na Figura 2, o traço linear representa a caminho a ser percorrido pelo idoso para que ele consiga realizar as diferentes modalidades do tratamento como, consulta, exames, procedimentos ou hospitalização. A linha irregular que sobrepassa a linha linear, em tese, representa as oscilações que ocorrem durante a trajetória do tratamento vivenciada pelo idoso. Estas oscilações podem ocorrer com maior ou menor espaçamento, quando o espaço entre um procedimento e outro for maior, significa que o idoso teve mais desafios para conseguir atender a sua necessidade de cuidado, e quando o espaço for menor o idoso enfrentou menos problemas ou desafios para obter o cuidado em saúde.

Determinadas pelas necessidades e plano terapêutico é que a trajetória tem trechos mais longos e mais resumidos, que implica em tempo e desafios a saúde física diferenciados da saúde mental. Os desafios na trajetória desde a consulta até a hospitalização culminam por impactar idosos que de acordo com os estudos de Trindade et al. (2013) e Hansel (2008) apresentam menor desempenho cognitivo, funcional e estão mais expostos a depressão do que os idosos não institucionalizados, podendo afirmar que associação entre depressão e demência leva a diminuição funcional impostos as pessoas mais frágeis, o que nos remete a três questões centrais do estudo:

- A trajetória do *processo de tratamento*, o cenário, as experiências de atendimento mediam e influenciam a saúde da pessoa idosa?
- Pessoas idosas apresentam alterações na saúde física e mental durante o *processo de tratamento e hospitalização*?
- Como as pessoas idosas descrevem sua saúde física e mental durante o *processo de tratamento e hospitalização*?

## 1.5 Objeto de Estudo

A saúde da pessoa idosa em processo de tratamento

## 1.6 Tese

A saúde da pessoa idosa em processo de tratamento é mediada e influenciada pela trajetória percorrida e pelas experiências e vivências de atendimento, podendo repercutir nas demandas de cuidado.

Para dar suporte teórico e compreender o significado da trajetória do processo de tratamento para a pessoa idosa, e como esses significados influenciam ou são influenciados entre si, modificando ou construindo novos significados, foi selecionado o referencial teórico Interacionismo, e o método Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) que nortearam o estudo qualitativo.

A escolha da TFD está pautada no rigor metodológico o qual permite a compreensão do fenômeno a partir dos dados empíricos. Considerando que o significado da trajetória percorrida pela pessoa idosa é única e individual, este método garante a complexidade da experiência vivida pelo indivíduo, desde a organização dos dados empíricos até a interpretação dos fenômenos, suas relações e inter-relações, e assim trazer novos conceitos e conhecimentos para a área da gerontologia e da enfermagem.

## 1.7 Objetivos

### Geral

- Analisar a trajetória do processo de tratamento e a hospitalização e suas repercussões na saúde da pessoa idosa.

### Específicos

- Caracterização sociodemográfica e epidemiológica de idosos em processo de tratamento.
- Identificar o estado de saúde física e mental de idosos em processo de tratamento.
- Analisar, à luz do Interacionismo Simbólico, a percepção da pessoa idosa acerca do processo de tratamento, da hospitalização e da sua saúde física e mental.

## CAPÍTULO II – REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Envelhecimento

O envelhecimento é uma conquista da humanidade, e ao mesmo tempo um dos maiores desafios socioeconômicos globais atualidade. Em particular nos países em desenvolvimento, políticas e programas para melhorar a saúde e manter a população idosa ativa são uma necessidade patente (NUNES *et al.*, 2010; OMS, 2005). A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2003) define 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.

É compreendido como um processo natural com perda progressiva da capacidade funcional conhecida como senescência, o que não representa nenhum problema para o indivíduo, desde que associado a um estilo de vida saudável e ativo. Entretanto, em situações de exposição como estresse físico, emocional e/ou social pode levar a uma condição requer uma assistência à saúde.

Em contexto global, de acordo com o Relatório sobre a Situação da população mundial 2011 do Fundo de População das Nações Unidas (ONU / UNFPA) existe no mundo um contingente de sete bilhões de habitantes. Mesmo com a redução das taxas de natalidade, a população continua crescendo, e a previsão é de que chegará a 8 bilhões e 900 mil habitantes até 2050 (ONU / UNFPA, 2011).

No mesmo documento são apontados desafios e oportunidades, em termos de redução da pobreza, fecundidade, juventude, envelhecimento, migração, urbanização e sustentabilidade ambiental, assim como o tamanho recorde da população, que pode ser encarado como um indicador do sucesso da humanidade, pois indica que mais crianças estão sobrevivendo e que as pessoas estão tendo vidas mais longas no mundo todo. Entretanto, este ritmo de crescimento

populacional também impõe desafios relacionados à infraestrutura dos serviços básicos de saúde e educação para vários países, principalmente os mais pobres.

Diante deste panorama, a Organização Mundial da Saúde (2010) estima que em 2025 haja aproximadamente 1,2 bilhões de idosos no mundo, sendo que 80% desses estarão concentrados nos países em desenvolvimento, colocando o Brasil entre os cinco países emergentes com maior número de idosos.

Transformação demográfica que acarretará aumento nas demandas sociais, de saúde e econômicas, principalmente nos países em desenvolvimento que precisarão dispor de políticas e programas pautados nos direitos, necessidades, preferências e habilidades das pessoas idosas, visando um envelhecimento saudável e ativo, conforme proposto no Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento (ONU, 2002):

[...] Uma sociedade para todas as idades dispõe de metas para dar aos idosos a oportunidade de continuar contribuindo com a sociedade. Visando atingir este objetivo, é necessário suprimir tudo que representa exclusão e/ou discriminação contra eles (Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento, Madrid, 2002).

Transformação demográfica constatada na mudança da pirâmide populacional do país e corroborada com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) que indicam taxas de fecundidade em declínio de mais de 60% ao longo das décadas de 1980, 1990, 2000 e 2010 conforme disposto no Quadro 3.

Quadro 3: Taxa de fecundidade total, segundo as Grandes Regiões – 1940/2010

Grandes Regiões	Taxa de Fecundidade Total							
	1940	1950	1960	1970	1980	1991	2000	2010
Brasil	6,16	6,21	6,28	5,76	4,35	2,89	2,38	1,90
Norte	7,17	7,97	8,56	8,15	6,45	4,20	3,16	2,47
Nordeste	7,15	7,50	7,39	7,53	6,13	3,75	2,69	2,06
Sudeste	5,69	5,45	6,34	4,56	3,45	2,36	2,10	1,70
Sul	5,65	5,70	5,89	5,42	3,63	2,51	2,24	1,78
Centro-Oeste	6,39	6,86	6,74	6,42	4,51	2,69	2,25	1,92

(Fonte: BRASIL - IBGE, Censo Demográfico 1940/2010).

Conforme análise feita pelo IBGE (2010) segundo as Grandes Regiões, a taxa de fecundidade total manteve-se estável por duas décadas (1940 e 1950), com taxa média de 6,2 filhos por mulher, elevou-se ligeiramente na década de 1960 para 6,3 filhos por mulher. Desde então, esses valores apresentaram reduções significativas nas décadas seguintes: 5,76 (1970), 4,35 (1980), 2,89 (1991), 2,38 (2000) e 1,9 (2010).

Ao analisar os períodos separadamente, houve redução significativa na taxa de fecundidade a partir da década de 1980. Portanto, em um período de 70 anos, houve queda de 4,26% na taxa de fecundidade e ao comparar os números por região, a Região Norte foi a que teve menor taxa de redução, seguida da região Nordeste, Centro-oeste, Sul e Sudeste nos anos estudados. Em destaque, a região Sudeste teve a menor taxa de fecundidade (1,70) no ano de 2010. Fato também observado no Censo Demográfico de 2010, onde a redução da taxa de fecundação no Brasil caiu para 1,9 filhos por mulher.

Análise permitiu apontar que a redução da taxa de fecundidade total ocorrida no Brasil nas décadas supracitadas, é um dos fatores que contribuiu com a alteração na pirâmide etária brasileira, com redução do número de crianças e aumento proporcional de idosos. Corroborando, os achados nos Censos do IBGE (1960, 2000 e 2010) revelaram que o crescimento do número de idosos no Brasil foi expressivo nas últimas cinco décadas conforme observado nas pirâmides etárias da Figura 3.

Figura 3: Divisão por idade da população brasileira. Anos 1960, 2000 e 2010.

**Pirâmides etárias**

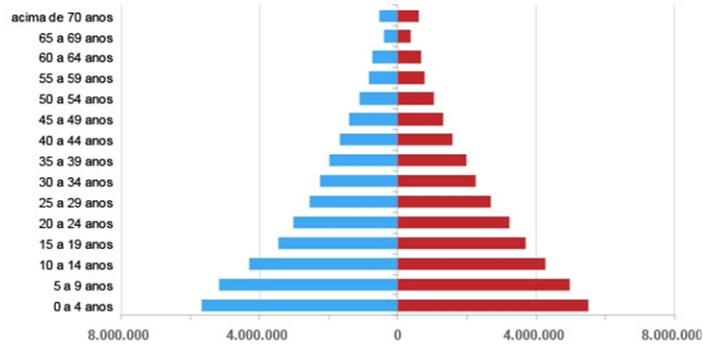
Veja como a população brasileira se dividia por idades em 1960, 2000 e 2010

**1960**

População total: 70.070.457

■ Homens ■ Mulheres

Em milhões

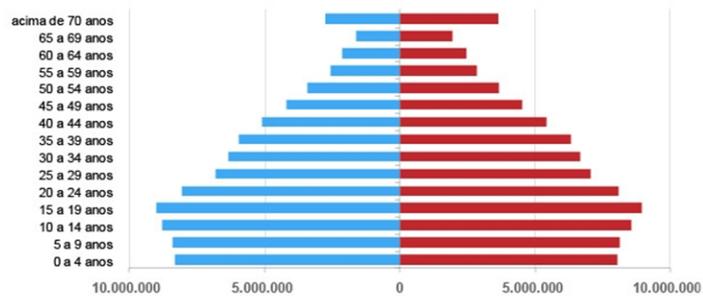


**2000**

População total: 169.799.170

■ Homens ■ Mulheres

Em milhões

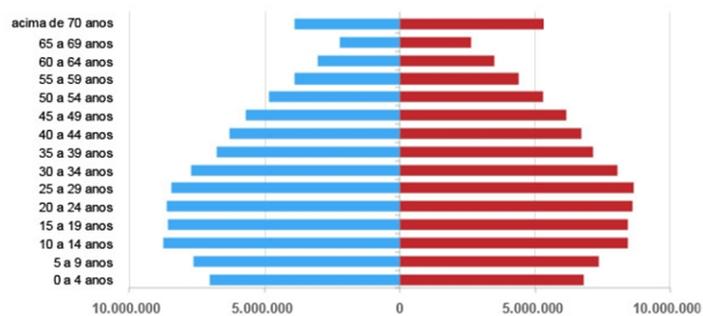


**2010**

População total: 190.732.694

■ Homens ■ Mulheres

Em milhões



(Fonte: Brasil, IBGE, 2010; Imagem/arte G1).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, em 2010, a população brasileira era de 190.732.694 habitantes, com 20.590.599 idosos, correspondendo a 10,8% da população. Percentual de idosos é praticamente três vezes maior do que o percentual de 4,7% encontrado no ano de 1960, que evidencia um alargamento substancial no topo das pirâmides apresentadas. O crescimento da população idosa é uma tendência, com estimativa de chegar a 29,7% da população total do em 2050, ou seja, um crescimento absoluto de 19,7% da população idosa nos próximos 40 anos.

Embora a sociedade tenha almejado o aumento da expectativa de vida, a literatura aponta que à medida que ocorre o desenvolvimento social, científico e tecnológico de uma sociedade, as condições de vida também vão melhorando, e diversos fatores contribuíram e contribuem para este processo. Dentre eles estão os avanços nas políticas de saúde como vacinação contra doenças infectocontagiosas e saneamento básico, assim como redução significativa na taxa de fecundidade, associada à forte redução da taxa de mortalidade infantil e o aumento da expectativa de vida (MORAES, 2012; GOTTLIEB, 2011 *et al.*; CAMARANO e KANSO, 2009).

Desta maneira, as consequências do processo de envelhecimento populacional configuraram desafios para o século XXI, com uma "nova" preocupação, na medida em que as necessidades de saúde dos idosos são mais complexas e difíceis de serem atendidas. No entanto, a conquista desse prolongamento da vida só é legitimada à medida que se conquista uma vida saudável, de qualidade no processo de envelhecer. Assim, qualquer política destinada aos idosos deve levar em conta capacidade funcional, necessidade de autonomia, de participação, de cuidado e de satisfação pessoal com uma preocupação social em se manter a prevenção, o cuidado e atenção integral a saúde da pessoa idosa (VERAS, 2010; CAMARANO e KANSO, 2009).

Nesse contexto, cabe à sociedade discutir e avaliar mudança no perfil demográfico da população e suas consequências para o sistema de saúde. Isso por que, o processo de envelhecimento traz consigo mudanças fisiológicas, comportamentais e sociais. A modificação do perfil da população brasileira resulta

em demanda por serviços de saúde de modelos refinados e de cuidado integral em nível de promoção, prevenção, assistência e reabilitação para a população que envelhece e que necessita de atenção e cuidados específicos, por sua potencialidade para fragilidade física, mental e social.

Estima-se que de 10 a 25% das pessoas com 60 ou mais anos que vivem em comunidade sejam frágeis, e esse percentual é maior à medida que a idade aumenta, podendo chegar a 46% nos idosos acima dos 85 anos.

A fragilidade é uma síndrome multidimensional envolvendo interação complexa entre elas no curso de vida individual, podendo culminar com um estado de maior vulnerabilidade e associado ao maior risco de ocorrência de desfechos clínicos adversos, como declínio funcional, quedas e hospitalização (BRASIL, 2006; MOTTA, HANSEL, DA SILVA, 2010).

Entretanto, a fragilidade é um fenômeno clínico distinto do envelhecimento que pode ser reversível através de medidas preventivas no contexto biológico, cujos sinais e sintomas poderiam ser controlados precocemente. No contexto social, por exemplo, a equidade na moradia, renda, escolaridade e apoio social poderiam minimizar os agravos a saúde da pessoa idosa e torná-la menos vulneráveis (BRASIL, 2006), uma vez que os principais determinantes da vulnerabilidade social dos idosos são a aposentadoria, a redução da renda, a discriminação etária, a idade e morar sozinho (BRASIL, 2006; SANTOS *et al.*, 2011).

Vulnerabilidade é permeada por diferentes conceitos, e não está apenas relacionada à saúde, segundo Souza, Miranda e Franco (2011). Advém da advocacia, no estabelecimento dos Direitos Universais do Homem e permeia os campos da política, geografia, economia, estabilidade territorial e eventos afins.

Diante de tantos conceitos o “marco conceitual” de acordo com Kunrath, Junges e López (2014, p.228), Zannata e Motta (2015) e Ayres *et al.* (2003) vulnerabilidade

É o movimento de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos e contextuais.

A vulnerabilidade é compreendida como uma condição de risco. Seu conceito pode ser aplicado a uma pessoa ou a um grupo social e está relacionada à capacidade do indivíduo ou grupo de prevenir, resistir e contornar situações do contexto pessoal, familiar ou social. Pessoas idosas em situação de pobreza parecem ser altamente vulneráveis a estresses, ficando mais expostas a problemas de saúde (KUNRATH, JUNGES e LÓPEZ, 2014; AYRES, 2009). Portanto, a vulnerabilidade é multifatorial, ou seja, não está relacionada a uma única origem. É decorrente de uma combinação de fatores em que uma enfermidade pode ter como causa diversas influências, intrínsecas ou não ao sujeito.

De fato, para compreender tal movimento, é necessário analisá-lo a partir de três dimensões: a individual, a social e a programática como uma visão interligada. Elas ajudam a entender como as pessoas ficam expostas a determinadas situações, sendo que um dos componentes pode sobressair, porém sempre será possível notar a presença de todos os demais (AYRES, 2009).

A vulnerabilidade individual está relacionada com as condições diversas da população ou do indivíduo como os aspectos biológicos, emocionais, cognitivos e atitudinais. São referentes e estabelecidas através das interações sociais, visto que esses aspectos “implicam na exposição e susceptibilidade ao agravo a saúde” (AYRES, 2009).

Sendo assim, torna-se necessário perceber qual a qualidade da informação que cada pessoa tem e sua capacidade própria de interiorizá-la e assumi-la para sua vida, transformando-a em rotina e considerando-a como práticas pessoais para o enriquecimento e preservação da saúde (SOUZA; MIRANDA; FRANCO, 2011). Brêtas (2010) ressalta ainda que a atenção nesse momento deve ser em torno das características pessoais, construídas tanto pela história quanto pelas influências do meio, e pelo seu desenvolvimento humano, formado pelas dimensões biopsicológicas.

Na dimensão social, a vulnerabilidade é estabelecida pelos aspectos culturais, sociais e econômicos que o indivíduo ou a população tem acesso, como moradia, aquisição de bens materiais, nível de sanitarismo, acesso à saúde, serviços e oportunidades, entre outros. Esta dimensão envolve as relações já existentes e que, de alguma forma, configuram o contexto vivido e podem determinar várias características individuais (AYRES, 2009; SOUZA, MIRANDA, FRANCO, 2011).

Segundo Bretas (2010) este é o componente de maior complexidade, visto que as interferências coletivas, por vezes, influenciam mais que as pessoais, e ainda é considerada heterogênea, por ser formada por características como o acesso à educação, economia, riscos de violência, desigualdade social, falta de inserção na comunidade e na cultura, entre outros.

Por fim, a vulnerabilidade programática refere-se aos recursos sociais necessários para a proteção do indivíduo ou população. E estão relacionadas com as responsabilidades que as autoridades assumem no que se refere aos compromissos e ações que devem ser realizadas para a resolução de problemas, assim como organizam as leis, as decisões que tomam, a quantidade e qualidade dos subsídios oferecidos a população, desde a instância local até nacional (AYRES, 2009; BRÊTAS, 2010; SOUZA; MIRANDA; FRANCO, 2011).

A partir destes três componentes, dado o passo da identificação e constatação da vulnerabilidade do cliente, de sua família ou do segmento populacional que representa, deve-se seguir buscando reconhecer como eles vivem essa experiência, como a tomam para si, quais as consequências que impõem às suas vidas diante dela e qual o sentido encontrado para superá-la (SOUZA; MIRANDA; FRANCO; 2011).

No contexto da saúde, uma pessoa ou grupo é considerado vulnerável, quando existe inequidade social, que pode proporcionar suscetibilidade aos agravos à saúde e, concomitantemente o não acesso aos recursos para o seu enfrentamento (NICHATA, et al., 2008). Nesse sentido passa a necessitar de diferentes tipos de atendimento como consultas; exames; procedimentos; intervenções e

hospitalização. Demandas de cuidados que geram impacto nos serviços de saúde, levando a um aumento dos custos e taxas de internações hospitalares.

O aumento significativo nas despesas com tratamentos de saúde e hospitalares impõe desafios para o governo, assim como para os serviços privados que, de forma emergencial precisam criar novos paradigmas no planejamento, tratamento e prestação de cuidados as pessoas idosas, uma do sistema de saúde para atender as necessidades de diferentes perfis demográficos e epidemiológicos no Brasil (VERAS, 2010).

A avaliação das necessidades e especificidade no atendimento das demandas de alta complexidade de cuidado à população idosa, quando prestada de forma específica pode levar ao aumento de internações hospitalares nesta faixa etária (DA SILVA, 2008). Cabe ressaltar que, a população idosa utiliza mais os serviços de saúde em comparação com as demais faixas etárias, além do que as internações nesta fase da vida são mais frequentes e duradouras. Em geral, é uma população acometida de agravos do tipo crônico, geralmente associadas, as quais merecem atenção, acompanhamento e cuidados permanentes e contínuos (MOTTA, DA SILVA, HANSEL, 2010).

O estudo de Silveira et al. (2013), aponta que as taxas de internação hospitalar mantêm números crescentes para idosos, e que foram mais elevadas do que na população com 20 a 59 anos de idade, devido a mudança do perfil populacional e são pessoas que apresentam fragilidades de ordem física e comorbidades crônica diversas.

O corroboram o estudo de Silveira et al. (2013), aponta que o número de internações hospitalares de pessoas idosas disponível no Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIHSUS), que foram apresentados e discutidos no capítulo da introdução do presente relatório.

### 2.1.1 Envelhecimento Individual

O envelhecimento é vivido por cada pessoa de forma particular, e é caracterizado pela reduzida capacidade que o indivíduo tem de responder positivamente ao estresse, independentemente da sua etiologia. Fatores multidimensionais, envolvendo o campo físico, o psíquico e o social influenciam e são determinantes nesse processo, e não se referem somente ao aumento da idade. As experiências vivenciadas pelo os indivíduos em campos citados fazem com que o envelhecimento seja único e impar para cada pessoa (ONU / UNFPA, 2011; CIOSAK et *al.*, 2011; KANE et *al.*, 2015).

Ao que se refere aos fatores físicos, Ciosak et *al.*, (2011) e Brasil (2014) apontam que o desgaste progressivo do organismo humano, de suas funções e resistência levam a uma redução da capacidade funcional do indivíduo, mesmo que ele não apresente doença, ou seja, a deterioração biológica ocorre com o passar dos anos para todos os seres vivos, seja de forma rápida ou lenta.

Dentre alterações que podem ocorrer neste processo, algumas são facilmente reconhecidas e mais prevalentes nesta fase da vida, como as doenças cardiovasculares, neurológicas e respiratórias. Também é possível encontrar a perda de espessura epitelial e a diminuição de força e massa muscular e mobilidade diminuída que são sinais comuns do amadurecimento do organismo (KANE et *al.*, 2015).

A idade é sempre uma questão a se discutir, por se apresentar constantemente em mudanças. A expectativa de vida, variante de período em período, outrora em torno dos quarenta e cinco anos em alguns países em desenvolvimento, e hoje chega a oitenta ou mais países desenvolvidos.

Como parâmetro, a Organização das Nações Unidas (ONU, 2014) utiliza o marco de sessenta anos para caracterizar a idade idosa, inclusive para publicação de informações sociodemográficas, em países em desenvolvimento. Llimite também

estabelecido na Política Nacional do Idoso (1994) e no Estatuto do Idoso (2003) (ONU / UNFPA, 2011; BRASIL, 2003; 2013; 2014).

Especialmente na atualidade discursa-se ainda sobre a chamada quarta geração, “mais idosos”, “idosos em velhice avançada” ou, na língua inglesa, o fenômeno “*oldest-old*”. Este condiz sobre a quantidade considerável de indivíduos que têm alcançado a faixa dos oitenta anos ou mais, com a desejada “qualidade de vida” envolvendo uma condição de saúde que permita um estilo de vida saudável e ativo. Em 2010, esse grupo atingiu no Brasil a taxa de 12% da população idosa, apresentando tendências ao crescimento (ONU / UNFPA, 2011; CIOSAK et al., 2011; BRASIL, 2010).

Em relação ao fator psíquico ou psicológico, expressar o significado de tal fase da vida passa por diversas etapas. Com o avanço da idade o cérebro sofre não apenas com a redução fisiológica, mas também com diversos conceitos que o indivíduo forma sobre si e o que está ao seu redor. Há teorias sobre o envelhecimento que constantemente cada pessoa determina uma para si, mesmo que de forma inconsciente. Descobrir sua natureza se torne possível entender melhor o alcance dos significados para o indivíduo (KANE et al., 2015).

Para os autores supracitados há épocas ou eventos marcantes em que se observa a transição para essa fase do desenvolvimento humano. Momentos de perda de pessoas importantes (cônjuges, familiares ou amigos) ou até mesmo de animais de estimação, mudança de domicílio, trabalho (inclusive aposentadoria), e rotinas definidas são algumas dessas referências. Também discutem sobre a perda de funções sensoriais (audição e visão) ou motoras (capacidade de dirigir ou locomover-se sem auxílio) como determinantes psicológicos de troca.

Por fim, ao tratar-se da dimensão social ou antropológica, entende-se o olhar cultural implícito na classificação. A separação por idades conduz à dicotomia das tarefas de cada uma, ainda que subjetivamente. Não se percebe apenas o que pensa sobre si o sujeito da transformação, mas a construção social que é feita sobre ele. Em diversos cenários é considerada “velhice” a mudança de atividades no

domicílio, deliberada ou forçada por uma condição específica, ou ainda do papel dentro de um grupo determinado, como por exemplo, tornar-se avó ou avô, confeccionar roupas ou utensílios de tricô entre outros (ONU / UNFPA, 2011).

### 2.1.2 Envelhecimento Ativo

O envelhecer é um direito esclarecido para todos e a sua proteção, uma necessidade social, que também não lhe pode ser negada pelas autoridades responsáveis. Assim sendo, devem ser estipuladas metas para que os indivíduos tenham a oportunidade de transitar por essa fase da melhor forma possível e com o mínimo de contratempos, segundo sua condição (BRASIL, 2013).

Diante de tal desafio, o conceito de Envelhecimento Ativo foi proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) pela primeira vez em 2002, significando na íntegra: “o processo de otimização de oportunidades em saúde, participação e segurança a fim de melhorar a qualidade de vida enquanto o indivíduo envelhece” (ONU / UNFPA, 2011), ao mesmo tempo relevando que é um método aplicável tanto a nível individual quanto populacional.

A União Europeia confirma a definição da OMS e propõe os objetivos para alcançar tal otimização. Além da meta de reverter o (pré) conceito de que os idosos são “um fardo” para a atualidade, encontram-se a determinação em incrementar o acesso dessa população ao trabalho digno remunerado, criando oportunidades específicas a eles; auxiliá-los a fundamentar seus papéis perante a sociedade em que vivem e encorajar a independência de vida e um envelhecimento mais saudável (EUROPEAN UNION, 2011).

No Brasil, o envelhecimento saudável foi lançado como uma política pública de saúde em 2005, tendo como base o já exposto pela OMS e trazendo definições sobre autonomia, independência, qualidade de vida e expectativa de vida saudável, entre outros. A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (2015), ao tratar sobre o tema, lembra que tais disposições não se limitam apenas às condições

físicas dessas pessoas, mas a participação social, política, cultural e econômica na comunidade (BRASIL, 2005; SBGG, 2015).

É perceptível uma nova atenção ao fenômeno do envelhecimento que vem se instalando, mas esse cuidado, contudo, não deve se limitar como responsabilidade apenas governamental. Apesar de se reconhecer que são agentes fundamentais para a eficácia da proposta, ele também é responsabilidade do indivíduo.

É necessário que todos os setores estejam dispostos a promover o envelhecimento saudável, visando oferecer um equilíbrio biológico, social e psicológico àqueles que envelhecem, garantindo a integridade de seu ser e o desenvolvimento pleno de suas capacidades físicas e mentais (FERREIRA et al., 2012).

### 2.1.3 Envelhecimento e vulnerabilidade

Conceitos que versam sobre vulnerabilidade necessitam, para que alcance seu fim efetivo, relacionar-se à realidade do sujeito. Ao tratar da saúde, suas atividades devem ser reconsideradas tendo em vista as chances de adoecimento de populações de risco, entre elas os idosos, para que outros conhecimentos além do científico sejam descobertos e as práticas sejam mais condizentes com a atual realidade dos idosos. (SANT'ANNA e HENNINGTON, 2010).

Quando se realiza uma análise mais minuciosa dos três parâmetros da vulnerabilidade, apresentados no capítulo da introdução, é perceptível a importância da atenção que deve ser dada a esse segmento da população. Quanto ao risco particular, características próprias do envelhecer que podem concorrer para o surgimento de uma enfermidade.

Entretanto, sabe-se ainda que a Associação Internacional de Gerontologia e Geriatria discursa atualmente sobre a questão da “fragilidade”, que aplicada diretamente ao público mais velho indica “um estado de aumento da vulnerabilidade de estressores endógenos e exógenos (ainda que mínimos) com consequentes

riscos aumentados para resultados negativos relacionados à saúde”, citando dentre outros a possibilidade de quedas, institucionalizações e hospitalizações (CESARI, 2011, não paginado, tradução nossa).

Sendo assim, percebe-se que essas condições frágeis, redutoras da sua funcionalidade e específicas para cada indivíduo, podem comprometer a vida do mesmo, constituindo-se portanto importante alvo de intervenções (FERNANDES et al., 2013).

Quanto ao contexto social, estes sempre foram considerados por muitos como a “decadência do ser humano” e foram tidos como problemas sociais. Há muitos anos que, em uma sociedade que tem visto o jovem como modelo e padrão de vida, os idosos ainda são vistos como descartáveis por se tornarem “improdutivos”, ressaltando o critério de que o valor do ser humano está no produzir, não em ser.

Entretanto, ao observar a realidade contemporânea do país, o que se percebe são pessoas de mais idade em condições ótimas de trabalho, de qualidade de vida e saúde, vivendo ativamente e contribuindo para a sociedade (BRASIL, 2014).

A situação do Brasil em relação aos parâmetros de condição de vida, segundo os Indicadores Demográficos do último censo realizado (2010), não se apresenta tão negativa: 81,48% da população vive com água tratada e 64,54% com esgotamento sanitário, uma média acima da de outros países em desenvolvimento. Dos aproximados nove milhões e meio de idosos habitantes da região Sudeste, pouco mais de sete milhões se encontra em condições de trabalhar, mas não está ativo (IBGE, 2015; DATASUS, 2015).

Contudo, a combinação entre o preconceito gerado e a visão que a população tem dos mais velhos ainda é motivo de segregação. Diante de tantos pontos por vezes contraditórios da sociedade, o Estado deve e tem se empenhado para atuar junto às necessidades desse grupo.

Dentre as políticas e leis direcionadas ao idoso, destacam-se a criação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) pela Lei 8.842 de 1994; do Estatuto do Idoso, pela Lei 10.741 de 2003, em que os iguala aos outros cidadãos em direitos e garante-lhes o que lhes é próprio; do Fundo Nacional do Idoso, pela Lei 12.213 de 2010, que é destinado a financiar os programas relacionados aos idosos para “promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade” (BRASIL, 2003; 2013; 2014).

Outros criados recentemente, como a Legislação Sobre o Idoso, de 2013, que traz as diversas leis já promulgadas; o Manual de Enfrentamento à Violência contra à Pessoa Idosa, de 2014, com o objetivo de discutir e prevenir tais ações etc. É perceptível que autoridades governamentais têm realizado propostas para reduzir também a vulnerabilidade institucional, e garantir o cumprimento do Art. 8 do Estatuto do Idoso que versa: “O envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção um direito social (...)” (BRASIL, 2003; 2013; 2014).

Brasil (2010) reconhece que de fato há uma preocupação cada vez maior por parte do governo em estabelecer e assegurar a continuidade de propostas para a população acima dos sessenta anos, enquanto destaca também a voz ativa que esta está principiando a confirmar na sociedade. Em conjunto, o trabalho poderá ser desenvolvido para a redução dos riscos e o aumento da qualidade de vida, assegurando a assistência aos que necessitam e o cumprimento da Lei referenciada (BRASIL, 2013).

## 2.2 Teorias do Envelhecimento

Baseada na definição de envelhecimento da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) compreendemos que o processo de envelhecimento é um fator multifatorial, e que traz consigo mudanças físicas, psicológicas e sociais. Em termos de saúde, ocorrem modificações ao longo da vida, influenciando de forma significativa na qualidade de vida das pessoas (HANSEL, 2008).

Essas mudanças podem ser definidas e explicadas por diferentes teorias do envelhecimento, que estão basicamente divididas em: Teorias Biológicas, Teorias Psicológicas e Teorias Sociológicas.

Inicialmente as Teorias Biológicas partiram do ponto de vista fisiológico e depois do bioquímico. Do ponto de vista biológico, essas teorias são a prova de que o processo de envelhecimento é reconhecido pelos biólogos e propõem que a duração de vida de uma célula está dentro da própria célula (HAYFLICK, 2004a; 2004b); (CARNES, 2013). Dentre as principais Teorias Biológicas estão a imunológica, do uso e desgaste dos radicais livres, a neuroendócrina, a genética e do erro na síntese proteica (DA SILVA, 2016).

Já nas Teorias Imunológicas, as transformações que surgem no envelhecimento resultam na formação de anticorpos que atacam as células sãs do organismo, levando a um declínio do funcionamento biológico, cognitivo e psicomotor - inevitável e irreversível. Essas teorias não abordam as influências da hereditariedade e do meio ambiente sobre as variações individuais do envelhecimento (DA SILVA, 2016; STEVENS; FRIEDMAN, BALDWIN, 2001).

Nas Teorias do Uso e Desgaste o organismo humano sofre alterações estruturais e funcionais pelo uso. Estas alterações podem ser aceleradas ou retardadas conforme o estilo de vida do indivíduo. Essas Teorias tiveram importância no meio científico, assim como no campo assistencial da enfermagem médico cirúrgica. Por exemplo, as enfermeiras passaram a estimular seus clientes a deambular precocemente no pós-operatório para evitar atrofia muscular.

Segundo a Teoria dos Radicais Livres, o envelhecimento e a morte celular provêm de efeitos nefastos causados pela formação de radicais livres, que são altamente tóxicos e causam sérios danos nas estruturas celulares do DNA<sup>1</sup> (Ácido desoxirribonucleico), provocando mudanças intracelulares e levando às deficiências

---

<sup>1</sup>DNA (Ácido Desoxirribonucleico): Molécula que carrega o código genético da célula

fisiológicas. Essa teoria incentiva o uso de produtos e práticas “antienvhecimento”, muito propagadas a partir da década de 90 no ocidente (DA SILVA, 2016).

A Teoria Neuroendócrina argumenta sobre a falência progressiva das células e suas funções integradoras com o organismo e o sistema nervoso. Para os pesquisadores, existe a hipótese de que o relógio biológico é que comanda e regulariza a longevidade (DA SILVA, 2016).

Apesar de não existir uma Teoria do Envelhecimento Biológico que seja aceita por todos os pesquisadores, segundo Santana e Santos, (2006), há indícios que o processo de envelhecimento estaria fortemente relacionado com alterações celulares geneticamente programadas, e/ou que haveria uma cadeia de erros e mutações genéticas influenciadas pelo ambiente.

As Teorias Psicossociais sobre o envelhecimento foram desenvolvidas por psicólogos, antropólogos, assistentes sociais e sociólogos. São oriundas de estudos sobre gerontologia social e têm como objetivo explicar o fenômeno do envelhecimento através dos fatores culturais, psicológicos, históricos, existenciais e sociais, e estão divididas em três: mudança ordenada, contextualizada e dialética (DA SILVA, 2016).

Na Teoria da Mudança Ordenada, também conhecida como do Desenvolvimento, Neri (2002) aponta que Carl Gustav Jung, (1930) dividiu a vida humana em duas metades e quatro idades. Na primeira metade da vida humana (infância e vida adulta) ocorre o envolvimento com o mundo externo e na segunda metade (meia-idade) ocorre o processo de interiorização do *self*<sup>2</sup>, pelo qual a pessoa adquire o senso de ser única (DA SILVA, 2016). E cada uma das quatro idades (i) infância, (ii) vida adulta, (iii) meia idade e (iv) velhice tem tarefas e metas próprias de acordo com a definição de Jung.

---

<sup>2</sup> *Self* - Qualidade reflexiva, uma dualidade do que é EU (indivíduo) e MIM/MEU (pertence ao indivíduo).

Na Teoria Contextualista, as explicações sobre o desenvolvimento adulto e o envelhecimento estão baseadas no papel desempenhado por eventos de transição. Os pesquisadores entendem que as mudanças que o indivíduo sofre na vida adulta são influências produzidas pela interação do indivíduo com o meio social em que ele está inserido. Assim, o indivíduo e o meio social são influenciáveis e coparticipantes na construção da individualidade e dos grupos sociais (DA SILVA, 2016).

A Teoria Dialética favorece o estudo do desenvolvimento porque está centrada na mudança, onde o indivíduo é observado como o conjunto de organismos ativos em constante mudança e em contínua interação com o meio social. Para Kauls Riegel (NERI, 2002), o primeiro estudioso deste paradigma, as transições ou crises que ocorrem no desenvolvimento são as que influenciam de forma positiva ou negativa o desenvolvimento do indivíduo. Segundo o autor, as principais influências são de natureza inato-biológica, individual-psicológica, cultural-psicológica e natural-ecológica (DA SILVA, 2016).

Nas Teorias do Envelhecimento ou do Desenvolvimento Humano há descrições e explicações sobre as mudanças comportamentais que ocorrem ao longo do tempo entre os indivíduos e que devem ser utilizadas pela enfermagem gerontológica não só para considerar as alterações fisiológicas, mas também contribuir para que a velhice deixe de ser uma fase de perdas e de prejuízo para as políticas de saúde e passe a ser vista como uma possibilidade de estabelecer uma relação de ajuda (DA SILVA, 2016).

Portanto, nas Teorias do Envelhecimento as mudanças biológicas estão associadas ao aumento das modificações físicas e mentais. Individualmente, à medida que envelhecemos mudanças no organismo, definidas como fisiológicas, vão ocorrendo, as quais são compreendidas como normais. Ocorrem modificações visíveis na aparência física, assim como alterações internas “não visíveis” que podem afetar o desempenho nas atividades do dia-a-dia.

Ou seja, de modo geral ocorre, uma diminuição funcional de órgãos e sistemas devido à diminuição da capacidade celular. Entretanto, essas mudanças

variam de indivíduo para indivíduo, fazem parte do processo natural do envelhecimento e nem sempre representam ou significam doenças. Podemos citar como exemplos de alterações funcionais de acordo com o órgão ou sistema: (i) na estrutura física, onde podemos observar mudanças no peso corporal (aumento da gordura ou perda da massa muscular); (ii) no sistema nervoso, como diminuições ou perda gradativa dos reflexos; (iii) na locomoção, com a diminuição da massa óssea; (iv) na pele e fâneros como perda da elasticidade, rugas e cabelos brancos; e (v) nos órgãos dos sentidos como perda gradual da visão, diminuição da audição e do paladar (MOTTA, 2004).

Tais mudanças podem gerar limitações e incapacidades em maior ou menor grau e podem comprometer a realização das Atividades de Vida Diária de forma independente, e podendo alterar a saúde física e mental da pessoa idosa.

O processo natural de envelhecimento pode levar a diminuição ou perda da capacidade funcional de cada sistema do organismo de forma gradativa levando ao chamado “envelhecimento funcional”, que para Paschoal (2002) é um processo lento, o qual leva o indivíduo a ter que se adaptar no seu dia a dia com suas limitações ou incapacidades. Portanto, a avaliação funcional vem se tornando questão relevante nas pesquisas na área da gerontologia, assim como na enfermagem gerontológica, visando encontrar meios para manter a qualidade de vida das pessoas idosas (ALVES et al., 2008).

Portanto, o cuidado de enfermagem gerontológico deve estar voltado para uma avaliação criteriosa do estado cognitivo, afetivo, funcional, físico e comportamental do cliente idoso acometido de agravos à saúde física, onde o profissional de enfermagem precisa adquirir conhecimento dos fatores biológicos, psicológicos e sociológicos do processo de envelhecimento, para então desenhar um plano assistencial personalizado e desencadeador de potencialidades (STEVENS et al., 2001).

Stevens et al., (2001), apontam que, para que a enfermagem gerontológica atinja seus objetivos específicos, ela deve estar capacitada para identificar ou

diferenciar alterações na saúde mental em idosos, em especial os que estão internados em hospital geral.

As alterações da memória, criatividade, atenção e iniciativa - além das modificações na sexualidade e sociabilidade - fazem com que esse conceito de perda esteja relacionado ao idoso. Fatores de estresse como a aposentadoria, representando o fim da idade produtiva, a morte de amigos, familiares, cônjuge, falta de perspectiva de futuro e a solidão podem se somar às perdas da idade e desencadear manifestações psíquicas (VERAS, 1994) como a depressão, por exemplo.

Especificamente no que se refere à saúde mental do idoso, o equilíbrio psíquico é resultado da interação da pessoa com o meio em que está inserido, permitindo o desenvolver de suas potencialidades humanas. Normalmente, essas potencialidades estão estreitamente associadas à satisfação de suas necessidades (OLIVEIRA, 2006).

Sendo o envelhecimento um processo biológico natural da vida de todos os seres vivos, não pode ser considerado doença. Entretanto, alguns agravos a saúde de ordem física e/ou mental, podem acometer as pessoas em qualquer fase da vida, são mais comuns na terceira idade e podem influenciar e serem influenciadas por outros fatores tais como o social e o econômico (DA SILVA, 2016; DA SILVA, 2006).

Segundo Frank (2006), a taxa de incidência para distúrbios depressivos no indivíduo idoso varia de 0 a 86%, com uma média de 19%. Porém, dados acerca da real prevalência da pseudo demência depressiva ainda não estão disponíveis na literatura (CUNHA, 2002). No que se refere a idosos institucionalizados, os números podem ser ainda maiores, por ser este grupo mais susceptível ao desenvolvimento de sintomas depressivos (FRANK e RODRIGUES, 2006).

O transtorno mental segundo Motta (2004) tem alta prevalência na população idosa, o que causa grande impacto na vida social e ocupacional desses indivíduos. Estudos realizados por Veras (2003) apontam que a cada ano o

crescente número de pessoas idosas exige cada vez mais dos gestores da área de saúde mudanças nos modelos assistenciais, apresentarem mais morbidades quando comparados aos demais grupos etários. E essa realidade demanda que os gestores públicos e privados estejam preparados para atender a essa clientela tão diferenciada.

Destarte, é primordial criar estratégias para o cuidado de enfermagem voltado para o idoso em processo de tratamento em nível ambulatorial e hospitalar, tendo em vista um cuidado preocupado com as especificidades desta clientela, oferecendo um ambiente seguro e proporcionando o bem estar físico e mental.

Entretanto, o envelhecimento social não está pautado no envelhecimento conforme descrito nas teorias do envelhecimento, e sim muitas vezes no conceito social, conforme resultados da pesquisa “Envelhecimento Institucionalizado do Portador de Transtorno Mental: O Viver e o Cuidar dos Profissionais de Enfermagem de um Hospital Psiquiátrico” realizada no mestrado, onde foi identificado que existem dois conceitos centais para definir pessoa idosa.

Um é o conceito cronológico de acordo com o Estatuto do idoso, Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 que define idoso “aquele indivíduo com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos”, e a partir desse conceito o Estatuto é destinado a regular os direitos assegurados às essas pessoas com idade igual ou superior definidas por lei. O outro é o conceito funcional, identificado entre os profissionais de enfermagem está pautado a partir do ponto de vista social onde eles definem como “idoso o individuo que apresenta alguma limitação física, cabelos brancos, rugas ou incapacidade” (HANSEL, 2008).

O reconhecimento das diferentes definições de quem venha a ser uma pessoa idosa é importante para os profissionais que atuam na área da saúde, pois a partir de como esse profissional vê o idoso, ele definirá as suas ações de cuidado, podendo realizar as atividades para a pessoa, por considera-lo incapaz ou deixa que ele faça sozinho, conforme constatado no estudo de Hansel (2008).

O ideal então, é que todos, inclusive o profissional de enfermagem, estimule um envelhecimento ativo, autônomo e que preserve e valorize a capacidade funcional desses indivíduos. A Organização Pan-Americana da Saúde, segundo Freitas (2010), diz que o envelhecimento ativo é sinônimo de saúde e qualidade de vida ao idoso e que, para promovê-lo, os serviços de saúde devem prospectar um curso de vida com promoção à saúde, equidade no acesso à Atenção Primária e aos serviços de longo prazo, todos primando pela qualidade.

Para tanto, os indivíduos da comunidade, grupos, instituições que prestam serviços de saúde, governos e profissionais de saúde, têm responsabilidade compartilhada com os serviços de saúde (SILVA, 2010).

### 2.3 Estado da Arte

Para identificar e analisar estudos publicados em periódicos de enfermagem acerca da pessoa idosa em assistência à saúde e os sentimentos que emergem durante esse processo, foi realizada a revisão integrativa. Teve os objetivos agregar e subsidiar síntese dos resultados de pesquisas que contribuíram para o aprofundamento do tema, assim como apontara lacunas do conhecimento.

O método de revisão integrativa é composto por seis etapas conforme recomendação de Botelho et al. (2011), sendo, 1ª etapa – identificação do tema e elaboração da questão de pesquisa; 2ª etapa – estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão dos estudos; 3ª etapa - identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados; 4ª etapa - categorização dos estudos selecionados; 5ª etapa – análise e interpretação dos resultados; e 6ª etapa-apresentação da revisão e síntese do conhecimento.

Na primeira etapa foi identificado o tema e elaborada a questão norteadora: “Qual a produção de conhecimento acerca da pessoa idosa em assistência à saúde e os sentimentos que emergem durante esse processo?”.

Na segunda etapa foram estabelecidos critérios de inclusão dos artigos, a saber: (i) estudos publicados no período de 2010 a 2014; (ii) textos em Português,

Espanhol e Inglês e (iii) artigos científicos sobre a pessoa idosa, assistência à saúde e sentimentos. Os critérios de exclusão foram: (i) publicações sob o formato de dissertação, tese, capítulo de livro, livro, editorial, resenha, comentário ou crítica; (ii) resumos livres e (iii) artigos de revisão sistemática ou integrativa.

Ademais, foi realizada a busca de evidências em bases de dados eletrônicas por meio da utilização da estratégia PICO, uma abreviação para Paciente/Problema, Intervenção, Comparação e “Outcomes” ou desfechos (MARTIN, 2013; SANTOS, et al., 2007).

Foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), e os Medical Subject Headings (MeSH), no Medline/Pubmed. Os descritores do DeCS e MeSH foram então, inseridos nas bases de dados, à luz da estratégia PICO, conforme apresentado no Quadro 4.

Busca de evidências nas bases de dados eletrônicas por meio da estratégia PICO, recomendado por Martin (2013) e Santos (2007).

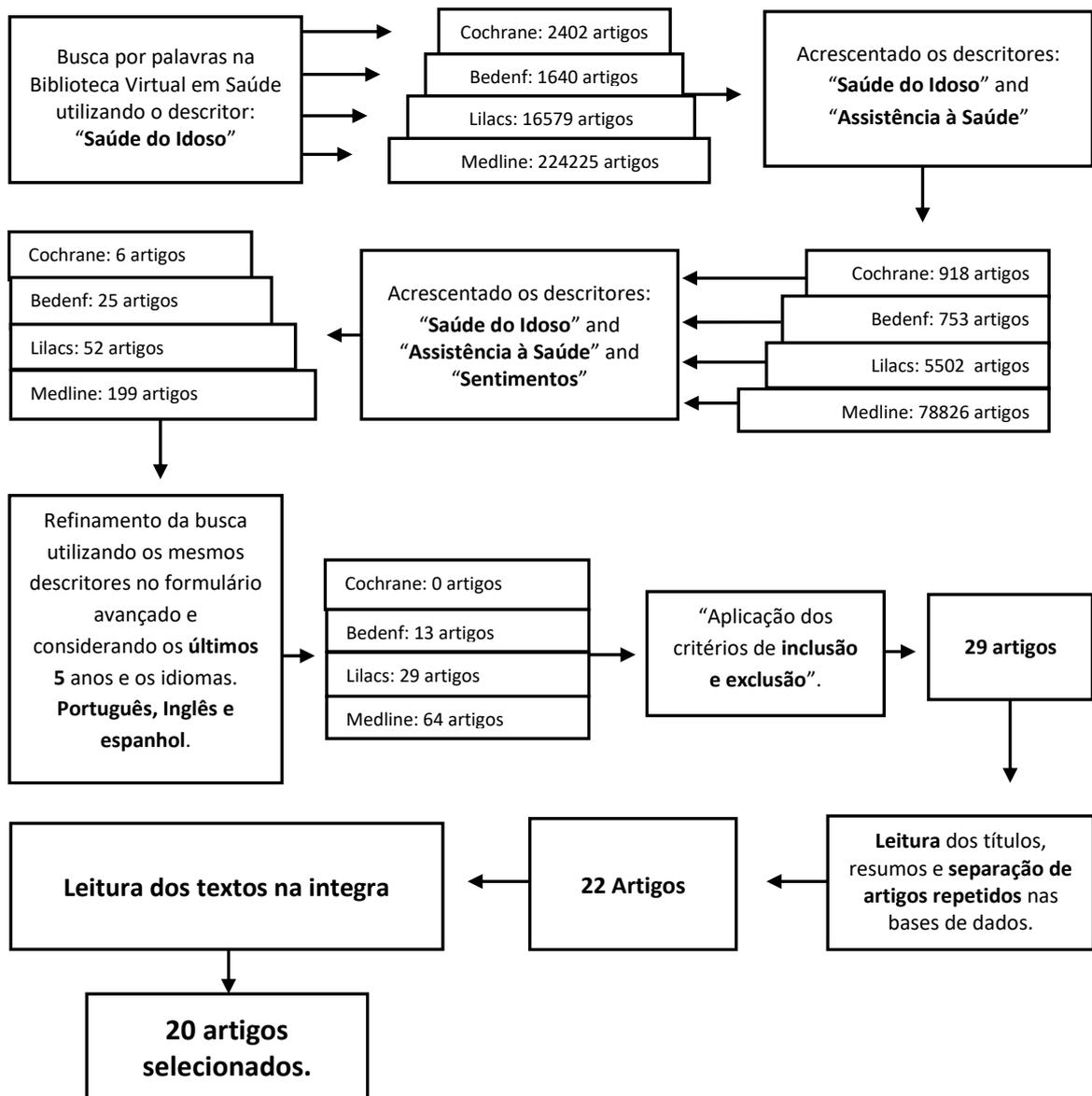
Quadro 4: Busca de evidências nas bases de dados eletrônicas por meio da estratégia PICO (MARTIN, 2013; SANTOS et al., 2007).

Descritores Controlados		
	MeSH	DeCs
<b>P</b>	“Health of the Elderly”	“Saúde do Idoso”
And <b>I</b>	“Delivery of Health Care”	“Assistência à Saúde”
And <b>C</b>	-----	-----
And <b>O</b>	“Sentiments”	“Sentimentos”

A primeira coleta de dados ocorreu no mês de abril/2014 e foi repetida em agosto de 2015. Na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), examinou a Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Base de Dados em Enfermagem (BDENF); a Biblioteca Cochrane (Cochrane Library). Nas Publicações Médicas (Pubmed) inclui a Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE). As etapas e o caminho percorrido para o levantamento das publicações estão representados na Figura 4.

Na terceira etapa ocorreu a organização e síntese das informações, formando um banco de dados acessível e de fácil manuseio. Ainda nesta etapa, foi utilizado o limite “Enfermagem” para refinamento dos estudos com a temática. As informações dos estudos abrangeram: periódico, ano, base de dados, título, tipo de pesquisa e principais resultados.

Figura 4 - Fluxograma do Levantamento das Referências nas Bases de Dados



(Fonte: Esquema adaptado de SILVA, L.F. et al., 2014)

Na quarta etapa foi feita análise dos estudos incluídos na Revisão Integrativa, correlacionando os artigos entre si. Na quinta etapa, foi realizada a interpretação e discussão dos resultados destacando estudos que tratavam da assistência à saúde do idoso. Na sexta e última etapa, teve lugar a análise e síntese dos artigos selecionados acerca da assistência à saúde da pessoa idosa em processo de tratamento, os sentimentos vivenciados durante o processo e suas repercussões na saúde, apresentados no Quadro 5.

Quadro 5 – Síntese das publicações incluídas na Revisão Integrativa, segundo título do periódico, ano, base de dados onde os artigos foram publicados, o título do artigo, método e os principais resultados.

Titulo	Periódico	Ano	Idioma	Base de dados	Tipo de Pesquisa / Estudo	Principais Resultados
1 Estado de saúde percebido e adesão farmacológica em pacientes submetidos à intervenção coronária percutânea.	Rev Gaucha Enferm	2013	Português	MEDLINE	Transversal	Os participantes apresentaram melhores avaliações nos componentes Aspectos Sociais e Capacidade Funcional. Os componentes percebidos como mais comprometidos para os participantes foram Aspectos Físicos, Aspectos Emocionais e Dor. Em relação aos componentes do SF-36, participantes com valores elevados na Capacidade Funcional também se mostraram mais propensos a não adesão, enquanto que aqueles que apresentaram altos valores na Saúde Mental tenderam para uma associação com o comportamento de adesão.
2 Qualidade de vida em pacientes com lesão medular	Rev Gaucha Enferm;	2013	Português	MEDLINE LILACS	Quantitativo Epidemiológico, Transversal	O instrumento validado para medir qualidade de vida, WHOQOL-brief em seu Domínio Psicológico (sentimentos negativos, auto-estima, imagem corporal e aparência) apontou que na faceta aproveitar a vida (34,1%) foi a mais comprometida. As facetas menos comprometidas foram: sentido da vida (63,8%), satisfação pessoal (55,3%) e sentimentos (61,7%). No tocante ao domínio Relações Sociais, verificou-se baixo comprometimento das facetas: relações pessoais (17%) e apoio dos amigos (21,3%). A faceta mais comprometida foi a vida sexual (34%).
3 Three types of ambiguity in coding empathic interactions in primary care visits: implications for research and practice.	Patient Educ Couns	2012	Inglês	MEDLINE	Análise Qualitativa	Identificando pistas emocionais que constituem "oportunidades de empatia" é uma tarefa complexa. Três tipos de ambigüidade, tarefa particularmente desafiadora: 1) apresentações de pistas emocionais pode ser "distorcido" e variada; 2) manifestações de doença pode ser emocionalmente carregado na ausência de palavras explícitas "emoção"; e 3) as oportunidades empáticas variam em duração e intensidade.
4 Struggling to retain living space: patients' stories about living with advanced chronic obstructive pulmonary disease	J Adv Nurs	2011	Inglês	MEDLINE	Entrevistas Qualitativas	A análise resultou em dois temas principais e cinco subtemas. O primeiro tema principal, nexos de subordinação com o corpo doente, implica que o corpo, é dispositivos de apoio, e confiar-se para as mãos de outras pessoas podem tanto ampliar e restringir o espaço de vida. O segundo tema principal, Proteger os valores significativos de identidade, abrange tanto a luta para manter a autoimagem e a consciência da própria morte.
5 Emotions delay care-seeking in patients with an acute myocardial infarction.	Eur J Cardiovasc Nurs	2014	Inglês	MEDLINE	Análise de Conteúdo	Quatro temas conceituados: "ser paralisados pelo medo, angústia e impotência", "ter vergonha de si mesmo", "medo de perder uma identidade saudável e" que se esforça para evitar o medo por não interagir com os outros " Pacientes foram divididos entre sentimentos como angústia, medo, vergonha e impotência. Eles fizeram esforço para defender sua autoimagem como de uma pessoa saudável, assim, afetada por um desconforto não reconhecido. Combinado com a luta para proteger os outros de envolvimento, reforçou barreiras para procura de cuidados.

6	Searching for the new normal: exploring the role of language and metaphors in becoming a cancer survivor.	Eur J Oncol Nurs;	2014	Inglês	MEDLINE	Qualitativo Exploratório	As categorias temáticas enfatizaram a importância da linguagem na forma como os participantes adquiriu sua doença e procuram controlar seus sentimentos e suas interações com os outros. Interpretação dos resultados revelaram uma forte ideia central que liga os depoimentos dos participantes, que a linguagem, metáforas e eufemismos são fundamentais para a adaptação e para a construção de uma identidade alterada como um sobrevivente do diagnóstico e tratamento do câncer.
7	Explaining medically unexplained symptoms: somatizing patients' responses in primary care.	Patient Educ Couns	2013	Inglês	MEDLINE	Qualitativo	Sintoma explicações (SES) eram vagas, hesitante, e incerta. Dois padrões de SEs (geral vs. específica) e cinco diferentes padrões de resposta do paciente foram encontrados. As respostas dos pacientes são classificadas conforme o que ocorre durante ou após o SE, e de acordo com o grau de pacientes de trabalho realizar a verbalizar uma resposta.
8	How do informal caregivers of patients with cancer cope: A descriptive study of the coping strategies employed.	Eur J Oncol Nurs	2012	Inglês	MEDLINE	Descritivo	A maioria dos cuidadores emprega maneiras emocionalmente focadas de lidar com o fardo de cuidar, tais como: "Eu estava esperando por um milagre" (média de 2,19), "Eu estava esperando que o tempo iria mudar as coisas e simplesmente esperou" (média 2.14 ) e "Eu encontrei consolidação na minha fé a Deus" (média de 2,05). Formas assertivas de enfrentamento como "Eu expressei minha raiva para o paciente" (média de 0,78) e "eu me atrevi a fazer algo arriscado" (média de 0,98) eram menos propensos a ser usados pelos cuidadores.
9	Rational decision-making about treatment and care in dementia: a contradiction in terms?	Patient Educ Couns	2012	Inglês	MEDLINE	Qualitativa Entrevistas / Grupos focais	Processo de tomada de decisão consiste em três componentes elementares: (1) identificar as necessidades de um indivíduo; (2) explorar opções; e (3) fazer uma escolha. Mais importante é a fase de exploração, uma vez que é crucial para a aceitação da doença. Além disso, a decisão é experimentada mais como uma escolha emocional do que um racional. É influenciado pelas preferências pessoais. Considerando aspectos práticos não parecem desempenhar um papel substancial.
10	Patients feeling severely affected by multiple sclerosis: how do patients want to communicate about end-of-life issues?	Patient Educ Couns	2012	Inglês	MEDLINE	Qualitativa Entrevistas / Grupos focais com pacientes	573 de 867 questionários de atendimento de nossos critérios foram analisados. Em resposta a uma questão geral de 64% (n = 358) indicou um desejo para a progressão da doença e da morte e do morrer a serem abordados pelo seu médico. A maioria (76%, n = 427) considerou importante que a progressão de sua doença ser discutido, enquanto que 44% (n = 246) disseram que abordar a morte eo morrer como sem importância. Não há critérios objetivos de doença, puderam ser identificados para explicar o desejo de comunicar questões de fim de vida. Os médicos que foram retrospectivamente vistos como evitar que levantam aspectos críticos da doença foram percebidos como menos empática (p <0,001).
11	Changes and predictors of unmet supportive care needs in Taiwanese women with newly diagnosed breast cancer.	Oncol Nurs Forum	2012	Inglês	MEDLINE	Longitudinal Prospectivo	As mulheres tinham níveis moderados a elevados de necessidades não satisfeitas, com a mais elevada no sistema de saúde e domínio da informação em cada momento. Níveis nos domínios, sistema psicológico de saúde e de informação, e as necessidades de sexualidade foram maiores (p <0,001) no T1 do que no T2, T3 e T4. No entanto, os níveis de necessidades físicas e de vida diários não atendidos aumentaram significativamente ao longo do tempo (p <0,001). Necessidades de cuidados de suporte não atendidas foram consideravelmente prognosticada segundo a idade mais jovem e níveis mais elevados de educação, aflição sintoma, ansiedade-traço, ansiedade estado, e tempo de diagnóstico.

12	Reconhecimento dos aspectos tacéticos para o cuidado afetivo e de qualidade ao idoso hospitalizado	Rev Esc Enferm USP	2013	Português	LILACS	De campo, Qualitativo e Exploratório	Os resultados permitiram a identificação de nove categorias que apontam os fatores/condições principais para a qualidade no tocar. A primeira categoria, autorização para que o toque ocorra, agregou as respostas cujo destaque foi dado à necessidade de se pedir autorização prévia ao cliente, e o profissional citou a importância de observar suas reações na receptividade ao ser tocado. Os participantes citaram, nos discursos, que ao tocar, o profissional provoca emoções, sejam elas positivas ou não.
13	A experiência vivida pelos pacientes em diálise peritoneal domiciliar: uma abordagem fenomenológica	Rev Lat Am Enfermagem;	2012	LILACS	Inglês	Inspirado na Fenomenologia	Viver a experiência da diálise peritoneal significou, para os participantes, viver sentimentos de incerteza, angústia e dificuldades desde o início da IRC e do conhecimento sobre a necessidade da DP. Mudanças drásticas provocaram transtornos no seu modo de vida, destruindo seus projetos para o futuro. Depois de se adaptarem à nova realidade, muitos se mostram agradecidos e esperançosos, apesar do sofrimento e das dificuldades.
14	Conhecimento e expectativas de mulheres no pré-operatório da mastectomia	Rev Esc Enferm USP	2010	Português	LILACS	Qualitativo Exploratório, Descritivo	O método hermenêutico-dialético foi utilizado na análise dos discursos, sendo definidas três categorias temáticas: Conhecimento acerca da cirurgia, Sentimentos e expectativas em torno da mastectomia e a Retirada da mama. Constatou-se que a mulher passa por um pré-operatório estressante, com desconhecimento acerca da cirurgia, sente ansiedade e medo pelo que está por vir, além de sentimentos de pânico e choque diante da retirada da mama.
15	Estado de saúde percebido e adesão farmacológica em pacientes submetidos à intervenção coronária percutânea	Rev Gaucha Enferm	2013	Português	LILACS	Transversal	Utilizaram-se os instrumentos SF-36 e Medida de Adesão aos Tratamentos, com 101 pacientes. Destes, 54 (53,5%) eram homens, a idade média era 59,5±10,3 e 32 (32,7%) haviam passado por tratamento cardíaco prévio. Todos utilizavam medicamentos anti-hipertensivos; 99 (98%) utilizavam antiagregantes plaquetários; 98 (97%), redutores de colesterol e 59 (58,4%), vasodilatadores coronarianos. A média do número de medicamentos utilizados foi 6,8±2,1. A adesão farmacológica foi verificada em 98 (97%) pacientes. Os participantes apresentaram melhor estado de saúde nos componentes "Aspectos sociais" e "Capacidade funcional". Constataram-se correlações positivas e de moderada magnitude entre as medidas de adesão e "Capacidade funcional", "Estado geral de saúde" e "Aspectos sociais". Houve correlação entre adesão farmacológica e estado de saúde percebido.
16	Avaliação da qualidade de vida em idosos submetidos ao tratamento hemodialítico	Rev Gaucha Enferm	2011	Português	LILACS	Quantitativo Descritivo e Exploratório	Quando questionado pela necessidade de cuidador, 29 (72,5%) indivíduos relataram não precisar de auxílio e 11 (27,5%) reconheceram a sua necessidade, destacando a ajuda na deambulação e alimentação. Com relação a percepção de sua própria qualidade de vida, 20 (48,8%) idosos atribuíram uma avaliação mediana, descrita no instrumento utilizado como "nem ruim e nem boa". Já no que concerne o quão satisfeitos estão com a sua saúde, foi referida satisfação por 29 (70,7%) idosos.
17	Percepção do idoso dos comportamentos afetivos expressos pela equipe de enfermagem	Esc. Anna Nery Rev. Enferm	2011	Português	LILACS	Quantitativo, Transversal	Os resultados positivos dos comportamentos verbais incluíram as ações de conversar (57,2%), orientar (60,7%), respeitar (50%), proporcionar segurança (44,6%) e demonstrar honestidade (96,4%). Os positivos da dimensão não verbal reuniram aspectos relacionados ao respeito (63,4%), tocar (46,4%), ouvir/escutar (23,2%) e olhar como expressão positiva (71,4%)

18	Aids em idosos: vivências dos doentes	Esc. Anna Nery Rev. Enferm	2010	Português	LILACS	Qualitativo Método Estudo de Caso	As categorias de análise são as relações afetivas, isolamento social, redes de apoio e aposentadoria e trabalho. O estudo desvelou a complexidade de uma doença sem cura para o idoso, sentimentos foram revelados além de transtornos da autoimagem e solidão, que implicaram a revelação à família.
19	O impacto da atuação dos enfermeiros na perspectiva dos cuidadores de idosos com demência	Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online);	2014	Português	LILACS	Qualitativa Exploratória, Descritiva.	Foram construídas oito categorias: A qualidade do atendimento da enfermeira na visão dos cuidadores; Ensinam a cuidar; Informam sobre a doença; A importância da relação profissional-cuidador; Mudança de sentimentos; Troca de experiências; Paciência como elemento essencial no cuidar e Aceitação da doença.
20	Proxêmica e cinésica como recursos comunicacionais entre o profissional de saúde e o idoso hospitalizado	Rev. enferm. UERJ	2012	Português	LILACS	De campo, Quanti- Qualitativo, Descritivo e Exploratório	Diante dos mecanismos de invasão do território no cuidado com o idoso, foram 89,7% de ações de invasão, 38,5% de contaminação e 38,5% de violação. Os gestos e posturas corporais, avaliados favoravelmente à interação com o idoso, foram agrupados em: funções e significados (64,1%); pertinência situacional (43,6%) e expressão de sentimentos (35,0%).

Após esse levantamento, foi possível identificar através da análise dos objetivos, discussão e principais resultados dos 20 artigos selecionados, seis estudos (2, 3, 5, 13, 14 e 18) tratando de sentimentos vivenciados pela pessoa idosa durante o processo de tratamento. Entretanto nenhum dos artigos abordou a questão experiência e vivência da pessoa idosa acerca da trajetória percorrida durante o processo de tratamento e sua repercussão na saúde dessas pessoas.

Outros estudos investigaram e avaliaram o cuidado da pessoa idosa em tratamento hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, sendo que os estudos 1, 15 e 16 avaliaram o estado de saúde da pessoa em tratamento e o estudo 4 a questão da imagem corporal como significado de identidade para a pessoa doente.

Demais estudos analisados, 6, 12, 10, 17 e 20 abordaram os tipos de comunicação e suas conexões que transpassam o processo de tratamento e a hospitalização. Os sintomas da doença, seu tratamento e a necessidade de tomada de decisões para atender as especificidades individuais do idoso, foram abordados nos estudos, 7, 9 e 11. E por fim, os estudos, 8 e 19 avaliaram a qualidade do cuidado/atendimento na visão dos cuidadores e dos profissionais de saúde.

Por meio desta revisão, foi possível constatar que o cuidado à pessoa idosa em processo de tratamento ainda é um desafio para a enfermagem no âmbito ambulatorial e hospitalar, pois estudos examinados sugerem que, pesquisa na área da enfermagem aponta barreiras existentes desde o acolhimento até o processo de hospitalização, e elucidam a necessidade integral de saúde física, mental e social do idoso.

Os achados desta revisão nos levaram a concluir que existe uma lacuna na pesquisa de enfermagem no que tange a experiência/vivência da pessoa idosa durante a trajetória do tratamento e suas implicações para a saúde. Reiterando assim a importância da presente tese de doutorado.

## CAPÍTULO III – REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

### 3.1. Referencial Teórico: Interacionismo Simbólico

O Interacionismo Simbólico é uma linha de pensamento com perspectiva na teoria social, teve início em corrente filosófica da Idade Contemporânea fundamenta metodologias empíricas que usam procedimentos tais como: estudos de caso, entrevistas, observação participante, história de vida, conversações, análise de documentos, cartas, diários entre outros. A origem etimológica de interacionismo vem da palavra interagir, que significa “*agir mutuamente*”. O termo simbólico vem do grego *symbolikós*, e do latim *symbolicu*, significando “*aquilo que tem caráter de símbolo*” (SANTOS, 2008).

O Interacionismo Simbólico teve sua origem na psicologia social, através de estudiosos norte-americanos, ganhando força no final do século XIX, através de George Herbert Mead, da escola de Chicago. Embora, George Hebert Mead não tenha publicado uma obra sobre o Interacionismo Simbólico, seus livros foram escritos e organizados por Blumer a partir de suas palestras, aulas e manuscritos. A obra de *Mind, Self and Society*, publicada em 1934 pela Universidade de Chicago, explora a complexa relação entre sociedade e o indivíduo, o self, o desenvolvimento dos símbolos e o processo de comportamento da mente (HAGUETE, 2011).

Diversos foram os seguidores de Mead, porém Blumer (1969) foi o que se manteve fiel ao pensamento de George Herbert. Em 1937 atribui à abordagem teórico-metodológica a expressão “Interacionismo Simbólico” que fundamenta a teoria no comportamento humano onde o fator principal é o ato social, descrito como fator externo, considerando que o indivíduo, a sociedade e a mente são inseparáveis; e que juntos, compõem o ato sócia (LOPES e JORGE, 2005).

Como corrente filosófica, o Interacionismo Simbólico possui três premissas básicas que são: (i) o homem age baseado nos significados que as coisas têm para ele, (ii) os significados da coisas derivam das interações sociais e, (iii) esses

significados são manipulados e modificados através de um processo interpretativo sobre as coisas que a pessoa encontra (BLUMER, 1969; DA SILVA, 2003).

Essas premissas que estão representadas na Figura 5, partem do princípio de que o indivíduo é capaz de dirigir suas próprias ações - ao mesmo tempo ele é observável. No sentido simbólico e intencional é capaz de confrontá-las com o significado dos objetos, os quais utilizam para por em prática seus planos (POLIT e BECK; 2011; POLIT; BECK; HUNGLER 2004).

Fundamentado nessas premissas, o Interacionismo Simbólico analisa o indivíduo, a sociedade, as condutas humanas e suas relações com o meio, e passa a ser descrito como uma forma de interpretar as relações interpessoais, o significado e o sentido das coisas para as pessoas e como elas interagem com as suas vivências e ou experiências de vida.

O estudo das experiências e vivências dos idosos no processo de tratamento permeado de relações com pessoas e ambientes de diferentes níveis de atenção do sistema de saúde, remete aos conceitos básicos do Interacionismo Simbólico.

*A Mente* é ação simbólica interativa está dirigida para o *Self*. Surge a partir da relação do idoso com o seu grupo social e com os profissionais de saúde, através de uma conexão social. É a partir dela que o indivíduo idoso atribui seus significados através dos símbolos.

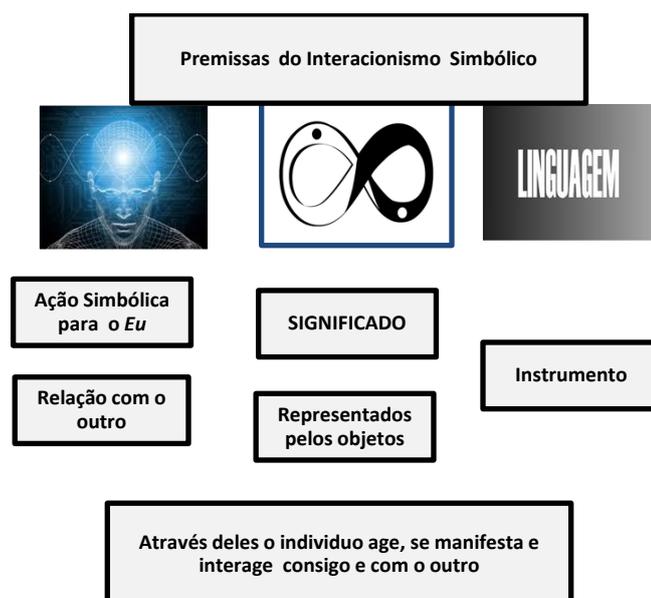
*Os Símbolos* são os conceitos centrais do Interacionismo Simbólico, são os objetos sociais, que sem eles o indivíduo idoso não interage com as pessoas com quem tem contato durante o processo de tratamento. São representados pelos objetos dentre esses os exames, encaminhamentos e procedimentos, os quais são usados na comunicação e através deles age se manifesta e interage consigo próprio e com as pessoas. A construção dos objetos varia de idoso para idoso, e é constituída de acordo com o significado dado por ele próprio, de maneira que este significado é transformado de acordo com as interações sociais (BLUMER, 1969), que tem lugar no processo de tratamento e sua trajetória.

E ao ocorrer à comunicação, a *Linguagem*, é o instrumento usado para os indivíduos idosos ordenar suas experiências no processo de tratamento e fazer distinção no ambiente em que vivem. Esta surge e modela o comportamento, e que dá significado às coisas. E através da linguagem ocorrem as interações sociais. (LOPES e JORGE, 2005)

Experiências vivenciadas são contextualizadas em uma *Sociedade*, constituída pela interação entre os indivíduos idosos e as pessoas do seu grupo social e com quem se relacionam no processo de tratamento. Sociedade, grupos e organizações nas quais as pessoas agem e interagem de forma cooperativa, também compreendem que o processo de tratamento é único na vivência, porém compartilhado por símbolos, objetos, linguagem e experiências que se tocam e por vezes entrelaçam para que um procedimento seja realizado e concretizado.

Em uma sociedade que é dinâmica, as atividades dos membros ocorrem como respostas das relações de um indivíduo idoso com os outros (CARVALHO et al., 2007; LOPES e JORGE, 2005).

Figura 5 – Esquema Representativo das premissas do Interacionismo Simbólico, segundo Blumer, 1969.



(Fonte: Hansel, 2015)

Por ser uma linha de pensamento que retrata a relação do ser humano com o mundo em que está inserido, o Interacionismo Simbólico tem sido amplamente utilizado como alicerce teórico em pesquisas qualitativas na área da enfermagem, em especial quando se busca compreender a relação do ser humano com o mundo em que está inserido.

O Interacionismo Simbólico foi selecionado como referencial teórico nesse estudo, para explicar e fundamentar a influência do processo de tratamento na saúde da pessoa idosa e suas interações com o meio onde foi vivenciado pelo idoso. Seus preceitos foram aplicados para estudar o objeto de investigação de forma a compreender a relação do indivíduo idoso com a doença, com as pessoas e o processo de tratamento.

### 3.2. Referencial Metodológico: Teoria Fundamentada nos Dados (TFD)

Após elencados, métodos que utilizam as premissas do Interacionismo Simbólico como base, foi selecionada a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), descrita por Strauss e Corbin (1990; 1998a; 1998b) como uma abordagem preocupada com a elaboração e validação de teorias em ciências sociais. Iniciada em 1967, como uma abordagem de pesquisa qualitativa por Barney Glaser e Anselm Strauss. Esse método vem sendo utilizado para criar novas teorias substantivas esclarecendo áreas específicas, analisando dados do mundo real (STRAUSS e CORBIN, 2008; HUTCHINSON, 1988).

Como um método de campo, a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) visa gerar outras teorias que explicam a ação no contexto social, partindo de hipóteses que ligadas uma a outras, podem explicar o fenômeno a ser pesquisado (CASSIANI, CALIRI, PERÁ, 1996).

Entretanto, é importante notar que embora o objetivo clássico da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) seja o desenvolvimento de uma teoria, não se pode dizer que ela é um processo a-teórico, utilizado para desenvolver uma teoria fundamentada nos dados, que são coletados e analisados de forma sistemática.

Entretanto, Strauss e Corbin em sua publicação original de 1990 e Da Silva (2003), indicam que o valor do método é mais amplo do que o próprio foco de desenvolvimento de uma teoria. Os autores fazem a observação de que a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) pode ser utilizada para análise temática, para desenvolvimento de conceitos e para explorar diferentes formas de estudar um fenômeno. Segundo Strauss e Corbin (1998a; 1998b) e Da Silva (2003), elementos e técnicas da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) podem ser utilizadas para obter melhor compreensão de um fenômeno quando o objetivo principal da pesquisa não é necessariamente desenvolver uma teoria, pois essa resultante só ocorrerá se os dados assim permitirem.

### 3.2.1 Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) e seus elementos

De acordo com Strauss e Corbin (1990), Wilson e Hutchinson (1991) e Da Silva (2003) na Teoria Fundamentada nos Dados a coleta de dados iniciou com a imersão da pesquisadora no tópico em estudo, onde o reconhecimento de interações, valores pessoais, sentimentos, pensamentos e crenças constituíram a base para o desenvolvimento da pesquisa. Seguindo as orientações dos cinco autores supracitados, as perguntas da pesquisa seguiram do geral para o específico, favorecendo o trazer à tona de informações importantes tais como dimensões, fases, propriedades, estratégias, consequências e contextos. Dando visibilidade, portanto, às premissas básicas do Interacionismo simbólico.

Embora o presente estudo tenha também coletado dados quantitativo, o relatório em tela tem foco central nos dados qualitativos das entrevistas com indivíduos idosos. Foram utilizados elementos de codificação aberta, axial e seletiva da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) para nortear o tratamento e análise dos dados qualitativos e medidas de tendência central para os dados de caracterização e dos instrumentos de avaliação padronizados (CHARMAZ, 2009).

A codificação aberta foi utilizada para analisar os dados de forma a expor pensamentos, ideias e significados da saúde e do processo de tratamento para o indivíduo idoso. Teve a intencionalidade de desvendar as probabilidades teóricas

presentes nos depoimentos. Nesta etapa os documentos, memos e as entrevistas transcritas em Word®, foram formatados com identificação codificada no cabeçalho, linhas com numeração contínua em cada documento e analisados através da microanálise, o que permitiu averiguação e leitura dos dados, levando a identificação inicial dos códigos livres.

Estes, a seguir foram separados, comparados e contrastados em busca de símile e contraste, e posteriormente agrupados por semelhanças dando origem a conceitos chave, seus aspectos e particularidades, que com o refinamento da análise foram agrupados em subcategorias e categorias.

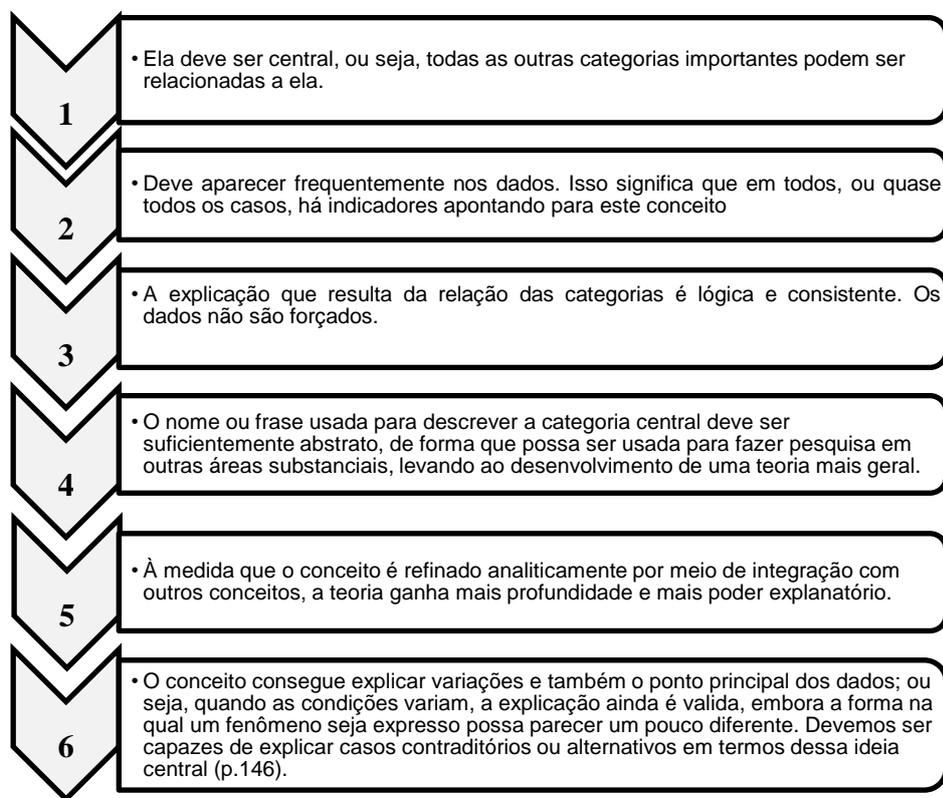
As categorias emergiram dos dados e representaram os fenômenos em investigação. Problemas, questionamentos e preocupações, receberam nomes diferentes e em conformidade com o foco e contexto de pesquisa. Após a identificação das categorias a pesquisadora agrupou os conceitos e dividindo-os em subcategorias, ou seja, explicando como, onde e por que cada categoria emergiu (STRAUSS e CORBIN, 2008).

Após a microanálise, buscou-se apontar nas entrevistas como os conceitos identificados estavam relacionados aos fatos, circunstâncias e situações reveladas nos depoimentos dos idosos em processo de tratamento, permitindo a categorização dos dados de forma a evoluir para a etapa de codificação axial.

A etapa de codificação axial foi o processo de relacionar as categorias às suas subcategorias, chamado de “axial” por que ocorre em torno do eixo de uma categoria. Neste momento o pesquisador irá correlacionar as categorias com as subcategorias ao longo das linhas, suas propriedades e suas dimensões. Nessa fase os dados são cruzados e verificados se há associação entre eles, permitindo uma explicação para o fenômeno investigado e tem como objetivo organizar elevado número de dados e aglomera-los de forma diferente (STRAUSS e CORBIN, 2008; CHARMAZ, 2009).

A etapa seguinte do método foi a codificação seletiva, nesta o processo visou integrar e refinar as categorias. O primeiro passo foi identificar a categoria central do estudo. Esta pode surgir da lista de categorias, sendo necessário utilizar outro termo com a ideia central, sob a qual outras categorias possam ser agrupadas, Strauss e Corbin (2008) elaboraram critérios a serem aplicados na escolha de uma categoria central, os quais podem ser conferidos na Figura 6 abaixo.

Figura 6 - Critérios de escolha da Categoria Central sugeridos por Strauss e Corbin (2008).



Seguindo o rigor do método, visando assegurar validade e confiabilidade da pesquisa o presente documento utilizou os elementos para validação, o que quer dizer que os resultados apresentados foram averiguados de acordo com as situações e eventos típicos e atípicos, comparados e contrastados com os dados originais e foram utilizados múltiplas estratégias de coleta de dados qualitativos e quantitativos através de pesquisa documental, observação, entrevistas, diário de campo e memos, que foram trabalhados à luz da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) e do Interacionismo Simbólico.

### 3.2.2 Desenho da Pesquisa

Pesquisa de abordagem mista (quantitativa e qualitativa), que buscou compreender o significado de saúde para a pessoa idosa em processo de tratamento e sua interação com o meio os quais foram vivenciados, através de uma perspectiva social utilizando o Interacionismo Simbólico.

Considerando que o delineamento do desenho do estudo demandou da observação de situações do cotidiano, em tempo real e da descrição e análise subjetiva dos dados encontrados, foram adotados os cinco relevantes pilares para apoiar a escolha do desenho da pesquisa de Canzonieri (2010): a busca da compreensão e do significado do fenômeno; o participante de pesquisa como o objeto de estudo; o pesquisador que faz parte do processo; o método que trata exclusivamente de significados e não de medida; a validade que ocorre através da descrição precisa do fenômeno investigado e a generalização, que se torna possível a partir da construção do conhecimento.

Considerando a potencial complementação de dados qualitativos e quantitativos, que representam palavras e números, fundamentais na comunicação e na relação humana, que os achados qualitativos criam hipóteses a serem investigadas e que os dados quantitativos podem ser esclarecidos por meio de investigação mais aprofundada na subjetividade do sujeito (POLIT e BECK, 2011; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004), no desenho operacional do estudo seu deu a escolha por métodos mistos, justificada pela pretensão de utilizar uma combinação de dados qualitativos e quantitativos.

Embora iniciado como modelo integrado, em todas as etapas da pesquisa, desde a elaboração dos objetivos, coleta de dados até a interpretação de todos os resultados qualitativos e quantitativos, por conselho dos examinadores experts da banca de qualificação, em favor de maior profundidade dos dados, a análise operacional migrou para o modelo componente, em paralelo, selecionando dados de caracterização dos participantes e dos instrumentos padronizados aplicados. Os

demais dados e resultados quantitativos serão utilizados em publicações subsequentes.

Portanto, o foco na abordagem qualitativa buscou compreender o contexto no qual ocorreu o fenômeno, com a intenção de compreender e aprofundar tudo que se refere ao idoso em processo de tratamento, enquanto indivíduo membro de um grupo ou sociedade.

Foi avaliado se a saúde do idoso foi mediada e influenciada pela doença, pelo processo de tratamento e pelas experiências de atendimento vivenciadas por ele, e se houve influência na relação da pessoa com o meio, modificando os significados e símbolos vivenciados durante esse processo.

O recorte de informações objetiva tratou de descrever a caracterização sociodemográfica dos idosos, constituída através de consulta aos prontuários e uso de instrumentos padronizados para fazer a mensuração do estado de saúde física e mental dos idosos em processo de tratamento.

### 3.2.3 Coleta de dados

A coleta de dados qualitativos ocorreu de acordo com o agendamento das consultas ou da disponibilidade dos idosos. A principal técnica utilizada foi a entrevista semiestruturada, com parcial observação sistemática pelas técnicas de consulta documental, diário de campo e memos. Com uma perspectiva social, a investigação buscou compreender o fenômeno e a relação do meio onde ele ocorreu a partir dos depoimentos dos participantes. Os instrumentos utilizados para a coleta de dados são apresentados mais adiante.

O início da coleta de dados ocorreu após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/UFRJ. O tratamento e organização de dados foram procedidos através de uma planilha do software *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS®). A seguir foram conduzidos testes estatístico-descritivos simples (ex:

*crosstabs*) nos resultados dos diagnósticos clínicos e escores da avaliação da saúde física e mental dos idosos.

As entrevistas foram realizadas após teste piloto, norteadas por um roteiro com perguntas semiestruturado dividido em duas seções, a primeira composta de perguntas sobre os aspectos sócio-demográficos dos idosos, e a segunda composta de perguntas abertas referentes ao tema da pesquisa.

Todas as sessões de entrevista foram gravadas em MP3, que serão destruídas após cinco (05) anos de conclusão do doutorado. A interpretação dos resultados teve início mediante a transcrição das entrevistas logo após a sua gravação, com a posterior realização da análise do material pesquisado.

O processamento das entrevistas na fase de pré-análise seguiu as recomendações de Alberti (1990; 2004) nas etapas de transcrição, digitação, conferência de fidelidade, copidesque, revisão e leitura final.

Em cada uma das etapas, foram observadas medidas específicas, descritas a seguir: a transcrição, como primeira versão escrita dos depoimentos, serviu de base para as demais etapas do processo, na qual foi escrito tudo que foi gravado. Antes de começar a transcrição, um trecho do depoimento gravado no MP3 foi ouvido, para se acostumar com o ritmo da entrevista o que facilitou a transcrição de frases, opostos, pontuação e pausas.

As entrevistas foram identificadas com um cabeçalho, registrando o número da entrevista, seguido do cenário (A ou B), data e pseudônimo. Os idosos foram identificados com o termo *Idoso* seguido do número cardinal da entrevista conforme exemplo: *Idoso n.º1*.

O transcritor reproduziu tudo o que foi dito pelo entrevistado, sem fazer cortes ou acréscimos, porém o texto foi submetido a uma revisão (copidesque) na qual foram corrigidos termos inadequados à forma gramatical e ortográfica da língua e ajustes no texto às normas exigidas na pesquisa, para tornar o conteúdo mais

claro para leitor. Também foram excluídos trechos e palavras repetidas, tomando o cuidado para não alterar o sentido do depoimento. O copidesque foi realizado logo após a conferência de fidelidade e seguiu as recomendações de Alberti (1990; 2004).

A conferência de fidelidade da transcrição dos depoimentos consistiu em examinar se o que foi gravado é o que está escrito. Foi realizada a leitura da descrição e escutando o depoimento gravado, corrigindo no papel os erros, omissões e acréscimos indevidos feitos pelo transcritor. Esta etapa constituiu o primeiro momento de avaliação da fidedignidade do depoimento escrito e foi realizada pela própria pesquisadora após cada entrevista, utilizando alguns mecanismos de auxílio à conferência de fidelidade como: memos e registros de observações procedidas durante as entrevistas.

Antes das etapas acima descritas, todas as entrevistas foram formatadas, numeradas linha por linha conforme preconizado pelo método de análise utilizado, a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD).

A observação sistemática foi registrada em diário de campo (POLIT e HUNGLER, 2004), e mantida as anotações diárias de eventos, conversas, acontecimentos e ações observadas durante o desenvolvimento do estudo, assim como os memos, que posteriormente foram utilizados no processo de análise dados, conforme recomendado por Charmaz (2009). A análise temática foi orientada pela Teoria Fundamentada em dados (TFD) e embasada no Interacionismo Simbólico.

Na etapa final da pesquisa, a análise e discussão dos dados quantitativos foram trianguladas com os dados qualitativos das entrevistas, conduzidas junto aos idosos.

#### 3.2.4 Cenários do Estudo

Os cenários de pesquisa foram dois, um Ambulatório Escola e um Hospital público. O Ambulatório Escola da Faculdade Arthur Sá Earp Neto (Cenário A), conveniado ao Sistema Único de Saúde (SUS), fica situado no município de

Petrópolis, e é campo de estágio supervisionado para o internato dos cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição da referida faculdade. Presta atendimento a população petropolitana nas especialidades de clínica médica, clínica cirúrgica, ginecologia, pediatria, pré-natal, oftalmologia, otorrinolaringologia, dermatologia, pequenas cirurgia e nutrição.

Conta com consulta de enfermagem no programa da criança, saúde da mulher, pré-natal, hipertensão, diabetes e acolhimento DST/AIDS. São realizados exames e procedimentos de: eletrocardiograma, ecocardiografia, ultrassonografia, curativo e vacinação. Os exames, as consultas e os procedimentos são agendados previamente no primeiro dia útil de cada mês, podendo ser marcados in loco ou pelo telefone.

O Hospital Alcides Carneiro (Cenário B), é um hospital credenciado pelo Ministério da Educação como Hospital de Ensino desde 2005, também situado no município de Petrópolis na região Serrana do Estado do Rio de Janeiro. Trata-se de um Hospital Geral, público de médio porte, com 200 leitos, distribuídos entre clínica médica masculina e feminina, clínica cirúrgica mista, maternidade, pediatria, unidade de terapia intensiva adulta e neonatal. Possui emergência, ambulatório de especialidades, centro cirúrgico, serviços de Raios-X, eletrocardiograma, endoscopia, ultrassonografia e tomografia computadorizada.

É campo de estágio curricular para os alunos de graduação dos cursos de Enfermagem, Medicina e Nutrição da Faculdade Arthur Sá Earp Neto e Faculdade de Medicina de Petrópolis, são desenvolvidas atividades de atendimento à clientela em contexto de equipe multiprofissional.

### 3.2.5 Participantes

Os participantes foram indivíduos com idade igual ou maior de 60 anos, em processo de tratamento no serviço da clínica cirúrgica do ambulatório ou cenário A, e indivíduos internados na clínica cirúrgica do hospital cenário B por ocasião de coleta de dados, que preencheram os critérios de inclusão.

Os idosos no Ambulatório Escola (Cenário A) foram identificados através de levantamento do número de seu atendimento realizado no serviço de clínica cirúrgica. Os idosos no hospital foram identificados através de seus prontuários ao ficarem hospitalizados na clínica cirúrgica, e que preencheram os critérios de inclusão do estudo no período de coleta de dados.

### 3.2.6 Critérios de Inclusão e Exclusão dos Participantes

Os critérios para inclusão dos participantes de pesquisa foram: (i) idade igual ou maior de 60 anos; (ii) possuir prontuário no Ambulatório Escola (Cenário A); (iii) estar em acompanhamento na consulta de clínica cirúrgica e (iv) estar com a capacidade cognitiva preservada.

Para a terceira e quarta etapas foram: (i) indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos; (ii) estar internado na clínica cirúrgica (Cenário B) e (iii) estar com a capacidade cognitiva preservada. Os critérios adotados para exclusão dos sujeitos nas referidas etapas foram: (i) idosos que possuem diagnóstico de transtorno mental e (ii) Idosos que apresentaram escore menor de cinco (< 5) na Escala de avaliação mental de Kahn e Goldfarb (1960), versão em português (Da Silva, 2003) (ANEXO 1).

### 3.2.7 Aspectos Éticos

Em observância a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sobre Pesquisa com Seres Humanos o consentimento informado para participação do estudo foi lido, explicado verbalmente aos participantes e assinado em duas vias ficando uma com o participante da pesquisa e a outra com a pesquisadora.

Os participantes foram esclarecidos quanto aos riscos de constrangimento pela lembrança de momentos difíceis, que não haverá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras, sendo que o benefício estaria relacionado a ajudar no desenvolvimento do cuidado as pessoas idosas em processo de tratamento e

contribuir na produção de conhecimento científico para a área de saúde, da gerontologia e da enfermagem gerontológica.

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery – Hospital São Francisco de Assis (EEAN-HESFA), aprovado no protocolo nº 664.853, aprovado em 28 de maio de 2014, e seguiu as recomendações contidas na resolução vigente.

Os participantes foram esclarecidos antecipadamente sobre os objetivos do estudo, tornando-os cientes do sigilo a ser conferido às suas identidades e só foram entrevistados após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

### 3.2.8 Etapas da Coleta de Dados

É importante ressaltar que, a divisão em etapas tem caráter didático para apresentação do desenvolvimento da pesquisa, embora todas as etapas ocorreram de forma concomitante durante todo o período de realização da pesquisa. Ao reintegrar dados das escalas, retomamos o modelo integrado, agora em maior profundidade e menor amplitude, dentro de um processo explicativo sequencial didaticamente descrito por etapas, conforme podemos observar na Figura 7 ao longo da pesquisa foram realizadas duas etapas organizacionais de abordagem quantitativa predominante (1ª e 3ª) e duas etapas de abordagem mista (2ª e 4ª), nas quais foram produzidos dados mistos com predominância qualitativa.

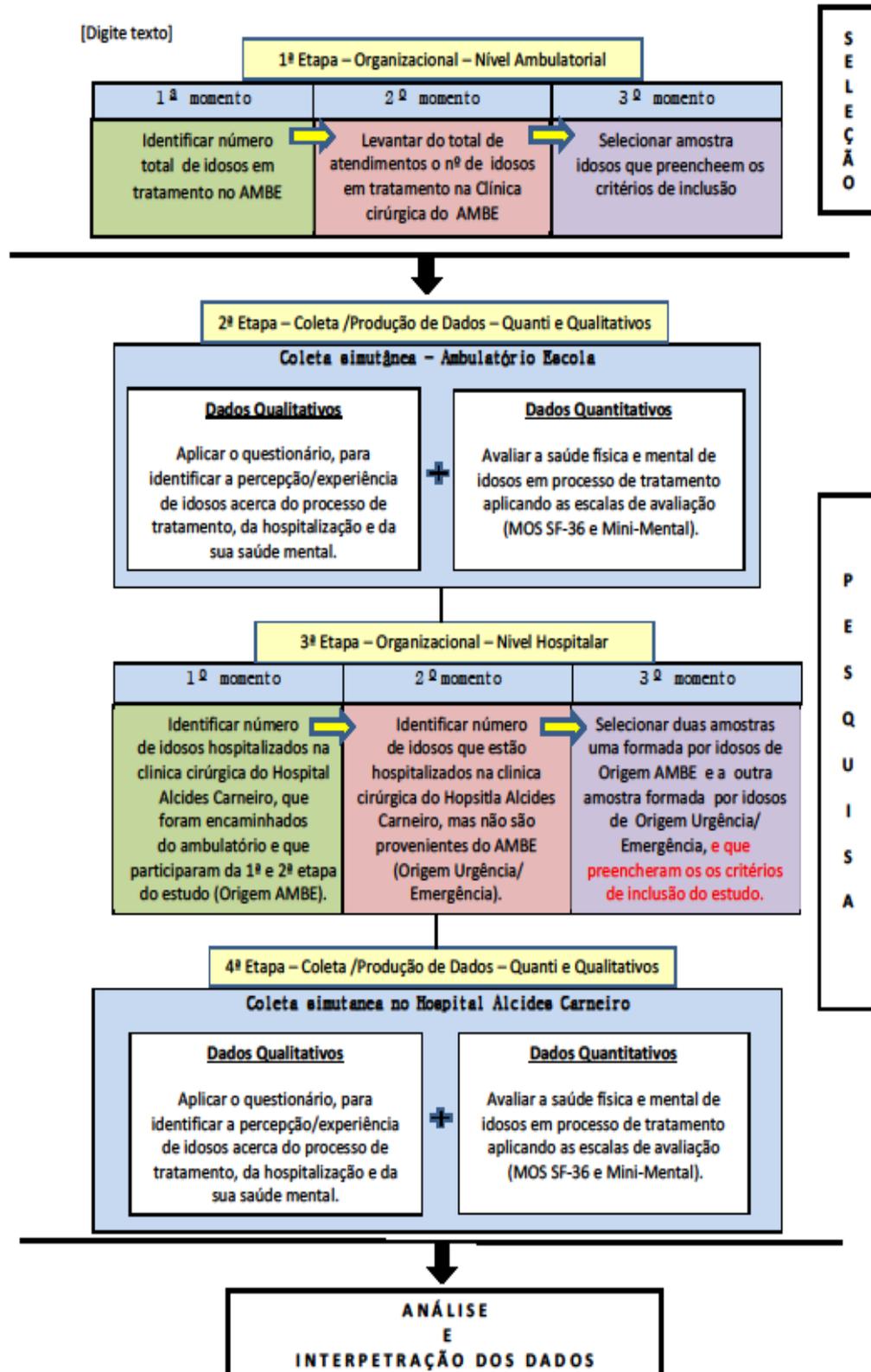
No período de junho de 2014 a julho de 2015. Foram realizadas onze visitas aos campos para coleta de dados no horário da manhã e da tarde, de acordo com o agendamento das consultas e/ou da disponibilidade dos idosos. As entrevistas foram norteadas por instrumento semiestruturado com duas seções. A primeira seção, com perguntas relacionadas à caracterização dos participantes, e a segunda seção com perguntas abertas relacionadas ao significado da saúde física e mental para a pessoa idosa e processo de tratamento.

Os depoimentos foram gravados em MP3, mediante a leitura, esclarecimentos e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Quando em cenário do ambulatório, foram realizadas em um consultório individualizado, dentro da própria unidade de atendimento, antes ou depois da consulta de rotina. Quando em cenário do hospital, foram realizadas no quarto do paciente, e foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado.

Com objetivo de identificar a capacidade cognitiva de resposta do idoso e de forma assegurar a confiabilidade das entrevistas, foi utilizada a Escala de Khan e Godfrb para avaliar a capacidade cognitiva dos idosos, sendo definido como ponto de corte o escore maior do que cinco (> 5).

A seguir os idosos aptos responderam ao questionário e as demais escalas de avaliação apresentadas e discutidas na seção anterior. O processamento das entrevistas na fase de pré-análise seguiu as recomendações de Alberti (1990; 2004) e foi dividido nas etapas de transcrição, conferência de fidelidade, copidesque, leitura final, digitação e revisão.

Figura 7 – Desenho da Pesquisa



A primeira etapa organizacional de coleta de dados da investigação conta com três momentos desenvolvidos no Ambulatório Escola (Cenário A). No primeiro momento foi levantado o número total de atendimento à população geral no período de janeiro a dezembro de 2013 e 2014, correspondendo a 89.705 consultas, contabilizando as consultas retornos de todas as faixas etárias e especialidades.

No segundo e no terceiro momentos, foi constatado que, do total de atendimentos realizados no Ambulatório Escola nos dois anos analisados, 8,93% (n=8005) dos atendimentos foram efetuados na clínica cirúrgica para população adulta com idade de 18 a 59 anos. E 26,55% (n=2125) dos atendimentos foram realizados junto a idosos, incluindo as consultas de retornos. Esses dados permitiram a estimativa da população a ser investigada, para fins de estudo de viabilidade e cálculo amostra.

A escolha da unidade de clínica cirúrgica para a coleta de dados ocorreu em função da necessidade de acompanhar a trajetória do tratamento dos idosos em atendimento no Ambulatório Escola uma vez que ao necessitar de algum procedimento ou tratamento cirúrgico eles eram encaminhados para o hospital de referência (Cenário B), permitindo o acompanhar a trajetória do tratamento percorrido de sua casa até o hospital.

Na segunda etapa da figura 7 teve início a produção de dados quantitativos no Ambulatório Escola (Cenário A). A terceira etapa, também de caráter organizacional quantitativa foi desenvolvida no hospital (Cenário B) em três momentos. Entretanto ocorreram desafios metodológicos, uma vez que não foi possível realizar o primeiro e o segundo momento desta etapa, nos moldes do ocorrido no Ambulatório Escola, pois no cenário em questão não havia um banco de dados eletrônico informando o número de internações relativas aos anos de 2013 e 2014 disponibilizados para consulta.

Diante do desafio, o terceiro momento desta etapa, foi desenvolvido manualmente, verificando nos prontuários a data de nascimento dos pacientes internados na clínica cirúrgica, com consumo de tempo maior do cronograma de

pesquisa. Assim os que eram idosos e preencheram os critérios de inclusão foram convidados a participar da pesquisa, definindo a amostra.

Na quarta etapa, teve início a produção de dados quanti-qualitativo no Hospital (Cenário B). Apesar de identificar um número significativo de indivíduos idosos internados na clínica cirúrgica que preencheram os critérios de inclusão, 12 idosos convidados a participar da pesquisa não aceitaram.

Os motivos declarados para não participar do estudo foram: estar em pós-operatório imediato ( $n= 4$ ), sentindo dor ( $n=3$ ), cansaço ( $n=2$ ), inseguros em participar sem anuência de um familiar ( $n=2$ ), e constrangimento para gravar a entrevista ( $n=1$ ). Esses desafios levaram a um quantitativo menor de participantes do âmbito hospitalar (Cenário B), em comparação ao Ambulatório Escola (Cenário A) e não permitiu a randomização dos dados quantitativos.

Para a coleta de dados nas diferentes etapas foram utilizados os mesmos instrumentos, sendo que a coleta dos dados demográficos e dos diagnósticos clínicos dos indivíduos idosos em processo de tratamento no âmbito ambulatorial e hospitalar foram coletados através da técnica de consulta documental a prontuários e documentos dos cenários A e B, e os dados referentes à avaliação da saúde através da aplicação das escalas padronizadas de avaliação junto aos idosos.

### 3.2.9 Tratamento e Análise de Dados

O estudo foi desenhado para a triangulação de dados quantitativos e qualitativos norteados pela Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). Destarte, para facilitar a compreensão, apresentamos os Quadros 6 e 7, ilustrativos dos tipos de dados coletados, as técnicas, o tratamento e a análise realizadas.

Quadro 6: Tipos de dados, técnicas, tratamento e a análise da abordagem quantitativa.

a) Tipos de dados coletados	Dados sociodemográficos e avaliação da saúde física e mental dos pacientes idosos em processo de tratamento nas clínicas cirúrgicas dos cenários em estudo (Ambulatório Escola e Hospital Alcides Carneiro).
b) Técnica	Foi precedida consulta documental aos prontuários, documentos dos cenários em estudo e aplicadas as escalas de avaliação.
c) Instrumentos	Planilha de Excel® para registro dos dados quantitativos e as Escalas de Avaliação: MOS SF-36 (WARE, et al, 1993), versão traduzida para o Brasil por Ciconelli, RM (1997); Escala de avaliação mental de Kahn e Goldfarb (1960), versão traduzida para o Brasil por Jaqueline Da Silva (2003); Escala de Depressão Geriátrica – EDG -30 (Yesavage et al., 1983) e Escala de Atividade de Vida Diária (Katz, et al., 1970).
c) Tratamento e análise	Os dados foram digitados e organizados em planilha do software <i>Statistical Package for Social Sciences</i> (SPSS), e apresentados de forma descritiva, posteriormente foram conduzidos os testes estatístico-descritivos simples (ex: <i>crosstabs</i> ) que estão apresentados em quadros. Após finalização de todas as etapas, foi realizada a triangulação dos dados quantitativos e qualitativos.

Quadro 7: Tipos de dados, técnicas, tratamento e a análise da abordagem qualitativa.

a) Tipos de dados coletados	Depoimento dos idosos.
b) Técnica	Entrevista, observação, diário de campo e memos.
c) Instrumentos	Roteiro de entrevista semiestruturada, dividido em duas etapas. A primeira relacionada sobre os aspectos sociodemográficos e a segunda com perguntas abertas relacionadas a temática do estudo.
c) Tratamento e análise	Após consentimento e agendamento da entrevista, os participantes foram entrevistados, seus depoimentos foram gravados em MP3. O processamento de dados da entrevista na fase de pré-análise seguiu as recomendações de Alberti (1990, p.101; 2004 p.236) conforme especificado na página 80 deste documento.

De acordo com Polit, Beck e Hungler (2004) as observações foram registradas no diário de campo contendo anotações diárias de eventos, conversas, acontecimentos e ações observadas no campo de estudo. De caráter observacional, o registro diário foi detalhado quanto possível e conteve lembretes sobre como observações subsequentes a ser conduzidas, novas perguntas a serem feitas ou incluídas e aspectos a serem revisitados tanto na coleta quanto no processamento, análise e discussão dos dados.

Nos memos, foram registradas as anotações da pesquisadora referentes ao estudo – são registros sucessivos que capturam os pensamentos, comparações e conexões, feitas com a finalidade de cristalizar questões e direções a tomar no processo de análise dos dados, desde o início de sua coleta (CHARMAZ, 2006).

### 3.2.10 Instrumentos

A escolha desses instrumentos foi levado em consideração a validade dos instrumentos no Brasil, a recomendação de uso e o tempo de aplicabilidade dos mesmos recomendado pela literatura.

Desta forma, a escolha da Escala de Katz et *al.*, (1970) (ANEXO 2) e a Escala de Depressão Geriátrica (EDG-3) (ANEXO 3), foram selecionadas, pois estes instrumentos atenderam aos requisitos supracitados e são amplamente aplicadas na população brasileira.

Enquanto a escolha da Escala de avaliação do estado Mental de Khan e Goldfarb (1960) foi selecionada pela fácil utilização deste instrumento junto à população idosa, em comparação com os demais citados na literatura, e também foi em consideração o baixo nível de escolaridade dos participantes, conforme apresentado na sessão da caracterização dos participantes.

Por último, mas não menos importante foi selecionado o Questionário Genérico Geral de Saúde – *The Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey* ou SF-36 (ANEXO 4), não só por atender todos os critérios de validação nacional, mas também por ser um instrumento que avalia diferentes aspectos do indivíduo-físico e mental, doente ou sadio - em diferentes faixas etárias atendendo aos objetivos propostos neste estudo.

Para mensurar o estado de saúde dos idosos foram aplicadas quatro escalas de avaliação padronizadas descritas na presente seção. A escala SF-36, versão traduzida para o Brasil por Ciconelli (1999) é uma escala de saúde curta, de fácil

aplicabilidade. O instrumento avalia oito aspectos relacionados à saúde física e mental do indivíduo, e pode ser aplicada na pessoa sadia ou doente.

Possui 36 questões separadas por domínios, a saber: Capacidade Funcional (CF), Aspectos Sociais (AS), Aspectos Emocionais (AE) Aspectos Físicos (AF), Vitalidade (VIT), Saúde Mental (SM), Dor e Estado Geral de Saúde (EGS). Esses domínios podem ser resumidos em dois componentes, sendo um relacionado às características físicas e outro relacionado às características mentais do indivíduo (WARE et al., 1993).

Esses aspectos denominados domínios, recebem uma pontuação que variam de 0 (zero) a 100 (cem), onde zero = pior e 100= melhor para cada domínio. Essa nota tem o nome de *raw scale* porque valor final não apresenta nenhuma unidade de medida. Para cada domínio foi realizado um cálculo gerando oito notas independentes que não poderão ser somadas posteriormente (CAMPOLINA, et al., 2011).

O emprego do SF-36 identificou as características físicas e mentais de pessoas idosas em processo de tratamento o que permitiu levantar aspectos positivos e negativos relacionado à saúde dessas pessoas, levando a uma compreensão da influencia desses aspectos sobre a vida da pessoa idosa.

A Escala de avaliação mental de Kahn e Goldfarb (1960), versão traduzida para o Português/Brasil (DA SILVA, 2003) (ANEXO 1), com propósito de identificar se os idosos apresentavam alterações na capacidade cognitiva durante o processo de tratamento, e serviu de ponto de corte para a etapa qualitativa do estudo referência para respaldar critérios de exclusão. Contribuiu decisivamente para avaliar se os participantes estavam em condições cognitivas preservadas para responder às perguntas.

A Escala de Depressão Geriátrica ou EDG -30 desenvolvida por Yesavage et al. (1983), (ANEXO 3) é uma escala amplamente utilizada para rastreamento de depressão, e possui medidas validas e confiáveis. Essa escala é de fácil aplicação,

composta por questões de simples entendimento. Reconhecido na literatura como método eficaz para rastreamento de depressão em idosos.

Os itens são respondidos com *sim* ou *não* e para cada item é pontuado zero quando a resposta for diferente da resposta padrão e *um* quando a resposta for igual ao da resposta padrão. A pontuação entre zero e quatro (0=4) é considerada normal, de cinco a dez pontos (5=10) indica sinais de depressão e a pontuação de onze ou mais (= ou >11) indica alerta para depressão grave (FERRARI e DALACORTE, 2007).

Como o objeto de estudo em questão, é a saúde e mental da pessoa idosa, fez-se necessário investigar se os idosos em processo de tratamento apresentavam risco para depressão durante o tratamento e se esses sintomas influenciaram a demanda de cuidado de enfermagem em saúde mental no ambulatório ou no hospital.

O instrumento Index de Independência nas Atividades de Vida Diária (AVD) desenvolvido por Sidney Katz et al. (1970) (ANEXO 2), foi utilizado neste estudo para avaliar o grau de autonomia da pessoa idosa durante o processo de tratamento.

Segundo Freitas et al. (2012) e Duarte et al. (2005), este é um dos instrumentos mais clássicos e citados na literatura gerontológica nacional e internacional e tem sido usado para avaliar a capacidade funcional dos indivíduos, idosos ou não, para desempenhar atividades consideradas básicas e biopsicossocialmente integradas, como banhar-se, vestir-se, usar o banheiro, fazer transferência, manter continência e alimentar-se, conhecidas também como Atividades Básicas de Vida Diária (AVDs)

Quadro 8- Recorte I do depoimento do Idoso nº 2 – Cenário Ambulatório Escola

CODIGOS INICIAIS	CONCEITOS	ENTREVISTAS = DADOS ORIGINAIS C/CÓDIGOS LIVRES
1. Saúde= fazer o que quer	Saúde física é poder fazer o que quer.	Pesquisador: O que significa para a senhora ter saúde física?
2. Estar com boa saúde física	É ter independência	1. Idoso nº 2: <i>está animada para fazer as coisas, querer fazer tudo, querer arrumar, querer isso, querer aquilo, tá sentindo saúde, tá comendo bem.</i>
3. Não sentir dor	Experiência do processo de Estar com boa saúde física	Pesquisador: o que significa para a senhora ter saúde mental?
4. Saúde mental = estar alegre	Se sente "normal" por não estar sentindo dor	2. Idoso nº 2: <i>é aquele que tá desanimado da vida, não quer comer nada, não quer sair de casa.</i>
5. Ter depressão	Refere que tem problemas na saúde física	Pesquisador: Como a senhora avalia a sua saúde mental?
6. Experiências vivenciadas internação por causa da depressão	Cita os problemas de saúde que teve quando era mais nova e os problemas de saúde física atual	3. Idoso nº 2: <i>Ah! depois que eu comecei a tratar aqui né, estou me sentindo até muito bem, graças a Deus. Eu estava bem pra baixo.</i>
7. Percepção ruim descontentamento por causa da doença	Significado e saúde mental.	Pesquisador: E como está a saúde física?
8. Experiência vivenciada = melhora da saúde	Explicando como a pessoa se sente quando tem problemas de saúde mental	4. Idoso nº 2: <i>to me sentindo muito bem</i>
9. Está envelhecendo	Relata que após início do tratamento tem se sentindo bem com melhora da saúde mental.	Pesquisador: Como assim se sentindo bem? Explique melhor, por favor.
10. Fazendo tratamento	Aponta que teve depressão e relata melhora	5. Idoso nº 2: <i>hoje me sinto alegre, tenho vontade de ver as coisas... sem dor, sabe? Essas coisas do dia a dia... rrsrrsrs, normal.</i>
11. Processo de hospitalização	Lembrança de internação no passado	Pesquisador: A senhora tem algum problema de saúde?
12. Experiência= processo de tratamento c/ a hospitalização/ internação	Falando do processo de tratamento e do descontentamento na ocasião	6. Idoso nº 2: <i>já... tive e tenho ainda</i>
13. Experiência = relacionada a trajetória do tratamento	Relatando do tratamento recebido e que teve melhora	Pesquisador: Quais?
14. Experiência vivenciada = sensação ruim	Segue explicando o que sente hoje, não é pelo problema anterior [...]	7. Idoso nº 2: <i>tive mancha no pulmão, tive 6 meses numa cama, mais era novinha ainda, tinha 18 anos quando fiquei "entrevada" numa cadeira de Rodas, e fiquei 6 meses sem poder mexer os ossos nem sair da cadeira [...]</i>
15. Trajetória do processo de tratamento relacionado a realização de exames		
16. Experiência vivenciada = sentimento		
17. Demora= ansiedade		
18. Experiência vivenciada processo de tratamento /demora [...]		

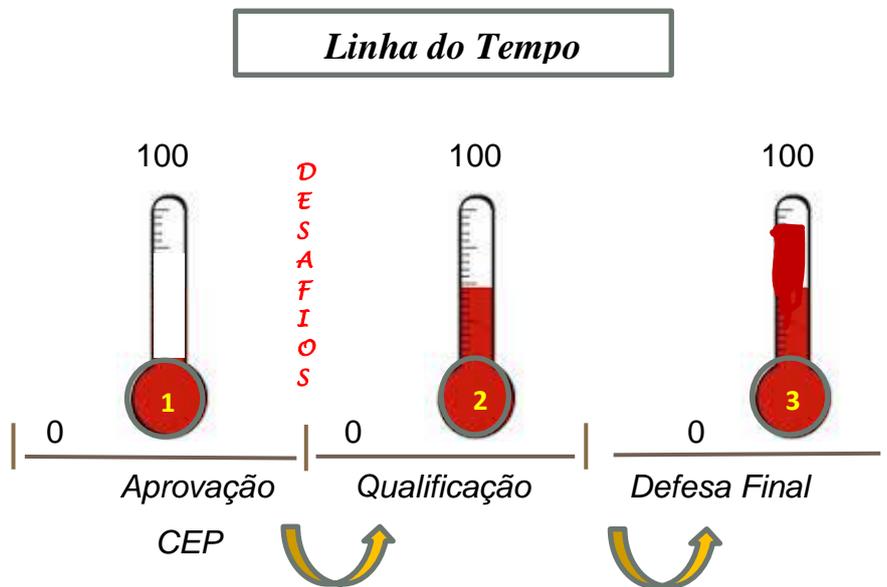
Quadro 9- Recorte II do depoimento do Idoso nº 2 – Cenário Ambulatório Escola

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	CODIGOS INICIAIS
<p><u>Categoria I - Significados.</u></p> <p>Subcategorias:</p> <p>(i) <i>Significado de saúde física</i></p> <p>(ii) <i>Significado de saúde mental;</i></p> <p>(iii) <i>Problemas de saúde física e mental;</i></p> <p>(iv) <i>Família,</i></p> <p>(v) <i>Religiosidade. e</i></p> <p>(vi) <i>Violência contra o idoso.</i></p>	<p>1. <u>SIGNIFICADO DE SAÚDE FÍSICA.</u> Saúde é estar bem (E1 L.4); (E5 L.4); (E6 L.29);(E14 L.4); Melhor coisa que se pode ter (E6 L.8) Saúde é tudo (E3 L. 3); (E5 L.5) É poder fazer as coisas (E2 L.4 e 5); (E7 L.10); (E17 L.22-3 ) [...]</p> <p>2. <u>SIGNIFICADO DE SAÚDE MENTAL</u> Estar alegre (E2 L. 16); Estar bem com a gente mesmo (E7 L.12) [...] Estar bem mentalmente (E1 L.8); (E7 L.28; L.30); (E8 L.10); (E9 L.29 – 30) Não esquecer as coisas (E1 L.10); (E5 L.9-10; L.15); (E6 L.30-32) [...]</p> <p>3. <u>PROBLEMAS DE SAÚDE FÍSICA E MENTAL</u> Problemas de saúde física (E1 L.17); (E1 L.36) (E2 L.21;29;31); (E3 L.23); (E3 L.74); (E4 L.11);(E4 L.52);(E4 L.66; L.74); (E5 L.23 [...])</p> <p>4. <u>FAMÍLIA</u> Família (E4 L.81-4; 92-4); (E4 L.135); (E6 L.107-113); (E9 L.66 – 70); (E9 L.91 -92) [...]</p> <p>5. <u>RELIGIOSIDADE</u> (E8 L. 22-24; L.50-54);(E9 L. 55-58); (E15 L.72-76); (E26 L.32-35).[...]</p> <p>6. <u>VIOLÊNCIA CONTRA O IDOSO</u> Violência doméstica (E9 L.49 – 53)</p>	<p>Saúde= fazer o que quer</p> <p>Estar com boa saúde física</p> <p>Não sentir dor</p> <p>Saúde mental = estar alegre</p> <p>Ter depressão</p> <p>Experiências vivenciadas internação por causa da depressão</p> <p>Percepção ruim descontentamento por causa da doença</p> <p>Experiência vivenciada = melhora da saúde</p> <p>Está envelhecendo</p> <p>Fazendo tratamento</p> <p>Processo de hospitalização</p> <p>Experiência= processo de tratamento c/ a hospitalização/ internação</p> <p>Experiência = relacionada a trajetória do tratamento</p> <p>Experiência vivenciada = sensação ruim</p>
<p><u>Categoria II – Experiências</u></p> <p>Subcategorias:</p> <p>(vii) <i>Sentimentos / sensações e interferências causadas pela doença</i></p> <p>(viii) <i>Reconhecimento do envelhecimento biológico.</i></p>	<p>7. <u>SENTIMENTOS/ENSAÇÕES E INTERFERÊNCIAS CAUSADAS PELA DOENÇA.</u> Sentimento de culpa (E4 L. 146-152); (E14 L.144);(E15 L.57-8) [...] Tristeza (E14 L.155-58) Parou de trabalhar (E1 L.22); [...]</p> <p>8. <u>RECONHECIMENTO DO ENVELHECIMENTO BIOLÓGICO</u> Faz parte do desenvolvimento (10 L5-6) [...] Ficando velha (E4L.30) [...]</p>	<p>Trajетória do processo de tratamento relacionado a realização de exames</p> <p>Experiência vivenciada = sentimento</p> <p>Demora= ansiedade</p> <p>Experiência vivenciada: processo de tratamento/demora [...]</p>
<p><u>Categoria III – Trajetória.</u></p> <p><u>Subcategoria:</u></p> <p>(ix) <i>Caminhos percorridos – dificuldades, facilidades, avaliações e sugestões.</i></p>	<p>9. <u>CAMINHOS PERCORRIDOS – DIFICULDADES, FACILIDADES, AVALIAÇÕES E SUGESTÕES.</u> Posto de saúde (E14 L.104); (E17 L.172) [...] Início do tratamento (E2 L.90); (E3 L.35); (E6 L.86-8) [...] Irmão fazia tratamento (E21 L.57-62) Demora p/ realizar exames (E1 L.71); (E6 L.96-8); (E7 L.45-47); (E8 L.81 – 83); [...]</p>	

## CAPÍTULO IV – RESULTADOS: DESCRIÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO.

A partir da próxima seção, apresentamos análise dos dados quantitativos e qualitativos obtidos na pesquisa. Com o intuito de clarear os momentos de coleta de dados desenvolvidos ao longo da pesquisa, foi elaborada uma linha do tempo onde os termômetros representam esquematicamente os três momentos do desenvolvimento da pesquisa.

Figura 8 – Linha do Tempo da Pesquisa



(Fonte: HANSEL, 2015 elaborado para pesquisa em tela)

Na Figura 8, no bulbo de cada termômetro está identificado o momento (um, dois e três) e no corpo a representação dos dados coletados. Observamos que no primeiro momento a coluna está em branco, entendendo que nesta fase não havia dados coletados, etapa de aprovação do projeto pelo comitê de ética. No segundo momento percebemos que há um preenchimento parcial da coluna, representando os dados qualitativos e quantitativos coletados desde aprovação do projeto até o momento da qualificação, que ocorreu no mês de setembro de 2014. No terceiro momento, a coluna do termômetro está praticamente preenchida representando o total de dados coletados desde aprovação do projeto até a defesa final.

O corpo do termômetro não está totalmente preenchido, isso porque, nem todos os idosos selecionados, participaram, devido aos desafios encontrados ao longo da pesquisa, como por exemplo, o declinar em participar do estudo, idosos em pós-operatório imediato no momento da coleta de dados, e o significativo número de faltas à consulta ambulatorial.

#### 4.1 Seção Quantitativa

Nesta seção serão descritos os dados referentes à primeira etapa do desenho da pesquisa, na qual teve o propósito apontar o número total de atendimento de no Ambulatório Escola (cenário A).

##### 4.1.1 Levantamento do número de atendimento nos cenários do estudo

No primeiro momento foi levantado o número total de atendimentos à população geral no ambulatório no período de janeiro a dezembro dos anos de 2013 e 2014. Correspondendo a 89.705 consultas, incluindo os retornos de todas as faixas etárias e especialidades.

No segundo e no terceiro momento, foi constatado que, do total de atendimentos realizados no ambulatório nos períodos 2013-2014, 11,29% (n=10.130) foram efetuados na clínica cirúrgica para população adulta com idade igual ou maior de 18 anos. Deste total, 79,02% (n=8005) foram atendimentos realizados em adultos com faixa etária de 18 a 59 anos e 20,98% (n=2125) realizados em idosos, incluindo os retornos.

Esses dados permitiram a identificação da população a ser investigada, e nos levaram a amostra do estudo conforme disposto no quadro abaixo:

Quadro 10- atendimentos à população geral em todas as clínicas e no Serviço de Clínica Cirúrgica do Ambulatório Escola, Petrópolis-RJ, nos anos de 2013 e 2014.

ATENDIMENTOS NO AMBULATÓRIO ESCOLA (CENÁRIO A)				
ANO	POPULAÇÃO GERAL EM TODAS AS CLÍNICAS		POPULAÇÃO GERAL NA CLÍNICA CIRÚRGICA	
	F	%	F	%
2013	39.695	100	4.451	11,21
2014	50.010	100	5.679	11,35
TOTAL	89.705	100	10.130	11,29

(Fonte: Banco de dados do Ambulatório Escola da FMP/FASE, Petrópolis, RJ, 2015).

Quadro 11- atendimentos a população de 18 a 59 anos e idosos no Serviço de Clínica Cirúrgica no Ambulatório Escola, Petrópolis-RJ nos anos de 2013 e 2014.

ATENDIMENTOS NO AMBULATÓRIO ESCOLA (CENÁRIO A)						
ANO	CLÍNICA CIRÚRGICA TOTAL		CLÍNICA CIRÚRGICA 18 A 59 ANOS		CLÍNICA CIRÚRGICA 60 + ANOS	
	F	%	F	%	F	%
2013	4.451	100	3481	78,20	970	21,80
2014	5.679	100	4.524	79,67	1.155	20,33
TOTAL	10.130	100	8005	79,02	2.125	20,98

(Fonte: Banco de dados do Ambulatório Escola da FMP/FASE, Petrópolis, RJ, 2015).

De acordo com a disposição dos dados no quadro 10, evidenciamos que no período analisado houve aumento de 11,49% na demanda de consultas para a população geral em todas as clínicas oferecidas no Ambulatório Escola. E aumento de 0,14% no número de consultas no serviço de clínica cirúrgica, inclusive para os idosos.

Quando analisamos o número de atendimentos direcionados para a população idosa no Serviço de Clínica Cirúrgica, identificamos que houve aumento número de consultas para esta faixa etária, representando 185 consultas a mais em 2014, em comparação com o ano de 2013. Um crescimento em termos percentuais significativo em comparação ao percentual da demanda observado no mesmo período para todas as idades e serviços do Ambulatório Escola.

O mesmo levantamento, não foi realizado no hospital (cenário B), devido os dados acerca das internações não estarem disponíveis em um banco de dados on line. Na tentativa de conseguir essas informações, foi feita uma busca no Sistema de Informação hospitalar do sistema Único de Saúde (SIH/SUS), porém os dados disponibilizados não permitiu uma análise da unidade hospitalar por especialidade e faixa etária.

#### 4.1.2 Caracterização dos participantes

Foram entrevistados 23 idosos em processo de tratamento à sua saúde, sendo dezessete no cenário A e seis no cenário B. Para facilitar a compreensão dos resultados, os dados quantitativos relacionados aos aspectos sociodemográficos estão sintetizados na tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização dos idosos entrevistados

Variáveis	FI	FI%
<b>Sexo</b>		
Feminino	15	65,22%
Masculino	08	34,78%
<b>Idade</b>		
60-69	05	21,74%
70-79	13	56,52%
>80	05	21,74%
<b>Situação/conjugal</b>		
Divorciado	06	26,08%
Casado	05	21,74%
Viúvo	07	30,44%
União estável	03	13,04%
Separado	01	4,35%
Solteiro	01	4,35%
<b>Nível de escolaridade</b>		
Alfabetização funcional	05	21,74%
Ensino médio incompleto	14	60,87%
Ensino médio completo	04	17,39%
<b>Tipo de benefício</b>		
Aposentadoria	17	73,92%
Pensão	04	17,38%
Nenhum	02	8,70%
<b>Reside com</b>		
Irmãos	05	21,74%
Cônjuge	08	34,78%
Sozinho	09	39,13%
Filhos	01	4,35%
Total/Amostra	23	100,00%

Na Tabela 1, verificamos que desse total 65,22% (n=15) são do sexo feminino, 56,52% (n=13) estão na faixa etária de 70 a 79 anos de idade, 30,44% (n=7) são viúvos. A distribuição do nível de escolaridade corresponde 21,74% (n=5) de alfabetizados, 78,26% (n=18) alcançaram o ensino médio, sendo que destes 60,87% (n=14) não concluíram o curso e apenas 17,39% (n=4) conseguiram concluir o terceiro ano, houve uma predominância do ensino fundamental. Essa realidade encontrada pode ser explicada por que o acesso à escola na época vivida pelos idosos em questão era restrito, e na maioria das vezes, quando tinham acesso a educação, grande parte da população não conseguia concluir a escolaridade, por diversos motivos que não foram aprofundados nesta pesquisa.

Os resultados desta pesquisa foram semelhantes à problemática apontada por Melo et al. (2014), que analisou as condições de vida de 19.882 idosos no Brasil a partir da renda e do nível de escolaridade, e constatou que o grau de escolaridade dos idosos nas diferentes regiões do país é baixo em ambos os sexos, identificou que o maior nível de escolaridade encontrado foi o nível fundamental.

Quanto aos recursos financeiros, a maioria dos idosos (n=21) possui algum tipo de benefício, sendo 73,92% (n=17) aposentadoria, 17,38% (n=4) pensão e 8,70% (n=2) não possuem nenhum tipo de renda própria alguma.

Dos 23 idosos participantes, seis declararam serem divorciados, sete viúvos, dois separados/solteiros e oito com união estável ou casados. Dentre esses idosos, nove (39,13%) informaram residir sozinhos e 14 com outras pessoas, distribuídos em 21,74% (n=5) com irmãos, 34,78% (n=8) com cônjuges, 4,35% (n=1) com filhos.

A justificativa para o elevado percentual de idosos que reside sozinho, pode está apoiado neste grupo, pela predominância de viúvos encontrados na amostra estudada e também, pelo grau de independência identificado na escala de avaliação de atividade de vida diária (AVD) a ser discutida na próxima seção.

Para melhor compreensão dos resultados encontrados, o Quadro 12 apresenta síntese das variáveis clínicas de saúde física e mental coletadas através

de instrumentos padronizados Escala de Atividade de Vida Diária de Katz et *al.*, (1970); Escala de Avaliação do Estado Mental de Kahn & Goldfarb (1960) (versão traduzida para o português do Brasil por Da Silva (2003); Escala de Depressão Geriátrica EDG-30 (YESAVAGE et *al.*, 1983) e Questionário Genérico Estado Geral de Saúde (SF-36) (versão traduzida para o português do Brasil por Coconelli, 1997).

Quadro 12: Síntese dos resultados em instrumentos padronizados

Participantes	Escala de Atividade de Vida Diária (Katz et al., 1970).		Escala de Avaliação do Estado Mental (Kahn & Godfarb, 1960), (Versão traduzida para o português do Brasil Da Silva, 2003).		Escala de Depressão Geriátrica EDG-30 (Yesavage, et al., 1983)		Questionário Genérico Estado Geral de Saúde (SF-36) (Versão traduzida e validada para o Brasil por Coconelli, 1997)									
	Escore Máximo	Escore Encontrados	Escore Máximo	Escore Encontrados	Escore Máximo	Escore Encontrados	Escore Máximo	Escore Encontrados								
								CP	LAP	D	EGS	V	AS	AE	SM	
Idoso nº 01	06	06	00-02	00	0-4	10	0-100	15	50	60	75	100	100	00	88	
Idoso nº 02	06	06	00-02	05	0-4	14	0-100	15	25	52	62	80	25	66,6	96	
Idoso nº 03	06	06	00-02	00	0-4	18	0-100	15	00	20	67	80	37,5	00	68	
Idoso nº 04	06	06	00-02	00	0-4	05	0-100	80	100	100	77	50	100	100	40	
Idoso nº 05	06	06	00-02	01	0-4	14	0-100	50	75	84	62	85	100	33,3	80	
Idoso nº 06	06	06	00-02	01	0-4	17	0-100	00	00	31	40	45	62,5	00	72	
Idoso nº 07	06	06	00-02	00	0-4	09	0-100	25	25	52	57	70	87,5	66,6	88	
Idoso nº 08	06	06	00-02	00	0-4	13	0-100	70	100	100	32	60	37,5	00	72	
Idoso nº 09	06	06	00-02	04	0-4	08	0-100	100	100	100	90	100	100	100	100	
Idoso nº 10	06	06	00-02	00	0-4	12	0-100	70	00	74	72	80	100	33,3	48	
Idoso nº 14	06	06	00-02	00	0-4	07	0-100	15	00	20	47	55	50	00	52	
Idoso nº 15	06	06	00-02	01	0-4	07	0-100	15	00	72	67	90	75	00	80	
Idoso nº 16	06	06	00-02	03	0-4	06	0-100	30	00	62	62	95	100	33,3	72	
Idoso nº 17	06	06	00-02	00	0-4	08	0-100	25	00	00	40	70	50	00	96	
Idoso nº 18	06	06	00-02	00	0-4	08	0-100	50	00	41	50	40	50	00	52	
Idoso nº 19	06	06	00-02	00	0-4	13	0-100	65	00	74	72	65	100	33,3	68	
Idoso nº 20	06	06	00-02	01	0-4	05	0-100	45	75	100	72	65	50	100	84	
Idoso nº 21	06	06	00-02	01	0-4	13	0-100	70	00	51	52	50	50	00	48	
Idoso nº 22	06	06	00-02	00	0-4	08	0-100	15	25	42	45	55	12,5	00	52	
Idoso nº 23	06	06	00-02	02	0-4	13	0-100	15	00	74	52	50	62,5	00	56	
Idoso nº 24	06	06	00-02	00	0-4	07	0-100	40	00	74	72	60	75	33,3	76	
Idoso nº 25	06	06	00-02	00	0-4	12	0-100	55	50	84	60	55	100	100	84	
Idoso nº 26	06	06	00-02	04	0-4	14	0-100	25	25	40	45	60	87,5	100	92	

OBS: As entrevistas 11, 12,13 não entraram na amostra analisada, entretanto a ordem das entrevistas foi mantida no Quadro 12.

Legenda SF-36: CP = Capacidade Funcional; LAF= Limitação por aspectos físicos; D = Dor; EGS= Estado Geral de Saúde; V= Vitalidade; AS= Aspectos Sociais; AE= Aspectos Emocionais e SM= Saúde Mental.

#### 4.1.3 Escala de Atividades de Vida Diária (Katz et al., 1970)

Utilizado para avaliar a capacidade funcional dos idosos em desempenhar Atividades Básicas de Vida Diária (AVDs) como banhar-se, vestir-se, usar o banheiro, fazer transferência, manter continência e alimentar-se. Foi utilizada nesta pesquisa para avaliar o grau de dependência da pessoa idosa durante o processo de tratamento no Ambulatório Escola (Cenário A) e no hospital (Cenário B).

Segundo Katz et al. (1970), os seis itens que compõem esta escala foram respondidos com *sim* ou *não*, onde para cada resposta “sim” foi marcado um ponto. O somatório dos pontos definiu a pessoa como independente com seis pontos (06 pontos), com déficit moderado com quatro pontos (04 pontos) e déficit severo com dois pontos (02 pontos).

Na análise dos dados do instrumento, 100% dos participantes eram independentes para realizar suas atividades de vida diária. É importante ressaltar que esse percentual de independência encontrado foi maior do que encontramos na literatura, mas pode estar justificado porque a maioria dos participantes foi entrevistada no âmbito ambulatorial, onde normalmente nos deparamos com pessoas idosas autônomas e independentes para realizar as atividades de vida diária.

Portanto, os resultados referentes a autonomia funcional nesse estudo, corroboram os resultados encontrados no estudo multicêntrico realizado por Ramos et al. (2013), que entrevistou 5.359 idosos de quatro cidades brasileiras: São Paulo, SP, Rio de Janeiro, RJ, Bambuí, MG, e Fortaleza, CE, em 2008, onde foi identificado que a maioria dos idosos residindo na comunidade é independente, e não requer ajuda no dia-a-dia para realizar as atividades de vida diária. Entretanto têm mais dificuldades para realizar as atividades instrumentais de vida diária (AIVD), que não foram investigadas no presente estudo.

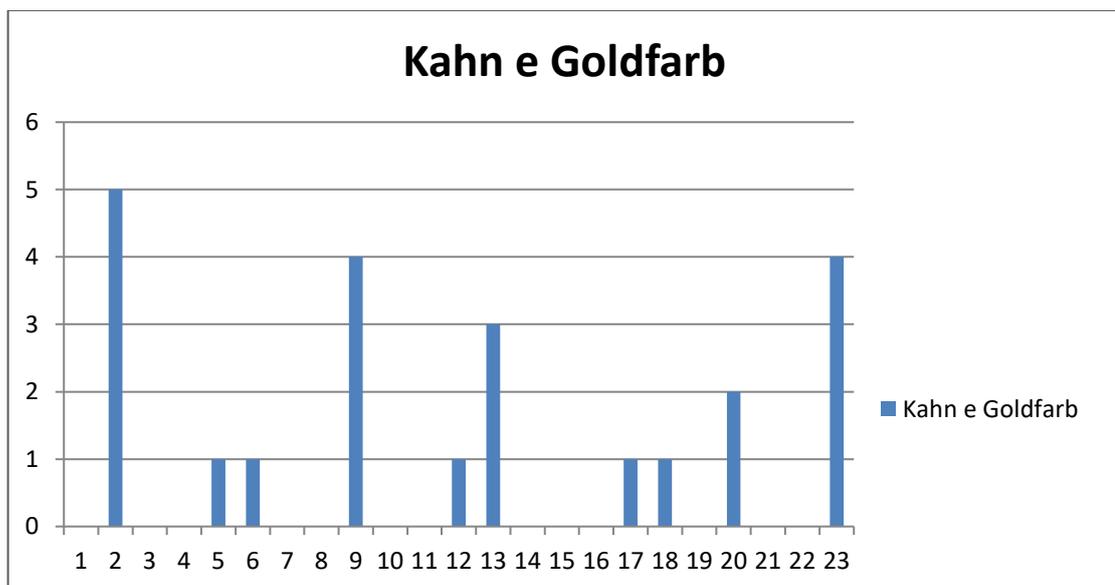
#### 4.1.4 Escala de Avaliação do Estado Mental de Khan & Goldfarb (1960), versão traduzida para o português do Brasil (DA SILVA, 2003).

Instrumento utilizado para verificar a presença de síndrome cerebral nos participantes da pesquisa, serviu como *screening* para a seção qualitativa e foi aplicado antes dos idosos serem entrevistados.

Os resultados apontaram que dos vinte três idosos que responderam ao questionário do Estado Mental de Kahn e Goldfarb (1960), a maioria não apresentou alteração alguma na capacidade cognitiva. Verificou-se que 82,61% (n=19) dos participantes apresentaram escore de 00-02 que significa nenhuma ou mínima severidade da síndrome cerebral, e que 17,39% (n=4) apresentaram escore de 03-05 que sugerindo moderada severidade cerebral.

No entanto, os escores mais altos encontrados em 17,39% (n=4) dos idosos não resultaram em sua exclusão das etapas subsequentes da pesquisa, pois o ponto de corte recomendado na literatura para exclusão do participante por declínio cognitivo é escore maior do que cinco (> 5).

Gráfico 1: Escore do Questionário do Estado Mental de Kahn e Goldfarb (1960) - aplicado aos idosos selecionados. Petrópolis, 2014



Estudo conduzido por Brito, Costa e Pavarini (2012), realizado com idosos, em Unidades Básicas de Saúde, junto a idosos, com índice Paulista de vulnerabilidade social baixa ou muito baixa, utilizando o instrumento Mini Exame do Estado Mental, mostrou que todos os participantes do estudo (n=38) apresentaram resultado abaixo da nota de corte. Sendo que, a maior parte desses idosos (55,3%) apresentou resultado de 1 a 3 pontos abaixo da nota de corte, ou seja, baixo grau de declínio cognitivo.

Os achados do presente estudo corroboram Ramos et al., (2012) e apontam a necessidade de avaliar periodicamente a capacidade cognitiva de pessoas com 60 e mais anos, para rastrear, prevenir ou retardar a perda cognitiva na população idosa.

#### 4.1.5 Escala de Depressão Geriátrica (EDG -30)

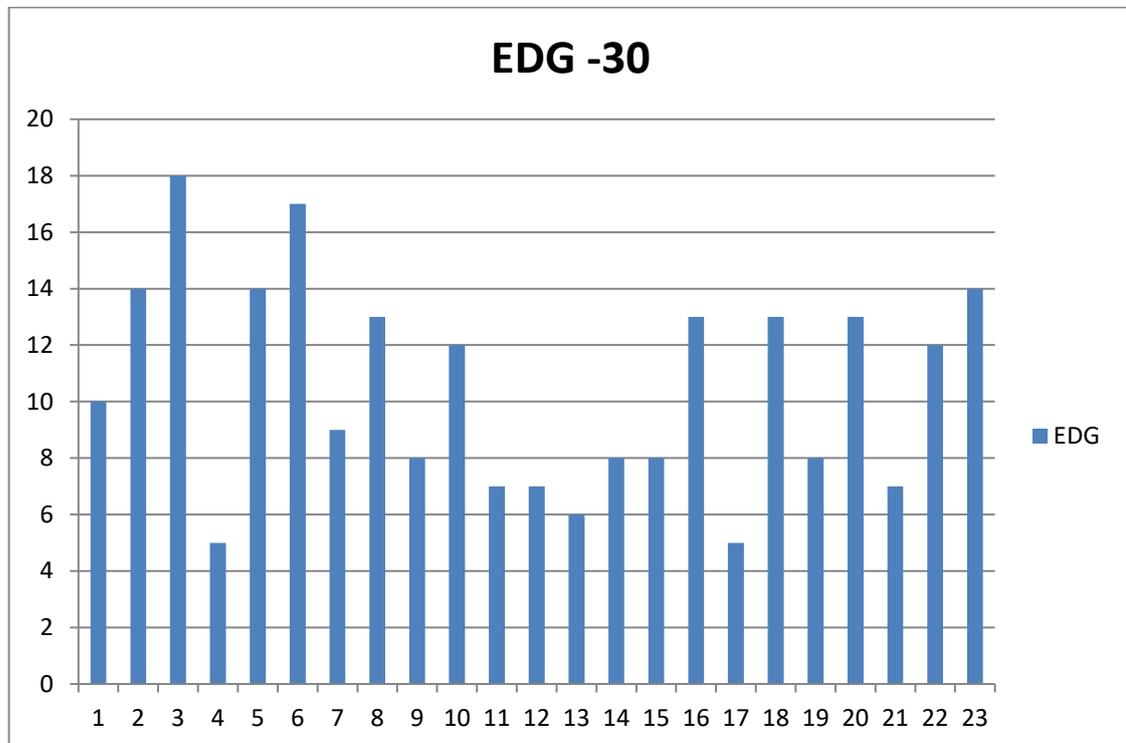
Aplicação da EDG-30 teve a finalidade de verificar se os idosos em processo de tratamento apresentavam risco de exposição para depressão. Dos 23 idosos entrevistados, 91,30% (n= 21) obteve resultados acima do ponto de corte cinco (05), significando que a maioria dos participantes estão expostos a depressão.

O Gráfico 2 mostra a distribuição dos escores com variação de 5 a 18 pontos, indicando que todos os entrevistados apresentaram propensão para depressão. Quando analisamos a pontuação de cada idoso individualmente, observamos que 47,83% (n=11) obtiveram de 12 a 18 pontos, apontando demanda de alerta para depressão severa e 52,17% (n=12) de 5 a 10 pontos, já indicando sinais de depressão.

O transtorno de saúde mental do tipo depressão apresenta aumento significativo no mundo. Inclusive no Brasil, corroborado pelos resultados encontrados neste estudo que estão alinhados aos dados do IBGE (2010). Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, IBGE, 2010) a depressão atinge 9,2% dos idosos brasileiros configurando um problema de Saúde Pública.

Aponta, portanto, que a depressão deve ser foco de investigação e intervenção para além dos cenários em estudo.

Gráfico 2 - Pontuação da Escala de Depressão Geriátrica (EDG-30) - aplicada aos idosos entrevistados. Petrópolis, 2014.



Estudo conduzido por Oliveira et al., (2012) envolvendo 240 idosos residentes em João Pessoa (PB), verificou que 75,8% não apresentaram qualquer grau de sintomatologia de depressão e 24,2% manifestaram depressão leve ou severa. Estes percentuais estão diferentes dos encontrados no estudo em tela. Entretanto, a diferença significativa no número de participantes entre os estudos aponta para a necessidade de ampliar a investigação em número de cenários e participantes no município.

#### 4.1.6 Questionário Genérico Estado Geral de Saúde - SF 36

Na avaliação do estado geral de saúde dos participantes, com o agrupamento dos escores obtidos nos aspectos físicos, foi possível constatar que os piores resultados apareceram nos domínios da capacidade funcional e de limitação por aspectos físicos, conforme apresentados no Quadro 13.

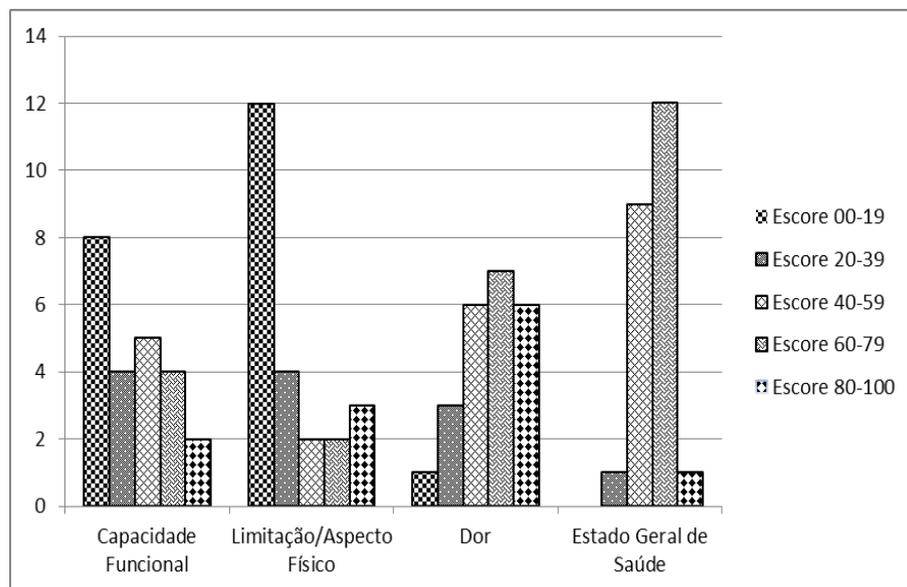
Quadro 13: Escore da Escala SF-36 dos aspectos físicos agrupados - aplicada aos idosos entrevistados. Petrópolis, 2014.

Nº ordem	DOMÍNIOS								
	Idoso	Capacidade Funcional (CF)	Limitação / Aspectos Físicos (LAF)	Dor (D)	Estado Geral de Saúde (EGS)	Vitalidade (V)	Aspectos Sociais (AS)	Aspectos Emocionais (AE)	Saúde Mental (SM)
1	Nº 01	15	50	60	75	100	100	00	88
2	Nº 02	15	25	52	62	80	25	66,6	96
3	Nº 03	15	00	20	67	80	37,5	00	68
4	Nº 04	80	100	100	77	50	100	100	40
5	Nº 05	50	75	84	62	85	100	33,3	80
6	Nº 06	00	00	31	40	45	62,5	00	72
7	Nº 07	25	25	52	57	70	87,5	66,6	88
8	Nº 08	70	100	100	32	60	37,5	00	72
9	Nº 09	100	100	100	90	100	100	100	100
10	Nº 10	70	00	74	72	80	100	33,3	48
11	Nº 14	15	00	20	47	55	50	00	52
12	Nº 15	15	00	72	67	90	75	00	80
13	Nº 16	30	00	62	62	95	100	33,3	72
14	Nº 17	25	00	00	40	70	50	00	96
15	Nº 18	50	00	41	50	40	50	00	52
16	Nº 19	65	00	74	72	65	100	33,3	68
17	Nº 20	45	75	100	72	65	50	100	84
18	Nº 21	70	00	51	52	50	50	00	48
19	Nº 22	15	25	42	45	55	12,5	00	52
20	Nº 23	15	00	74	52	50	62,5	00	56
21	Nº 24	40	00	74	72	60	75	33,3	76
22	Nº 25	55	50	84	60	55	100	100	84
23	Nº 26	25	25	40	45	60	87,5	100	92

De acordo com os dados plotados em barras no Gráfico 3, a distribuição dos escores relacionados aos aspectos físicos dos idosos foi de 34,78% (n=8) entre 00-19 pontos no domínio da capacidade funcional e 52,17% (n=12) com a mesma pontuação no domínio de limitação por aspectos físicos.

Nos domínios dor e estado geral de saúde, houve predominância de 60-69 pontos, sendo 30,43% da amostra (n=7) para dor e 52,17% (n=12) para estado geral de saúde.

Gráfico 3 – Escore da Escala SF-36 dos aspectos físicos mentais agrupados - aplicada aos idosos entrevistados. Petrópolis, 2014.



O percentual do domínio dor encontrado nesta pesquisa está na média encontrada em outros estudos, como de Carvalho et al. (2014), que utilizou o mesmo instrumento para avaliar a qualidade de vida de idosos com hipertensão arterial, e encontrou o valor médio de 60,4 para o domínio dor, mesmo a hipertensão arterial sendo considerada uma doença assintomática.

No público investigado, a dor referenciada pode estar relacionada a outras limitações do processo natural do envelhecimento. Este parâmetro de certa forma interfere no escore do estado geral de saúde do idoso, que teve uma média de 52,17%, um percentual abaixo da média encontrado na literatura que varia com um escore médio de 72,0 a 77,8. A justificativa para o escore encontrado no estado

geral de saúde pode estar relacionado pela amostra estudada, pois 26,08% (n=6) dos idosos que responderam ao questionário estavam no pós-operatório, sentindo algum tipo de dor, que influenciou no resultado do domínio estado geral de saúde.

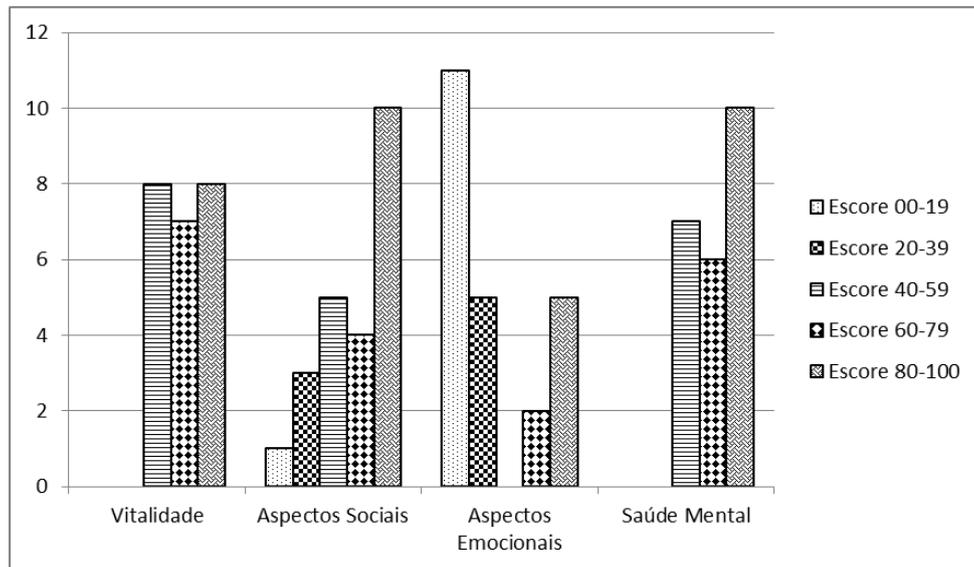
O diagnóstico da situação dos aspectos da saúde mental descritos no Gráfico 4, foi feito com base no levantamento e análise das pontuações obtidas nos escores dos domínios vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental do questionário SF-36.

No gráfico, os participantes apresentaram piores escores para os aspectos emocionais, de modo que, 52,17% (n=12) dos idosos marcaram 00-19 pontos. E melhores escores para o domínio vitalidade, ficando 34,78% (n=8) com escore de 40-59 pontos, 30,44% (n=7) de 60-79 pontos e 34,78% (n=8) de 80-100 pontos.

Para o domínio aspectos sociais 43,48% (n=10) dos idosos obtiveram de 80-100 pontos e 56,52% (n= 13), com escores variando de 00-79 pontos. Resultados potencialmente relacionados ao acelerado processo de envelhecimento populacional, que gera mudanças no padrão familiar e social, assim como com o perfil da população idosa brasileira que apresenta elevado risco de doenças crônicas e na maioria das vezes incapacitantes.

Campolina, Dini e Ciconelli (2009) utilizaram o SF-36 para avaliar o impacto da doença crônica na qualidade de vida de 360 idosos em uma comunidade em São Paulo (SP) e identificaram valores médios para cada domínio do questionário entre 55 e 65 (escala 0 a 100). De forma similar no presente estudo, houve predominância de valores menores nos domínios de limitação por aspectos físicos e de aspectos emocionais.

Gráfico 4 – Escore da Escala SF-36 dos aspectos mentais agrupados - aplicados aos idosos entrevistados. Petrópolis, 2014.



Quando analisamos os aspectos físicos e mentais paralelamente, verificamos que, o baixo escore encontrado na capacidade funcional e da limitação pelo aspecto físico interfere diretamente na vida do idoso, e faz com que ele se sinta desanimado, com baixa autoestima deixa de participar ativamente da vida familiar e/ou social levando a sintomas emocionais como depressão e conseqüentemente perda da qualidade de vida. Assim, com os resultados obtidos nos instrumentos de avaliação, concluímos que amostra estudada possui capacidade funcional preservada, que são independentes para realizar suas atividades de vida diária e são autônomas.

Em contrapartida, o mesmo grupo apresentou vulnerabilidade para agravos a saúde mental, de acordo com o elevado risco para depressão encontrado nos instrumentos. Esta realidade encontrada, por sua vez aponta para a necessidade de investigar a saúde mental das pessoas idosas em contexto de saúde, seja nos serviços da atenção básica como no âmbito hospitalar, visando desenvolver atividades para prevenir e evitar que idosos em processo de tratamento sejam acometidos por agravos a saúde evitável, como a depressão.

## 4.2 Seção Qualitativa: entrevistas

A partir desta sessão serão apresentados os resultados relacionados aos dados qualitativos. As entrevistas realizadas individualmente com os participantes, contou com o depoimento de 23 idosos em processo de tratamento.

### 4.2.1 Códigos, categorias e subcategorias

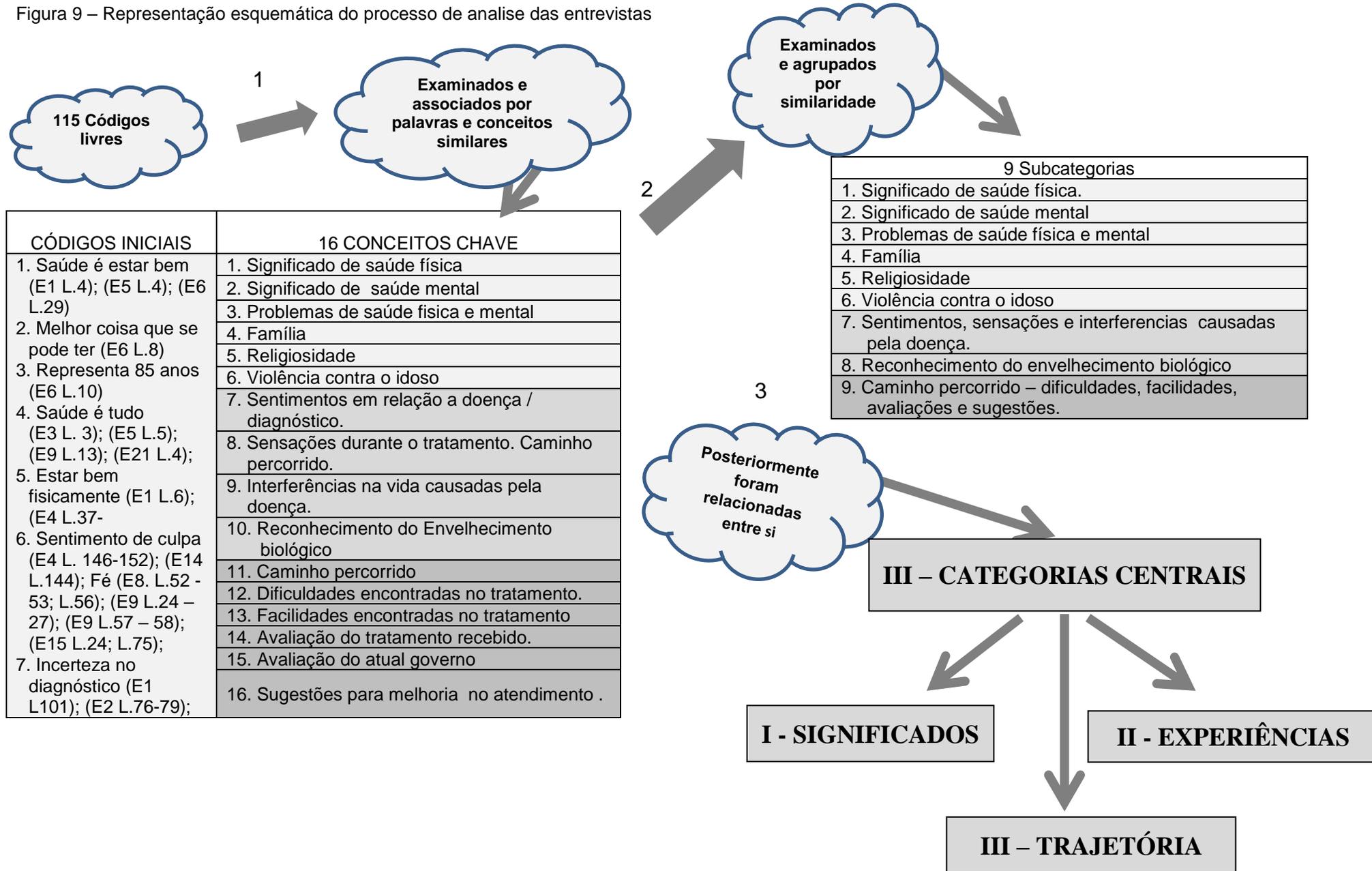
Foram realizadas 23 entrevistas individualmente. Após a transcrição e a conferência de fidelidade das entrevistas gravadas, foi iniciado o processo de análise dos dados à Luz da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). Etapa que permitiu a identificação de 115 códigos iniciais.

Estes códigos foram examinados e associados através de palavras ou conceitos similares evidenciando 16 conceitos chave. Estes conceitos, foram re-associados por similaridade resultando em nove subcategorias, a saber: (i) *Significado de saúde física* (ii) *Significado de saúde mental*; (iii) *problemas de saúde física e mental*; (iv) *família*; (v) *Religiosidade*; (vi) *violência contra o idoso*, (vii) *sentimentos/sensações e interferências causadas pela doença*; (viii) *Reconhecimento do envelhecimento biológico*; e (ix) *Caminhos percorridos – dificuldades, facilidades, avaliações e sugestões*. Em seguida as nove subcategorias foram relacionadas entre si, dando origem a três categorias centrais:

- (I) *Significados*;
- (II) *Experiências e*
- (III) *Trajetória*.

O processo de análise das entrevistas encontra-se representado de forma esquemática na Figura 9.

Figura 9 – Representação esquemática do processo de análise das entrevistas



## 4.2.2 Categorias

A partir desta sessão serão apresentados os resultados relacionados aos depoimentos dos participantes. Os depoimentos foram agrupados por conceitos chave gerando nove subcategorias que posteriormente foram relacionadas em si levando a três categorias centrais do estudo, conforme apresentadas na Figura 9.

### 4.2.2.1 Categoria I - Significados

Constituída a partir de seis subcategorias: (i) *Significado de saúde física* (ii) *Significado de saúde mental*; (iii) *problemas de saúde física e mental*; (iv) *família*, (v) *Religiosidade* e (vi) *violência contra o idoso*. Esta categoria expõe os dados relacionados aos significados que a pessoa idosa dá ao conceito de saúde e suas conexões.

(i) <i>Significado de saúde física</i>	<b>Significados</b>
(ii) <i>Significado de saúde mental</i> ;	
(iii) <i>Problemas de saúde física e mental</i> ;	
(iv) <i>Família</i>	
(v) <i>Religiosidade</i>	
(vi) <i>Violência contra o idoso</i>	

Em favor da síntese teórica, reunimos as subcategorias de significado em saúde sob um único subtítulo ou seção.

#### *Subcategorias: Significado de saúde física e de saúde mental*

O conceito de saúde encontrado nos depoimentos dos idosos é de um conceito de ampliado que reúne uma compreensão do significado de saúde física e de saúde mental, ao mesmo tempo com distinções pontuais.

Parte dos idosos definiu saúde como algo intangível ou abstrato, e parte como algo real e efetivo. Na definição de saúde como algo intangível o aspecto saúde física é tudo, fundamental, muito importante, e o melhor bem que a pessoa pode ter enquanto a saúde mental é algo fundamental para o ser humano, ter autonomia, ter uma cabeça boa e estar bem consigo mesmo.

Idoso nº6: “Eu acho que é o melhor que a gente pode ter na vida é ter a saúde. Representa ter 85 anos”. (E6, L.7-9)

Idoso nº3: “Praticamente é tudo pra mim, porque eu preciso é da saúde”. (E3 L.4)

Idoso nº 20: “Eu acho que é tudo, é muito importante para a pessoa se locomover, ter uma vida melhor, eu acho que é fundamental ter saúde física” (E20 L.4; L.6-7).

Idoso nº7: “Ah, isso é importante, a gente poder ficar bem com a gente mesmo, cuidar dos afazeres da gente sem precisar do socorro de alguém”. (E7 L. 12-13)

Idoso nº23: “Saúde mental é a coisa fundamental para o ser humano, sem ela o cara não é nada”. (E23 L. 9-10).

Idoso nº20: “Mais ainda, (referindo que saúde mental é mais importante do que a saúde física) é a pessoa poder se organizar ter a vida da gente, não ficar dependente das pessoas, porque é muito ruim a gente ficar dependendo, esperar [...]” “Eu tenho uma cabeça muito boa” (E20 L.12, L16).

Os idosos que definiram saúde como algo real e efetivo, apontaram que saúde física é estar bem fisicamente, não sentir nada, poder levantar de manhã, ser ativo e participar da vida. E saúde mental é não esquecer as coisas, reconhecer onde existe perigo, saber respeitar os outros e poder pagar as contas.

Idoso nº2: “Para mim é estar animada para fazer as coisas, querer fazer tudo, querer arrumar, querer isso, querer aquilo, está se sentindo bem, saúde é tá comendo bem” (E2, L.4-6).

Idoso nº14: “Saúde física! Eu acho assim, a gente estando bem, levantando de manhã bem para trabalhar, não sentir nada, porque ultimamente eu tenho sentido as minhas pernas, então eu entendo assim, hoje em dia eu tenho artrose no joelho também, isso tudo está me incomodando bem” (E14 L.4-8).

Idoso nº15: “Saúde física para mim é a coisa muito importante, por que, quem quer ter saúde, tem que ter uma atividade e tem que participar das coisas, saúde boa” (E15 L. 4-6).

Idoso nº5: “Saúde mental é a pessoa não se esquecer de nada, lembrar de tudo, mas tem hora que eu até esqueço muitas coisas”(E5 L.9-10).

Idoso nº15: “Saúde mental, por exemplo, é a gente saber respeitar os outros, saber onde há um perigo” [...] (E15 L. 8-9).

Nos depoimentos, foi possível observar que a compreensão do significado de saúde física para os idosos está condicionada à concepção de ter ou não alguma doença, uma compreensão pelo vertente biomédico, e não necessariamente em conformidade com à Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1946), onde “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”.

O significado da doença para os idosos participantes deste estudo tem foco principal na limitação física, isso porque mesmo que temporária, a incapacidade gera mudanças na vida pessoal e profissional, mesmo que temporária, e na maioria das vezes leva ao afastamento familiar e social.

Perda de autonomia e isolamento é negativo em qualquer fase da vida, principalmente em etapa mais avançada da vida, e as relações sociais são fundamentais na existência da vida humana, é através delas que o indivíduo tem a possibilidade agir, interagir construindo símbolos e significados (BLUMER, 1969, STRAUSS e CORBIN, 2008).

Em consonância com os resultados discutidos, estudo realizado por Câmara, Melo, Gomes et al. (2010), com foco na investigação da significação, dos

valores, dos interesses e visão de mundo dos profissionais de saúde de uma Unidade Básica de Saúde, no município de Belo Horizonte - MG, autores identificaram que a concepção de saúde é fragmentada, em consonância com o modelo biomédico, e que doença é considerada como limitação ou alteração física.

Fato interessante encontrado no estudo supracitado, foi que os profissionais de saúde, também compreendem o significado de saúde como oposto de doença, de acordo com a interpretação dos idosos em processo de tratamento do estudo em tela. Esta confirmação indica que o significado de saúde, encontrado nos depoimentos deste estudo, não é exclusivo da população idosa, e apontam que os símbolos construídos acerca da doença estão congruentes com as interações sociais do indivíduo, independente da faixa etária.

*Subcategoria: Problemas de Saúde física e mental*

Os fenômenos relacionados aos problemas de saúde física e mental estão condicionados as situações vivenciadas pelos idosos através dos diferentes tipos de doença, tratamento ou procedimento enfrentados por eles, tais como, hipertensão arterial, diabetes, câncer, anemia, gastrite, tuberculose, úlceras, varizes, catarata, radioterapia, quimioterapia, bota de Unna, curativo, cateterismo cardíaco, Raio-X, cirurgias, hospitalização e depressão.

Idoso nº16: “Eu fazia (tratamento) no Alto da Serra, no Pronto Socorro, depois comecei com problema de vista, aí que eu vim para aqui (Ambulatório Escola), operei catarata no hospital e depois continuei tratando aqui, operei as duas vistas, estou tratando há um ano”(E16 L.18-20).

Idoso nº23: “Agora no momento eu estou com umas câimbras que me atrapalha muito as pernas. Essas câimbras aparecem se eu ficar em pé muito tempo eu perco o domínio das pernas eu tenho que sentar. E agora, coisa de uns 3 meses me apareceu umas varizes eu estou tratando com o Dr E.L.(E23 L.31-34).

Idoso nº25: “Faço acompanhamento com médico cardiologista. Sempre estou no cardiologista, com esse problema de cansar, o médico disse para mim João, você morou em Itaipava? Morei, (médico disse) para fazer um exame para ver, se era barbeiro, minha esposa foi mordida pelo barbeiro mais não sente nada. Diz que barbeiro incha, e agora eu fico assim é cansado quando eu vou subindo a ladeira, não posso correr, e se eu correr daqui ali (apontando com o dedo) eu caio” (E25 L.31-38).

As experiências vivenciadas pelos participantes foram reveladas de acordo com o significado que os problemas de saúde têm para eles, através da interação do idoso consigo mesmo e com a doença, tratamento ou procedimento. Sendo que, cabe ressaltar que o fenômeno teve uma variação de maior ou menor impacto de acordo com o tipo de doença e como os idosos enxergavam o problema.

Quando perguntados sobre a saúde mental, que os participantes apresentaram dificuldade para responder de forma objetiva descreveram a saúde mental de forma fragmentada, conflituosa e por vezes contraditória. Os depoimentos apontam que saúde mental é uma coisa difícil, ruim, estar desanimado, para baixo, com dificuldade para pontuar ou se expressar. Quando solicitados para explicarem melhor esse significado, disseram que essas assertivas, na verdade representavam a falta da saúde mental. Ao mesmo tempo, referiram ter saúde mental com forte conotação psicogeriatrica e de integralidade, como não apresentar esquecimento ou comprometimento cognitivo e estar bem consigo.

Idoso nº 4: “Eu acho muito ruim, né? Coisa muito horrível, coisa de cabeça, assim sabe, como eu, por exemplo, eu estou assim, não sei se é por causa da operação ou se é (pausa), de vez em quando me dá uma tonteira sabe, eu começo a ver tudo escuro mais depois vai melhorando” [...] (Ent.4 L.6-12).

Idoso nº2: “É aquele que está desanimado da vida, não quer comer nada, não quer sair de casa”. (Ent.2, L.8-9).

Idoso nº 7: “Ah, isso é importante, a gente poder ficar bem com a gente mesmo, cuidar dos afazeres da gente sem precisar socorro de alguém. Bom, eu tenho uma filha que mora no rio e ela vem só final de semana e eu passo a semana toda sozinha, e graças a Deus até hoje eu tomo os meus remédios, tomo o meu banho, faço a minha alimentação, venho aqui fazer curativo tudo sozinha, sem ajuda de ninguém, só Deus.” (Ent.7, 13-17).

É oportuno ressaltar que a definição de saúde mental encontrada nos depoimentos, foi constituída a partir das vivências individuais dos participantes, podendo representar um simbolismo da própria existência. Ao retomar ao referencial teórico utilizado, o Interacionismo Simbólico, somos desafiados a refletir sobre o emergente significado de saúde mental para pessoa idosa em processo de tratamento, que está de acordo com a forma dele agir, perceber, interpretar e manipular o processo de tratamento e seu significado, podendo modificá-lo para aceitar a doença e o tratamento.

Pesquisadores em saúde apontam que, o significado de saúde é complexo varia de pessoa para pessoa e está relacionado às questões sociais e culturais, e é estabelecido ao longo dos anos, através do comportamento, de acordo com as diferentes culturas e formas de organização da sociedade. Ele também depende do entendimento do indivíduo em relação ao meio em que está inserido, podendo ser modificado e manipulado pela pessoa que o vivencia (CÂMARA, et al., 2012).

#### Subcategoria: Religiosidade

Nessas subcategorias os depoimentos apontaram que, no enfrentamento da doença os idosos revelaram sentimentos de medo, tristeza, insegurança, incertezas, ansiedade e preocupação. Entretanto, a partir dessas experiências vivenciadas durante o processo de tratamento, pode-se identificar que os idosos possuem a crença em um *Ser Maior ou* algo sobrenatural que os apoiam nos momentos de dificuldade e tem o significado de proporcionar a cura.

Idoso nº4: “A senhora sabe que eu não fiquei apavorada quando a doutora me falou. Quando a Dr<sup>a</sup> A. do postinho trouxe o papel (resultado do exame) para me mostrar, ela não disse direto que eu estava com câncer, ela falou: Aparecida você esta com um problema um probleminha. Ai eu falei: Ah eu já sei, é câncer? E ela falou: é isso, ela até ficou triste, porque a gente estava sempre fazendo palestra juntas, sabe? Ai eu falei que ela não precisava ficar triste não, que Deus vai me curar, e graças a Deus eu estou aqui, fiz tudo sabe, fiz a operação correu tudo bem foi com o Dr. M.V., né? Foi muito bom, correu tudo bem”. (E4 L. 39-47).

Idoso nº5: “Era um câncer de útero. Fiz tratamento no Rio e aqui no CATO (referindo-se ao Centro de Tratamento Oncológico - CTO). Ah, eu fiquei muito triste, fiquei muito triste mesmo, mais Deus é poderoso, né? Fiz quimioterapia né e radioterapia também. Hoje está tudo bem, graças a Deus, eu fui ao medico, e o medico me liberou falou que está tudo bem e que eu não tenho mais nada, nem precisou de cirurgia” (E5 L.23-46).

Idoso nº8: “Olha quando a pessoa sabe de uma coisa assim que pensa eu vou viver ou vou morrer, né? Ai tem que se apegar com Deus, é só Deus que resolve, Deus eu sou evangélica ai as igrejas do meu irmão que mora no Rio orou, Teresópolis a daqui, tudo quanto é igreja estava orando por mim. Eu me considero curada. (E8 L. 50-56).

Idoso nº8: “[...] Olha quando a pessoa sabe de uma coisa assim (se referindo ao diagnóstico) que pensa: eu vou viver ou vou morrer, né? Aí tem que se apegar com Deus” (E8 L.54-5).

A forma como as pessoas vivenciam, agem e dá significado a situação enfrentada no dia-a-dia está relacionada diretamente com suas práticas socioculturais. Isso também é percebido na relação da religiosidade e espiritualidade da pessoa que se encontra em processo de tratamento, para qual o indivíduo busca uma resposta para entender a doença ou o próprio processo de adoecimento.

A partir da espiritualidade, e através do que a pessoa acredita geralmente uma prática religiosa, pode influenciar no seu tratamento de forma que isso lhe traga conforto ou sofrimento.

A religiosidade na prática da medicina é antiga, e consegue manter-se diante das novas tecnologias que temos nos dias atuais, pois ela tem um significado influenciado pela sociedade, cultura e família, independente da idade e da condição social, a oração é considerada um elo mantedor para prevenir ou curar um problema de saúde ou até mesmo se livrar da morte (PENMAN e HARRINGTON, 2009).

Para os idosos em questão, a fé em Deus foi determinante para a cura ou melhora da doença, pois significado da religião está estabelecido na própria

existência, assim se apegaram na crença através de orações, promessas para alcançar o bem maior dito por eles, a saúde.

Além da Fé em Deus, os idosos revelaram que a família é coadjuvante no processo de tratamento, pois é ela que oferece apoio emocional e dá suporte financeiro para a realização de exames, compra de remédios e pagamento de consulta popular, quando necessário.

#### Subcategoria: Família

Neste caso, o significado de família para os participantes, é que os entes queridos são indispensáveis e fundamentais para que o idoso consiga enfrentar a doença e o tratamento, e é considerada como um porto seguro, onde depositam confiança e encontram amparo emocional e financeiro.

Idoso nº20: “Há 20 anos, comecei, tratei com vários médicos, vários angiologistas, aí eu fui na Drª M. do ambulatório da C.P, que tinha um ambulatório popular ai eu fui lá, meu filho conversou com ela, porque não tinha vaga, meu filho ficou 2 dias aqui para poder resolver isso, aí ela mandou me levar lá, me atendeu rapidinho, meu filho até pagou os exames todo para fazer rápido [...]”. (E20 L.54-59).

Idoso nº21: [...] Eu tenho a receita, só tomo (o remédio) quando sinto necessidade. Eu tomo, eu tinha muita ansiedade, eu não ia à cidade, eu quero viver, eu quero andar na rua, ver loja, eu sempre fui à cidade olhar loja, mesmo que não fosse para comprar nada eu ia, aí eu passei a ter medo de andar na rua medo de ficar sozinha, eu só ia aos lugares se meu marido estivesse junto comigo”.(E21 L.71-75).

#### Subcategoria: Violência

A questão da violência contra a pessoa idosa é de fato uma realidade, está presente na nossa sociedade, e é definida pela Organização das Nações Unidas (ONU, 2002) como:

Todo o ato violento de natureza tal que acarrete, ou corra o risco de acarretar, um prejuízo físico, sexual ou psicológico; pode tratar-se de ameaças, negligência, exploração, constrangimento, privação arbitrária da liberdade, tanto no âmbito vida pública como privada.

Embora a maioria dos relatos tenha apontado que a família é o elo mantedor de apoio e cuidado, um dos depoimentos mostrou que a mesma pode ser entendida como promotora de relações indesejáveis e conflituosas, tornando-se um porto inseguro, onde o ente querido passa a ser o causador de agravos à saúde física e mental do idoso.

Idoso nº9: “[...] Já estive internada uma vez sim, quando meu filho fez, como ele bebia cachaça me jogou em cima de um fogão, aí eu passei mal da urina, fiquei urinando sangue fui parar no hospital, e fiquei 12 dias [...]” (E9 L.49-52).

A violência encontrada neste estudo foi física, mas existem outros tipos de violência “velada”, como por exemplo, a social, psicológica, emocional muitas vezes não vistas como tal, e pode refletir na saúde física e mental da pessoa idosa.

No que diz respeito à vivência de situação de violência contra o idoso, estudo de Alencar, Santos e Hino (2013), indica que os 52% dos sujeitos da pesquisa afirmaram já ter sofrido algum tipo de violência. Quanto ao tipo de violência sofrido, as formas recorrentes mais citadas foram: 34,6% violência física; 26,9% violência psicológica; 23% o abuso financeiro; 11,5% negligência; e 3,8% violência sexual.

Ao serem indagados sobre a frequência com que vivenciavam alguma situação de violência, 57,6% relataram que, às vezes; 34,6% disseram que foram vitimados uma vez na vida; e 7,6% afirmaram que a violência era diária. E quanto a quem eram os causadores da violência, 54% disseram que a agressão ou maus-tratos foram gerados por algum membro da sua família.

Os resultados encontrados no estudo supracitado confirmam que, a maioria dos agressores são membros da família. Vale ressaltar que no presente estudo,

esse dado emergiu em entrevista em que a violência levou o idoso à hospitalização. Não se pode afirmar que os demais idosos participantes sofreram ou não algum tipo de violência, pois este não era o foco do estudo, mas o depoimento configura alerta de investigação para os profissionais de saúde.

Estudo realizado com 274 idosos por Duque et al. (2012), sobre violência contra idosos no ambiente doméstico em Recife- PE, identificou em 57 idosos com sinais indicativos de violência familiar, correspondendo a uma prevalência de 20,8% da amostra investigada. A maioria dos idosos violentados residia com seis ou mais familiares e tinham algum tipo de dependência para realizar atividade de vida diária. Os mesmos autores apontam que a prevalência de violência familiar contra os idosos foi superior à observada em estudos desenvolvidos em outros países como Estados Unidos, Canadá e na Holanda.

#### 4.2.2.2 Categoria II – Experiências

A segunda categoria apresenta as experiências vivenciadas durante o processo de tratamento e seu simbolismo para a pessoa idosa, e foi constituída a partir das seguintes subcategorias: (vii) *Sentimentos/ sensações e interferências causadas pela doença* e (viii) *Reconhecimento do envelhecimento biológico*.

(vii) <i>Sentimentos/ sensações e interferências causadas pela doença</i>	<b><i>Experiências</i></b>
(viii) <i>Reconhecimento do envelhecimento biológico</i>	

Durante o processo de tratamento os idosos vivenciaram experiências diferenciadas, em particular nas relações com a doença, seu tratamento e os procedimentos experimentados por eles, as relações com os meios ou ambientes onde o processo de tratamento transcorreu com destaque para as relações com profissionais de saúde vivenciadas nos contextos ambulatorial e hospitalar.

Subcategoria: *Sentimentos, sensações e interferências causadas pela doença.*

Em seus depoimentos os idosos participantes expressaram sentimentos de culpa, tristeza, medo de piorar o estado de saúde, castigo, cansaço, dor, incerteza no diagnóstico e falta de conhecimento sobre o tratamento. No entanto, o enfrentamento da doença pelos entrevistados é descrito a partir das vivências aproximadas, verificadas a partir de depoimentos sobre sentimentos e sensações de emoção, incertezas e desconhecimento a respeito da própria saúde física e mental, conforme podemos observar nos recortes:

Idoso nº17: "Quando descobri, ah eu fiquei chateada, muito (chateada) porque eu tive ela (se refere a ulcera) fechada, eu podia ter mais cuidado para ela não abrir. Para mim eu acho que foi um descuido, se eu te falar que não foi um descuido eu estou mentindo, poderia ter me alimentado melhor" (E17 L. 86-91).

Idoso nº14: "É muito cansativo. É cansativo. (se referindo ao processo de tratamento). Tem dia que a gente fica com o astral mais alto, penso que tenho meus netos, aí eles chegam lá e a gente fica conversando. Tem dia que a gente fica com o astral mais baixo [...]. Você levanta de manha e vê um monte de serviço para fazer, aí você olha e vê que não está em condições fazer, de lavar uma roupa, de colocar uma roupa no varal, você olha uma casa para varrer, aí tem que depender dos outros, aí dá uma sensação de tristeza na gente, né? [...]". (E14 L;147).

Idoso nº14: "[...] Incha a perna aí ela machuca mais ainda, e aí hoje eu fico chateada por que eu tenho que vir fazer curativo todos os dias, tenho 70 anos, um castigo , ter que vir todo dia". (E14 L.72-76).

Idoso nº6: "Eu nem sabia que tinha diabetes. Agora, depois que eu estou me tratando que eu fiquei sabendo. O tratamento que eu faço é o que médico escreve na receita, né? Eu venho aí faço a consulta, e o tratamento que ate agora que eu tenho feito é só tomar o remédio. Não sei se controla ou só alivia ou vai ficar bom". (E6 L. 59-62).

Para Tavares e colaboradores (2012) afirmam que a dependência do auxílio de outras pessoas para realizar atividades cotidianas, gera sentimentos de impotência, inutilidade podendo levar ao descontrole emocional com sentimento de tristeza e medo no idoso.

Os sentimentos vivenciados pelos idosos estão relacionados ao desconhecido ou algo novo vivenciado por eles, os depoimentos evidenciaram que, o impacto da doença/diagnóstico é percebido de forma diferente pelos idosos.

Os aspectos que se diferenciam estão relacionados pela forma como a doença é percebida. Para uns ela é determinante, gera transformações e significa mudança permanente na vida pessoal, conforme por eles expressado. Para outros foi necessário parar de trabalhar, aposentaram devido à doença, não fazem as mesmas coisas que faziam antes e não conseguem fazer o serviço de casa. Para um terceiro grupo, a doença é percebida somente quando recebe a confirmação de um diagnóstico inesperado, ou quando se tem um diagnóstico “aceitável” para o qual eles procuram o tratamento e acreditam na cura ou melhora.

Idoso nº1: “Gosto muito de fazer as minhas coisas, trabalhar. Quando eu trabalhava fora comecei a ficar doente e tive que parar também de trabalhar para operar o coração, entendeu? É porque eu aposentei por causa da doença, não foi por trabalho não, trabalhei muito, mas não cheguei a me aposentar por tempo de serviço não” (Ent.1 L.20-5).

Idoso nº17: “[...] Porque eu estou sentindo muita dor, é coluna, é essa perna do jeito que está agora. Apareceu uma bursite no braço, lateja, dói muito, quer dizer eu assim, atrapalha, porque dói muito né? As vezes de noite eu estou deitada, aí aquela dor latejando. E então, a coluna, não posso fazer nada, por que dói, assim queima. Então em casa é aquele serviço muito devagar, e tem o problema da ulcera também na perna atrapalha muito”. (E17 L. 26-32).

Depoimentos alinhados com os resultados encontrados no estudo sobre movimento das emoções na vida dos idosos, conduzido por Braz e Espírito Santo (2006), apontando que os idosos possuem diferentes formas de lidar com as emoções. Com destaque para a relação saúde e doença. A saúde foi associada a

independência e autonomia para desenvolver diferentes atividades e em contrapartida, a doença foi associada à dependência física ou emocional, às incapacidades e restrições.

Conforme apontado nos depoimentos do estudo em tela, os idosos apontaram que a doença trouxe mudanças definitivas na vida pessoal e profissional, levando a um sentimento de incerteza no futuro com repercussões na saúde do idoso, sejam elas físicas, emocionais ou sociais.

Achados corroborados na literatura, apontando que a experiência do adoecimento traz sentimentos e emoções advindos da descoberta da doença e do processo de tratamento e ou hospitalização. O significado da vivência do adoecimento no estudo de Maniva et al. (2013), com pessoas com diagnóstico de Acidente Vascular Encefálico Agudo, foi construído com base na percepção dos sentimentos que emergiram desde o momento inicial do tratamento, quando apareceram os sinais e sintomas, perpassaram pela busca de atendimento médico e alcançaram a internação hospitalar.

Contudo, a experiência não se restringiu apenas às interações consigo mesmo, compreendeu também as interações com o mundo hospitalar e com as outras pessoas.

#### *Subcategoria: Reconhecimento do envelhecimento biológico*

Análise dos depoimentos permitiu compreender que a percepção do envelhecimento biológico para os idosos acontece e é descrito a partir da perda da autonomia e da independência, que em seus depoimentos emergiu o significado de poder cuidar ou não dos afazeres da casa, utilizando conceitos: “ficando velho”, “faz parte do desenvolvimento humano”, “tenho 70 anos” e “tinha ilusão de que era jovem”. Sendo que, deram significados ao envelhecimento a partir das limitações do corpo físico e mental, ao descrever sobre: diminuição da capacidade física, mobilidade diminuída e perda da memória.

No momento em que os idosos tomaram consciência dessas mudanças fisiológicas, passaram a reconhecer o próprio envelhecimento biológico. Entretanto uma visão do processo de envelhecimento contínuo e natural, parte do próprio desenvolvimento humano, conforme ilustrados a seguir:

Idoso nº4: “A minha memória, eu às vezes esqueço, às vezes esqueço alguma coisa ai meu filho fala assim: é mãe está ficando velha, tá velha mesmo, está esquecendo. Às vezes eu esqueço mesmo, estou ficando velha, ruim” (Ent.4, L. 28-30).

Idoso nº22: “Como eu vou te explicar? Eu acho importante porque, quando a gente fica mais velha não tem mais disposição, tem mais como se diz, animo para andar na vida sedentária que deixa a gente meio ruim” (E22 L7-9).

Idoso nº15 “[...] A ferida foi assim, muitos anos eu jogava bola (jogando bola abriu a ferida), eu tinha a ilusão de que era jovem, ai eu fui ao posto de saúde mesmo, com o doutor D. D. eu acho que ele já faleceu...Aí ele falou que tinha que operar, depois disse que não tinha necessidade de operar. Então pensei que se eu não operasse eu não poderia trabalhar em serviços pesados (então decidi operar), depois veio a provocar ulcera, começou a ulcera exatamente onde foi operado e fez 3 extensão, ai já tinha acontecido, já tinha feito depois de vinte e poucos anos apareceu [...]” (E15 L.53-61)

Idoso nº 14: “[...] Incha a perna (falado da bota de Unna) ai ela machuca mais ainda e ai hoje eu fico chateado por que eu tenho que vir fazer curativo todos os dias, tenho 70 anos, um castigo” (E14 L. 72-74).

Nesse estudo não foram encontrados generalidades equivalentes ao estudo realizado por Deponti e Acosta (2010), no qual eles buscaram a compreensão dos idosos sobre os fatores que influenciam o envelhecimento, e identificaram em seus resultados que, os idosos apontaram que para ter um envelhecimento de qualidade, o individuo precisa encontrar um equilíbrio entre os aspectos biológico, psicológico e social, de forma multidimensional.

#### 4.2..2.3 Categoria III – Trajetória

A terceira e última categoria emerge no estudo como a categoria central, pois ela representa o tema central da investigação, ou seja, ela está relacionada a todas as outras categorias e subcategorias, e faz referência aos significados da trajetória percorrida pelo idoso durante o processo de tratamento, e foi constituída a partir da seguinte subcategoria: (ix) *Caminhos percorridos – dificuldades, facilidades, avaliações e sugestões*.

(ix) <i>Caminhos percorridos</i>	<b><i>Trajetória</i></b>
(ix) <i>Dificuldades</i>	
(ix) <i>Facilidades</i>	
(ix) <i>Valiações e sugestões</i>	

Ressaltando que, conforme descrito no capítulo da introdução, a expressão *trajetória*, nesta pesquisa está relacionada a todo percurso/caminho seguido pela pessoa idosa durante o processo de tratamento, assim como suas experiências/vivências com a doença, com os profissionais e com os procedimentos realizados, buscando compreender o significado, do processo de tratamento para a pessoa idosa.

#### Subcategoria – Caminhos Percorridos

Com relação aos caminhos tradicionais percorridos, verificamos que mediante aos depoimentos dos entrevistados, a trajetória percorrida pelos idosos foi vivenciada de várias idas e vindas em diferentes serviços de saúde e profissionais, onde o idoso realizou avaliações, exames e procedimentos, e foram vivenciados tanto no âmbito ambulatorial e hospitalar.

Devido a morosidade no atendimento, caminhos e estratégias são traçados e foi observado em um depoimento. Identificamos que um idoso esteve no mesmo serviço duas vezes, sendo que conseguiu atendimento na primeira vez, pagando

uma consulta popular, de forma a otimizar seu atendimento, depois retornou para fazer o procedimento pelo convênio do Sistema Único de Saúde (SUS).

Idoso nº 22: [...] “E fiz (a cirurgia de catarata) pelo SUS na clinica do Dr. T. há 19 dias, ainda estou pingando os colírios, fica assim meio turvo.”. [...] Então, esperei 2 meses para fazer (a cirurgia), levei os papéis na Secretaria de Saúde, por que fui encaminhada para lá e esperei 2 meses para ser atendida. Mas antes, eu primeiro fui numa consulta popular lá na clinica do T. mesmo, mas como o pedido (de cirurgia) não podia ser do oftalm. de lá (clinica particular) tinha que ser do SUS, eu fui naquele posto do Cascatinha, que ela (médica) dava o encaminhamento (do SUS). Ela me deu o encaminhamento (do SUS) para clínica de olhos Dr T. (Particular conveniada ao SUS) lá onde faz pelo SUS. [...] Depois disso tudo ai, eu fiquei na fila, esperei 2 meses e consegui (fazer a cirurgia). (E22 L. 66-80)

Idoso nº 1: “[...] Eu fazia (tratamento) naquela clinica da Rua Dom Pedro. É ali onde ia para a Rua D.Pedro, aquela saiu de lá e foi para aonde era a Maloca. Não, quando eu comecei essa clinica mesmo, era ali do lado da lojas Americanas, ai depois foi lá para o Morin e de lá foi para Rua Dom Pedro. Então...agora, é ali do lado da UPA. (E1 L. 49-55)

Idoso nº1: [...] “Dessa vez agora fiz ali na UPA. Comecei (tratamento) na UPA, mas eu já tinha problema na perna há muito tempo. Me deram um papel para fazer exame, eu ia fazer dia 4, fazer não, marcar no dia 4 (na clinica Santa Julia), mas como eu passei muito mal eu fui direto para o Pronto Socorro. Lá (no pronto socorro) dei sorte, porque o médico que me atendeu fazia esse exame no hospital (no Pronto Socorro), ai ele (o médico) me atendeu na emergência, fez o papel (pedido do exame) e eu fiz o exame lá mesmo (na emergência). Se eu fosse fazer pela Santa Julia ia demorar, ia ter que marcar, eu não ia nem aguentar”.(E1 L 64-72).

Interpretando os depoimentos e os significados dos idosos com relação à trajetória percorrida, compreendemos que a experiência do processo de tratamento não foi harmoniosa, tranquila e nem fácil. Na maioria dos depoimentos foram elencados de dois a três serviços pelo qual o indivíduo idoso passou antes de conseguir se estabelecer no local onde efetivamente conseguiu assistência.

Esse fato ocorreu, porque de forma geral os serviços não ofereciam suporte para atender às necessidades de exames, atendimentos de especialistas, medicamentos entre outros, tendo em vista que foram referenciadas para outros serviços. Essa prática de referenciar para outros serviços faz com que ocorra demora na realização dos exames e conseqüentemente na obtenção dos resultados e na solução do problema enfrentada pelo idoso.

Para corroborar dados, e prática de idas e vindas como um fenômeno não exclusivo dos idosos, Fermo et al. (2013), em Santa Catarina-PR, estudaram famílias de crianças com diagnóstico de câncer e comprovaram que as famílias faziam uma longa peregrinação para conseguir definição do diagnóstico dos filhos. As famílias apontam que, as dificuldades vão desde adoecimento até o início do tratamento, revelando que na maioria das vezes o caminho é longo em busca de solução do problema. A trajetória percorrida é permeada de idas e vindas em diversos atendimentos até alcançarem a definição do diagnóstico, demandando a procura por médicos gerais e de diferentes especialidades, bem como o atendimento de outros profissionais e a realização de inúmeros exames e internações.

A realidade encontrada com os dados aponta que atual rede de serviços disponível local e regional são semelhantes e ineficientes para atender as necessidades de saúde da população, independentemente da faixa etária ou diagnóstico.

Em contrapartida, os idosos revelaram que, quando conseguiam se estabelecer no tratamento que buscavam, a interação com o serviço e com os profissionais foi satisfatória, conforme revelado nos depoimentos abaixo:

Idoso nº 24: “Bom demais (o atendimento), a moça me conhece, quando chego lá, me dá até remédio. Consigo tudo, chego, maior simpatia das moças, o serviço que vocês fazem, é uma coisa assim do outro mundo, é uma coisa preciosa (E24 L.52-56).

Idoso nº 9: “[...] Sou feliz tanto aqui como lá na rua (se referindo a urgência, por onde passou antes de internar) fui muito bem cuidada, muito bem mesmo. Tudo direitinho está tudo certo graças a Deus (E9 L.115-117).

### Pontuando dificuldades

As facilidades e dificuldades enfrentadas pelos idosos antes e durante o processo de tratamento contaram aspectos positivos e negativos relacionados aos serviços de saúde, aos profissionais e o local do tratamento.

Na análise dos depoimentos, é possível apreender que a trajetória do tratamento tem um significado complexo, descrito como um caminho longo, onde a maioria dos idosos encontrou dificuldades para agendar consultas de rotina e/ou de retorno, realizar exames, conseguir internação, receber informações e/ou esclarecimentos acerca do tratamento, falta de especialistas e demora no atendimento e na realização de exames.

Outros depoimentos, entretanto, fizeram referência à trajetória como difícil, demorada e algumas vezes desconfortável no sentido emocional, permeada por gerou sentimentos de medo e incertezas relacionadas à saúde, doença e tratamento.

Idoso nº2: “Eu estava me tratando no Alcides Carneiro com o doutor L.H. ai eu estava com problemas bexiga” eu virei e falei com ele (com o médico), doutor o senhor não acha que eu podia fazer um exame pra ver o que é? Ele (o médico) disse não precisa Dona. Z. isso é doença de mulher mesmo. [...] E cada dia eu estava passando mais mal, ai quando foi um dia eu sai de casa, quando eu voltei, eu voltei passando mal, querendo urinar e não podia ai eu fui lá (na emergência). Então fiiz uns exames com o doutor R. ele falou assim, vai ter que operar, aí fui para lá (hospital) operei e aí graças a Deus não estou sentindo mais nada.” (E2 L.64-73).

Idoso nº 21: “Eu acho que precisa de ter mais especialistas, ortopedista, só, porque se tivesse mais essas coisas assim, seria melhor não só para mim para todo mundo”. [...] seria mais fácil, pois é muito difícil conseguir (consulta) demora muito. Ah, eu estou na fila já para um exame de vista, já tem um tempo aguardado vaga, já deve ter mais de 4 meses, esperando para marcar. Uma vez fiquei esperando 2 anos, aí eu paguei uma consulta.” (E21 L.98-105)

Idoso nº 8: “Fiz todos (exames) antes de operar dia no dia 12 de março eu vim para cá estou desde janeiro fazendo os exames, o tempo todo ate chegar o dia de operar. Aqui, aqui mesmo (se referindo ao hospital), mas antes fiquei no Pronto Socorro, eu fiquei aguardando vaga (para internar) por 8 dias. Não tinha vaga (no hospital) estava lotado, depois eu vim para cá (conseguiu internar na clinica cirúrgica).” (E8 L. 66-73).

As principais dificuldades encontradas pelos idosos durante a trajetória estudo estão de acordo com as encontradas na literatura voltada para esta população. No que se refere a demora no atendimento, estudo desenvolvido no período de 2003 a 2006 por Moimaz, et al. (2010), constatou que 54,5% afirmaram que existe demora entre o dia da consulta ou exame até o dia do atendimento, e não ocorre isoladamente, é constante nos serviços públicos de saúde.

Os referidos autores que no requisito demora no atendimento, concluíram que a política publica voltada para a pessoa idosa no Brasil, não está sendo exercida à luz do que diz no Art. 10, onde “os serviços de saúde têm que garantir ao idoso a assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde”, e apontam a necessidade de reformulação no serviço de atendimento a pessoas idosas.

Fatores relacionados às dificuldades de atendimento foram igualmente encontrados no estudo de Pontes et al., (2010), como por exemplo, as grandes filas em hospitais públicos para atendimento de emergência e a longa espera para cirurgias eletivas, bem como a dificuldade de conseguir acesso a determinados serviços, corroborando com dados os dados aqui apontados.

Os mesmos autores identificaram que apesar das dificuldades apontadas pelos usuários, foi destacada satisfação ao conseguir ser atendido nesses serviços, bem como na assistência complementar, como por exemplo, o acesso a medicações, exames e consultas ambulatoriais para acompanhamento. E avaliaram positivamente o atendimento, definindo-os como sendo rápido e eficiente, e portanto, evidenciando alinhamento dos resultados do estudo em tela com a literatura.

### Pontuando facilidades

No que tange as facilidades, os depoimentos revelaram que parte dos idosos conseguiu atendimento de forma acessível e descomplicada durante o caminho percorrido.

Outros disseram não terem encontrado nenhum obstáculo para agendar consultas, realizar exames ou conseguir internação. Todavia, foi observado nestes depoimentos que, as facilidades estavam relacionadas aos vínculos sociais e/ou familiares que os idosos possuíam.

Idoso nº3: “Foi por intermédio de uma amiga minha. Essa minha amiga ela se consultava aqui, então como ela andava e eu tinha esse problema de coração, ela então me aconselhou eu vir para aqui. Ai ela conseguiu fazer uma ficha aqui e eu consegui marcar, e eu estou até hoje”. (E3 L. 32-35)

Idoso nº6: “Eu estava no Alcides Carneiro e o médico de lá estava cuidando de mim, é até sobrinho da minha mulher, eu falei com ele que eu precisava de um tratamento contínuo, ai ele indicou isso pra mim (a internação) e eu vim para cá. Esse médico me indicou” (E6 L. 61-64)

Idoso nº6: “Eu vim ai na recepção, me deram um papelzinho (encaminhamento), e eu consegui marcar”. Então sai de casa trouxe o papelzinho na recepção e marcou difícil não foi não.” (E6 L. 90-92).

Os idosos que avaliaram a trajetória “fácil” no contexto da saúde pública tinham relações sociais favoráveis e receberam ajuda para conseguir o agendamento de consultas, exames e/ou a hospitalização. Os dados revelaram que o enfrentamento do processo de tratamento e da hospitalização apresentou variações importantes entre os entrevistados, alguns depoimentos revelaram facilidades no percurso do tratamento, outros desafios e dificuldades.

### Revelando - Avaliações

Com relação avaliação do tratamento/cuidado recebido durante o processo de tratamento a maioria dos depoimentos revelou uma apreciação e opinião acerca

do tratamento instituído, revelando que a vivência e a experiência da pessoa idosa durante esse processo foi satisfatória e adequada.

Entretanto, na maioria dos depoimentos identificamos que apesar dos idosos afirmarem que os serviços de saúde atenderam as suas necessidades, as falas revelaram demora no agendamento das consultas e exames, internações, número insuficiente de profissionais, e de especialistas conforme nos depoimentos a seguir:

Idoso nº 6: "Difícil não foi não (marcar a consulta), mais difícil está sendo agora que leva muitos dias para conseguir chegar (a próxima consulta). Então sai de casa trouxe o papelzinho na recepção e marcou esta consulta (se referindo a consulta da enfermagem). [...] E assim com essa marcação, tem desde do dia 23 de junho, dando 2 meses de marcação esta dando dois meses de intervalo, nesse intervalo a gente pode ate morrer." (E6 L. 91-94).

Idoso nº3: "Ah, sem duvida, eu aqui praticamente eu vivo normal com o tratamento que eu tenho aqui, tenho os remédios que me dão de graça. Encontrei um caminho, aqui eu fiquei e parei e não pretendo sair não, peço a Deus para não me mandarem embora. Eu estou sendo muito bem atendido pelos médicos, pelos enfermeiros, tenho sido muito bem atendido." (E3 L.39-44)

### Revelando - Sugestões

Ao abordarmos a questão sobre quais mudanças deveriam ser efetuadas nos serviços de saúde para melhorar e/ou aperfeiçoar o atendimento da pessoa idosa em processo de tratamento no âmbito ambulatorial ou hospitalar, muitos disseram que não tinham nada para sugerir, que o atendimento é ótimo, é nota 1000 e que atendeu todas as suas necessidades durante o processo de tratamento.

Idoso nº 23: "Uma sugestão é até difícil de dizer, porque tratam muito bem, vou exigir mais, exigir mais o quê? Vou querer uma coisa que não está no alcance, está ótimo!" (E22 L. 65-67).

Idoso nº 24: “O serviço que vocês fazem, é uma coisa assim do outro mundo, é uma coisa preciosa. Não tenho não (sugestão), acho que não tem como (melhorar), o tratamento, a simpatia, levando as coisas a sério não tem coisa igual, isso é muito importante”. Isso (referindo o serviço), é nota 1000, estou satisfeito, é bom demais, não tem coisa igual [...]” (E24 L.57-62).

Idoso nº3: “Ah, eu fui no A.C. (nome do hospital) eu não me lembro de quando foi, mas sei que foi por de uma crise que tive muito forte. Ah! lembro-me agora, e eu tive trombose nessa perna aqui (direita), e eu quase desmaiava de tanta dor, então precisei internar e fiz o tratamento da trombose, fiquei 20 dias lá e depois fui para casa. Fu bem atendido, na época fui muito bem atendido. Tudo, tudo, tudo certinho. Tudo que eu precisei, inclusive durante a noite, quando eu acordava 2 horas da manhã gritando de dor, o enfermeiro na mesma hora corria lá com o remédio [...]” (E3 L.39-51).

Outros pontuaram que há necessidade de melhorar o atendimento, contratar mais profissionais de saúde (enfermagem e médicos, inclusive especialistas), antecipar o agendamento e promover ações educativas que promovam a conscientização da população da necessidade de prevenção.

Idoso nº25: “Pode melhorar sim, ter mais médicos, marcar (a consulta) mais rápido, que as vezes a gente marca leva 2 meses para ter a consulta é melhor se fosse um negocio mais rápido, tem exame que eu levo 3 meses (para realizar) eu corro atrás até conseguir, não posso pagar um plano de saúde, tem que correr atrás, eu corro atrás outros (se refere as outras pessoas) esquecem eu não esqueço [...]” (E25 L. 114-119).

Idoso nº8: “Eu tô achando que tem pouco funcionário. É, tem dia que quando esta tudo cheio, lotado (a enfermeria) os funcionários são poucos, uns chamam daqui eles dizem esperem que eu já venho. Como hoje de manha eu falei assim, aqui eu quero ir no banheiro que a bolsa (colostomia) estava cheia, estava dando ar, eu quero ir no banheiro ela disse espera aí um pouquinho que já venho[...]. Então precisa de mais profissionais.” (E1 L.172-183).

Idoso nº 4: “Capacitar” as pessoas (se referindo à população), a se cuidar mais, sabe? Não deixar passar e sempre procurar um médico, se deixar (se demorar) acontece o que aconteceu comigo. Eu fazia os exames, um ano que eu deixei de fazer, eu estava com o papel (o pedido), eu não fiz, quando eu fui fazer outra vez apareceu (câncer de pulmão). Em um ano como é que se diz... Não sei como [...].” (E4 L.141-149).

Os depoimentos encontrados neste estudo estão de acordo com os resultados encontrados no estudo de Moimaz et al. (2010), no qual os participantes citaram acabar com a demora no atendimento, contratar mais médicos, atender com satisfação, melhorar o agendamento e conscientizar os profissionais de saúde para um atendimento voltado para a prevenção da população.

Os autores supracitados ainda concluem que, a percepção dos usuários é determinante para mudanças no setor da saúde, e que serve de subsídios para novos planejamentos e direcionamentos no atendimento à saúde da população.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As considerações finais deste estudo foram delineadas a partir da trajetória percorrida e da subjetividade da pessoa idosa em processo de tratamento e hospitalização e significado das experiências/vivências dos participantes nos diferentes serviços de saúde.

Quanto ao delineamento inicial, à luz do Interacionismo Simbólico que orienta o método Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), o foco do estudo foi a saúde, em particular a saúde mental do indivíduo idoso com demanda de tratamento cirúrgico. Entretanto, com a consolidação da análise dos depoimentos dos participantes, a trajetória percorrida pelo indivíduo idoso durante processo de tratamento, emergiu como o fenômeno central do estudo.

Por conseguinte, o fenômeno identificado foi ao encontro e transcendeu a tese inicial que norteou esta pesquisa. Revelou que a saúde da pessoa idosa em processo de tratamento é mediada e influenciada pela trajetória percorrida e pelas experiências e vivências de atendimento, podendo repercutir em antigas e novas demandas de cuidado.

A análise dos depoimentos apontou que a trajetória percorrida durante o processo de tratamento até a hospitalização e as experiências vivenciadas pelos idosos, tem repercussões importantes em sua saúde física e mental. Portanto, o conhecimento e análise do percurso da necessidade de cuidado até o pós tratamento cirúrgico e o surgimento de novas demandas, alcançou e superou o objetivo geral do estudo, permitindo afirmar que, a trajetória influencia e media as relações familiares e sociais.

Em atendimento ao primeiro objetivo específico, os dados e resultados trouxeram a caracterização clínico-social, para além da caracterização sociodemográfica dos idosos em processo de tratamento. Foi constituída predominantemente por mulheres, viúvas, com grau de escolaridade máximo de

ensino médio incompleto, com renda proveniente da aposentadoria e que residem com cônjuges ou irmãos.

Os achados clínico-sociais dos participantes apontaram a existência de vulnerabilidade individual, que pode interferir na saúde do idoso em processo de tratamento, e desencadear ondas de desequilíbrio na sua saúde e das pessoas com quem reside que não raramente, também são idosas.

Os dados relacionados ao estado de saúde física e mental dos idosos obtidos através dos instrumentos patronizados permitiram alcançar o segundo objetivo específico deste estudo. Os dados e resultados permitiram apreender que os idosos investigados são autônomos e possuem independência para realizar suas atividades de vida diária. Entretanto, apresentaram maior limitação na capacidade funcional, principalmente nos aspectos físicos da Escala SF-36, onde obtiveram um escore considerado baixo para melhor desempenho neste domínio, considerando-se que os escores da referida escala, para cada domínio podem variar de zero a 100 e, que quanto maior o valor, melhor a qualidade de vida relacionada com a saúde.

Em contrapartida, no que se refere ao diagnóstico da situação dos aspectos sociais, emocionais e vitalidade os idosos entrevistados apresentaram piores escores. Assim, a população estudada apresentou vulnerabilidade para agravos a saúde mental, de acordo com o elevado risco para depressão encontrado nos instrumentos.

Portanto, os resultados emergentes a partir do segundo objetivo apontam assim, demandas de cuidado a nível da atenção básica e novas questões para investigação nos diferentes níveis de atenção à saúde física e mental dos idosos atendidos nas instituições cenário e possivelmente na região serrana.

Ao descrever a trajetória do processo de tratamento, os participantes revelaram que suas experiências e vivências geraram uma diversidade de sensações como dor, mal estar e cansaço, pelas idas e vindas aos serviços de

saúde. As experiências descritas através dos depoimentos subsidiaram a análise para atender o terceiro e último objetivo específico delineado neste estudo.

Apontaram os bônus e ônus à sua saúde, advindos das necessárias e das compulsórias relações pessoais, por vezes estabelecidas em desvio ou de forma alternativa ao modelo de assistência do Sistema Único de Saúde, de forma a acessar o tratamento à sua saúde em tempo de não perder a validade de seus exames.

Desafios não antecipados pelos idosos resultaram em novas interpretações do processo de tratamento, cujo percurso outrora pensado ser percorrido com independência pelos participantes, passou demandar de ajuda de familiares, pessoas próximas e mesmo distantes, como contatos políticos.

Esse percurso com desafios de diferentes grandezas e impacto particular na vida de cada um dos indivíduos entrevistados, teve repercussões na saúde mental do grupo, que verbalizou sentimentos de culpa, medo e dúvida quanto ao diagnóstico e no tratamento. Sentimentos que alinhados como os escores obtidos na Escala de Depressão Geriátrica, onde 21 ou 91,30% dos 23 participantes foram identificados como de alto risco para depressão e na Escala SF-36 em que 52,17% (n=12) dos idosos também obtiveram os piores escores para os aspectos emocionais, indicam propensão para importante desequilíbrio ou agravo do estado de saúde.

Destarte, trajetória do processo de tratamento percorrida por esse idoso, reflete no contexto familiar, pois quando o idoso não consegue dar conta das suas necessidades em saúde, ele necessita do auxílio e apoio dos entes queridos, que na maioria das vezes deixam seus afazeres para se tornar coadjuvantes no tratamento. Por este motivo, a família tem o significado de porto seguro para a maioria dos idosos participantes.

Portanto, para os idosos entrevistados, a construção dos significados no processo de tratamento está relacionada com apreensão e concepção que ele

mesmo constrói a partir da interação com símbolos, como os encaminhamentos do sistema de referência o meio, como as unidades e serviços de saúde por que passa e das relações sociais, estabelecidas com familiares, amigos e profissionais com quem interagem.

Em diferentes momentos da trajetória e estações ou unidades visitadas no sistema de saúde - desde sua residência à hospitalização pós-cirúrgica - a vivência em relação à doença, o processo de tratamento e suas interações trouxeram sentimentos e sensações nem sempre agradáveis para o idoso, resultando em novos significados e interações, principalmente no que tange a descoberta ou conscientização do diagnóstico com demanda cirúrgica, momento em que os participantes expressaram percepção do estado de vulnerabilidade e sentimentos de incerteza e tristeza.

Concomitante à necessidade de entender a doença, o processo de tratamento e a hospitalização os depoimentos proporcionam constatação que diferentes formas de enfrentamento do processo de tratamento foram observadas. Tais estratégias estão relacionadas e são influenciadas pelo meio em que o indivíduo idoso está inserido, que podendo ser determinante em tornar a trajetória percorrida tranquila ou sofrida, mediada pelas relações sociais produtivas, que apareceram como facilitadoras do acesso ao tratamento.

Com relação à percepção do idoso em relação ao processo de tratamento que ele recebe, foram observadas contradições da ordem de reconhecimento e propositivas. Ao mesmo tempo em que indivíduos idosos apontam um contentamento e reconhecimento do serviço prestado por parte das instituições cenário, e dos profissionais envolvidos no tratamento e cuidado prestado, outros participantes tecem críticas ao fluxo burocratizado e sugerem melhorias, principalmente no nas competências e relações sociais profissionais ou recursos humanos das unidades cenário.

Os significados para as pessoas idosas acerca da saúde e doença nos remetem aos significados apreendidos nas premissas do Interacionismo Simbólico,

em que, a pessoa age, no sentido de reagir ou responder à doença, à trajetória do processo de tratamento e a partir das interações sociais com os profissionais de saúde e com o meio que ele ocorre – seja ele ambulatorial ou hospitalar.

Cenários onde, a doença e a saúde são manipuladas e modificadas por pedidos, formulários, encaminhamentos, exames, procedimentos e essencialmente relações e interações sociais nos atendimentos e cuidados à saúde de todos e em particular de cada indivíduo, sua bagagem, suas experiências e portanto, suas resignificações.

Um processo interpretativo baseado em dados oriundos das vozes dos participantes, que proporciona subsídios para uma prática em saúde e enfermagem cuja atuação multidimensional local ou singular tem repercussões globais em diferentes demandas individuais de saúde, níveis de atenção e contextos do sistema.

Portanto, o modelo proposto pela ótica da enfermagem gerontológica evidencia as demandas de cuidado em saúde a partir do conhecimento da trajetória percorrida, as experiências, a vivência, o atendimento e os significados do processo de tratamento e da hospitalização para a pessoa idosa. As escalas de avaliação concorreram para robustez dos dados subjetivos, das experiências densas e singulares, apontadas nos depoimentos dos idosos participantes.

Ainda que conduzido em uma cidade serrana, o estudo apresentou elementos comuns a processos de tratamento vivenciados na comunidade global, e, por conseguinte, demandas de cuidado experimentadas por pessoas de todas as idades.

Inspirado pelo contexto de um bairro de classe trabalhadora de uma cidade serrana que floresceu, cortada por uma ferrovia, inspirou a criação da estrutura de um modelo teórico do processo de tratamento em saúde e a própria saúde mental das pessoas. Uma trajetória percorrida com a bagagem que não se destaca do ser, que pode se tornar mais pesada, com o passar pelas estações até a chegada ao

destino ou estação “final” ou alta da cirurgia a caminho do ponto de saída. Uma saída contextual, até que novas demandas venham a emergir resultando em interações e resigificações na saúde e na vida.

Dentre as limitações do estudo está a necessidade prolongamento da coleta de dados qualitativos e quantitativos em cenários, processos, percursos e culturas diversas, em favor da verificação de possíveis variações em demandas de cuidados.

Elencadas como destaques das recomendações em curto prazo estão a ampliação da amostra quantitativa; disseminação dos resultados junto aos gestores e profissionais atuantes nos percursos pesquisados e em particular nas unidades cenário; desenho de proposta de intervenção na modalidade caso controle a ser testada e implementada no ambulatório e no hospital.

## REFERÊNCIAS

ALBERTI Verena. **História Oral: A Experiência do CPDOC**. Rio de Janeiro: Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil. Editora: Fundação Getúlio Vargas, 1990. p.101-152.

ALBERTI, Verena. **Manual de História Oral**. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 2004. 236p.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. **O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios**. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p.117-39.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**, v.18, supl.2, 2009. Disponível em: <[www.revistas.usp.br/sausoc/article](http://www.revistas.usp.br/sausoc/article)>. Acesso em junho de 2015 e março de 2016.

ALENCAR, Albuquerque, SANTOS, Jaqueline de Oliveira, HINO, Paula. Vivência de situação de violência contra idosos. **REAS** [Internet]. v. 3, n. 1, p. 74-83, 2014. Disponível em: <<http://www.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/>>. Acesso em setembro de 2015.

ALVES, Luciana Correia; LEITE, Lúri da Costa; MACHADO, Carla Jorge. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1199-1207, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>> Acesso em setembro de 2015.

AURÉLIO, Buarque de Holanda Ferreira. **Dicionário da Língua Portuguesa**. 7 ed. Curitiba: Positivo, p. 456; 655; 680 e 788, 2008.

BODSTEIN, Airton; LIMA, Valéria Vanda Azevedo de; BARROS, Angela Maria Abreu de. A vulnerabilidade do idoso em situações de desastres: necessidade de uma política de resiliência eficaz. **Ambient. Soc.**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 157-174, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em março 2016.

BOLTELHO, Louise de Lira Roedel; CUNHA, Cristiano Castro de Almeida; MACEDO, Marcelo. O método da Revisão Integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Sociedade**. Belo Horizonte, v. 5. n. 11 p. 121-136, 2011. ISSN 1980-5756.

Disponível em: <<http://www.gestaosociedade.org/article/download/1220/906>>. Acesso em setembro de 2014.

BLUMER, Herbert. **On the Methodological Status of Symbolic Interactionism**. Englewood. Cliffs, NJ: Prentice Hall, p.119-138, 1969.

BLUMER, Herbert. **Symbolic Interacionism: perspective e method**. Berkeley (CA): University of California; 1969.

BRASIL. **Lei nº 8.842, de 4 de Janeiro de 1994**. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília – DF, 1994. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8842.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm). Acesso em setembro de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Ministério da Saúde, 2006. Caderno de Atenção Básica, nº 19. 192 p. Brasília: DF. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/velhecsaude\\_pessoa\\_idosa.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/velhecsaude_pessoa_idosa.pdf)>. Acesso em maio de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Enfrentamento A Violência com a Pessoa Idosa**, 2014. Brasília/DF. Disponível em: <<http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoa-idosa/publicacoes/violencia-contra-a-pessoa-idosa>>. Acesso em maio de 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/2012**. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Aprovada pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS) na 240ª Reunião Ordinária, em dezembro de 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em julho de 2013.

BRASIL. **Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário oficial da União 2003. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/L10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm)>. Acesso em maio de 2015.

BRASIL. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003** [Estatuto do idoso (2003)]. Legislação sobre o idoso e legislação correlata [recurso eletrônico]. – 3 ed. – Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação Edições Câmara, 2013. 124 p. – (Série legislação; n. 104). Disponível em:

<<http://www2.camara.leg.br/responsabilidade-social/acessibilidade/legislacao-pdf>>. Acesso em junho de 2015.

BRASIL. **Lei nº 12.213 de 20 de janeiro de 2010**. Institui o Fundo Nacional do Idoso e autoriza deduzir do imposto de renda devido pelas pessoas físicas e jurídicas as doações efetuadas aos Fundos Municipais, Estaduais e Nacional do Idoso. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2010/Lei/L12213.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12213.htm)>. Acesso em julho de 2015.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990. 168 p. (Série Legislação Brasileira). Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm). Acesso em outubro de 2015.

BRETAS, José Roberto da Silva. Vulnerabilidade e adolescência. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.** v.10, n.2, p.89-96 São Paulo, dezembro de 2010. Disponível em: <<http://www.sobep.org.br/revista/images/stories/pdf>>. Acesso em junho de 2015.

BRITO, Tábatta Renata Pereira de; COSTA, Reijane Salazar; PAVARINI, Sofia Cristina Iost. Idosos com alteração cognitiva em contexto de pobreza: estudando a rede de apoio social. **Rev. esc. enferm.** USP, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 906-913, Aug. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em setembro de 2015.

CÂMARA, Ana Maria Chagas Sette et al. Percepção do Processo Saúde-doença: significados e valores da educação em saúde. **Rev. Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 1, Supl. 1, p. 40-50. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1s1/v36n1s1a06.pdf>>. Acesso em setembro 2014.

CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange. Perspectivas de crescimento para a população brasileira: velhos e novos resultados. Rio de Janeiro: **IPEA**, 2009 (Texto para Discussão, n. 1.426). Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td\\_1426.pdf](http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td_1426.pdf)>. Acesso em agosto de 2015.

CAMPOLINA, Alessandro Gonçalves; DINI, Patrícia Skolau de; CICONELLI, Rozana Mesquita. Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade em São Paulo (SP, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, 2011. Avaliação em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em setembro de 2014.

CANZONIERI, Ana Maria. **Metodologia da Pesquisa qualitativa na saúde**. Editora Vozes. Petrópolis, RJ, p. 39-40, 2010.

CARVALHO, Michelle Adler Normando et al. Qualidade de Vida de Pacientes Hipertensos e Comparação entre dois Instrumentos de Medida de QVRS. **Arq Bras Cardiol.**, v. 98, n.5, p. 442-451, 2012. Universidade Federal do Maranhão – São Luiz, MA – Brasil. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v98n5/aop03112.pdf>. Acesso em dezembro de 2016.

CASSIANI, Silvia Helena De Bortoli; CALIRI, Maria Helena Larcher; PELÁ, Nilza Teresa Rotter. A Teoria Fundamentada nos Dados como Abordagem da Pesquisa Interpretativa. **Revista. Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto. v. 4, n.3, p.75-88, 1996. Acesso em novembro de 2018.

CICONELLI, Rozana Mesquita et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Rev. bras. reumatol**; v. 39, n. 3 p.143-50, maio-jun. 1999. Disponível em: <<http://bases.bireme.br>>. Acesso em maio de 2015.

CIOSAK, Suely Itsuko et al. Senescência e senilidade: novo paradigma na Atenção Básica de Saúde. **Rev Esc Enferm USP**, 2011; v. 45 (Esp. 2), p.1763-8. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em junho de 2015.

CESARI , Matteo et al. Frailty syndrome and skeletal muscle: results from the Invecchiare in Chianti study. **Am J Clin Nutr** v. 83, n. 5, p.1142-8. 2006. Available in: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16685058>>. Acesso em junho de 2015.

CHARMAZ Kathy. **A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa**. Porto Alegre (RS): Artmed; 2009.

CHARMAZ, Kathy. **Experiencing Chronic Illness**. In: G. L. Albrecht e R. Fitzpatrick (Eds.), *The Handbook of Social Studies in Health and Medicine*. London, England, UK: SAGE, 2006. p. 277-292.

CUNHA, Ulisses Gabriel de Vasconcelos. **Depressão e Demência: Diagnóstico Diferencial**. In: FREITAS, E.V. et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p.165.

DA SIVA, Jaqueline. **Teorias do Envelhecimento**. In: SANTOS, F.H.; SANTANA, R. (Org.). Cuidados de Enfermagem Gerontológica: Modelos e Práticas. (Prelo). Rio de Janeiro, 2016.

DA SILVA, Jaqueline. Consumo de pesquisa, saúde intelectual e retorno social em reflexão sobre a prática da enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.12, n. 3, p. 403-05, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em 30 de julho de 2015.

DA SILVA, Jaqueline. **Motivation for Self-Care in Older Women with Heart Disease and Diabetes** – A Balancing Act. Unpublished PhD Dissertation, University of California. San Francisco-CA, 2003. 223p.

DA SILVA, Jaqueline. **Estar e Ser Idoso: Aspectos Geriátricos e Gerontológicos**. In: FIGUEIREDO, N.M.A. e TONINI, (Org.). Gerontologia – Atuação da Enfermagem no Processo de Envelhecimento. São Paulo: Yendis, 2006, p.82; e 91-92.

DATASUS. Ministério da Saúde. Apresenta: **Indicadores Demográficos Segundo o IBGE e Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) 2014**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em setembro de 2015. p. 485-88.

EUROPEAN UNION. **Active ageing and solidarity between generations - A statistical portrait of the European Union 2012**. UNION, 2011. Disponível em: <<http://ec.europa.eu/eurostat/documentspdf>>. Acesso em julho de 2015.

DUQUE, Andrezza Marques, et al. Violência contra idosos no ambiente doméstico: prevalência e fatores associados (Recife/PE). **Ciênc. saúde coletiva**, 17(8): 2199-2208, 2012. Disponível em: <http://www.portalinclusivo.ce.gov.br/phocadownload/artigosidoso/violenciacontraidoso/snoambientedomstico.pdf>. Acesso em dezembro de 2016.

FERRARI, Juliane; DALACORTE, Roberta. Uso da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 3-8, 2007. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewArticle>>. Acesso em agosto de 2015.

FRANK, Mônica Hupsel; RODRIGUES, Nara Costa. **Depressão, Ansiedade, Outros Distúrbios Afetivos e Suicídio**. In: FREITAS, E.V. et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2. ed. 2006. p. 376-377.

FRIED, Linda et al. Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype, **J Gerontol A Biol Sci Med Sci** (2001) 56 (3) MI46-MI146-157 doi:10.1093/gerona/56.3MI146.

Disponível em:

<<http://biomedgerontology.oxfordjournals.org/content/56/3/M146.full.pdf>>. Acesso em 10 de setembro de 2015.

FERREIRA, Olívia Galvão Lucena et al . Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. **Texto contexto - enferm.** Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 513-518, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em 21 de março de 2016.

FREITAS, Maria Célia; QUEIROZ, Terezinha Almeida; SOUSA, Jacy Aurélia Vieira. O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 407-412, 2010.

FREITAS, Roberta Souza et al . Capacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo populacional. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 25, n. 6, p. 933-939, 2012 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em 09 de setembro de 2015.

GARRIDO, Regiane; MENEZES, Paulo R. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo, v. 24, supl. 1, p. 3-6, Apr. 2002. Available from: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em 10 de setembro de 2015.

GOTTLIEB, Maria Gabriela Valle et al. Envelhecimento e Longevidade no Rio Grande do Sul: um perfil histórico, étnico e de morbi-mortalidade dos idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, 2011 . Disponível em: <<http://revista.unati.uerj.br/scielo.php>>. Acesso em 14 de abril de 2015. Acesso em julho de 2013.

GOULART, Flavio Andrade. **Doenças crônicas não transmissíveis: Estratégias de controle e desafios para os sistemas de saúde.** Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2011. p. 92.

GOUVEIA, Giselle Campos et al. Satisfação dos usuários com a assistência de saúde no estado de Pernambuco, Brasil, 2005. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, n. 3, p. 1849-1861, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v16n3/20.pdf>>. Acesso em março de 2016.

HAGUETTE, Teresa Maria Frota. **Metodologias Qualitativas na Sociologia.** 13ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011. p. 26.

HANSEL, Cristina Gonçalves. **Envelhecimento Institucionalizado do Portador de Transtorno Mental: O Viver e o Cuidar dos Profissionais de Enfermagem de um Hospital Psiquiátrico**. [Dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ; 2008.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010. Departamento de População e Indicadores Sociais**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em maio de 2012.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 1940/2010. Departamento de População e Indicadores Sociais**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em maio de 2012

IBGEa - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD**. 2011. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/graficos\\_dinamicos/pnad\\_2011/](http://www.ibge.gov.br/graficos_dinamicos/pnad_2011/)>. Acesso em maio de 2013.

IBGEb - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD**. 2011. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2011/default.shtm>. Acesso em novembro de 2018.

KATZ, Sidney; DOWNS, Thomas; CASH, Helen et al. **Progress in the Development of Index of Activities of Daily Living**. In: *The Gerontologist*, v. 10, p.20-30, 1970.

KUNRATH, Ângela Antônia Ferreira; JUNGES, José Roque; LOPEZ, Laura Cecilia. Vulnerabilidades e subjetividades de pessoas com diagnóstico e tratamento de hepatite C. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 225-233, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em março de 2016.

KANE, Robert Lewis et al. **Implicações clínicas do processo de envelhecimento**. In: KANE, R.L. *Fundamentos de Geriatria Clínica* [recurso eletrônico]. 7 ed. Artmed: 2015. Disponível em: <<https://books.google.com.br>>. Acesso em junho de 2015.

LIMA, Cláudia Regina Vieira. **Políticas públicas para idosos [manuscrito]: a realidade das Instituições de Longa Permanência para Idosos no Distrito Federal**. [Monografia de especialização]. Distrito Federal (DF): Curso em Legislativo e Políticas Públicas, Câmara dos Deputados, Centro de Formação, Treinamento e Aperfeiçoamento (Cefor); 2011 120 f. Disponível em: <<http://bd.camara.gov.br>>. Acesso em abril de 2015.

LOPES, Consuelo Helena Aires de Freitas; JORGE, Maria Salete Bessa. Interacionismo simbólico e a possibilidade para o cuidar interativo em enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 103-108, 2005. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em setembro de 2015.

MANIVA, Samia Jardelle Costa de Freitas, et al. Vivendo o acidente vascular encefálico agudo: significados da doença para pessoas hospitalizadas. **Rev Esc Enferm USP**; v. 47, n. 2, p. 362-8, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/13.pdf>>. Acesso em setembro de 2015.

MARCK, Patricia et. al. Safety in home care: A research protocol for studying medication management. **Implementation Science**, v. 5, n. 43. 2010 Disponível em: <<http://www.implementationscience.com/content/5/1/43>>. Acesso em agosto de 2015.

MARTIN, Susana Rubio. LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN: EL PILAR DE LA EXCELENCIA DE LA ENFERMERÍA BASADA EN LA EVIDENCIA. **Enfermería en Cardiología** n. 58-59 /1. y 2. Cuatrim. 2013. Disponível em: <[http://www.enfermeriaencardiologia.com/revista/58\\_59\\_01.pdf](http://www.enfermeriaencardiologia.com/revista/58_59_01.pdf)>. Acesso em maio de 2015.

MELO, Natália Calais Vaz; FERREIRA, Marco Aurélio Marques; TEIXEIRA, Karla Maria Damiano Teixeira. Condições de vida dos idosos no Brasil: uma análise a partir da renda e nível de escolaridade. **Oikos: Revista Brasileira de Economia Doméstica** v. 25, n.1, p. 004-019, Viçosa, 2014. Disponível em: <http://www.seer.ufv.br/seer/oikos/index.php/httpwwwseerufvbrseeroikos/article/viewFile/154/182>. Acesso em dezembro de 2016.

MOIMAZ, Suzely Adas Saliba et al . Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312010000400019](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000400019)>- <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000400019>>. Acesso em setembro de 2014.

MONTAGNER, Miguel Ângelo. **Trajetórias e biografias: notas para uma análise bourdieusiana Sociologias**, Porto Alegre, ano 9, n 17, p. 254-255, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/soc/n17/a10n17.pdf>>. Acesso em setembro de 2015.

MORAES, Edgar Nunes. **Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais.** / Edgar Nunes de Moraes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 98 p.: il

MOTTA, Claudia Carvalho Respeita, HANSEL, Cristina Gonçalves, DA SILVA, Jaqueline. Perfil de internações de pessoas idosas em um hospital público. **Revista Eletr.** [internet]. v.12, n. 3, p. 471-7, 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a08.htm>. doi: 10.5216/ree.v12i3.6865>. Acesso em maio de 2014.

MOTTA, Luciana Branco. **Processo do Envelhecimento**. In: SALDANHA, A. L.; CALDAS, C.P. (Org). Saúde do Idoso - A Arte de Cuidar. Rio de Janeiro: Interciência, 2. ed. p. 117-124, 2004.

NICHIATA, Lucia Yasuko Izumi et al. A utilização do conceito "vulnerabilidade" pela enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 5, p. 923-928, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em junho de 2015.

NUNES, Daniella Pires et al . Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipes de Saúde da Família de Goiânia (GO, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2887-2898, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413)>. Acesso em julho 2013.

OLIVEIRA, Ana Cristhina. Promoção de saúde e a funcionalidade humana. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 26, n. 1: p. 1-4, 2013. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-677913>>. Acesso em agosto de 2014.

OLIVEIRA, Rosane Mara Pontes. **O Idoso com Problemas Mentais - Aspectos Clínicos**. In: FIGUEIREDO, N.M.A.; TONINI, T. (Org.). Gerontologia – Atuação da Enfermagem no Processo de Envelhecimento. São Paulo: Yendis, p. 263 e 269. 2006.

ONU / UNFPA. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA). **Relatório sobre a Situação da População Mundial 2011**. Disponível em: <<http://www.onu.org.br/unfpa-lanca-relatorio-sobre-a-situacao-da-populacao-mundial>>. Acesso em maio de 2014.

ONU. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento, 2002** / Organização das Nações Unidas; tradução de Arlene Santos. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003. – 49p. Disponível em: <[www.onu.org.br/a-onu-em-acao/a-onu.../a-onu-e-as-pessoas-idosas](http://www.onu.org.br/a-onu-em-acao/a-onu.../a-onu-e-as-pessoas-idosas)>, Acesso em maio de 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) -1946**. Disponível em:

<<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>>. Acesso em setembro de 2014.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Datos y estadísticas. Esperanza de vida 2010**. Disponível em:

<<http://www.who.int/research/esdatosyestadisticas>>. Acesso em junho de 2013.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). **Guia clínico para atención primaria a los personas mayores**. 3 ed. Washington: OPAS, 2003.

Disponível em: <<http://issuu.com/cuidardeidosos/docs/caderno-de-aten--o-b-sica---envelhecimento-e-saude/191>>. Acesso em julho de 2015.

PENMAN Joy, Oliver Mary, HARRINGTON Ann. Spirituality and spiritual engagement as perceived by palliative care clients and caregivers. **Aust J Adv Nurs**. n. 26, p. 29-35, 2009. Disponível em:<[http://www.ajan.com.au/Vol26/26-4\\_Penman.pdf](http://www.ajan.com.au/Vol26/26-4_Penman.pdf). > Acesso em setembro de 2015.

PEREIRA, Adriana Lemos et al. PAISI – **Programa de Atenção Integral à Saúde do Idoso**. In: FIGUEIREDO, Nebia Maria Almeida. (Org.) Ensinando a cuidar em saúde pública. São Caetano do Sul: Yendis, 2005. p. 290-296.

PINHO, Miriam Ximenes; CUSTODIO, Osvaldir; MAKDISSE, Marcia. Incidência de depressão e fatores associados em idosos residentes na comunidade: Revisão da literatura. . **Rev. bras.geriatr.gerontol.** v. 12, n. 1, p. 123-140, 2009.

POLIT, Denise; BECK Cheryl; **Avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem**. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, p. 317-326. 2011.

POLIT, Denise; BECK Cheryl; HUNGLER, Bernadette. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem – Métodos, Avaliação e Utilização**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, p. 313 e 367-369. 2004

PONTES, Ana Paula Munhen de et al . Facilidades de acesso reveladas pelos usuários do Sistema Único de Saúde. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 63, n. 4, p. 574-580, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em setembro de 2015.

RADUENZ Anna Carolina, et al. Cuidados de enfermagem e segurança do paciente: visualizando a organização, acondicionamento e distribuição de medicamentos com método de pesquisa fotográfica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [Internet]. 2010.

Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/pt\\_02](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/pt_02)>. Acesso em agosto de 2015.

RAMOS, Luiz Roberto et al. Perguntas mínimas para rastrear dependência em atividades da vida diária em idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 506-513, 2013. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/scielo.php>>. Acesso em setembro de 2015.

SALES, Manuela Vasconcelos de Castro et.al. Efeitos adversos da internação hospitalar para o idoso. **Rev. bras.geriatr.gerontol.** v. 4 n.4, p. 238-246, 2010. Disponível em: <<http://proqualis.net/artigo/eventos-adversos-em-pacientes-idosos-internados-um-estudo-prospectivo>>. Acesso em julho de 2015.

SANTOS, Alessandra Fátima de Mattos; ASSIS, Mônica. Vulnerabilidade das idosas ao HIV/AIDS despertar das políticas públicas e profissionais de saúde no contexto da atenção integral – revisão de literatura. **Rev. bras.geriatr.gerontol.**, v. 14, n. 1, p. 147-57, 2011. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal>>. Acesso em junho de 2015.

SANTOS, Livia Firmino et al. Evidências de absenteísmo na enfermagem: Revisão Integrativa. **Rev enferm UFPE on line**. Recife,v. 8, n. 10, p.3483-91, 2014. Disponível em: <[http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6182/pdf\\_6309](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6182/pdf_6309)> Acesso em agosto de 2015.

SANTOS, Cristina Mamédio da Costa; PIMENTA, Cibele Andrucioli de Mattos and NOBRE, Moacyr Roberto Cuce. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. v. 15, n.3, p. 508-511, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt\\_v15n3a23.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a23.pdf)>. Acesso em julho de 2015.

SANTOS, Silvana Sidney Costa. Concepções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogeriatrica. **Rev Bras Enferm, Brasília**, v. 63, n. 6, p. 1035-1039, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672010000600025](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000600025) . Acesso em setembro de 2015.

SANTOS, Sérgio Ribeiro. Interacionismo Simbólico: uma abordagem teórica de análise na saúde. **UFPB**, 2008. Disponível em: <<http://www.ccs.ufpb.br/gepaie/lib/exe/fetch.php>>. Acesso em novembro de 2013

SANT'ANNA, Suze Rosa; HENNINGTON, Élide Promoção da saúde e redução das vulnerabilidades: estratégia de produção de saberes e (trans)formação do trabalho em saúde com base na Ergologia. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [Internet]. v. 14, n. 32, p. 207-215, 2010. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180114110017>. Acesso em novembro de 2018.

SILVA, Aila Cristina dos Santos; SANTOS, Iraci dos. Promoção do autocuidado de idosos para o envelhecer saudável: aplicação da teoria de nola pender. **Texto contexto - enferm**, Florianópolis, v. 19, 4, p. 745-753, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em setembro de 2015.

SILVEIRA, Rodrigo Eurípedes da et al . Gastos relacionados a hospitalizações de idosos no Brasil: perspectivas de uma década. **Einstein** (São Paulo), São Paulo, v. 11, n. 4, p. 514-20, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em agosto de 2015.

SOUZA, Petra Kelly Rabelo et al. Vulnerabilidade: análise do conceito na prática clínica do enfermeiro em ambulatório de HIV/AIDS. **Rev Bras Enferm**, Brasília v. 64, n. 2, p. 381-4, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.pdf>. Acesso em setembro de 2015.

SOUSA-MUÑOZ, Rilva Lopes et. al. Prevalência e fatores associados com ocorrência de delirium em adultos e idosos internados. **Rev Bras Clin Med**. São Paulo, v. 10, n. 4, p. 285-9, 2012. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n4/a3044.pdf>. Acesso em agosto de 2014

STEVENS, Georgia; FRIEDMAN, Dave; BALDWIN, Beverly. **Enfermagem Gerontopsiquiátrica** In: STUART, Gail e LARAIA, Michelle. T. **Enfermagem Psiquiátrica: Enfermagem Prática**. 6 ed Rio de Janeiro: Artmed, p. 840-848, 2001.

STRAUSS, Anselm; CORBIN, Juliet. **Pesquisa Qualitativa: Técnicas e Procedimentos para o Desenvolvimento de Teoria Fundamentada**. Anselm Strauss, Juliet Corbin; Tradução Luciane de Oliveira da Rocha. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

STRAUSS, Anselm; CORBIN, Juliet. **Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques**. Newbury Park, CA: SAGE, 1990.

STRAUSS, Anselm; CORBIN, Juliet. **Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory**. 2nd. ed. Thousand Oaks – CA: US: SAGE, 1998a.

SBGG. SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA [online], 2015. **Envelhecimento ativo**. Disponível em: <<http://sbgg.org.br/espaco-cuidador/envelhecimento-ativo/>>. Acesso em setembro de 2015.

TAVARES, Keila Okuda; VIEIRA, Janaína Cristina Scalco Lizyana; SILVA, Joseane Rodrigues; BASTOS, Carmen Célia Correia Barradas. **Envelhecer, adoecer e tornar-se dependente: a visão do idoso**. Revista Kairós Gerontologia, 15(3). Online ISSN 2176-901X - Print ISSN 1516-2567. São Paulo (SP), Brasil, 2012, jun.: 105-118. Disponível em: <file:///C:/Users/hansel/Downloads/8979-33219-1-PB.pdf>. Acesso em setembro de 2015.

ONU / UNFPA. UNITED NATIONS POPULATION FUND, 2012. **Ageing in the Twenty-First Century: A Celebration and a Challenge**. Disponível em: <<http://www.iagg.info/data/unfpahelpageageinginthe21stcenturycelebrationandachallenge2012.pdf>>. Acesso em julho de 2015.

VERAS, Renato Peixoto. Fórum. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, 2007. Disponível em [/www.scielo.br/scielo.php](http://www.scielo.br/scielo.php). Acesso em junho de 2012.

VERAS, Renato Peixoto. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 231-238, 2012 Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em agosto de 2015.

VERAS, Renato Peixoto. Envelhecimento populacional contemporâneo: Demandas, Desafios e Inovações. **Rev. Saúde Pública** v. 43, n. 3, p. 548-54, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em dezembro de 2012.

VERAS, Renato Peixoto. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 705-715, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em setembro de 2015.

VERAS, Renato Peixoto. **Terceira Idade - Desafios para o Terceiro Milênio**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997.

VERAS, Renato Peixoto. **País Jovem com Cabelos Brancos: A Saúde do Idoso no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

WILSON, Holly; HUTCHINSON, Sally. Triangulation of Qualitative Methods: Heideggerian Hermeneutics and Grounded Theory. **Qualitative Health Research**, 1998.

WHO. World Health **Organization Envelhecimento ativo: uma política de saúde / World Health Organization**; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_ativo.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf)>. Acesso em junho de 2015.

YESAVAGE, Jerome et al. Development and validation of a geriatric screening scale. **Journal of Psychiatry Research**, v. 17, p. 37-49, 1983.

WELFER, Marcia. **Causas de Internação em uma Unidade Geriátrica de um Hospital Terciário na Região Metropolitana de Porto Alegre / RS**. 2007. (Dissertação de mestrado. Orientador: José Luiz da Costa Vieira) PUC / RS, 57 p. Disponível em: <http://meriva.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/3608/1/000389643-Texto%2bCompleto-0.pdf> Acesso em novembro de 2018.

ZANATTA, Elisangela Argenta; MOTTA, Maria da Graça Corso. Violence in the view of young people in the perspective of corporeality and vulnerability. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 476-485, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072015000200476&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000200476&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: novembro de 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015001302014>.

## Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Resolução 466/12

Universidade Federal do Rio de Janeiro – Escola de Enfermagem Anna Nery  
 Coordenação Geral de Pós-Graduação e Pesquisa-Curso de Doutorado em Enfermagem  
 Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica – Núcleo de Pesquisa em Enfermagem Hospitalar

Pesquisa: Avaliação da saúde mental de idosos em processo de tratamento e hospitalização: implicações para o cuidado de enfermagem  
 Doutoranda: Cristina Gonçalves Hansel  
 Orientadora: Jaqueline Da Silva, PhD.

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Sr(a) foi selecionado(a) e está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada: Avaliação da saúde mental de idosos em processo de tratamento e hospitalização: implicações para o cuidado de enfermagem que tem como objetivos: Avaliar se processo de tratamento e hospitalização tem repercussão na saúde mental das pessoas idosas; identificar características sociodemográficas e clínico-epidemiológicas da saúde física e mental de pessoas idosas em processo de tratamento e hospitalização; discutir o estado de saúde mental de pessoas idosas em processo de tratamento e hospitalização; analisar à luz do Interacionismo Simbólico a percepção/experiência da pessoa idosa acerca do processo de tratamento, da hospitalização e sua saúde mental e produzir subsídios para proposição de uma matriz teórica de atendimento em saúde para pessoa idosa em processo de tratamento e hospitalização. A pesquisa terá duração de 03 anos, com o término previsto para 2015. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Os dados coletados serão utilizados apenas NESTA pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de entrevista semi-estruturada com perguntas abertas. A entrevista será gravada em MP3 para posterior transcrição – que será guardado por cinco (05) anos e incinerada após esse período.

Sr(a) não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. Durante a entrevista há risco de constrangimento pela lembrança de momentos difíceis, em tal ocorrência, a demanda de cuidado será prontamente atendida pela pesquisadora, documentada em prontuário e procedido acompanhamento subsequente até sua estabilização e/ou resolução. O benefício relacionado à participação será ajudar no desenvolvimento do cuidado as pessoas idosas em processo de tratamento e hospitalização e aumentar o conhecimento científico para a área de enfermagem gerontológica.

Sr(a) receberá uma cópia deste termo onde consta o celular/e-mail do pesquisador responsável, e demais membros da equipe, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

---

Cristina Gonçalves Hansel  
 Pesquisador Principal - EEAN / UFRJ  
 Doutoranda  
 Cel: (24)xxxx-xxxx  
 e-mail:cristinahansel@yahoo.com.br

---

Jaqueline Da Silva  
 Co-Pesquisadora Principal - EEAN / UFRJ  
 Orientadora  
 Cel:(21)xxxx-xxxx - Segunda/sexta  
 e-mail:jackiedasilva@hotmail.com

ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY – UFRJ  
 Comitê de Ética e Pesquisa – Rua Afonso Cavalcanti – Praça Onze  
 Tel: (21) 2293 8148 – Ramal: 228 - [www.eean.ufrj.br](http://www.eean.ufrj.br)

*“O Comitê de Ética é o setor responsável pela permissão da pesquisa e avaliação dos seus aspectos éticos. Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique-se com o Comitê de Ética da Escola pelo telefone supracitado.”*

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Sujeito da Pesquisa: \_\_\_\_\_

Rio de Janeiro, ..... de..... 2014.

## Apêndice B - Instrumento de Coleta de Dados Qualitativos

Universidade Federal do Rio de Janeiro – Escola de Enfermagem Anna Nery  
 Coordenação Geral de Pós-Graduação e Pesquisa-Curso de Mestrado em Enfermagem  
 Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica – Núcleo de Pesquisa em Enfermagem Hospitalar

Pesquisa: Avaliação da saúde mental de idosos em processo de tratamento e hospitalização: implicações para o cuidado de enfermagem

Doutoranda: Cristina Gonçalves Hansel

Orientadora: Jaqueline Da Silva, PhD.

### ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Entrevista nº \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_ Cenário: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
2. Sexo: ( ) M ( ) F DN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ anos
3. Estado civil: Solteiro (a) ( ) / Casado (a) / União estável ( ) / Separado(a) ( ) / Viúvo (a) ( )
4. Escolaridade (Apenas uma resposta)  
 Não sabe ler nem escrever ( ) Alfabetizado/funcional ( )  
 Ensino fundamental ( ) Ensino médio ( ) Ensino superior ( )
- 4.a) Completo ( ) Incompleto ( )
5. Aposentadoria ( ) sim ( ) Não  
 Recebe benefício ( ) sim ( ) Não Em caso positivo: Qual? \_\_\_\_\_
6. Realiza alguma atividade ( ) sim ( ) Não Em caso positivo: Qual? \_\_\_\_\_  
 Qual a finalidade para o senhor (a) desenvolver esta atividade?  
 ( ) complementação de renda ( ) Hobby Outra(s): \_\_\_\_\_
7. Reside: ( ) sozinho / ( ) esposo(a) / companheiro(a) / ( ) Filhos (as) / ( ) irmãos (ãs) / ( ) Netos (as)  
 / ( ) acompanhante remunerado / ( ) outro(s): \_\_\_\_\_

### Questões

- a) O que significa saúde para o senhor (a)?  
 O que é saúde física para o/a senhor (a)?  
 O que é saúde mental para o/a senhor (a)?
- b) Como o senhor (a) avalia a sua saúde mental?
- c) Como o senhor (a) avalia a sua saúde física?
- d) O senhor (a) tem algum problema de saúde? ( ) sim ( ) não.  
 Em caso positivo qual (is)? \_\_\_\_\_  
 Há quanto tempo? \_\_\_\_\_  
 Como o senhor (a) se sentiu quando descobriu esse(s) problema(s) de saúde?
- e) O senhor(a) fez / faz tratamento? Sim ( ) não ( ) Em caso positivo: Qual? local? Desde quando?
- e2) Você já esteve hospitalizado(a)? Por que motivo(s)? Quando(?)
- f) *Como o senhor (a) chegou até aqui? (trajetória-origem-hospital)*
- g) Fala da sua experiência/vivência de como foi percorrer esse “caminho” (*trajetória percorrida*) até chegar aqui? (*E como foi e está sendo sua experiência de ficar no hospital / hospitalizado? (Experiências problema de saúde e sua natureza / Hotelaria / cuidado multiprofissional e de enfermagem)*)  
 (Teve desafios?) (Repercussões: *no humor, na saúde física e/ou mental? Outra(s)?*)  
 Quais foram às experiências/vivências pelo senhor nessa trajetória percorrida? (Fez exame? Consulta? Qual? local?)
- h) Como foram esses atendimentos? Aconteceu o que você esperava / precisava? Por favor, entre em detalhes.
- i) O senhor (a) tem alguma sugestão para o atendimento de saúde para pessoas idosas no ambulatório ou no hospital?

## Apêndice C - Carta de Autorização Institucional (01)

Universidade Federal do Rio de Janeiro – Escola de Enfermagem Anna Nery  
Coordenação Geral de Pós-Graduação e Pesquisa-Curso de Doutorado em Enfermagem  
Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica – Núcleo de Pesquisa em Enfermagem Hospitalar

Pesquisa: Avaliação da saúde mental de idosos em processo de tratamento e hospitalização: implicações para o cuidado de enfermagem  
Doutoranda: Cristina Gonçalves Hansel  
Orientadora: Jaqueline Da Silva, PhD

## CARTA DE APRESENTAÇÃO E ANUÊNCIA

Ilmo. Sr. Diretor do Hospital de Ensino Alcides Carneiro  
Prof<sup>a</sup>. Dr. Lécio Carneiro Junior

Vimos, por meio desta, solicitar anuência para a realização da coleta de dados da Tese de Doutorado do Curso de Doutorado em Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, intitulada: Avaliação da saúde mental de idosos em processo de tratamento e hospitalização: implicações para o cuidado de enfermagem. Trata-se de uma pesquisa de abordagem mista quanti-qualitativa, que tem como objetivos Avaliar se processo de tratamento e hospitalização tem repercussão na saúde mental das pessoas idosas; identificar características sociodemográficas e clínico-epidemiológicas da saúde física e mental de pessoas idosas em processo de tratamento e hospitalização; discutir o estado de saúde mental de pessoas idosas em processo de tratamento e hospitalização; analisar à luz do Interacionismo Simbólico a percepção/experiência da pessoa idosa acerca do processo de tratamento, da hospitalização e sua saúde mental e produzir subsídios para proposição de uma matriz teórica de atendimento em saúde para pessoa idosa em processo de tratamento e hospitalização.

Declaramos conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS nº 466/12. Para tanto, o projeto será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery junto ao Hospital Escola São Francisco de Assis (CEP EEAN/HESFA) e necessita na submissão à Plataforma Brasil, de *anuência da instituição co-participante*. No caso, o Hospital de Ensino Alcides Carneiro situado na Rua Vigário Correa, 1345 - CEP 25720320 - Petrópolis - RJ - Brasil Fone: (24)2236-6600.

Desde já gratas e ao dispôr para esclarecimentos.

---

Jaqueline Da Silva  
Orientadora - EEAN/UFRJ  
[jackiedasilva@hotmail.com](mailto:jackiedasilva@hotmail.com)

---

Cristina Gonçalves Hansel  
Doutoranda - EEAN/UFRJ  
[cristinahansel@yahoo.com.br](mailto:cristinahansel@yahoo.com.br)

## Apêndice D – Pedido de Autorização Institucional (02)

Universidade Federal do Rio de Janeiro – Escola de Enfermagem Anna Nery  
 Coordenação Geral de Pós-Graduação e Pesquisa-Curso de Doutorado em Enfermagem  
 Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica – Núcleo de Pesquisa em Enfermagem Hospitalar

Pesquisa: Avaliação da saúde mental de idosos em processo de tratamento e hospitalização: implicações para o cuidado de enfermagem

Doutoranda: Cristina Gonçalves Hansel

Orientadora: Jaqueline Da Silva, PhD

### CARTA DE APRESENTAÇÃO E ANUÊNCIA

Ilmo. Sr. Coordenador do Ambulatório Escola da Faculdade de Medicina de Petrópolis e da Faculdade Arthur Sá Earp Neto – FMP/FASE  
 Prof<sup>a</sup>. Dr. Paulo Klingelhofer de Sa

Vimos, por meio desta, solicitar anuência para a realização da coleta de dados da Tese de Doutorado do Curso de Doutorado em Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, intitulada: Avaliação da saúde mental de idosos em processo de tratamento e hospitalização: implicações para o cuidado de enfermagem. Trata-se de uma pesquisa de abordagem mista quanti-qualitativa, que tem como objetivos Avaliar se processo de tratamento e hospitalização tem repercussão na saúde mental das pessoas idosas; identificar características sociodemográficas e clínico-epidemiológicas da saúde física e mental de pessoas idosas em processo de tratamento e hospitalização; discutir o estado de saúde mental de pessoas idosas em processo de tratamento e hospitalização; analisar à luz do Interacionismo Simbólico a percepção/experiência da pessoa idosa acerca do processo de tratamento, da hospitalização e sua saúde mental e produzir subsídios para proposição de uma matriz teórica de atendimento em saúde para pessoa idosa em processo de tratamento e hospitalização.

Declaramos conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS nº 466/12. Para tanto, o projeto será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery junto ao Hospital Escola São Francisco de Assis (CEP EEAN/HESFA) e necessita na submissão à Plataforma Brasil, de *anuência da instituição co-participante*. No caso, o Ambulatório Escola da Faculdade de Medicina e da Faculdade Arthur Sá Earp Neto – FMP/FASE, situado na Rua Hívio Naliato, 899 – Cascatinha- Petrópolis - RJ - Brasil Telefone: (24) 22435362.

Desde já gratas e ao dispôr para esclarecimentos.

---

Jaqueline Da Silva  
 Orientadora - EEAN/UFRJ  
[jackiedasilva@hotmail.com](mailto:jackiedasilva@hotmail.com)

---

Cristina Gonçalves Hansel  
 Doutoranda - EEAN/UFRJ  
[cristinahansel@yahoo.com.br](mailto:cristinahansel@yahoo.com.br)

## Apêndice E - Anuência (01)

Universidade Federal do Rio de Janeiro – Escola de Enfermagem Anna Nery  
Coordenação Geral de Pós-Graduação e Pesquisa-Curso de Doutorado em Enfermagem  
Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica – Núcleo de Pesquisa em Enfermagem Hospitalar

Pesquisa: Avaliação da saúde mental de idosos em processo de tratamento e hospitalização: implicações para o cuidado de enfermagem

Doutoranda: Cristina Gonçalves Hansel

Orientadora: Jaqueline Da Silva, PhD

## ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos a pesquisador (a) CRISTINA GONÇALVES HANSEL, doutoranda da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, a desenvolver o seu projeto de pesquisa, intitulado AVALIAÇÃO DA SAÚDE MENTAL DE IDOSOS EM PROCESSO DE TRATAMENTO E HOSPITALIZAÇÃO: IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM, que está sob a orientação da Prof<sup>a</sup> JAQUELINE DA SILVA, PhD. Os objetivos da pesquisa são (i) avaliar se processo de tratamento e hospitalização tem repercussão na saúde mental das pessoas idosas (ii) identificar características sociodemográficas e clínico-epidemiológicas da saúde física e mental de pessoas idosas em processo de tratamento e hospitalização; (iii) discutir o estado de saúde mental de pessoas idosas em processo de tratamento e hospitalização; (iv) analisar à luz do Interacionismo Simbólico a percepção/experiência da pessoa idosa acerca do processo de tratamento, da hospitalização e sua saúde mental e (v) produzir subsídios para proposição de uma matriz teórica de atendimento em saúde para pessoa idosa em processo de tratamento e hospitalização.

A anuência está condicionada ao cumprimento da pesquisadora aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, assim como à aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery junto ao Hospital Escola São Francisco de Assis (CEP EEAN/HESFA), comprometendo-se a utilizar os dados e materiais coletados, exclusivamente para os fins de disseminação do conhecimento.

Petrópolis, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2014.

---

Prof. Dr. Lécio Carneiro Junior  
Diretor do Hospital de Ensino Alcides Carneiro

## Apêndice F - Anuência (02)

Universidade Federal do Rio de Janeiro – Escola de Enfermagem Anna Nery  
Coordenação Geral de Pós-Graduação e Pesquisa-Curso de Doutorado em Enfermagem  
Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica – Núcleo de Pesquisa em Enfermagem Hospitalar

Pesquisa: Avaliação da saúde mental de idosos em processo de tratamento e hospitalização: implicações para o cuidado de enfermagem

Doutoranda: Cristina Gonçalves Hansel

Orientadora: Jaqueline Da Silva, PhD

## ANUÊNCIA (02)

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos a pesquisador (a) CRISTINA GONÇALVES HANSEL, doutoranda da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, a desenvolver o seu projeto de pesquisa, intitulado AVALIAÇÃO DA SAÚDE MENTAL DE IDOSOS EM PROCESSO DE TRATAMENTO E HOSPITALIZAÇÃO: IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM, que está sob a orientação da Prof<sup>a</sup> JAQUELINE DA SILVA, PhD. Os objetivos da pesquisa são: (i) avaliar se processo de tratamento e hospitalização tem repercussão na saúde mental das pessoas idosas (ii) identificar características sociodemográficas e clínico-epidemiológicas da saúde física e mental de pessoas idosas em processo de tratamento e hospitalização; (iii) discutir o estado de saúde mental de pessoas idosas em processo de tratamento e hospitalização; (iv) analisar à luz do Interacionismo Simbólico a percepção/experiência da pessoa idosa acerca do processo de tratamento, da hospitalização e sua saúde mental e (v) produzir subsídios para proposição de uma matriz teórica de atendimento em saúde para pessoa idosa em processo de tratamento e hospitalização.

A anuência está condicionada ao cumprimento da pesquisadora aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, assim como à aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery junto ao Hospital Escola São Francisco de Assis (CEP EEAN/HESFA), comprometendo-se a utilizar os dados e materiais coletados, exclusivamente para os fins de disseminação do conhecimento.

Petrópolis, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2014.

---

Prof. Dr. Paulo Klingelhofer de Sa  
Coordenador do Ambulatório Escola da Faculdade de Medicina  
de Petrópolis e da Faculdade Arthur Sá Earp Neto

## Apêndice G – Termo de Confidencialidade (1)

Universidade Federal do Rio de Janeiro – Escola de Enfermagem Anna Nery  
 Coordenação Geral de Pós-Graduação e Pesquisa-Curso de Doutorado em Enfermagem  
 Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica – Núcleo de Pesquisa em Enfermagem Hospitalar

### Termo de Confidencialidade

Pesquisa: Avaliação da saúde mental de idosos em processo de tratamento e hospitalização: implicações para o cuidado de enfermagem

Doutoranda: Cristina Gonçalves Hansel

Orientadora: Jaqueline Da Silva, PhD

Ilmo. Sr. Diretor do Hospital de Ensino Alcides Carneiro

Profª. Dr. Lécio Carneiro Junior

A pesquisadora e coordenadora do presente projeto se compromete a privacidade dos pacientes. Os dados coletados e disponibilizados para a pesquisa serão acessados exclusivamente pela equipe de pesquisadores e a informação arquivada em papel não conterá a identificação dos nomes dos sujeitos elencados. Este material será arquivado de forma a garantir acesso restrito aos pesquisadores envolvidos, e terá a guarda por cinco anos, quando será incinerado.

Concorda, igualmente, que essas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas nos computadores das salas dos grupos de pesquisa da instituição envolvida sob responsabilidade da pesquisadora. Este projeto está sendo encaminhado para avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery junto ao Hospital Escola São Francisco de Assis (CEP EEAN/HESFA), em reunião prevista para dia 25 de março de 2014.

Petrópolis, ..... de..... 2014.

---

Cristina Gonçalves Hansel  
 Pesquisador Principal - EEAN / UFRJ  
 Doutoranda  
 Cel:(24)xxxx-xxxx  
 e-mail: [cristinahansel@yahoo.com.br](mailto:cristinahansel@yahoo.com.br)

---

Jaqueline Da Silva  
 Co-Pesquisadora Principal - UFRJ / EEAN / UFRJ  
 Orientadora  
 Cel:(21) xxxx-xxxx  
 e-mail: [jackiedasilva@hotmail.com](mailto:jackiedasilva@hotmail.com)

---

Prof. Dr. Lécio Carneiro Junior - Diretor do Hospital de Ensino Alcides Carneiro

## Apêndice H - Termo de Confidencialidade (02)

Universidade Federal do Rio de Janeiro – Escola de Enfermagem Anna Nery  
 Coordenação Geral de Pós-Graduação e Pesquisa-Curso de Doutorado em Enfermagem  
 Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica – Núcleo de Pesquisa em Enfermagem Hospitalar

### Termo de Confidencialidade (02)

Pesquisa: Avaliação da saúde mental de idosos em processo de tratamento e hospitalização: implicações para o cuidado de enfermagem

Doutoranda: Cristina Gonçalves Hansel

Orientadora: Jaqueline Da Silva, PhD

Ilmo. Sr. Coordenador do Ambulatório Escola da Faculdade de Medicina de Petrópolis e da Faculdade Arthur Sá Earp Neto –FMP/FASE

Prof<sup>a</sup>. Dr. Paulo Klingelhofer de Sa

A pesquisadora e coordenadora do presente projeto se compromete a privacidade dos pacientes. Os dados coletados e disponibilizados para a pesquisa serão acessados exclusivamente pela equipe de pesquisadores e a informação arquivada em papel não conterá a identificação dos nomes dos sujeitos elencados. Este material será arquivado de forma a garantir acesso restrito aos pesquisadores envolvidos, e terá a guarda por cinco anos, quando será incinerado.

Concorda, igualmente, que essas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas nos computadores das salas dos grupos de pesquisa da instituição envolvida sob responsabilidade da pesquisadora. Este projeto está sendo encaminhado para avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery junto ao Hospital Escola São Francisco de Assis (CEP EEAN/HESFA), em reunião prevista para dia 25 de março de 2014.

Petrópolis, ..... de..... 2014.

---

Cristina Gonçalves Hansel\*  
 Pesquisador Principal - EEAN / UFRJ  
 Doutoranda  
 Cel: (24) XXXX-XXXX  
 e-mail: [cristinahansel@yahoo.com.br](mailto:cristinahansel@yahoo.com.br)

---

Jaqueline Da Silva  
 Co-Pesquisadora Principal - UFRJ / EEAN / UFRJ  
 Orientadora  
 Cel: (21) XXXX-XXXX  
 e-mail: [jackiedasilva@hotmail.com](mailto:jackiedasilva@hotmail.com)

---

Prof. Dr. Paulo Klingelhofer de Sá  
 Coordenador do Ambulatório Escola da Faculdade de Medicina  
 de Petrópolis e da Faculdade Arthur Sá Earp Neto

\*Bolsista CAPES

## Apêndice I: Cronograma de Execução

Universidade Federal do Rio de Janeiro – Escola de Enfermagem Anna Nery  
 Coordenação Geral de Pós-Graduação e Pesquisa-Curso de Doutorado em Enfermagem  
 Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica  
 Núcleo de Pesquisa em Enfermagem Hospitalar

Pesquisa: Avaliação da saúde mental de idosos em processo de tratamento e hospitalização: implicações para o cuidado de enfermagem

Doutoranda: Cristina Gonçalves Hansel

Orientadora: Jaqueline Da Silva, PhD

IDENTIFICAÇÃO DA ETAPA	INÍCIO (dd/mm/aa)	TÉRMINO (dd/mm/aa)
Submissão do Projeto ao CEP	01/03//14	14/03/14
Coleta de Dados Quantitativos	02/05/14	02/07/14
Aproximação com os Participantes	03/07/14	20/08/14
Coleta de Dados Qualitativos – Entrevistas	21/08/14	30/10/14
Transcrição das Entrevistas	21/08/14	30/11/14
Revisão Bibliográfica Relacionada à Temática	01/08/14	01/12/14
Análise dos Dados Coletados	01/08/14	01/12/14
Discussão dos Resultados com o Encontrado na Literatura	12/01/15	30/04/15
Defesa da Tese	20/05/15	20/05/15
Retorno da Pesquisa a Instituição	01/06/15	01/07/15





## ANEXO 1 - Instrumento de Avaliação Mental de Kahn &amp; Goldfarb

**ANEXO IV - Instrumento de Avaliação do Estado Mental de Kahn & Goldfarb<sup>1</sup>**

**Questionário do Estado Mental (QEM) por Kahn & Goldfarb**  
(Kahn & Goldfarb Mental Status Questionnaire - MSQ)<sup>1</sup>  
Tradução para o Português e Validação para o Brasil por Jaqueline Da Silva (2004)

Universidade Federal do Rio de Janeiro - Escola de Enfermagem Anna Nery  
Coordenação Geral de Pós-Graduação e Pesquisa - Curso de Doutorado em  
Enfermagem Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica - Núcleo de Pesquisa  
em Enfermagem Hospitalar

Pesquisa: Avaliação da saúde mental de idosos em processo de tratamento e  
hospitalização: implicações para o cuidado de enfermagem  
Doutoranda: Cristina Gonçalves Hansel  
Orientadora: Jaqueline Da Silva,

Questões	Respostas conforme fornecidas pelo idoso	Certo	Errado
1) Que lugar é esse?			
2) Onde esse lugar fica localizado?			
3) Que dia do mês é hoje?			
4) Que dia semana estamos?			
5) Em que ano estamos?			
6) Quantos anos você tem?			
7) Quando é o dia de seu aniversário?			
8) Em que ano você nasceu?			
9) Qual é o nome do Presidente da República?			
10) Quem foi o Presidente antes desse?			
<b>Escore Total</b>			

Escores do QEM (MSQ): Severidade da Síndrome Cerebral  
00 - 02 erros = nenhum ou mínimo  
03 - 08 erros = moderado  
09 - 10 erros = severo

<sup>1</sup>Fontes primárias:

Kahn, R. Goldfarb, A. Pollack, M. & Gerber, I. The relationship of mental and physical status in institutionalized aged persons. *American Journal of Psychiatry*, 117 (3), 120-124. 1960  
Kahn, R. Goldfarb, A. Pollack, M. & Peck, A. Brief objective measures for the determination of mental status in the aged. *American Journal of Psychiatry*, 117 (3) 326-328. 1960.

## ANEXO 2 - Formulário de Avaliação das Atividades de Vida Diária (Katz & Cols.)

Universidade Federal do Rio de Janeiro - Escola de Enfermagem Anna Nery  
 Coordenação Geral de Pós-Graduação e Pesquisa - Curso de Doutorado em Enfermagem  
 Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica - Núcleo de Pesquisa em Enfermagem Hospitalar

Pesquisa: Avaliação da saúde mental de idosos em processo de tratamento e hospitalização:  
 implicações para o cuidado de enfermagem

Doutoranda: Cristina Gonçalves Hansel

Orientadora: Jaqueline Da Silva, PhD

### FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA (Activities of Daily Living: Katz & Cols., 1970)<sup>1</sup>

ATIVIDADE	INDEPENDENTE?	Sim	Não
1. Banho	Não recebe ajuda ou somente recebe ajuda para uma parte do corpo		
2. Vestir-se	Pega as roupas e se veste sem qualquer ajuda, exceto para amarrar os sapatos		
3. Higiene Pessoal	Vai ao banheiro, usa o banheiro, veste-se e retorna sem qualquer ajuda (pode usar andador ou bengala)		
4. Transferência	Consegue deitar na cama, sentar na cadeira e levantar sem ajuda (pode usar andador ou bengala)		
5. Continência	Controla completamente urina e fezes		
6. Alimentação	Come sem ajuda (exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão)		
Escore: Independência Déficit Moderado Déficit Severo	01 ponto para cada resposta "sim". 06 pontos; 04 pontos; 02 pontos.		

Versão / Fonte Original:

KATZ, S; DOWNS, TD; CASH,HR; et al. (1970). Progress in the Development of Index of Activities of Daily Living. In: The Gerontologist, 10:20-30.

### ANEXO 3 - Escala de Avaliação de Depressão Geriátrica (EDG)

(Yesavage, et al., 1983)

Universidade Federal do Rio de Janeiro - Escola de Enfermagem Anna Nery  
Coordenação Geral de Pós-Graduação e Pesquisa - Curso de Doutorado em Enfermagem Departamento de  
Enfermagem Médico-Cirúrgica - Núcleo de Pesquisa em Enfermagem Hospitalar

Pesquisa: Avaliação da saúde mental de idosos em processo de tratamento e hospitalização: implicações para o cuidado de enfermagem

Doutoranda: Cristina Gonçalves Hansel

Orientadora: Jaqueline Da Silva, PhD

#### Avaliação de Depressão Geriátrica

01. De maneira geral, o senhor está satisfeito com a vida?
02. O senhor abandonou muitas coisas que fazia ou gostava de fazer?
03. O senhor acha sua vida sem sentido atualmente?
04. O senhor está geralmente aborrecido?
05. O senhor se sente otimista em relação a sua vida futura?
06. O senhor está aborrecido com pensamentos que não consegue tirar da cabeça?
07. O senhor está de bom humor a maior parte do tempo?
08. O senhor se sente inseguro achando que alguma coisa de ruim vai lhe acontecer?
09. De maneira geral, o senhor costuma se sentir feliz?
10. O senhor costuma se sentir desamparado?
11. O senhor se sente cansado e irritado muitas vezes?
12. O senhor prefere ficar em casa em vez de sair e fazer alguma outra coisa?
13. É comum que o senhor se preocupe com o futuro?
14. O senhor tem mais dificuldades para se lembrar das coisas do que a maioria das pessoas?
15. O senhor acha que vale à pena estar vivo hoje?
16. O senhor costuma se sentir desanimado e triste com frequência?
17. O senhor costuma se sentir menos útil com a idade que tem hoje?
18. O senhor pensa muito no passado?
19. O senhor acha sua vida emocionante?
20. É difícil para o senhor começar a trabalhar em novos projetos?
21. O senhor se sente bem disposto?
22. O senhor acha que sua situação não pode ser melhorada?
23. O senhor acha que a maioria das pessoas está em melhores condições que o senhor?
24. O senhor costuma ficar incomodado com coisas sem grande importância que acontecem?
25. O senhor sente vontade de chorar com frequência?
26. O senhor tem dificuldade para se concentrar?
27. O senhor gosta de se levantar cedo?
28. O senhor prefere evitar encontros com outras pessoas?
29. O senhor acha fácil tomar decisões?
30. A sua memória funciona hoje tão bem quanto antes?

## ANEXO 4 - Questionário Genérico de Avaliação de Qualidade de Vida (SF-36)

MOS SF-36 (WARE et al., 1993),

(Versão traduzida para o Brasil por Ciconelli, RM (1997)

(FRENTE)

**ANEXO III - Questionário Genérico Estado Geral de Saúde - SF-36**  
 Universidade Federal do Rio de Janeiro - Escola de Enfermagem Anna Nery  
 Coordenação Geral de Pós-Graduação e Pesquisa - Curso de Doutorado em Enfermagem Departamento  
 de Enfermagem Médico-Cirúrgica - Núcleo de Pesquisa em Enfermagem Hospitalar

Pesquisa: Avaliação da saúde mental de idosos em processo de tratamento e hospitalização:  
 implicações para o cuidado de enfermagem  
 Doutoranda: Cristina Gonçalves Hansel  
 Orientadora: Jaqueline Da Silva,

**Versão em Português do Medical Outcomes Study 36- item short form health survey**  
 (traduzido e validado para o Brasil por Ciconelli, RM (1997))

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

## (cont.) Questionário Genérico de Avaliação de Qualidade de Vida (SF-36)

(MOS SF-36 (WARE, et al., 1993),

(Versão traduzida para o Brasil por Ciconelli, RM (1997)

(VERSO)

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5