



ARTIGO ORIGINAL

REPERCUSSÕES DO ADOECIMENTO CRÔNICO NA SAÚDE MENTAL DE PESSOAS IDOSAS

REPERCUSSIONS OF CHRONIC DISEASES ON THE MENTAL HEALTH OF ELDERLY PEOPLE REPERCUSIONES DE ENFERMEDADES CRÓNICAS EN LA SALUD DE PERSONAS ANCIANAS

Geisiane Oliveira Silva¹, Luma Costa Pereira Peixoto², Dieslley Amorim de Souza³, Alana Libânia de Souza Santos⁴, Aline Cristiane de Souza Azevedo Aguiar⁵

RESUMO

Objetivo: compreender as concepções de pessoas idosas acerca das repercussões do adoecimento crônico na sua saúde mental. **Método:** trata-se de estudo qualitativo, descritivo, realizado com 13 pessoas idosas com diagnóstico de doenças crônicas cadastradas em uma Unidade de Saúde da Família. Coletaram-se as informações a partir da aplicação de um formulário de um roteiro de entrevista semiestruturada. Analisaram-se as entrevistas conforme a técnica de análise de conteúdo. **Resultados:** a partir da análise do conteúdo das descrições originárias das entrevistas, emergiram quatro categorias temáticas: << Sentimentos relacionados à doença crônica >>; << Mudanças nos hábitos de vida após a descoberta da doença crônica >>; << Dificuldade para aceitação da doença crônica >>; e << A busca pela espiritualidade para aceitação da doença crônica >>. **Conclusão:** percebeu-se, com o alcance do objetivo do estudo, a necessidade de qualificação dos profissionais atuantes da Atenção Básica para assistir o ser idoso, não apenas para a resolutividade de suas demandas no momento, mas também para saber ouvir e identificar as possíveis repercussões que esse adoecimento traz para a vida desses indivíduos e sua saúde mental. **Descritores:** Saúde Mental; Doença Crônica; Idoso; Envelhecimento; Sentimentos; Impacto Psicossocial.

ABSTRACT

Objective: to understand the conceptions of elderly people about the repercussions of chronic diseases on their mental health. **Method:** qualitative, descriptive study with 13 elderly people diagnosed with chronic diseases registered in a Family Health Unit. The information was collected through the application of a form of a semi-structured interview script. The interviews were analyzed according to the content analysis technique. **Results:** the analysis of the content of the descriptions collected in the interviews resulted in four thematic categories: << Feelings related to the chronic disease >>; << Changes in life habits after the discovery of the chronic disease >>; << Difficulty to accept the chronic disease >> and << Search for spirituality for acceptance of the chronic disease >>. **Conclusion:** in order to reach the objective of the study, it was noticed the need to qualify professionals working in Primary Care to assist the elderly people, not only for the resolution of their demands at the moment, but also to know how to listen and identify possible repercussions that this disease brings to the lives of these individuals and to their mental health. **Descriptors:** Mental Health; Chronic disease; Elderly; Aging; Feelings; Psychosocial Impact.

RESUMEN

Objetivo: comprender las concepciones de personas ancianas acerca de las repercusiones de enfermedades crónicas en su salud mental. **Método:** estudio cualitativo, descriptivo, realizado con 13 personas ancianas con diagnóstico de enfermedades crónicas registradas en una Unidad de Salud de la Familia. Las informaciones fueron recogidas a partir de la aplicación de un formulario de una guía de entrevista semi-estructurada. Se analizaron entrevistas conforme a la técnica de análisis de contenido. **Resultados:** a partir del análisis de contenido de las descripciones originarias de las entrevistas, surgieron cuatro categorías temáticas: << Sentimientos relacionados a la enfermedad crónica >>; << Cambios en los hábitos de vida después de descubrir la enfermedad crónica >>; << Dificultad para aceptación de la enfermedad crónica >> y << La búsqueda por la espiritualidad para aceptación de la enfermedad crónica >>. **Conclusión:** con el alcance del objetivo del estudio, se percibió la necesidad de calificación de los profesionales actuantes de la Atención Básica para asistir el ser anciano, no apenas para la resolutividad de sus demandas en el momento, pero también para saber oír e identificar las posibles repercusiones que esa enfermedad trae para la vida de estos individuos y su salud mental. **Descriptores:** Salud mental; Enfermedad crónica; Ancianos; Envejecimiento; Sentimientos; Impacto Psicossocial.

¹Graduanda em Enfermagem, Universidade do Estado da Bahia (DEDC-XII). Guanambi (BA), Brasil. E-mail: geisianeenf13@gmail.com; ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0003-2377-9953>; ²Mestre. Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana (BA), Brasil. E-mail: lumacosta88@hotmail.com; ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-6366-0212>; ³Mestre, Universidade do Estado da Bahia (DEDC-XII). Guanambi (BA), Brasil. E-mail: dieslley@gmail.com; ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-9991-4659>; ⁴Especialista, Universidade do Estado da Bahia (DEDC-XII). Guanambi (BA), Brasil. E-mail: alana_libania@hotmail.com; ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-6503-8742>; ⁵Doutora, Universidade do Estado da Bahia (DEDC-XII). Guanambi (BA), Brasil. E-mail: alinecte@hotmail.com; ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-8210-5775>

INTRODUÇÃO

Sabe-se, no decorrer das últimas décadas, que o Brasil tem passado por algumas mudanças no que diz respeito ao perfil das doenças prevalentes na população. Evidenciaram-se, nesse período de mudanças, dois tipos de transição que impactaram e impactarão no perfil etário e epidemiológico da população brasileira.

Evidencia-se a transição demográfica como a responsável pela diminuição das taxas de natalidade e fecundidade refletindo um aumento no número de idosos, tendo por consequência um acréscimo na expectativa de vida, de forma a provocar uma inversão da pirâmide etária.¹⁻² Demonstraram-se pelos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) que ao final da década de 2030 as pessoas com 65 anos ou mais serão maiores que os indivíduos de 0 a 15 anos.³

Demonstra-se, quanto à transição epidemiológica, uma mudança na conjuntura das doenças mais prevalentes na sociedade que por consequência da transição demográfica, estreitamento da base e alargamento do ápice da pirâmide etária, há a ocorrência de um maior número de doenças crônicas e degenerativas. Vive-se assim, uma mudança em que as enfermidades decorrentes de uma condição aguda que tem como prognóstico a cura ou morte deixam de ser prevalentes para um perfil de processos crônicos que perduram por anos.⁴

Tornaram-se, nessa ótica, um problema de saúde pública as doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), ocupando o primeiro lugar nas causas de óbitos, tais como doenças cardiovasculares, distúrbios respiratórios e neoplasias, seguidas das doenças infectoparasitárias. Tem-se nesse sentido, o aumento dos custos sociais e assistenciais em saúde.²

Compreende-se o envelhecer como um processo natural que envolve alterações progressivas e inevitáveis. Considera-se que esse processo acontece gradativamente e provoca deterioração orgânica, além de transformações sociais, culturais e emocionais.⁵ Comprova-se como consequência das mudanças apresentadas com a longevidade, aumento da prevalência de doenças crônicas, além de impactos no estado físico, psíquico e mental desses indivíduos.¹

Define-se a doença crônica como uma doença não transmissível, que raramente tem cura, ou seja, uma doença que age por tempo prolongado e necessita de tratamento contínuo.⁶ Interfere-se na qualidade de vida das pessoas, podendo gerar graus de

Repercussões do adoecimento crônico na saúde mental...

incapacidade e limitação, principalmente motora e mental.⁷

Destaca-se o acometimento na saúde mental pelos quadros de ansiedade, depressão e demência, sendo estes os mais visualizados nos estudos sobre comorbidades mentais na população idosa, os quais destacam uma dificuldade nos cuidados desses indivíduos devido ao subdiagnóstico do adoecimento mental.¹ Observa-se que como consequência da longevidade, há o aparecimento de multimorbidades crônicas, uma vez que a população idosa é a mais afetada, sendo responsável pelo elevado número de diagnósticos por doenças crônicas associadas com algum tipo de sofrimento psíquico,⁸⁻⁹ entretanto, não se percebe a desordem mental, visto que, rotineiramente, o atendimento médico foca apenas na identificação de sinais e sintomas clínicos.¹

Evidencia-se, a partir dos conceitos supracitados, o envelhecer como um processo que gera uma diminuição da independência e autonomia do indivíduo, principalmente quando acompanhado de agravos crônicos. Equivale-se o objeto deste estudo à saúde mental de pessoas idosas com doenças crônicas, uma vez que é possível perceber que o adoecimento crônico pode interferir diretamente na saúde mental dessas pessoas. Além disso, através de pesquisas nas bases de dados, identificou-se uma pequena quantidade de estudos nacionais que relacionam o adoecimento crônico à saúde mental de pessoas idosas.

Estabeleceu-se, nesse contexto, como questão norteadora para a pesquisa: quais as repercussões do adoecimento crônico na saúde mental de pessoas idosas?

Acredita-se que os resultados deste estudo poderão alertar os profissionais de saúde, sobretudo enfermeiros, acerca da importância do cuidado à saúde da pessoa idosa em sua integralidade, ampliando o olhar para além dos diagnósticos médicos, na perspectiva de não relacionar o sofrimento psíquico como algo inerente ao envelhecimento humano. Contribui-se ademais, para auxiliar no preenchimento de uma lacuna no conhecimento.

OBJETIVO

- Compreender as concepções de pessoas idosas acerca das repercussões do adoecimento crônico na sua saúde mental.

MÉTODO

Trata-se de estudo qualitativo e descritivo.¹⁰ Considerou-se uma Unidade de Saúde da

Silva GO, Peixoto LCP, Souza DA de et al.

Família (USF) localizada no município de Guanambi-BA, Brasil como cenário, que possui uma área territorial total no ano de 2015 de 1.272,367 km², está localizado a 686 quilômetros da capital Salvador, com população estimada para 2016 de 86.808 habitantes.¹¹ Deu-se a escolha por essa USF por possuir elevado número de pessoas idosas cadastradas com alguma doença crônica, o qual se evidenciou após levantamento da quantidade de idosos de todas as USF do meio urbano.

Utilizaram-se os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) como informantes-guia que indicaram as pessoas idosas cadastradas que também possuíam outras doenças crônicas, como Doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, Doença Renal Crônica, Neoplasias etc., por essas USFs possuírem apenas o programa para tratamento e acompanhamento de hipertensão e diabetes, HIPERDIA.

Selecionaram-se como participantes deste estudo 13 pessoas idosas, cadastradas na USF mencionada. Considerou-se como critério de inclusão para a participação desses indivíduos, por aqueles que possuíam diagnóstico de alguma doença crônica; que não apresentavam deficit cognitivo de acordo com a aplicação do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), visto que o comprometimento cognitivo dificultaria sua participação na pesquisa; além de diagnosticados com alguma doença crônica há pelo menos um ano, por acreditar-se que o vivenciar da doença pode ser um fator de risco para o adoecimento mental. Excluíram-se as pessoas idosas que não foram encontradas na sua residência durante três tentativas consecutivas.

Coletaram-se as informações, inicialmente, com a aplicação do MEEM para verificar a existência de algum comprometimento cognitivo, e caso a pessoa idosa não apresentasse, daria continuidade, utilizando um formulário sociodemográfico para caracterização contendo dados relacionados ao sexo, escolaridade, religião, ocupação, dentre outras informações, e, posteriormente, a realização da entrevista utilizando um roteiro de entrevista semiestruturada elaborado pelos pesquisadores responsáveis.

Gravaram-se as entrevistas com um aparelho gravador digital, após a autorização dos participantes, e posteriormente transcritas, mantendo a fidedignidade das falas. Salienta-se que essas transcrições aconteceram em concomitância ao período de coleta para que fosse possível perceber o momento de saturação dos dados e, assim, finalizar a coleta. Com a finalidade de manter o anonimato, escolheu-se um código de

Repercussões do adoecimento crônico na saúde mental...

identificação para cada participante, utilizando a letra E seguida do número de ordem das entrevistas.

Analisaram-se as informações conforme a técnica de Análise de Conteúdo na modalidade Análise temática. Dá-se essa análise em três fases, sendo organizadas cronologicamente: pré-análise consiste na exploração do material e o tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Consiste-se esta a fase de organização e em sistematizar as ideias iniciais, a qual irá conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas em um plano de análise. Observa-se que a fase de exploração do material se dá basicamente nas operações de codificação, decomposição ou enumeração, em função de regras previamente formuladas. Trataram-se na última fase, os resultados brutos de maneira a se tornarem significativos e válidos.¹²

Iniciou-se a coleta das informações após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado da Bahia (UNEB) CAAE: 63697117.1.0000.0057, respeitando todos os critérios éticos e científicos propostos pela resolução Nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe sobre as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.¹³

Ademais, realizou-se a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que contém informações sobre a pesquisa, como objetivo, finalidade, riscos e benefícios, para todos os participantes, separadamente, iniciando a coleta apenas após o aceite voluntário e assinatura ou impressão digital nesse termo.

RESULTADOS

Desenvolveu-se o estudo com 13 (treze) pessoas idosas, das quais dez são mulheres e três homens, com idades entre 64 e 88 anos, estando a maioria, 7 (53,85 %), na faixa etária de 70 a 79 anos. Com relação ao estado civil, apenas uma idosa afirmou ser solteira; os demais são casados ou viúvos. Comprovou-se que todos os participantes possuem o diagnóstico da doença crônica há mais de cinco anos, tendo aqueles que possuíam apenas uma doença ou presença de multimorbidade. Consideram-se que essas doenças estão entre hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), artrose, depressão ou algum tipo de neoplasia. Relataram-se por todos os idosos entrevistados utilizar algum tipo de medicação fornecido pela atenção básica em saúde ou pelas farmácias vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), conhecidas como farmácias populares.

Silva GO, Peixoto LCP, Souza DA de et al.

Obteve-se, quanto às doenças crônicas, 12 pessoas idosas que possuíam diagnóstico de HAS, cinco conviviam com DM, duas com algum tipo de câncer, uma com chagas, duas com osteoporose, duas com depressão, uma com artrose e dois com dislipidemia, não sendo um agravo crônico, mas sendo citada por estar associada à outra doença.

Percebe-se, assim, a predominância de mulheres idosas dentre os participantes, o que condiz com o perfil do envelhecimento brasileiro que demonstra uma feminização da população idosa no país. Explica-se essa caracterização devido à violência por causas externas alcançarem, em sua maioria, o sexo masculino, que pode culminar no óbito, não permitindo que cheguem à velhice, o que implica na menor quantidade de homens entre a população brasileira. Considera-se além disso, a feminização do envelhecimento no país também se dá em razão do avanço da medicina para a diminuição de óbitos maternos e puerperais, por as mulheres buscarem com maior frequência os serviços de saúde, assim como por estarem menos expostas a situações de risco, a exemplo a violência por causas externas.¹⁴⁻¹⁵

Identificou-se, no que tange à escolaridade, que dez declararam ter frequentado a escola e serem alfabetizados; destes, cinco afirmaram que foram apenas alfabetizados, três que quase concluíram o ensino fundamental, considerando na época a conclusão da 5ª série, dois afirmaram tê-lo concluído e, assim, os três restantes informaram que nunca estudaram, aprendendo apenas assinar o nome próprio.

Nota-se, nesse sentido, que os participantes desta pesquisa possuem baixa ou nenhuma escolaridade, o que pode ser explicado em virtude de alguns residirem em zona rural no período da idade escolar e pela dificuldade de continuarem os estudos, por conta da necessidade de trabalhar, uma vez que todas as pessoas idosas do estudo possuem baixa condição econômica.

Evidenciou-se, com relação à profissão/ocupação, que seis entrevistadas afirmaram ser dona de casa, dois já exerceram a profissão de lavrador (a), duas trabalham como costureiras, um declarou ser motorista aposentado e hoje ajuda a esposa em um comércio próprio e uma afirmou ser costureira e comerciante ambulante aposentada. Vê-se com relação à renda familiar, 12 afirmaram ser aposentados, porém dois precisam de ajuda para manter a casa, e apenas uma declarou não receber aposentadoria, sobrevivendo com a renda proveniente do comércio que possui. Contribui-se com esse perfil econômico

Repercussões do adoecimento crônico na saúde mental...

encontrado para a fragilidade na saúde do idoso.

Predominaram-se os participantes com religião, sendo dez católicos e três evangélicos. Evidenciam-se pelos estudos que indivíduos que possuem religião tendem a possuir uma vida psicossocial mais saudável devido à inserção em um meio comum, não permanecendo sozinhos, e propiciando um sentido à vida destes.¹⁶⁻¹⁷

Constatou-se, quanto ao lazer, que oito entrevistados informaram desenvolver algum tipo de lazer, estando entre caminhar, ir à roça, plantar verduras, dançar forró ou costurar. Observa-se em contrapartida, os demais (cinco) disseram não realizar nenhum tipo de atividade de lazer. Nesse contexto, um estudo realizado acerca do lazer e da saúde mental de hipertensos demonstrou que a prática de algum tipo de lazer ocasiona a diminuição de estresse, bem como influencia no sentimento de bem-estar dos indivíduos.¹⁸

Obtiveram-se, a partir da análise de conteúdo temática das descrições originárias das entrevistas, quatro categorias temáticas, intituladas a seguir: Sentimentos relacionados à doença crônica; Mudanças nos hábitos de vida após a descoberta da doença crônica; Dificuldade para aceitação da doença crônica; e A busca pela espiritualidade para aceitação da doença crônica.

DISCUSSÃO

• Sentimentos relacionados à doença crônica

Tem-se como consequência do convívio diário com doenças crônicas, tratamento contínuo e invasivo, a depender da doença, e que acaba por degradar a condição física e psicológica das pessoas idosas, que estas passam a vivenciar rotineiramente sentimentos de tristeza, medo e preocupação, entretanto, algumas relataram sentir alegria após a descoberta de uma doença que possui tratamento, por terem a chance de poder tratá-la, mesmo que não tenha cura.

Questionaram-se, no decorrer das entrevistas, os sentimentos que emergiram após a descoberta da doença crônica. Descreveram-se pelos entrevistados sentir tristeza, medo, desânimo, preocupação, alegria, aceitação, conformismo e ainda teve as que disseram não ter surgido nenhum sentimento. Evidencia-se, dessa forma, que indivíduos que convivem com algum tipo de doença passam a ter uma maior probabilidade de desenvolver sentimentos que poderão influenciar na manutenção do bem-estar e autoestima, sendo declarado nas falas seguintes:

Silva GO, Peixoto LCP, Souza DA de et al.

[...] fiquei mais triste [...] Só tristeza. (E1)
[...] depois que eu tomei os remédios e fiquei bom, eu senti foi alegria [...]. (E2)
[...] um medo assim de me matar, pra gente não viver [...] foi, só o medo que surgiu. (E3)
[...] tristeza, porque quem é que queria ter diabetes [...]. (E4)
[...] eu preocupei assim [...] Preocupei só naqueles dias que o médico falou que eu estava com a pressão alta e mandou eu tomar os comprimidos direto [...]. (E11)
[...] eu fiquei meio triste [...]. (E12)

Compreende-se que o processo de envelhecer está relacionado a diversas mudanças físicas, sociais e psicológicas, o que provoca uma infinidade de sentimentos, como medo, insegurança e conflitos internos que podem ser intensificados quando o envelhecimento vem acompanhado de algum tipo de doença crônica. Nesse sentido, essas doenças associadas à perda de vínculos afetivos, medo da morte devido à idade e a doença proporcionam maior vulnerabilidade a esses indivíduos para o sofrimento mental, por exemplo, a depressão.¹⁹⁻²⁰

Considera-se que não há dúvida de que o idoso, pelo fator da idade, tende a vivenciar situações mais recorrentes de perdas, seja de pessoas do seu convívio, danos na autonomia ou independência física. Podem-se com essas perdas provocar, na maioria dos casos, sentimentos de desânimo, tristeza e medo que tendem a gerar as conhecidas síndromes depressivas, que passam despercebidas por serem consideradas emoções provenientes do ser idoso.²¹ Vê-se além disso, que vivenciar perdas de entes queridos pode fazer surgir o sentimento de proximidade de sua própria finitude, principalmente quando se trata de uma pessoa idosa com algum tipo de doença crônica.

Compreende-se que o estilo de vida que a população idosa se sente obrigada a adotar de acordo com o aumento da idade, a doença crônica, o seu tratamento ou a condição física, econômica e social que apresenta pode acarretar medo, angústia, tristeza, conformismo, raiva e insegurança. Esses sentimentos acabam por influenciar na continuação ou resistência ao tratamento, assim como a piora do quadro clínico¹⁶. Encontra-se essa realidade ressonância na fala abaixo:

[...] tomar remédio é ruim [...] não é bom não. Mas fazer o que, tem que tomar. (E7)

Pode-se, no processo de envelhecimento, ter presente no pensamento sentimento de finitude da vida, sendo este o causador de medo de muitos idosos quando relacionam sua doença e a possibilidade de sua cura. Esse tipo

Repercussões do adoecimento crônico na saúde mental...

de temor é uma das sensações negativas mais comuns dentro das fases do tratamento, podendo ocasionar um estado depressivo passageiro ou progressivo, ocasionando também sentimentos de inutilidade, falta de motivação, sensação de impotência, perda da autonomia e aumento da dependência física, emocional e financeira,²² conforme se pode notar nas seguintes falas:

Eu sentia muito assim, muita tristeza, tinha medo, tive muito medo [...] assim, de enfrentar a doença, o tratamento. (E13)

Percebe-se, desse modo, que o medo do desconhecido, o medo da morte, é um dos sentimentos relatados pelos participantes, sendo evidenciado assim que o médico diagnostica uma pessoa idosa com alguma doença crônica e esta tende a ter medo do que pode acontecer e pensar sempre no pior, no fim da vida.

• Mudanças nos hábitos de vida após a descoberta da doença crônica

Elencaram-se, durante as entrevistas, pelas pessoas idosas, algumas mudanças em suas vidas relacionadas ao adoecimento, conforme observado nas falas a seguir:

[...] passeava muito na casa das minhas amigas, hoje em dia eu não posso ir ali, pra mim ir tem que ser de carro [...] eu deixei, esses exercícios físicos que eu fazia [...]. (E6)

[...] caminhada eu fazia muito, mas agora eu não posso, não tô podendo andar. Porque eu vou, daí a pouco as pernas me derruba lá [...] Eu caí aqui na porta, olha aí oh, tudo ferido. Aqui na porta eu caí. (E8)

[...] eu costurava, deixei de costurar [...]. (E10)

[...] eu deixei de varrer o quintal, porque prejudica muito [...]. (E11)

Depois que descobri as doenças mudou [...] se a gente não tivesse tomado alguma importância a gente já tinha morrido. (E2)

Percebe-se que estar idoso equivale a um estado que vai além da idade, tendo relação com o convívio com limitações diárias dentro das situações cotidianas, em que essas restrições que o avançar dos anos passa a impor podem provocar distúrbios emocionais leves e graves, dependendo assim da importância que o indivíduo oferece a sua doença.

Constata-se que o indivíduo ao enfrentar algum tipo de doença crônica vê seus hábitos diários mudarem, sendo obrigado a encarar mudanças em suas rotinas, imagem corporal, vida social e financeira, restrições alimentares e, a depender da doença, hídricas. Ressalta-se que a presença da doença passa a ditar todas as regras que se devem seguir, muitas vezes, chegando a atingir seus familiares, por

Silva GO, Peixoto LCP, Souza DA de et al.

exemplo, as exceções na alimentação²³. Corroborar-se essa realidade nas falas a seguir:

[...] deixei de tomar cachaça e comer açúcar. (E5)

[...] por causa da dieta né, não pode comer tudo. Tudo que eu comia, hoje já não pode. Bolo que de vez em quando eu fazia um bolinho, hoje em dia eu não faço, porque se eu fizer eu como e não pode. Então mudou assim, essas coisas. A alimentação. (E6)

Nota-se que a população idosa ao conviver com o adoecimento crônico, em sua maioria, compreende a necessidade de mudar alguns hábitos alimentares que anteriormente eram realizados, mas vivenciam essas transformações como um processo negativo do adoecimento, portanto, espera-se o desenvolvimento de sentimentos relacionados com raiva e no primeiro momento.

Conclui-se, assim, que essa negatividade pode não estar presente apenas no momento que inicia o tratamento não medicamentoso, uma vez que a convivência com uma rotina pautada em ingerir medicações e restringir a alimentação, ter a quantidade de água a ser ingerida limitada, caso seja uma doença renal, além das limitações físicas, podem influenciar o idoso na decisão de abandonar o tratamento.²⁴ Pode-se notar esses entraves na mobilidade nas falas abaixo:

[...] caminhada eu não faço não por causa da artrose [...] deixei filha, caminhar. Gostava de caminhar, gostava de fazer as coisas, resolver minhas coisas era tudo eu. (E3)

[...] passeava muito na casa das minhas amigas, hoje em dia eu não posso ir ali, pra mim ir tem que ser de carro [...] eu deixei, esses exercícios físicos que eu fazia. Ir na igreja que eu ia muito e já não vou. (E6)

[...] não faço lazer porque o médico proibiu [...]. (E7)

[...] quase não posso andar. Nunca mais eu fui na feira [...] era todo dia, todo dia eu ia na feira [...] caminhada eu fazia muito, mas agora eu não posso, não to podendo andar [...] deixei de fazer a caminhada [...]. (E8)

[...] é, deixei assim, porque eu costurava, deixei de costurar. Costurava até pra fora assim, eu costurava. (E10)

[...] eu deixei de fazer assim, varrer o quintal [...]. (E11)

Comprova-se, dessa forma, que as mudanças vivenciadas pelos idosos no tardar de suas vidas geram consequências no desenvolvimento de atividades que geram prazer e bem-estar, além de limitar a autonomia, visto que a privação quanto ao trabalho, alimentação, lazer, atividades cotidianas proporcionam para esses indivíduos dúvidas recorrentes, medo, desânimo, angústia e sofrimento em relação ao desejo de cura

Repercussões do adoecimento crônico na saúde mental...

frustrado e ao significado da vida, que para muitos acaba no momento que se veem restritos a um cotidiano diferente ao que estavam acostumados.²⁰⁻¹⁸

Sabe-se, no entanto, que além de todas as transformações nos hábitos de vida dessa população há também uma obrigação de frequentar serviços de saúde, como as unidades de saúde da família, além da busca mensal por medicações. Observa-se que a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa mostra que o caminho a ser seguido dentro dos serviços de saúde, englobando baixa, média e alta complexidade, deve ter início a partir da atenção primária, ou seja, na unidade básica de saúde,¹⁷ conforme observado no decorrer das entrevistas em várias falas, sendo expostas abaixo:

[...] não, vou no postinho, quando não tem (remédio), eu vou e pego na farmácia. (E9)

[...] eu pego (os remédios) na farmácia, eu sou matriculada na farmácia ali [...] vou de mês em mês. (E10)

[...] porque eu vou aí no postinho, se não tiver (remédio) eu vou pegar na outra farmácia lá. (E11)

[...] aí eu vou [...] pego (remédio) ali no postinho, essa menina me dá, e tem vez que vou pegar lá embaixo. (E12)

Compreende-se que a saúde do indivíduo está associada a alguns fatores, como a independência e autonomia para desenvolver suas atividades de vida diária, visto que a dependência, restrições diversas e a incapacidade de realizar seus afazeres mais básicos trazem para a pessoa idosa, muitas vezes, transtornos emocionais que podem ser visualizados na saúde física e o desenvolvimento de algum transtorno mental como a depressão.¹⁹

• Dificuldade para aceitação da doença crônica

Observou-se que a doença crônica é considerada uma doença não transmissível, ou seja, não se pode passar de uma pessoa para outra pelo contato ou por qualquer outro meio, dificilmente pode chegar à cura. Assim, esse tipo de adoecimento tem sua ação por tempo indeterminado necessitando de tratamento contínuo.⁶ Observa-se que por ser uma doença que exige cuidado e atenção ininterrupta, esse tipo de adoecimento tende a interferir na qualidade de vida das pessoas, podendo resultar em níveis de limitação e incapacidade.⁷

Tem-se, nesse contexto, que as consequências do convívio com uma doença que não tem cura e necessidade de tratamento diário, muitas vezes medicamentoso, podem culminar em momentos de negação do

Silva GO, Peixoto LCP, Souza DA de et al.

diagnóstico da doença. Relata-se essa negação por muitos estudiosos como sendo um dos cinco estágios da perspectiva de morte. Vê-se que este normalmente acontece no momento do diagnóstico da doença, sendo considerado um momento de “para-choque para notícias inesperadas”.²³

Questionaram-se os participantes quanto às doenças com que conviviam e dois negaram ter alguma doença cujo diagnóstico informou-se a ele ou não aceitava conviver com essa doença, como se observa nas seguintes falas:

[...] eu não queria era descobrir que eu tinha essa doença [...] (E4)

[...] só tenho pressão alta, é a doença que eu tenho. (E12)

Tem-se o entrevistado, homem com 72 anos, que possui diagnóstico médico de depressão, porém só afirma possuir hipertensão, seja por não aceitar/acreditar ter o sofrimento psíquico, pela influência do modelo biomédico ou por vergonha devido ao estigma que a sociedade criou ao longo dos anos em relação às pessoas que possuem algum tipo de sofrimento mental.

Evidenciou-se que dois participantes do estudo possuíam diagnóstico de depressão, porém não relataram esse diagnóstico no momento da entrevista, descobrindo-se apenas a partir da informação da ACS, por conhecer o histórico clínico do participante, que nos acompanhou ou por algum familiar presente no momento da entrevista.

[...] eu tenho é um gás que caminha no meu intestino todinho [...]. (E10)

[...] a depressão eu senti uns dias, mas depois parou. (E12)

Percebe-se, assim, que quando se associa o diagnóstico com sintomas psicológicos, pacientes idosos tendem a negar sua existência pelo fato de muitos se sentirem envergonhados por estarem com uma doença mental devido ao preconceito social que existe em relação à depressão. Consideram-se além disso, erroneamente, os sintomas depressivos muitas vezes próprios das pessoas acima dos 60 anos.²⁵

Tem-se, portanto, que muitos idosos, por negarem a existência da depressão em sua vida, passam também a rejeitar o seu tratamento, favorecendo a cronificação do adoecimento mental, além da resistência aos psicofármacos. Constata-se que é fato que os familiares e aqueles que convivem com pessoas idosas passam a não dar importância às queixas e manifestações de tristeza e melancolia, associando ao fator da idade avançada e relacionando essas manifestações a perdas afetivas, sociais e à convivência com doenças crônicas.²¹ Abaixo, tem-se a fala do

Repercussões do adoecimento crônico na saúde mental...

participante que nega fazer uso de medicamentos para a depressão.

[...] o dia que eu não tomo (o remédio) ela (a pressão arterial) alteia [...] Tomo remédio todo dia [...] Não, para depressão não. (E12)

Viu-se que a maioria dos idosos entrevistados convive e não nega ter algum tipo de doença crônica, com exceção dos transtornos mentais, estando a não aceitação vinculada a uma menor parcela dos idosos.

Acredita-se que outro fator que pode influenciar na não aceitação em conviver com algumas doenças crônicas são as restrições alimentares e hídricas impostas por algumas doenças que estão presentes, principalmente entre a população idosa. Isso ocorre por serem obrigados a retirar alimentos de sua dieta que antes eram considerados essenciais.

[...] Eu não queria ter ela (doença), de jeito nenhum. (E4)

[...] É, muitas (limitações). (risos) *Ai foi muitas.* (E7)

Faz-se necessário, portanto, para que tenha sucesso no tratamento de algumas doenças, que essas restrições na dieta sejam seguidas, todavia são notórios o descontentamento e a não aceitação dos cortes alimentares por se sentirem privados de se alimentarem do que gostavam e do que já fazia parte da sua rotina de alimentação. Considera-se que o ato de comer tem relação com valores que remetem ao passado, família e costumes, assim, quando alterados, têm repercussão no significado de vida para o indivíduo.²⁰

◆ Busca pela espiritualidade/religiosidade para aceitação da doença crônica

Observou-se, no decorrer das entrevistas, que em algumas falas a espiritualidade estava associada ao desejo e esperança de cura ou ao sentimento de confiança que nada pior, como a morte, poderá acontecer. Demonstra-se essa crença em Deus nos discursos de diversos entrevistados como um sentimento de conformismo para aceitação de sua condição, conforme se nota a seguir:

[...] eu pego é contente a Deus, então eu falei: Meu Deus, eu tenho esse problema, mas atrás de mim tem tanta coisa pior, que eu pelo menos ainda aguento andar um pouco, o que muitos ficam aí em cima de uma cama. (E6)

[...] a gente deve conformar com tudo [...] Pego com Deus, porque sem Deus nós não é nada. (E8)

[...] é, não tem o que fazer né? É deixar tudo pelo amor de Deus (risos). Tudo pelo amor de Deus. Deus sabe o que faz [...]. (E10)

[...] mas Deus me deu força, e eu consegui (cura). (E13)

Silva GO, Peixoto LCP, Souza DA de et al.

Identificou-se que mais da metade dos idosos declarou crer em Deus, e essa espiritualidade é crescente a partir do aumento da idade, sendo essa crença, muitas vezes, associada à sensação de bem-estar e fonte para um suporte emocional, tendo repercussões na saúde física e psicológica. Contribui-se pela prática da religiosidade para o equilíbrio do bem-estar biopsicosocial perante as diversas demandas que a velhice proporciona.¹⁷⁻²⁶

Entende-se que a relação de doença e morte com apoio na religião traz para pacientes e familiares um sentimento de força para o enfrentamento e aceitação de todos os processos e obstáculos vinculados ao adoecimento. Acredita-se dessa forma, na crença em Deus como um instrumento de explicações e significados para aqueles que convivem com doenças crônicas, assim tanto a religiosidade quanto a espiritualidade são estratégias para que os familiares e pacientes aceitem o processo da doença e da morte como um algo natural e divino.²³

[...] eu entreguei na mão de Deus. (E6)

[...] meu lazer é ir à igreja. (E9)

Constata-se que a religião acaba por fornecer uma conexão social, trazendo para esses pacientes o sentimento de estar envolvido em um grupo, de ter um lazer, um local onde pode encontrar pessoas, conversar e a troca de afetos e continuidade nas relações sociais, emocionais e construção de vínculos de amizades, propiciando a satisfação pessoal do idoso. Proporciona-se pela religiosidade bem-estar, sentimento de segurança e consolo em relação à aceitação de condições advindas da doença e provenientes do tratamento.¹⁷

Percebe-se, nesse contexto, que a religiosidade/espiritualidade funciona para os idosos como um apoio para a aceitação e enfrentamento do adoecimento crônico, proporcionando sentimento de bem-estar e interação em grupos religiosos.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a pesquisa de cunho exploratório possibilitou a partir das entrevistas observar as vivências de pessoas idosas que convivem com doenças crônicas, identificando as repercussões na vida destas de acordo com o tipo de doença que as acomete. Destaca-se a partir das questões abordadas no decorrer desta pesquisa, a importância dos desafios vivenciados durante essa fase da vida.

Pôde-se perceber, de acordo com os resultados desse estudo, que as doenças crônicas que trazem limitações alimentares, físicas e cujo tratamento é invasivo tendem a possuir uma maior repercussão na vida e,

Repercussões do adoecimento crônico na saúde mental...

consequentemente, na saúde mental do idoso, no entanto, aqueles que se apegam à religiosidade/espiritualidade enfrentam as demandas trazidas pelo adoecimento como algo advindo de Deus e que o conformismo chega por entender que é de Sua vontade.

Têm-se, no entanto, quando se fala de doenças com cronicidade, ou seja, sem cura, o medo e a tristeza como sentimentos inevitáveis, principalmente no momento do diagnóstico e no enfrentamento das primeiras restrições ou perdas, como da autonomia e independência. Precisam-se esses idosos de atenção em todos os âmbitos da saúde a fim de que possam alcançar a saúde em sua integralidade.

Entende-se, quando se menciona isolamento do idoso e sentimento de tristeza, que não se deve e não se pode visualizar esses fatores como circunstâncias oriundas e esperadas do ser idoso, pois, devido às mudanças corporais e à convivência com limitações atribuídas apenas na velhice, a incidência e probabilidade de adquirirem um transtorno mental, como a depressão, são maiores do que em adultos jovens.

Evidencia-se, nesse contexto, que a unidade básica de saúde é o local que esses idosos tendem a frequentar com maior assiduidade para a busca de receitas e/ou de medicações. Ressalta-se nesse sentido, que é de suma importância que os profissionais de saúde que atuam nesse ambiente estejam capacitados para receber o ser idoso, não apenas para a resolutividade de suas demandas no momento, mas também serem capazes de ouvir e identificar as possíveis repercussões que o adoecimento traz para a vida desses indivíduos e para sua saúde mental.

Enfatiza-se, ainda, a importância do papel do profissional de enfermagem que atua na atenção básica, visto que esses profissionais possuem uma gama de atribuições no território e, para isso, precisam capacitar-se e constantemente se atualizarem para o cuidado integral à saúde da pessoa idosa.

Considerou-se, como limitação do estudo, o fato da necessidade de as entrevistas acontecerem apenas junto com as ACS devido a uma solicitação do profissional coordenador da unidade, além da dificuldade de compreensão de alguns profissionais dentro dos serviços de saúde quanto à importância da realização da pesquisa nesse âmbito.

Acredita-se, por fim, que esta pesquisa poderá contribuir para o entendimento do profissional de saúde quanto aos cuidados voltados para a pessoa idosa, visando, além da sua saúde física, sinais e sintomas clínicos, a

Silva GO, Peixoto LCP, Souza DA de et al.

saúde psíquica dessa população, não relacionando o sofrimento mental como algo inerente ao envelhecimento humano.

AGRADECIMENTOS

Voltam-se os agradecimentos à Atenção Básica do município de Guanambi por possibilitar a realização deste estudo, assim como a toda a equipe da Unidade de Saúde da Família (USF) escolhida, com foco principal para as agentes comunitárias de saúde que disponibilizaram seu tempo para acompanhar a realização das entrevistas e, principalmente, a todos os idosos que aceitaram participar desta pesquisa e por nos receberem tão bem em suas casas.

REFERÊNCIAS

1. Borim FSA, Barros MBA, Botega NJ. Common mental disorders among elderly individuals: a population-based study in Campinas, São Paulo State, Brazil. *Cad saúde pública* [Internet]. 2013 [cited 2016 Aug 16];29(7):1415-26. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n7/15.pdf>
2. Carvalho MHR, Carvalho SMR, Laurenti R, Payão SLM. Chronic disease-related elderly mortality trends in the city of Marília-SP, Brazil: 1998-2000 and 2005-2007. *Epidemiol serv saúde* [Internet]. 2014 [cited 2016 Aug 16];23(2):347-54. Available from: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v23n2/v23n2a16.pdf>
3. Alves JED. O Brasil em transição. Rio de Janeiro: IE/UFRJ; 2014.
4. Pereira RA, Souza RAA, Vale JS. O processo de transição epidemiológica no Brasil: uma revisão de literatura. *Rev cient FAEMA* [Internet]. 2015 [cited 2016 Dec 18];6(1):99-108. Available from: <http://www.faema.edu.br/revistas/index.php/Revista-FAEMA/article/view/322/387>
5. Juchem JAS, Daltroso CR, Carniel CA. Observação sobre senescência e senilidade em instituições de longa permanência. *Rev salão conhec* [Internet]. 2016 [cited 2016 Dec 18]. Available from: <https://www.publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/salaconhecimento/article/view/File/6520/5296>
6. Vilhena E, Ribeiro JLP, Silva I, Pedro L, Meneses RF, Cardoso H, et al. Psychological factors as predictors of adjustment to life of people with chronic diseases. *Psicol. saúde doenças* [Internet]. 2014 [cited 2017 Aug 18];15(1):220-33. Available from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v15n1/v15n1a18.pdf>
7. Malta DC, Moura L, Prado RR, Escalante JC, Schmidt MI, Duncan BB. Chronic non-

Repercussões do adoecimento crônico na saúde mental...

- communicable disease mortality in Brazil and its regions, 2000-2011. *Epidemiol serv saúde* [Internet]. 2014. [cited 2017 Ago 20];23(4):599-608. Available from: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v23n4/v23n4a02.pdf>
8. Arokiasamy P, Uttamacharya U, Jain K, Biritwum RB, Yawson AE, Wu F, et al. The impact of multimorbidity on adult physical and mental health in low-and middle-income countries: what does the study on global ageing and adult health (SAGE) reveal? *BMC Med* [Internet]. 2015 [cited 2017 Aug 20];13(1):178. Available from: <https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-015-0402-8>
 9. Jolles MP, Haynes-Maslow L, Roberts MC, Dusetzina SB. Mental health service use for patients with co-occurring mental and physical chronic health care needs in primary care settings. *Med Care* [Internet]. 2015 [cited 2017 Aug 18];53(8):708-12. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4932892/>
 10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12th ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
 11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Cidades: Guanambi: estimativa da população 2017 [Internet]. Brasília: IBGE; 2016 [cited 2017 Nov 25]. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?codmun=291170&idtema=130>
 12. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
 13. Ministério da Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2012 [cited 2016 Oct 06]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
 14. Machado WD, Gomes DF, Freitas CASL, Brito MCC, Moreira ACA. Elderly with not transmitted chronic diseases: a group association study. *Rev Facema* [Internet]. 2017 [cited 2016 Dec 18]; 3(2):445-51. Available from: <http://www.facema.edu.br/ojs/index.php/RevOnFacema/article/view/194/106>
 15. Dantas CMHL, Bello FA, Barreto KL, Lima LS. Functional ability of elderly with chronic diseases living in Long-Stay Institutions. *Rev bras enferm* [Internet]. 2013 [cited 2017 Sept 01];66(6). Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n6/16.pdf>

Silva GO, Peixoto LCP, Souza DA de et al.

16. Frazão CMFQ, Ramos VP, Lira ALBC. Quality of life of patients undergoing hemodialysis. Rev enferm UERJ [Internet]. 2011 [cited 2017 Aug 12];19(4):577-82. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v19n4/v19n4a12.pdf>
17. Soares Vello L, Ornellas Pereira MA, Popim RC. Mental health of the elderly: perceptions related to aging. Invest educ enferm [Internet]. 2014 [cited 2017 Sept 01];32(1):60-8. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v32n1/v32n1a07.pdf>
18. Baldissera VDA, Bueno SMV. Leisure and mental health in people with hypertension: convergence in health education. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2012 [cited 2017 Oct 15];46(2):380-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000200016&lng=en&nrm=iso&tlng=en
19. Silva GÉM, Pereira SM, Guimarães FJ, Perrelli JGA, Santos ZC. Depression: knowledge of elderly attended in units of family health of the city of Limoeiro - PE. REME rev min enferm [Internet]. 2014 [cited 2017 Oct 15];18(1):82-93. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/910>
20. Costa FG, Coutinho MPL, Santana IO. Chronic renal failure: social representations of depression and non-depression patients. Psico USF [Internet]. 2014 [cited 2017 Oct 15];19(3):387-98. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/4010/401041442003.pdf>
21. Martins RM. A depressão no idoso. Millenium [Internet]. 2016 [cited 2017 Aug 18];34(13):119-23. Available from: <http://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8361/5950>
22. Bulsing RS, Jung SI. Envelhecimento e morte: percepção de idosas de um grupo de convivência. Psicol estud [Internet]. 2016 [cited 2016 Dec 18];21(1):89-100. Available from: <http://www.redalyc.org/html/2871/287146384011/>
23. Carvalho L. Representações de vida e morte para a pessoa idosa submetida a cuidados paliativos: uma revisão de literatura [Internet]. Brasília: Universidade Católica de Brasília; 2014 [cited 2017 Aug 12]. Available from: <https://repositorio.ucb.br/jspui/bitstream/123456789/9369/1/LudmilladoNascimentoCarvalhoTCCGraduacao2014.pdf>
24. Lima AF, Moreira ACA, Silva MJ, Monteiro PAA, Teixeira PG. The perception of the elderly with diabetes on their disease and the nursing

Repercussões do adoecimento crônico na saúde mental...

- care. Ciênc cuid saúde [Internet]. 2016 [cited 2017 Sept 01]; 15(3): 522-9. Available from: <http://ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/30884/18071>
25. Lawin G, Torres JRP, Faria MQG. Depressão no idoso: um estudo transversal. Rev Thêma Scient [Internet]. 2016 [cited 2017 Out 15];4(2):143-53. Available from: <http://www.themaetscientia.fag.edu.br/index.php/RTES/article/view/219/228>
26. Rocha ACO, Mota FRN, Silva MJ, Bonates LAM, Rocha ACO. Quality of life of elderly people who care for the elderly at home [Internet]. 2014 [cited 2017 Oct 15]; 9(2):548-57. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10371/11107>

Submissão: 16/01/2018

Aceito: 05/07/2018

Publicado: 01/11/2018

Correspondência:

Luma Costa Pereira Peixoto
Universidade do Estado da Bahia
Departamento de Educação - Campus XII
Rua Vanessa Cardoso e Cardoso, s/n
Bairro Ipanema
CEP: 46430-000 – Guanambi (BA), Brasil