

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

ANA CAROLINA ALBIERO LEANDRO DA ROCHA

A ESPIRITUALIDADE NO MANEJO DA DOENÇA CRÔNICA
DO IDOSO

SÃO PAULO

2011

ANA CAROLINA ALBIERO LEANDRO DA ROCHA

A ESPIRITUALIDADE NO MANEJO DA DOENÇA CRÔNICA DO IDOSO

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Cuidado em Saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Suely Itsuko Ciosak

SÃO PAULO

2011

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO,
POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS
DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data ___/___/___

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca "Wanda de Aguiar Horta"
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Rocha, Ana Carolina Albiero Leandro da
A espiritualidade no manejo da doença crônica do
idoso / Ana Carolina Albiero Leandro da Rocha . -- São Paulo,
2011.

85 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^a Dr^a Suely Itsuko Ciosak

1. Espiritualidade 2. Doença crônica 3. Idosos
I. Título.

Nome: Ana Carolina Albiero Leandro da Rocha
Titulo: A espiritualidade no manejo da doença crônica do idoso.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Cuidado em Saúde.

Aprovado em: ___/___/___

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

As pessoas que dão verdadeiro sentido a minha vida...

Minha mãe Rosana, meu pai Ivaldo, meus irmãos Maria Fernanda e Pedro Henrique, por estarem sempre ao meu lado.

Minha grande família, em especial a minha avó Iolanda, tia Fernanda, tio Sérgio, Ana Flávia e Renata.

Em especial ao meu avô Joaquim e a minha avó Nega, por despertarem em mim o desejo de cuidar.

Meus amigos Thaís, Leonardo e Anderson.

Meu melhor amigo e companheiro Thiago, por acreditar em mim e compartilhar meu passado, meu presente e meus sonhos para o futuro.

AGRADECIMENTOS

A Prof^a Dr^a Suely Itsuko Ciosak, mais do que orientadora, minha amiga nestes anos.

Aos docentes e funcionários da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

A Prof^a Dr^a Renata Ferreira Takahashi e Prof Dr Wellington Zangari, pelas contribuições no Exame de Qualificação.

Ao Instituto Paulista de Geriatria e Gerontologia “José Ermírio de Moraes” por permitir a coleta de dados.

Aos docentes e funcionários do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual Paulista, em especial a Prof^a Dr^a Maria José Trevizani Nitsche e Prof^a Dr^a Sandra Regina Leite Rosa Olbriche por terem investido em mim desde o início da graduação.

Às minhas amigas da graduação e da vida, República Renegadas, Maíra, Ioná, Bruna Balbi, Bruna Moura, Marcela e Juliana.

Aos idosos participantes deste estudo.

Aos pacientes de Diadema que me ensinam dia-a-dia e às minhas colegas de trabalho e amigas da UBS Conceição.

Rocha, ACAL. A espiritualidade no manejo da doença crônica do idoso [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.

RESUMO

Considerando a espiritualidade como parte do conceito de saúde do indivíduo e suas repercussões no viver a doença crônica, realizou-se o presente estudo. Trata-se de um estudo exploratório, com metodologia quanti-qualitativa que teve como objetivo principal identificar e compreender o papel da espiritualidade no manejo da doença crônica do idoso. Procurou-se ainda conhecer o perfil dos idosos participantes do estudo, as mudanças de vida ocasionadas pelo diagnóstico da doença crônica e a compreensão de como a religião/espiritualidade/fé interfere neste processo. O método da análise de conteúdo de Bardin foi escolhido para interpretação dos discursos. O estudo foi realizado com 20 idosos portadores de doença crônica atendidos no Instituto Paulista de Geriatria e Gerontologia “José Ermírio de Moraes” (IPGG), instituição que tem como missão promover o envelhecimento saudável e a integração social do idoso. A coleta de dados foi realizada em outubro de 2010, através de entrevistas semiestruturadas. Os idosos possuíam entre 60 e 81 anos, sendo 65% mulheres e 35% homens, 65% casados, 20% viúvos e 15% divorciados. Quanto à ocupação, 80% são aposentados, 10% do lar/donas de casa, 10% estão ativos no mercado de trabalho. Com relação às condições de moradia, 85% residem em casa própria, 10% em casas de familiares e 5% em casa alugada, 50% residem com cônjuge e filhos ou netos, 35% apenas com cônjuge, 10% moram sozinhos e 5% apenas com filho. Quando questionados quanto às crenças religiosas, todos os participantes referiram pertencer a uma doutrina religiosa e dentre as religiões 75% declarou-se católico, 20% evangélico e 5% espírita. A doença crônica mais prevalente foi a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), referida por 45% dos participantes, seguida do diabetes mellitus, presente em 35% dos idosos. A análise dos discursos resultou nos seguintes temas centrais: impacto multidimensional da doença crônica, enfrentamento e expectativas dos idosos. Na análise do impacto multidimensional da doença crônica, identificaram-se as seguintes unidades temáticas: impacto no estilo de vida, impacto emocional e impacto socioeconômico. Com relação ao enfrentamento da doença crônica, foram analisados o enfrentamento individual, o suporte social e a espiritualidade/religiosidade/fé. Quanto às expectativas, as unidades temáticas identificadas foram expectativas quanto à saúde e quanto ao sentido da vida. Os resultados evidenciaram as mudanças trazidas pelo diagnóstico da doença crônica e suas implicações na adaptação ao novo modo de vida. O manejo destas alterações é complexo e diversos fatores influenciam positivamente e negativamente no modo de lidar com a nova condição. Os resultados mostraram que a espiritualidade/religiosidade/fé interfere de maneira positiva no enfrentamento dos obstáculos e dificuldades da vida, fortalece a resiliência do paciente, melhorando assim, sua qualidade

de vida. Para que o manejo da doença crônica seja bem sucedido, o profissional de saúde atuante na assistência ao idoso portador de doença crônica deve ter a sensibilidade de compreender o idoso dentro de seu contexto cultural e fortalecer o entendimento e responsabilização do paciente quanto a sua condição crônica.

PALAVRAS-CHAVE: Espiritualidade. Doença Crônica. Idoso.

Rocha ACAL. Spirituality in the self-management of the elderly chronic disease [dissertation]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.

ABSTRACT

This study was carried out considering spirituality as part of the concept of health and its impacts on living with a chronic disease. It is an exploratory study with quanti-qualitative methodology that aimed to identify and understand the role of spirituality in the management of chronic disease of the elderly, by identifying the profile of individual participating in the study, the life changes caused by diagnosis of chronic disease and how religion/spirituality/faith interferes in this process. The technique of contents analysis of Bardin was chosen for the interpretation of discourse. The study was conducted with 20 elderly patients with chronic disease treated at the Instituto Paulista de Geriatria e Gerontologia “José Ermírio de Moraes” (IPGG), an institution whose mission is to promote healthy aging and social integration of the elderly. Data collection was conducted in October 2010, through semi-structured interviews. The elderly had between 60 and 81 years, being 65% women and 35% men, 65% married, 20% widowed and 15% divorced. As to occupation, 80% are retired, 10% housewives, 10% are active in the labor market. About the conditions of living, 85% live in their own home, 10% in relative’s house and 5% in rented accommodation, 50% live with spouse and children or grandchildren, 35% with spouse, 10% living alone and 5% living with children. When asked about their religious beliefs, all participants reported belonging to a religious doctrine, 75% declared themselves Catholic, 20% Protestant and 5% Spiritualist. The most prevalent chronic disease was High Blood Pressure, reported by 45% of the respondents, followed by Diabetes, present in 35% of the elderly. The discourse analysis resulted in the following themes: the multidimensional impact of chronic disease, coping and expectations of the elderly. In the analysis of the multidimensional impact of chronic disease, we identified the following thematic units: impact on lifestyle, emotional impact and economic impact. When regarding to coping with chronic illness, we analyzed the individual coping, social support and spirituality/ religion/ faith. As for expectations, thematic units identified were expectations about health and expectations about the meaning of life. The results demonstrate the changes brought by the diagnosis of chronic disease and its implications for adaptation to the new way of life. Management of these changes is complex and many factors influence both positively and negatively in dealing with the new condition. The results show that spirituality/religion/faith interferes positively in addressing the obstacles and difficulties of life, strengthen the resilience of the patient, thus improving their quality of life. For chronic disease management to be successful, health professionals active in assistance of the elderly with chronic illness should have the sensitivity to

understand the elderly within their cultural context and strengthen their understanding and their accountability about the chronic condition.

KEYWORDS: Spirituality. Chronic disease. Elderly.

LISTA DE TABELAS, GRÁFICOS E QUADROS

Tabela 1 – Características sócio-demográficas dos idosos entrevistados no IPGG, São Paulo-SP, 2011.....	39
Tabela 2 – Atividades realizadas pelos idosos entrevistados no IPGG, São Paulo- SP, 2011.....	40
Gráfico 1 – Doenças referidas pelos participantes e freqüência de citação, São Paulo-SP, 2011.....	42
Quadro 1 – Distribuição das unidades de registro, unidades temáticas e temas centrais identificados, São Paulo- SP, 2011.....	44

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 O IDOSO E A DOENÇA CRÔNICA.....	20
3 ESPIRITUALIDADE	23
4 OBJETIVOS	28
4.1 OBJETIVO GERAL	28
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	28
5 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO	30
5.1 CENÁRIO DO ESTUDO.....	30
5.2 POPULAÇÃO.....	31
5.3 INSTRUMENTOS.....	32
5.4 COLETA DE DADOS	32
5.5 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS	33
5.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	33
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	35
6.1 CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO	35
6.2 A ESPIRITUALIDADE E A DOENÇA CRÔNICA	40
6.2.1 Impacto multidimensional da doença crônica.....	41
6.2.2 Enfrentamento	49
6.2.3 Expectativas	62
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	69

Apêndice 1: Formulário para identificação e perfil sócio-demográfico.	83
Apêndice 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.	84
Anexo 1: Aprovação do comitê de ética.	86

Introdução

1 INTRODUÇÃO

A principal causa de mortalidade e de incapacidade prematura na maioria dos países de nosso continente, incluindo o Brasil, são as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT). As condições crônicas são responsáveis por 60% dos custos com saúde em todo o mundo, causando impacto em diversas áreas. Estes valores só tendem a crescer, segundo a Organização Mundial Saúde (OMS), em 2020, nos países em desenvolvimento, 80% da carga de doença deverá ser decorrente dos problemas crônicos. Os sistemas de saúde não estão preparados para lidar com estas condições e acabam tratando dos sintomas quando aparecem e deixando de investir na promoção à saúde. ⁽¹⁾

Esta situação é acentuada pelo fenômeno chamado de “transição epidemiológica”, que corresponde às mudanças do padrão de mortalidade de uma população, que morre menos em decorrência de doenças infecciosas e parasitárias e mais por doenças crônicas. No início do século XX aproximadamente 50% da população, ainda muito jovem, morria em decorrência de doenças transmissíveis. A melhoria das condições de saneamento das cidades e os avanços da medicina estão entre os diversos fatores que levaram ao aumento da expectativa de vida. ^(2, 3)

Em menos de 15 anos estima-se uma duplicação da população de idosos do país, de 8% para 15%, e como conseqüência da queda das taxas de mortalidade e fecundidade, estes números tendem a aumentar, especialmente em relação aos “muito idosos”, grupo dos idosos com mais de 80 anos. ⁽⁴⁾

Infelizmente, como outros países em desenvolvimento o Brasil não se preparou para esta situação, e hoje muitos idosos sofrem com a falta de políticas públicas para atender as múltiplas necessidades dos indivíduos nesta faixa etária.

Além dos impactos na economia e na saúde pública, a doença crônica altera o cotidiano e a qualidade de vida das pessoas que recebem este tipo

de diagnóstico, pois implica em mudanças e limitações que muitas vezes terão que ser manejadas por um longo tempo e por vezes até o fim da vida. A mudança do estilo de vida é fundamental no tratamento e controle da patologia e requer muita determinação do portador.

O manejo da doença crônica exige alterações que podem ser difíceis de ser implementadas no cotidiano do idoso, como a mudança para uma alimentação mais saudável, a prática de exercícios físicos, o abandono do tabagismo, além da própria condição emocional do idoso, já que o estresse é agravante de doenças como hipertensão e diabetes. O profissional de saúde que atende essas pessoas deve ter em mente a importância destas mudanças e valorizar a promoção da qualidade de vida dos idosos. ⁽⁵⁾

Segundo a OMS, qualidade de vida é “*a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e no sistema de valores em que vive e em relação às suas expectativas, seus padrões e suas preocupações*”. O Grupo World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) considera qualidade de vida como um conceito bastante amplo, incorporando de forma complexa, a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com aspectos significativos do meio ambiente. ⁽⁶⁾

A OMS define saúde como completo estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença. Esta definição é muito criticada, pois é considerada “utópica” por muitos estudiosos, segundo esta definição a saúde depende da qualidade de vida e do bem-estar subjetivo, e estes englobam componentes da fé e espiritualidade. ⁽⁷⁾

O envelhecimento e a espiritualidade são áreas de interesse multiprofissionais, portanto temas para discussão são encontrados nas áreas mais diversas.

A espiritualidade também vem sendo estudada pela pesquisa quantitativa, através da aplicação de diversos questionários. A Escala CRE, por exemplo, tem como objeto o enfrentamento religioso. O grupo WHOQOL desenvolveu o questionário WHOQOL – “módulo espiritualidade” para estudar as relações entre espiritualidade e qualidade de vida. A Escala de

Esperança de Herth propõe a aplicação de testes para definir scores de esperança para os pacientes. ⁽⁸⁻¹⁰⁾

As crenças e a espiritualidade pessoais, como componentes da saúde, são conceitos antigos, porém ao mesmo tempo novos e pouco familiares para a equipe de saúde no cotidiano da assistência a saúde. A Enfermagem, desde seu início como profissão moderna tem como objetivo um cuidado holístico, que compreenda a mente, o corpo e o espírito, ainda que as pesquisas sobre a espiritualidade não estejam muito desenvolvidas. ⁽¹¹⁾

As necessidades espirituais que são relevantes para a saúde mudam durante a vida e com o amadurecimento, as pessoas se voltam para seu interior e passam a valorizar os relacionamentos mais significativos e as práticas religiosas, portanto é necessário que o profissional esteja atento às necessidades relativas à espiritualidade e que seja capaz de utilizar a fé para auxiliar os idosos, pois a sensibilidade à fé e à religião está mais acentuada na velhice. ⁽¹²⁾

Devido às alterações e/ou limitações ocasionadas pelo envelhecimento, como deficiências físicas e dificuldades de transportes, os idosos diminuem seu envolvimento em atividades religiosas formais. As orações são utilizadas como forma de enfrentamento das situações de adversidades e aumentam o sentimento de valor próprio e de esperança e reduzem a sensação de solidão e abandono. ⁽¹³⁾

O mecanismo pelo qual a espiritualidade influencia a saúde e o bem-estar não é claro e a relação entre a espiritualidade e a doença crônica também não é bem compreendida, ainda que pesquisadores e clínicos acreditem que a espiritualidade e a saúde tenham importantes conexões. O que se sabe é que a doença crônica interrompe muitas áreas da vida da pessoa, o que gera depressão, irritabilidade e perda de esperança. ⁽¹⁴⁾

A espiritualidade pode ajudar a manter a independência ao encarar a doença crônica, enfrentar melhor a dor e aceitar o aumento da dependência quando as intervenções médicas chegam ao limite. Diferentes estudos têm mostrado que as maiores prevalências de depressão têm sido observadas em doentes com: AVC, doença coronária, câncer e Alzheimer. ⁽¹⁵⁾

Além destas patologias, a depressão aumenta frequentemente os índices de morbidade e mortalidade de outras doenças associadas. Por vezes, estes sentimentos depressivos podem ser tão intensos que as pessoas podem preferir o suicídio a continuar vivendo o que parece ser um estágio sem fim de agonia e desespero. ⁽¹⁶⁾

Como profissionais devemos questionar quão poderosa é a crença do paciente e como usá-la para orientá-lo para a cura ou melhora de sua condição. Estudos revelam que perguntas e demonstração de interesse de seus médicos por sua espiritualidade são frequentemente apreciadas pelo paciente e ressaltam a confiança, especialmente em momentos de doença severa e aproximação da morte. ⁽¹⁶⁾

Conceitos como espiritualidade, religiosidade, esperança e suporte social acabam se sobrepondo. Apesar do uso cotidiano, religiosidade e espiritualidade não são sinônimas sendo que a religiosidade é uma das formas de expressão da espiritualidade.

A espiritualidade pode ser utilizada como uma estratégia de enfrentamento para as situações críticas da vida das pessoas, pois pode aumentar o senso de propósito e significado da vida, que são associados à maior resistência ao estresse relacionado às doenças. ⁽¹⁷⁾

Os profissionais de saúde podem auxiliar os pacientes portadores de doenças crônicas a lidar com as mudanças decorrentes das patologias e uma maneira é estimulando o paciente a desenvolver sua espiritualidade e a relação com o transcendente. Para que isso seja possível o profissional tem que ter consciência de sua própria espiritualidade e de suas crenças e valores pessoais para que possa proporcionar apoio, conforto e esperança para o paciente. ⁽¹⁸⁾

O Idoso e a Doença Crônica

2 O IDOSO E A DOENÇA CRÔNICA

O envelhecimento populacional é um fenômeno novo para a humanidade, porém algumas culturas já estão mais habituadas às mudanças decorrentes do aumento do número de idosos do que outras. Os países desenvolvidos vêm lidando com o envelhecimento há mais tempo, e continuam se adaptando às mudanças progressivas que ocorrem na sociedade. Alguns países em desenvolvimento, como o Brasil, vivem o fenômeno da transição epidemiológica, já discutido anteriormente, há pouco tempo. ⁽¹⁹⁾

A sociedade vive o processo do envelhecimento de acordo com seu contexto cultural. Crenças, preconceitos e mitos constroem o significado da velhice e determinam o tratamento que o idoso receberá da comunidade.

Na cultura brasileira, a classificação pela faixa etária privilegia os indivíduos mais jovens em detrimento aos mais velhos ⁽¹⁹⁾, o que acarreta diversos prejuízos para o idoso enquanto cidadão e figura integrante e atuante na família e na sociedade.

O envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo em que ocorrem diversas alterações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas. Ocorrem perdas e ganhos, como em qualquer outra fase de desenvolvimento do ser humano.

O adoecimento pode estar presente, dependendo das condições orgânicas deste idoso, o surgimento de doenças crônico-degenerativas não é caráter obrigatório da velhice, embora esta crença exista em nossa sociedade. Para a sociedade em geral as doenças são comuns ao envelhecimento e “ser velho” é considerado “ser doente”. ^(2,3)

As doenças crônicas são características negativas atribuídas ao envelhecimento, pois progressivamente podem levar à dependência e incapacidade física e mental.

É necessário diferenciar os efeitos fisiológicos e naturais do envelhecer, a chamada senescência e as alterações patológicas do processo de envelhecimento, a senilidade. ^(2, 20)

Em um processo de envelhecimento ativo e bem-sucedido, em que o indivíduo manteve hábitos saudáveis durante a vida e teve a família como parte integrante do processo, o idoso não se vê como doente e mantém melhor qualidade de vida.

Espiritualidade

3 ESPIRITUALIDADE

O conceito de religião vem da palavra latina *religare* e significa o restabelecimento da ligação entre Deus e o homem. A função da religião é desenvolver a relação entre o ser humano e o sagrado, sua proposta é dar significado à vida. Desta forma, pode fornecer subsídios para que o indivíduo transcenda o sofrimento, perdas e a percepção da morte. A religião é uma forma de expressar a espiritualidade e através de seus sistemas organizados, associados à inserção na comunidade religiosa, propiciam o sentimento de pertencimento, podendo servir de base para o significado da existência. ⁽²¹⁾

Em contrapartida, algumas doutrinas podem gerar sentimentos negativos, como medo, angústia e culpa especialmente aquelas em que o “ser supremo” possui um caráter punitivo, vingativo e exige atitudes determinadas. ⁽²¹⁾

A espiritualidade por sua vez deriva do latim *spiritus*, que quer dizer “sopro”, em referência ao sopro da vida. É uma dimensão que aborda possibilidades de imaginar e acreditar, ter consciência de uma dimensão transcendente e sentir gratidão pela vida. A espiritualidade também pode ser entendida como algo que dá sentido a vida. ^(21,22)

Aprofundar-se na temática da religiosidade e da espiritualidade é navegar por um caminho pouco percorrido ou nada trilhado pelos profissionais de saúde, pois os mesmos têm suas próprias dificuldades relativas à espiritualidade e religiosidade. ⁽²¹⁾

A fé/espiritualidade/religiosidade é mencionada como uma forma de apoio e incentivo ao autocuidado, que promove uma sensação de controle sobre a doença e é favorecido pela capacidade do paciente de vigiar a própria saúde, especialmente na doença crônica.

Com o tempo o portador da doença crônica passa a coletar informações de leigos e profissionais de saúde, a interpretar sinais e sintomas e a entender de seu próprio estado de saúde. A partir desse entendimento, o impacto da nova condição de saúde passa a ser

compreendido melhor e a ser inserido no contexto de vida da pessoa. Esta compreensão leva ao estabelecimento de novos limites devido ao reconhecimento dos efeitos da doença e do envelhecimento. ⁽²³⁾

Mudanças no comportamento como dieta, medicação específica e adaptação às atividades diárias são necessárias e para alguns pacientes, a fé os encoraja a ter força de vontade para realizar estas mudanças de maneira efetiva. ⁽²⁴⁾

O viver a doença traz conseqüências como o declínio da funcionalidade, a dor, o sofrimento, a limitação financeira e a interrupção da estabilidade emocional. Estas rupturas podem levar a um quadro depressivo. A fé religiosa/ espiritualidade facilita a aceitação destes resultados negativos e a melhora da depressão. Muitos pacientes relataram que com a fé conseguiram encontrar um significado na experiência da doença, como um plano maior de Deus. ⁽²⁵⁾

Comparar-se com pessoas em condições piores ajuda algumas pessoas a encarar sua realidade mais positivamente e traz uma sensação de agradecimento pela própria vida. Acreditar na melhora da saúde e a crença de que seu corpo é um “templo de Deus”, também, trouxe sentimentos de paz para participantes de vários estudos. ⁽²³⁾

Infelizmente, não são encontrados apenas benefícios à saúde. Há casos em que o paciente vê Deus como o único capaz de curá-lo e o autocuidado deixa de fazer sentido e de ser realizado pelo paciente. Para estas pessoas Deus é uma figura autoritária e a busca da própria saúde pode ser encarada como uma demonstração de falta de fé e respeito para com Deus. ⁽²³⁾

Uma das estratégias de enfrentamento utilizadas por pacientes crônicos para manejar a patologia e ter melhor qualidade de vida é a intencionalidade positiva. Em pesquisa realizada com pacientes crônicos para compreender como esta estratégia era utilizada, identificaram-se dois elementos: o primeiro constituído pelas características próprias da personalidade como: flexibilidade, coragem, autoconfiança, resiliência e determinação; e o segundo pela prática do pensamento positivo em si. ⁽²⁶⁾

A espiritualidade aparece como um mecanismo de enfrentamento eficaz, aliviando o estresse psicológico, a dor e a sensação de desamparo. A fé religiosa é fonte de fortalecimento, esperança e equilíbrio que pode se tornar mais forte depois do diagnóstico da doença. ⁽²⁷⁾

As crenças pessoais dão sentido às situações de sofrimento da vida, por exemplo, a doença crônica é mencionada tanto como um “encontro espiritual” quanto como uma experiência física e emocional. A busca por um propósito na vida e a experiência de conectar-se com Deus e com os outros, parece ser uma importante maneira de enfrentar a doença crônica. ⁽²⁵⁾

Em pesquisa realizada com pacientes crônicos pertencentes a uma determinada religião, a fé trouxe sensação de paz e de estar sendo cuidado. Os participantes que não relataram afiliação religiosa e não mencionaram Deus em seus relatos tiveram esta experiência através do apoio e a ajuda de outras pessoas, como amigos e familiares. ⁽²⁸⁾

A religião em si não é decisiva para melhor ou pior enfrentamento, ter uma “boa relação” com Deus ou com o ser superior é que parece fortalecer a resiliência do indivíduo.

A participação em atividades religiosas, formais ou não, beneficia as relações sociais. Para algumas pessoas portadoras do HIV, a religião favorece seus relacionamentos e sentimentos de pertencimento e aceitação. Aqueles que não tinham a quem contar sobre a doença encontraram um confidente em Deus e os que se sentiam rejeitados ou desprezados por sua doença encontraram apoio em seu relacionamento pessoal com Deus. ⁽²⁹⁾

O ideal de um propósito ou projeto de vida é fonte de força e determinação nos momentos de dificuldade. Ter uma vocação, dedicar-se a vida familiar e realizar trabalhos voluntários foram maneiras relatadas pelos portadores de doença crônica para que os dias fossem preenchidos de modo significativo. ^(26,30)

O projeto de vida por sua vez inclui uma perspectiva de metas influenciada por orientações filosóficas e religiosas. A conexão com Deus e com os outros e a interação entre corpo, mente e espírito é parte deste projeto de vida. ⁽²⁶⁾

A prece e a fé em si são mencionadas em estudos sobre a temática da espiritualidade. A confiança, a conexão com Deus e com as outras pessoas é fortalecida pela oração. Passar o tempo rezando é uma atitude de enfrentamento, uma distração positiva. A prece aparece como mediadora, e neste caso assume um papel central na doença crônica, sendo um meio de comunicação entre a pessoa e Deus. Para pacientes HIV positivos o sentimento de paz sentido dentro da igreja facilita lidar com a doença. ^(27,29)

Alguns pacientes referem aderir ao tratamento por acreditar que Deus está trabalhando através dos médicos, dando-lhes sabedoria e conhecimento para tratar de sua doença, combinando assim a medicina convencional e as práticas espirituais. ⁽²⁷⁾

De um modo geral, a religião/espiritualidade quando presente na vida dos participantes é grande responsável pelo bem-estar subjetivo. No campo cognitivo, promove o equilíbrio emocional, e no afetivo facilita sensações de plenitude e paz consigo mesmo. ⁽²⁶⁾

A crença numa vida após a morte alivia o medo e a incerteza de morrer, e a espiritualidade em geral facilita a auto-aceitação, mas muitas dessas experiências embora conhecidas pelos profissionais de saúde acabam sendo ocultadas e desvalorizadas por medo do ridículo. ⁽²⁹⁾

A escolha deste tema de pesquisa justifica-se pela constante inquietação em desejar proporcionar conforto a pacientes crônicos. As religiões e a espiritualidade sempre despertaram em mim grande curiosidade, em especial sobre seus efeitos sobre o ser humano. Esta pesquisa é resultado da junção do desejo de melhorar o cuidado ao paciente portador de doença crônica e compreender a espiritualidade do indivíduo.

Objetivos

4 OBJETIVOS

Considerando a espiritualidade como parte do conceito de saúde do ser humano e suas repercussões no viver a doença crônica, o presente estudo teve como objetivos:

4.1 OBJETIVO GERAL

- Identificar e compreender o papel da espiritualidade no manejo da doença crônica do idoso.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o perfil dos idosos portadores de doenças crônicas participantes do estudo;
- Identificar as mudanças de vida ocasionadas pelo diagnóstico de doença crônica;
- Compreender a maneira que a religião/espiritualidade/fé interfere no processo de enfrentamento da doença crônica.

Procedimento Metodológico

5 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo exploratório, de caráter quanti-qualitativo. Para identificação do perfil dos participantes do estudo utilizou-se a análise quantitativa a partir dos resultados objetivos obtidos. A metodologia qualitativa foi necessária para a compreensão dos resultados subjetivos encontrados na pesquisa, pois a pesquisa qualitativa considera a relação existente entre o mundo real e o indivíduo e entende que esta relação subjetiva não pode ser traduzida em números ou variáveis.

O universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes consistem nos objetos de estudo da pesquisa qualitativa. A interpretação dos fenômenos e os significados atribuídos aos mesmos levam aos resultados do processo de pesquisa qualitativa. ⁽³¹⁾

O objetivo deste trabalho é investigar a relação subjetiva presente entre idosos com doença crônica e sua espiritualidade, portanto a pesquisa qualitativa foi escolhida como método deste estudo.

5.1 CENÁRIO DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida no Instituto Paulista de Geriatria e Gerontologia “José Ermírio de Moraes” (IPGG). O IPGG foi criado através do Decreto nº 54.193 de 02, publicado em 03 de abril de 2009, seu objetivo é “atender a necessidade de implementar Políticas Públicas capazes de oferecer suporte ao processo de envelhecimento e serviços de promoção e recuperação da Saúde e de prevenção de doenças”. ⁽³²⁾

A Instituição tem como missão promover o envelhecimento saudável e a integração social da pessoa idosa, assistindo-os de maneira humanizada, produzir conhecimento e proporcionar atividades educativas de qualidade em Geriatria e Gerontologia. ⁽³²⁾

Além dos atendimentos de saúde multidisciplinares, a instituição dispõe do Centro de Convivência do Idoso, com atividades de artesanato, bijuteria, tele centro, ginástica, alfabetização, baile semanal, aulas de violão e canto. O Centro também promove oficinas culturais de aula de dança de salão, teatro, canto e coral, yoga, dança espanhola, entre outras. Todos estes atendimentos são totalmente gratuitos. ⁽³²⁾

O IPGG fica localizado em São Miguel Paulista, zona leste da cidade de São Paulo. Segundo o CENSO 2010, residem no município de São Paulo 1338138 de pessoas com mais de 60 anos, sendo 536006 homens e 802132 mulheres. A área de abrangência do serviço é formada pelos bairros de Itaim, Ermelino Matarazzo e São Miguel Paulista que juntos possuem aproximadamente 88 mil idosos. ⁽³³⁾

Instituições como o IPGG, que se preocupem com a integralidade e a promoção de um envelhecimento ativo e bem-sucedido são cada vez mais necessárias em nosso país. O olhar do profissional deve estar voltado para novas estratégias de cuidado, com objetivos de mantermos e melhorarmos a qualidade de vida dos idosos brasileiros.

5.2 POPULAÇÃO

A amostra não aleatória foi composta por 20 idosos atendidos em consulta multidisciplinar no IPGG. Os critérios de inclusão foram: ter idade igual ou superior a 60 anos, estar ciente e informado de ser portador de doença crônica, apto a comunicar-se verbalmente e estar de acordo com a participação no estudo, independente do sexo.

5.3 INSTRUMENTOS

Para a coleta de dados foi elaborado um formulário semi-estruturado (Apêndice I) aplicado aos idosos. O instrumento é composto por duas partes:

- A primeira, sobre o perfil sócio-epidemiológico da amostra, contendo sexo, idade, estado civil, profissão, condições de moradia, condições de saúde, religião, atividades de lazer e relações familiares.

- A segunda, corresponde a um roteiro de entrevista semi-estruturada, com o objetivo de apreender o mecanismo da espiritualidade no processo de enfrentamento da doença crônica.

A entrevista é um instrumento que orienta uma conversa com finalidade e um facilitador de abertura, ampliação e aprofundamento de uma conversação e foi escolhida pelo fato de permitir abertura para que a pessoa entrevistada possa expressar seus sentimentos. ⁽³¹⁾

5.4 COLETA DE DADOS

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas em outubro de 2010 pela autora e ocorreram mediante pré-agendamento, associadas às consultas com os profissionais da Instituição. As entrevistas foram gravadas em fita cassete e seu conteúdo posteriormente destruído.

Todos os participantes do estudo foram informados dos objetivos da pesquisa, concordaram com a gravação, sendo garantido o sigilo e anonimato. A participação se deu a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice II).

5.5 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da USP, instituição promotora do estudo, obedecendo assim às normas da Portaria 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que recomenda os preceitos para o desenvolvimento de pesquisas que envolvem seres humanos, sob o número do processo 958/2010. (Anexo I).

5.6 ANÁLISE DOS DADOS

As entrevistas posteriormente foram transcritas na íntegra, respeitando-se a coloquialidade do discurso. Após a leitura exhaustiva dos registros dos discursos, os dados foram interpretados de acordo com a técnica de análise de conteúdo.

Para Bardin (2009), a análise de um conteúdo corresponde a um conjunto de técnicas de análise de comunicação que visa obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens. ⁽³⁴⁾

A partir da técnica de leitura flutuante da transcrição das entrevistas foram obtidas unidades temáticas que permitiram a inferência de conhecimentos, para posterior classificação dos temas centrais encontrados e suas análises.

Resultados e Discussão

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para a melhor apresentação dos resultados e análise dos dados, optou-se por fazê-lo em dois tópicos: características da população e entendimento da relação entre espiritualidade e doença crônica.

6.1 CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO

A amostra foi composta de 20 idosos, dentre eles 13 (65%) do sexo feminino e sete (35%) do sexo masculino. Houve predomínio de idosos com idade entre 60 e 70 anos, 13 (65%) encontravam-se nesta faixa etária, 6 (30%) possuíam entre 71 e 80 anos e um (5%) possuía mais de 80 anos. (Tabela 1)

Quanto ao estado civil, nenhum dos participantes declarou-se solteiro, 13 (65%) são casados, 4 (20%) são viúvos e 3 (15%) divorciados. Em relação à ocupação, a maioria 16 (80%) é aposentada, 2 (10%) são donas de casa e 2 (10%) estão ativos no mercado de trabalho. (Tabela 1)

A maioria dos entrevistados, 17 (85%) reside em casa própria, 2 (10%) em casas de familiares e 1 (5%) em casa alugada. Com relação aos outros moradores da residência, 10 (50%) residem com cônjuge e filhos/netos, 7 (35%) apenas com cônjuge, 2 (10%) moram sozinhos e 1 (5%) apenas com filho. (Tabela 1)

Quando questionados de consideravam-se pessoas religiosas, todos os participantes responderam que sim e dentre as religiões referidas 15 (75%) declararam-se católicos, 4 (20%) evangélicos e 1 (5%) espírita. (Tabela 1)

Tabela 1: Características sócio demográficas dos idosos entrevistados no IPGG, São Paulo, SP, 2011.

CARACTERÍSTICAS	MASC		FEM		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
IDADE (anos)						
60 --- 70	6	85,71	7	53,84	13	65
71 --- 80	0	-	6	46,15	6	30
81 --- 90	1	14,28	0	-	1	5
ESTADO CIVIL						
Solteiro	0	-	0	-	0	-
Casado	5	71,42	8	61,53	13	65
Divorciado	1	14,28	2	15,38	3	15
Viúvo	1	14,28	3	23,07	4	20
OCUPAÇÃO						
Dona de casa	0	-	2	15,38	2	10
Aposentado	5	71,42	11	84,61	16	80
Trabalhadores ativos	2	28,57	0	-	2	10
RESIDÊNCIA						
Casa própria	6	85,71	11	84,61	17	85
Casa alugada	1	14,28	0	-	1	5
Casa de familiares	0	-	2	15,38	2	10
RESIDE COM:						
Sozinho	1	14,28	1	7,69	2	10
Esposo (a)	3	42,85	4	30,76	7	35
Esposo (a) e filhos	2	28,57	8	61,53	10	50
Filhos e outros familiares	1	14,28	0	-	1	5
RELIGIÃO						
Católicos	5	71,42	10	76,92	15	75
Evangélicos	1	14,28	3	23,07	4	20
Espíritas	1	14,28	0	-	1	5

Em relação às atividades que realizavam no seu tempo livre, como a questão foi aberta, os idosos responderam quantas atividades desejaram e estas foram classificadas entre individuais e coletivas, descritas na tabela 2.

Tabela 2: Atividades realizadas pelos idosos entrevistados no IPGG em seu tempo livre. São Paulo, SP, 2011.

	ATIVIDADES	FREQUÊNCIA
COLETIVAS	Atividades Físicas	35%
	Viajar e passear	10%
	Ir à igreja	10%
	E-mail, Orkut, chat	10%
	Teatro, coral, grupo de terceira idade	5%
	Estudar	5%
	Andar a cavalo	5%
	Visitar parentes	5%
	Voluntariado	5%
	Passar tempo com a família	5%
INDIVIDUAIS	Passar roupa, cuidados com a casa	20%
	Ler jornais e revistas	10%
	Assistir TV	5%
	Tocar violão	5%
	Ver vídeos no computador	5%
	Ler a Bíblia	5%
	Crochê, tricô	5%
	Fazer compras	5%
	Ouvir música	5%

Quando questionados sobre as atividades de lazer do cotidiano, 1(5%) dos participantes referiu não fazer nada em seu tempo livre devido aos problemas de saúde e 2 (10%) afirmam não ter tempo livre, pois ambas são cuidadores de familiares.

Ao investigar sobre o que os entrevistados gostariam de fazer em seu tempo livre, ainda que não o façam independentemente das razões, vários idosos, 6(30%) referem que não gostaria de fazer mais nada, porém, 4 (20%) idosos relataram que gostariam de retomar antigas atividades como trabalhar, conseguir andar mais rápido, cuidar da casa e até mesmo conseguir tomar banho sozinho. A variedade de respostas deve-se aos diferentes níveis de autonomia vivenciados pelos idosos do estudo.

Foi referido por 3 (15%) idosos não ter mais tempo livre disponível para novas atividades, porém 2 (10%) gostariam de viajar e passear, 1 (5%) gostaria de ver futebol, 1 (5%) de namorar, 1 (5%) de aprender a tocar violão e 1 (5%) de mexer com plantas.

Em artigo realizado com idosas brasileiras de Florianópolis, a prática de atividade física de recreação, esporte e caminhadas com intensidade leve a moderadas foram consideradas atividades de lazer pelas participantes. ⁽³⁵⁾

Quanto às relações sociais, questionou-se se o participante tinha contato com familiares e amigos e como eram estas relações. A maior parte dos idosos 17 (75%) referiu ter contato com familiares, amigos e vizinhos e consideram estes relacionamentos bons ou ótimos. Uma parcela menor, de 3 (15%) relatou ter pouco contato com familiares e 2 (10%) justificaram o pouco contato com a distância entre as residências.

Um dos critérios de inclusão foi ter um diagnóstico de doença crônica, sabendo que em muitos casos as morbidades são associadas, conforme foi verificado em vários participantes. As doenças referidas e sua frequência nos discursos estão dispostas no gráfico a seguir.

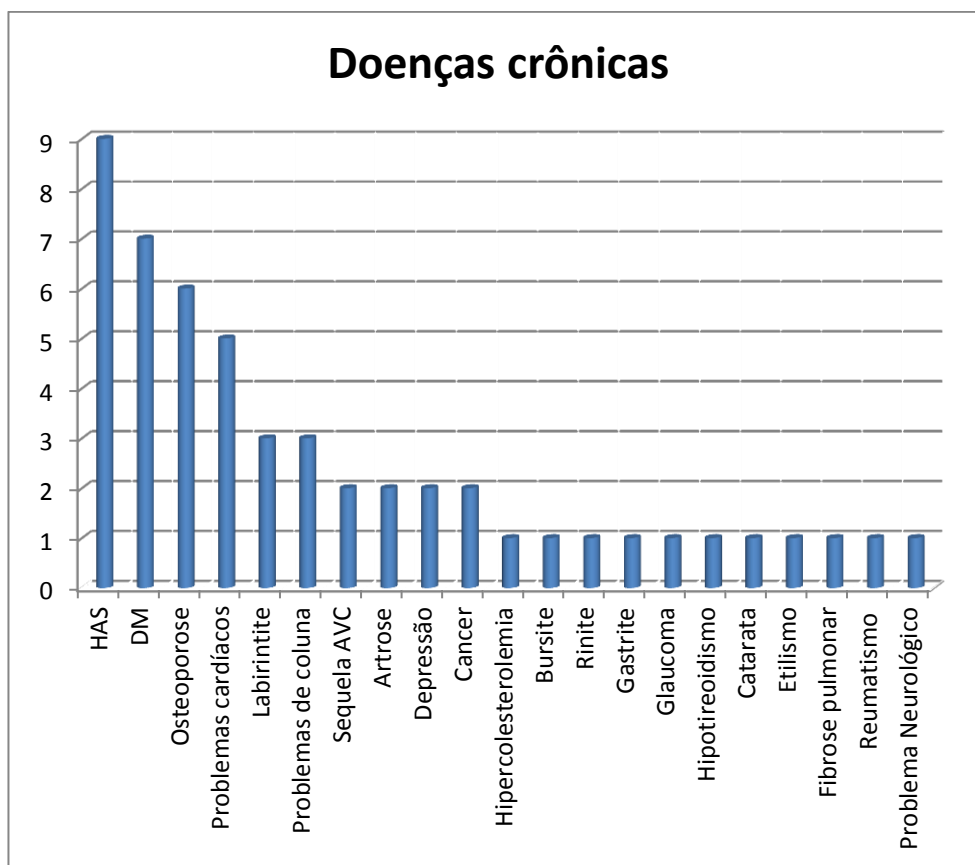


Gráfico 1: Doenças referidas pelos participantes e freqüência de citação nos discursos.

A doença crônica referida por mais participantes foi a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), estando presente em 9 (45%) pacientes. Diabetes Mellitus (DM) foi a segunda condição crônica mais prevalente, referida por 7 (35%) idosos, seguida de osteoporose referida por 6 (30%) participantes, problemas cardíacos referidos por 5 (25%), labirintite por 3 (15%), problemas na coluna por 3 (15%) idosos.

Em estudo realizado em 2009, com dados do ano de 2006, através de inquérito auto-referido, a prevalência da hipertensão foi de 24,4% e de DM 5,3%. Estimou-se que no Brasil hoje existam 25690145 adultos que referem ter hipertensão, e 6317621 que referem ter diabetes. ⁽³⁶⁾

Sequelas de AVC, artrose, depressão e câncer foram referidos por 2 (10%) idosos. Hipercolesterolemia, hipotireoidismo, bursite, rinite, gastrite,

glaucoma, catarata, etilismo, fibrose pulmonar, problema neurológico e reumatismo foram referidos em 1 (5%) discurso cada.

Como esperado, muitos idosos apresentavam associação de mais de uma patologia, 1 (5%) participante afirmou ser portador de cinco doenças crônicas. 3 (15%) quatro condições crônicas, 8 (40%) referiram três patologias, 3 (15%) referiram duas patologias e 5 (25%) referiram apenas uma doença crônica.

A maioria dos idosos do estudo foi formada por idosos na faixa dos 60 anos, casados, aposentados, residentes em casa própria na companhia de esposo e/ou esposa e filhos, católicos. As patologias crônicas referidas foram variadas, como suas associações. Para compreender este processo de adoecimento e sua relação com a qualidade de vida, realizou-se a pesquisa qualitativa.

6.2 A ESPIRITUALIDADE E A DOENÇA CRÔNICA

Dos discursos resultantes das entrevistas realizadas e de suas leituras repetidas, emergiram os conteúdos de análise, classificados em três temas centrais que revelaram o **impacto multidimensional da doença crônica**, o **enfrentamento** e as **expectativas** dos pacientes, sendo estas adotadas como objeto de análise. Os discursos dos pacientes foram identificados pela letra P, seguido de um número de ordem da seqüência de entrevistas. A partir de cada tema central surgiram unidades temáticas e unidades de registro que podem ser visualizadas no Quadro 2.

Quadro 2 – Distribuição das unidades de registro, unidades temáticas e temas centrais identificados. São Paulo, 2011.

Temas Centrais	Unidades Temáticas	Unidades de Registro
<i>Impacto multidimensional da doença crônica</i>	Estilo de vida	Alimentação Limitações/Agravos
	Emocional	
	Socioeconômico	
<i>Enfrentamento</i>	Enfrentamento pessoal	
	Suporte social	Apoio Abandono
	Espiritualidade/ Religiosidade/Fé	Aumentada Conservada Diminuída
<i>Expectativas do paciente</i>	Quanto à saúde	
	Quanto ao sentido da vida	

6.2.1 Impacto multidimensional da doença crônica

Receber o diagnóstico da doença crônica e adaptar sua vida a doença e tratamento exigem muita força de vontade e determinação do paciente, como já discutido anteriormente. ⁽⁵⁾

Ao analisar os discursos sob esta ótica, emergiram três unidades temáticas: **estilo de vida**, **impacto emocional** e **impacto socioeconômico**.

Para alguns participantes do estudo, a doença crônica não provocou mudanças em suas vidas:

“Não mudou nada.”P8

“Não mudou. Isso é consequência da idade.”P16

Estes discursos demonstram a capacidade ativa de adaptação do ser humano às adversidades e traz a luz um novo conceito, a resiliência.

O conceito de resiliência apresenta-se como um tema novo para a pesquisa na área das ciências humanas e, também, da área da saúde. A palavra “resiliência” surgiu no cenário da Física e Engenharia e significa “ser elástico”. A resiliência de um material é a capacidade que o mesmo tem de receber a energia, sem sofrer deformações permanentes em si mesmo. Adaptando para as ciências humanas, a resiliência consiste na capacidade do ser humano “responder às demandas da vida cotidiana de forma positiva, apesar das adversidades que enfrenta ao longo de seu ciclo vital de desenvolvimento, resultando na combinação entre os atributos do indivíduo e de seu ambiente familiar, social e cultural”.^(37,38)

Os indivíduos que durante sua vida passam por dificuldades e obstáculos acabam desenvolvendo esta capacidade de lidar com o impacto psicológico causado pelos momentos críticos e ao envelhecer, conseqüentemente aumentam sua capacidade de resiliência.

6.2.1.1 Estilo de vida

Nesta unidade temática identificaram-se duas unidades de registro: alimentação e limitações/agravos.

a) Alimentação

A doença crônica mais prevalente nos idosos entrevistados foi a HAS, sendo referida por 45% dos entrevistados, seguindo estimativas nacionais. O

controle da ingestão de sódio é uma das medidas necessárias para a manutenção dos níveis pressóricos dentro do padrão de normalidade. ⁽³⁹⁾

Diversos estudos estão sendo realizados para tentar identificar as dificuldades que os pacientes hipertensos encontram para aderir ao tratamento e produzir mudanças efetivas em seu estilo de vida. ⁽⁴⁰⁻⁴²⁾

O diabetes mellitus foi a segunda doença crônica mais prevalente nos discursos dos idosos entrevistados (35%), e como a hipertensão, o diabetes mellitus e as dislipidemias também exigem mudanças alimentares importantes para o controle da patologia.

Alguns discursos retratam o comportamento adotado pelos idosos.

“Só tive que tomar os remédios e mudar a alimentação, tirar o sal...” P10

“Ah, sempre muda, né? Porque se você vai comer alguma coisa, hoje você já pensa: ‘Não, não vou’. Você já não come a gordura. Tá certo que de vez em quando a gente sai, mas se a gente puder evitar...” P20

Para alguns participantes do estudo, as mudanças na alimentação impactaram o estilo de vida após o diagnóstico da doença crônica. Os costumes alimentares dependem diretamente da cultura das pessoas, para muitos pacientes, a comida rica em sódio e gorduras é considerada a alimentação adequada, comida “que sustenta” e que a dieta necessária para o controle da doença crônica é uma “comida fraca”, que faz adoecer. Dificultando para o profissional de saúde conseguir aderência a um estilo de alimentação mais saudável e necessário para o controle e tratamento de doenças como diabetes, hipertensão e dislipidemias.

O aspecto cultural deve ser considerado no planejamento da assistência com objetivo de minimizar a resistência à nova orientação dietética do paciente e facilitar a criação de alternativas para uma reeducação alimentar.

b) Limitações/Agravos

A prática regular de atividade física é importante para prevenção de doenças crônicas não transmissíveis mas, também, para prevenção de agravos decorrentes destas condições para promoção da saúde e qualidade de vida durante o processo de envelhecimento. ⁽⁴³⁾

Em estudo realizado por Pitanga (2002), os idosos referiram diminuição da prática de exercícios devido à doença crônica apesar da importância da atividade física regular para melhor qualidade de vida. ⁽⁴⁴⁾

“Eu fazia bastante dança, mas devido à perna eu não to podendo fazer mais danças, só um pouquinho na medida do possível.” P2

“Eu gosto de andar, mas eu parei um pouco de andar porque eu comecei a cair muito na rua.” P13

Para muitos idosos participantes do estudo a doença crônica representou a além da diminuição da atividade física, o aumento da dependência para realizar diversas funções, até mesmo atividades básicas de vida diária.

“Já fui pra Pernambuco muitas vezes sozinha, ia de avião, voltava. Ia pro Rio Grande do Sul, eu tenho um filho que mora lá. E agora dependo dos outros pra sair comigo, me levar pra rodoviária.”P2

Como nota-se no discurso do paciente P2, com a nova condição de saúde, atividades que antes eram realizadas com tranquilidade, passaram a exigir maiores esforços, necessitando inclusive de pessoas para acompanhar e auxiliar em sua realização. Para pacientes que relataram gostar de sair, passear e viajar, ter “ficado doente” representou uma limitação importante, pois os mesmos passaram a depender de familiares para estas atividades.

“Assim, não to indo muito que nem eu ia antes porque eu ia na missa no horário das sete horas da manhã, mas depois que eu comecei a ter esses problemas de desmaio... Que eu tenho problemas de desmaio, né? Aí eu não to conseguindo mais andar sozinha, tem que ser acompanhada.” P1

A participação de eventos religiosos, como a missa, também foi relatada no discurso acima como uma mudança decorrente da doença crônica, mais uma vez pela impossibilidade de realizar sozinho, uma atividade que realizava rotineiramente.

“Agravou muito, porque com essa dor na coluna, eu não posso nem lavar uma roupa. Eu vivo a base de remédio. Mudou muito. (...) Não consigo mais fazer o que eu fazia. Eu trabalhava e agora não consigo cuidar das minhas coisas.” P7

“Mudou assim, porque eu fazia tudo, agora não. To dependente.” P19

“Minha filha me comprou uma bengala, quer que eu ande de bengala, mas eu não quero. E outra hora eles acham que eu tenho que enfrentar mesmo, que eu tenho que ir. Isso me entristece. (...) Eu sei das minhas limitações.” P2

Como relatado acima, segundo a PNAD, estima-se que no Brasil, 10% das pessoas acima de 65 anos necessitam de ajuda para realizar alguma atividade básica de autocuidado, e 40% dos brasileiros com esta idade dependem de ajuda para realizar atividades instrumentais de vida diária. ^(45,46)

Nos últimos anos tem-se discutido as atividades básicas de vida diária (ABVDs), como alimentar-se, usar o banheiro, ter controle esfinteriano, andar, vestir-se, tomar banho e executar cuidados como barbear-se e

pentear-se; e as atividades instrumentais de vida diária (AIVDs) que são as mais complexas em que o idoso necessita para permanecer em seu meio, como cuidar do domicílio, cozinhar, telefonar, fazer compras, administrar finanças, tomar remédios, e etc. ⁽⁴⁷⁾

Na amostra do presente estudo, vários idosos eram completamente independentes e mantinham diversas atividades recreativas e laborais sem dificuldade. Em contrapartida, alguns participantes vivenciavam condições de dependência crescentes em decorrência da doença crônica. Estas particularidades são explicitadas nos discursos. Para os idosos que experienciavam o declínio de sua capacidade de autocuidado, depender dos familiares causou impacto bastante negativo na qualidade de vida, sendo um fator gerador de angústia e outros sentimentos negativos que serão discutidos no tópico a seguir.

6.2.1.2 Impacto emocional

A doença crônica e as limitações trazidas pelo adoecimento trouxeram sentimentos negativos e sofrimento emocional para os idosos participantes do estudo.

“Eu sofri bastante. Fiz tratamento com a psicóloga, fiz não, né, faço. Faço tratamento com a nutricionista e acompanhamento com o médico direto, né? Mudou bastante.” P3

“E às vezes eu tropeço em qualquer coisa no chão, se tem uma falhinha, eu tropeço. É terrível. Fico muito angustiada.” P2

Em vários discursos houve demonstrações de ansiedade, angústia e tristeza decorrentes das alterações causadas pela doença. As doenças crônicas e a diminuição da funcionalidade têm impacto significativo na qualidade de vida e bem estar subjetivo dos idosos, pois interrompem a

continuidade do estilo de vida e exigem a utilização de métodos de enfrentamento. ⁽⁴⁸⁾

O bem-estar subjetivo pode ser definido como a avaliação que se faz da vida e dos sentimentos de alegria e tristeza associados às circunstâncias de sua vida. Definir o bem-estar em termos da experiência subjetiva individual evita a dificuldade de estabelecer um consenso sobre os critérios de qualidade que satisfaçam o indivíduo e a sociedade. Os padrões e/ou necessidades de um podem não ter os mesmos padrões e critérios de outro observador. As limitações trazidas pelas doenças crônicas tendem a prejudicar a avaliação feita pelo indivíduo, diminuindo o seu potencial de experienciar a vida de modo positivo. ⁽⁴⁹⁾

“Mudou bastante. Tem dia que choro, fico nervosa mesmo, porque eu não sei... Eu nunca tive nada! E de repente começou uma dor nas pernas e eu não conseguia mais andar! (...) O que eu queria era andar normal.” P2

“O glaucoma podou muito os meus sonhos. Eu queria conhecer Santa Catarina, até podia juntar dinheiro e ir, mas agora não enxergo. Andar de avião também é sem graça porque não dá pra ver. Dá pra ir numa cachoeira e ouvir o barulho. Eu gostava de ver pé de manga carregado, e agora não vejo. É muito triste isso.” P9

Para vários idosos participantes do estudo, as doenças crônicas levaram a quadro de dependência crescente e diminuição importante da autonomia em atividades básicas e complexas de vida diária, isso foi sempre relatado em contexto de sofrimento psicológico, angústia e conseqüente declínio da qualidade de vida. Este estudo não contemplou a vivência dos familiares, mas com o envelhecimento populacional e a falta de planejamento para esta realidade em nosso país, faz-se necessário investigar o impacto psicológico dos cuidados com os idosos na família e a criação de políticas públicas que tenham como objetivo auxiliar idosos e familiares a lidar com estas novas condições de dependência.

6.2.1.3 Impacto Socioeconômico

Receber o diagnóstico de uma doença crônica e adaptar sua vida a ela pode interferir na situação financeira da família de maneira negativa.

Existem poucos estudos sobre o impacto econômico das doenças crônicas para a sociedade e custos per capita. No Brasil não dispomos de um registro nacional confiável dos casos de Doenças Cardiovasculares (DCV) e os dados de medicina suplementar são escassos. Estima-se que tanto os custos per capita como aqueles correspondentes ao subgrupo de pacientes com DCV grave, aumentem significativamente à medida que a população envelhece e a prevalência de casos graves aumente. ⁽⁵⁰⁾

“Depois que eu parei de trabalhar, né? Fiquei muito em casa. (...) Eu não tava agüentando mais trabalhar por causa do problema do coração, do diabetes, da depressão, né?” P1

A aposentadoria representa uma diminuição do padrão de vida, devido à redução dos vencimentos. Gastos com medicamentos e despesas médicas podem tornar-se onerosos para os idosos. Segundo o IBGE, metade dos idosos brasileiros tem renda pessoal menor ou igual a um salário mínimo e o gasto médio mensal com medicamentos compromete aproximadamente um quarto da renda (23%) de metade da população idosa brasileira. ^(51,52)

Desde fevereiro de 2011, o Sistema Único de Saúde disponibiliza gratuitamente diversos medicamentos utilizados no controle de várias doenças crônicas não transmissíveis citadas nesta pesquisa. Ainda não há estudos disponíveis para avaliarmos os efeitos desta distribuição na renda dos brasileiros. ⁽⁵³⁾

“O problema que mais a gente tem é o problema de todos, que é a situação financeira, do resto, é uma maravilha.” P17

“O que eu gostaria de fazer mesmo era uma academia, aquela da água, hidroginástica. Porque os médicos recomendam, sabe... Por causa da minha perna. Mas a gente não tem condições, porque é muito caro. Até onde eu moro, até tem uma que é mais acessível, mas como eu tenho esse problema da perna não dá pra andar muito.” P2

Para alguns participantes do estudo, a doença crônica levou a aposentadoria precoce, como se observa no discurso de P1. Para outros idosos a situação financeira impede na realização de atividades de lazer como passeios e viagens, como P2, cujo desejo de praticar hidroginástica se torna inviável devido ao custo.

Existem alternativas de esporte desenvolvidas por secretarias de esporte locais, ou mesmo grupos de terceira idade, porém infelizmente não estão disponíveis para todos os idosos brasileiros.

É válido discutir a crença de que para muitos idosos e até mesmo profissionais de saúde, os primeiros não devem praticar atividades físicas “pesadas”, devendo praticar exercícios mais leves, com menor demanda muscular, entretanto sabe-se que os idosos estão sujeitos a diminuição de massa muscular fisiológica e atividades físicas hipertróficas estão indicadas, atendendo as características da idade. ⁽⁵⁴⁾

6.2.2 Enfrentamento

O enfrentamento (*coping*) é definido como um conjunto de estratégias utilizadas para lidar e adaptar-se às adversidades da vida. Porém além desta definição, existem diversas concepções de enfrentamento na literatura científica. ^(55,56)

Diversos estudos estão sendo realizados para avaliar as estratégias de enfrentamento em situações específicas de desgastes e estresses decorrentes das doenças e seus desdobramentos. ^(30,57,58)

Neste tema central foram definidas três unidades temáticas: **enfrentamento pessoal, suporte social e espiritualidade**. Vários participantes do estudo relataram mais de uma estratégia de enfrentamento, o que é esperado quando se enfrenta algum agravo à saúde, porém neste estudo estes são apresentados separadamente para melhor visualização e análise.

6.2.2.1 Enfrentamento pessoal

Nesta unidade temática são analisados os discursos que mostram a força de vontade individual e a crença em si mesmo, entendidas neste estudo como enfrentamento pessoal.

“Ah se eu tenho que fazer, eu tenho que fazer. Não adianta eu me entregar. Tem hora que às vezes me bate uma canseira, assim. Mas aí tem que tocar a vida pra frente.” P20

“Ah, eu mesma vou, enquanto eu andar, eu venho aqui, vou no outro médico... (...) A minha força sou eu mesma.” P18

No discurso de P20 observamos que apesar do cansaço causado pela doença crônica a paciente encontra força em si mesma para seguir em frente. Para o paciente P18 as dificuldades são encontradas inclusive para comparecer a tratamentos médicos, resiliência, motivação e força interior são os elementos que permitem que o ser humano tenha capacidade de transpor obstáculos de sua vida cotidiana, como a doença crônica e seu manejo. ⁽⁵⁹⁾

“Eu acredito em mim, na minha força, e eu acredito em Deus. Mais do que no Papa, ou no padre. Eu acredito em mim e em Deus.” P9

O idoso autor do discurso P9 foi seqüestrado, sofreu um acidente e esteve em coma por 100 dias. Segundo ele, seu médico havia lhe dito que havia poucas chances de cura e que, com certeza, teria seqüelas físicas. No entanto, se recuperou completamente e sem prejuízos a sua mobilidade, para ele, tal fato devia-se a sua fé e sua própria força de vontade.

É importante valorizar a força interior e a resiliência dos idosos e doentes crônicos em geral. Os profissionais de saúde devem identificar potenciais e déficits do enfrentamento individual de seus pacientes e entender que a resiliência é fundamental para melhor manejo da doença crônica e seus desdobramentos. Pensando além da doença crônica, aqueles que apresentam maior resiliência estão mais preparados para encarar quaisquer situações de crise que podem acontecer na vida de todos os indivíduos e, conseqüentemente, terão uma melhor qualidade de vida, independente de doenças, perdas e outras situações geradoras de estresse e sentimentos negativos.

6.2.2.2 Suporte Social

Nesta unidade temática definiram-se duas unidades de registro: **apoio** e **abandono**.

a) Apoio

Na busca da maior abrangência da espiritualidade, uma abordagem foi sobre “o sentido da vida” e a resposta mais recorrente foi: a família.

Para a maioria dos idosos desta pesquisa seus filhos, netos e companheiros eram os responsáveis por dar sentido a sua vida e, também, a principal fonte de força para lidar com a doença crônica e seu tratamento.

“E meu marido que me ajuda muito, e me dá força. (...) Ele cuida de mim.” P7

“Dá força, moral. É tudo. Se precisar deles... Tudo é a família mesmo.” P5

No contexto atual da alta prevalência de doenças crônicas e da transição epidemiológica, as famílias cada vez mais assumem a responsabilidade dos cuidados a saúde do idoso portador de condições crônicas, arcando com os cuidados até sua recuperação ou quando esta não acontece, com a doença e suas seqüelas. ⁽⁶⁰⁻⁶²⁾

“Quando eu tô ruim eu ligo: ‘Fia, a mãe tá ruim da perna ou da labirintite’. E ela fala: ‘Mãe, qualquer coisa a senhora me chama’.” P18

“Ajuda, cuida de mim [Esposo]. Em todo hospital que eu vou, ele vai comigo. (...) Ele não me aborrece e não me cobra nada.” P7

“Se eu fico doente eles tão todos na minha casa. Eles me tratam muito bem, não só doente, mas todos os dias. Meus filhos e meus netos não vão deitar sem cumprimentar eu e o vô pra saber se a gente tá bem.” P12

O envelhecimento e a doença crônica acarretam diversas perdas aos idosos, como a perda de autonomia e diminuição da qualidade de vida, anteriormente discutidas. O suporte social do idoso é muito importante para facilitar sua adaptação neste processo de enfrentamento. Os recursos sociais ajudam a proteger os idosos de sentimentos negativos, depressão e estresse. ⁽⁶³⁻⁶⁵⁾

“Porque tem gente que fica em casa, às vezes morre, porque não procura. Mas se você procura, fala com as pessoas, se você é comunicativa, dá tudo certo.” P14

“Minha família. Sem a família a gente não é nada. Eles me dão muita alegria.” P15

Para os idosos participantes deste estudo, os familiares eram responsáveis por ajudar e suprir necessidades de cuidados de suas patologias, mas principalmente suprir necessidades afetivas. O sentimento de pertencimento para indivíduos inseridos no seio familiar é importante para boa saúde psicológica e qualidade de vida.

Além da família, o suporte social pode ser oferecido por amigos e colegas de atividades como grupos de terceira idade e promove sentimentos positivos, constituindo-se, também, como uma estratégia de enfrentamento.
(66)

Frequentar as oficinas oferecidas pela Instituição, além do tratamento de saúde, melhorou a qualidade de vida de P12, que relata melhora da depressão graças às atividades praticadas no IPGG.

“Depois que eu entrei aqui a minha vida mudou 100%. Eu já tive depressão três vezes, muito forte. Depois que eu comecei a frequentar aqui eu não tive nunca mais. Pra mim foi assim maravilhoso. Porque tudo o que eu gosto eu comecei a fazer aqui.” P12

“Meus dois filhos e meus netos. E a minha família inteira. (...) Vivo em paz com todo mundo. Fiz muitas amizades lá na terceira idade. Tenho muitos amigos.” P2

Infelizmente muitos idosos não dispõem de uma rede de suporte social mínima, e acabam sofrendo com o abandono e distância dos familiares, como será discutido na próxima unidade de registro.

b) Abandono

A família é o primeiro referencial de socialização do idoso, quando há ausência ou rompimento dessa inserção, o idoso sente-se ignorado, desvalorizado, excluído. Esta relação depende primordialmente dos vínculos que foram estabelecidos durante a vida e da força destas relações. ⁽⁶⁷⁾

“Meus filhos mora tudo em Praia Grande, São Sebastião, Jacareí, eles mora longe. E são cinco, é muito pouco e cada um tem sua responsabilidade. E meu marido vai fazer 80 anos, já tá ficando pesado pra ele.” P1

No Brasil, a forma mais prevalente de maus-tratos ao idoso é o abandono, o que sugere a falta de informação e capacitação adequada da família para cuidar do familiar dependente. Esta condição acaba sendo reforçada pela inexistência de políticas públicas que amparem as famílias a cuidar de seus familiares e a da oferta diminuída de instituições que ofereçam cuidados adequados para estes idosos. Segundo a Constituição Brasileira, o cuidado do idoso é responsabilidade da família, da sociedade e do Estado, infelizmente, porém, nem sempre a família tem condições de arcar com este cuidado. ⁽⁶⁸⁻⁷¹⁾

6.2.2.3 Espiritualidade

A espiritualidade se manifesta na vida do ser humano de infinitas maneiras que podem variar de acordo com idade, religião, cultura e estado de saúde. Para a compreensão do papel da espiritualidade na vida dos idosos participantes do estudo, todos os relatos foram considerados em sua integralidade, não restringindo a análise apenas a temas relacionados à saúde.

Para a análise deste tema central foram definidas três unidades de registro: **espiritualidade aumentada**, **espiritualidade conservada** e **espiritualidade diminuída**.

a) Espiritualidade aumentada

Os participantes do estudo foram questionados se haviam buscado a fé em momentos críticos da vida, nos discursos a seguir os idosos se referiram a momentos genéricos que haviam buscado refúgio na espiritualidade.

“A gente sempre recorre na hora da agonia.” P15

“Sim, às vezes quando eu to muito sofrendo, eu peço pra Deus me ajudar.” P14

“Se não fosse a minha fé, eu não estava aqui diante de você.” P6

Pacientes que recebem diagnóstico de doença terminal reagem à doença e buscam a espiritualidade de maneira diferente de pacientes que possuem diagnóstico de doença crônica sem risco iminente de morte, como é o caso dos participantes deste estudo.

De qualquer maneira, a espiritualidade é importante em situações críticas de agravos à saúde, pois ajuda o indivíduo a ter serenidade e otimismo. Em momentos como a morte de um ente querido, rompimentos, doenças e limitações, a espiritualidade colabora para o crescimento e amadurecimento do ser humano. ^(66,72)

“Eu acho que é a fé, eu tenho muita fé. Eu tomo café, tomo remédio em jejum. Vou pro sofá fazer minha leitura bíblica, aí eu levanto, faço minhas coisas. Sem a fé a gente não tem nada.” P13

“Ah, eu peço a Deus, porque tem hora que a gente quer um pouco se apagar, mas eu vou em frente... Eu peço a Deus, eu falo: ‘Meu Pai, eu não quero ser uma pessoa inútil’.” P14

“Ah, Deus me dá força! Se Ele não me der, quem vai dar? Se eu to aqui, se eu respirei, é porque Ele permitiu. (...) O homem sem fé é um saco vazio.” P16

A espiritualidade é utilizada como estratégia de enfrentamento da doença crônica e suas repercussões, uma delas são os sinais e sintomas decorrentes da patologia, como a dor.

A dor é um dos sintomas físicos mais referidos pelos pacientes, causando impacto significativo na qualidade de vida. A dor é uma experiência desagradável, sensitiva e emocional, aguda ou crônica. ⁽⁷³⁾

“Sempre que eu sentia aquela dor no meu esqueleto, que era uma dor que eu não conseguia dormir... Eu pedi pra ele... Porque eu como espírita kardecista, a gente não pode se suicidar porque senão fica vagando, não passa para o outro lado. Então eu pedi pra ele pra me levar para outro lugar porque eu não tava mais agüentando de dor.”P11

No discurso de P11, a crença em Deus aparece como pedido de alívio da dor decorrente da doença crônica. Em situações de doença, dor e terminalidade, outros questionamentos são feitos pelos pacientes, como “por que comigo?”, “o que acontecerá após a minha morte?” e é através de suas crenças pessoais que o indivíduo consegue serenidade para lidar com a ausência das respostas e esperança e otimismo para enfrentar a doença. ^(57,74)

Para alguns participantes do estudo a espiritualidade esteve aumentada em momentos críticos de doença de familiares, como nos discursos de P16 e P18:

“‘Senhor, até quando eu vou ficar assim?’ E aí, Deus me pôs um médico muito especial na minha vida, na vida dele, que trata dele [filho com doença celíaca] e nem cobra a consulta (...). Não é uma benção?” P16

“Minha filha, na família que tem mais doente meu, que eu tinha que fazer tudo, era meu primeiro marido, né? De ele gritar noite e dia e eu não poder fazer nada, que ele foi mordido pelo bicho barbeiro, então aquilo doía, ele gemia tanto, tanto... E eu rezava, pedia a Deus.” P18

Diversos estudos evidenciam que assumir a responsabilidade do cuidado de um familiar dependente é uma tarefa realizada com sofrimento e sacrifícios, em que a fé e a religiosidade muitas vezes auxiliam o cuidador no enfrentamento das dificuldades, pois promovem sentimentos positivos como esperança e aliviam a depressão. ⁽⁷⁵⁻⁷⁹⁾

A espiritualidade é uma forma de significar a perda e desta maneira as crenças pessoais auxiliam no enfrentamento do sofrimento e aceitação da morte. Ter um “bom relacionamento” com Deus ou ser superior, independente da religião praticada pelo indivíduo, favorece o entendimento do sofrimento humano. ^(80,81)

“Graças a Deus eu to bem melhor da depressão. Quando eu vejo que ela quer me pegar eu procuro sair, andar. Depois que Deus levou meu filho eu fiquei muito abatida. Eu ainda tenho um pouco. Pra você ter uma idéia, eu fui assistir a novela essa semana, agora que morreu o filho e a mãe falava: ‘Sai um pedaço da gente’. E é mesmo. É a coisa pior que existe no mundo é uma mãe perder um filho. Então, quando eu passo por uma fase assim, ou escuto, ou vejo, me faz muito mal. Eu fiquei muito mal.” P2

Na perspectiva do ciclo vital, os pais morrem antes de seus descendentes e apesar da morte ser um fato inevitável, quando um filho acaba falecendo, gera em seus pais sentimentos de impotência, frustração, tristeza, dor, sofrimento e angústia, pois o luto parental diferencia-se de outros tipos de luto. Lidar com a perda de familiares é uma questão difícil, pior quando ocorre com um filho. Quando a morte ocorre de maneira inesperada geram-se sentimentos maternos de perda irreparável, não

aceitação, desorganização e as circunstâncias da morte dos filhos são preservadas e revividas a cada lembrança. ^(72,82,83)

“Eu tô lutando dentro da minha casa pra que os meus filhos tenham fé em Deus. Por que têm esses problemas familiares? Porque faltou fé, faltou coragem de enfrentar... Eu tive dificuldade? Eu to com 49 anos de casada, tive dificuldade? Tive! Quem não teve?” P16

“Sem a fé a gente não tem nada e meu filho, tem um só que não é evangélico, e tem problema de alcoolismo. Não pára em emprego, aí eu notei que o comportamento dele tava bem manso, porque ele tava trabalhando. Eu falei pra ele: ‘Tenha fé.’ Tendo paz na minha cara tá tudo bem. O que eu não admito na minha casa é bate-boca. Aí eu viro bicho.” P13

O alcoolismo, citado no discurso de P13, também se configura como um grave problema e causa de conflito para os familiares que convivem com o vício. ⁽⁸⁴⁻⁸⁶⁾ Para alguns participantes do estudo a fé foi buscada em momentos de problemas familiares, para muito idosos as dificuldades de relacionamento familiar são as principais causas de estresse e tristeza, e a espiritualidade é uma das estratégias de enfrentamento utilizadas para lidar com o problema.

“A palavra de Deus me dá muita força. Depois que eu comecei a ir pra igreja mudou muito a minha vida. Eu já melhorei bastante. Eu tinha perda de peso, e já consegui controlar o meu peso. Uma mudança de vida. A área religiosa melhorou bastante. Eu tenho muita fé em Deus. Só do meu marido largar de beber foi uma benção muito grande. E ele não bebe mais de jeito nenhum. Ele bebia muito mesmo, e agora graças a Deus tá tudo bem. E agora eu to me batizando e tá uma paz na minha casa.” P3

No discurso de P3, a melhora do relacionamento familiar e a abandono do alcoolismo do companheiro são atribuídos a Deus.

A espiritualidade tem um grande potencial de aliviar o sofrimento de situações de conflito como as relatadas pelos pacientes desta pesquisa, nem sempre a relação entre a saúde física e emocional e as crenças individuais é identificada e valorizada pelos profissionais de saúde na clínica cotidiana, apesar dos inúmeros benefícios que vem sendo discutidos na academia.

b) Espiritualidade conservada

Para a análise, considerou-se a espiritualidade conservada nos idosos que relataram ser a fé em Deus e a espiritualidade o sentido de sua vida e não a buscaram apenas em momentos críticos.

“A coisa mais importante da minha vida é a minha fé em Deus. É Ele que dá sentido, porque sem Ele eu não sou nada. Meu filho me dá sentido, mas se eu não tiver minha fé em Deus, o meu filho não vai preencher este espaço. A minha fé em Deus é o que me move.” P6

Alguns participantes do estudo referiram estar inseridos na comunidade religiosa, comparecendo com a frequência regular a missas, encontros na igreja e etc.

“Eu sempre tive minha fé. Minha fé não vai morrer nunca. Inclusive eu to sempre aqui na Catedral, eu vou lá e converso com Cristo. Você vê ele lá deitado ali naquela urna, você conhece aqui a Catedral? Então eu vou lá e converso com ele.” P11

Chama a atenção o discurso do participante P11 que apesar de declarar-se espírita, frequenta a catedral, ambiente considerado sagrado pelos católicos. A miscigenação da população brasileira se reflete em sua cultura e suas práticas religiosas. Independente da religião professada,

locais como igrejas, centros, catedrais, templos podem produzir sensação de paz e de conexão com Deus.

“Eu sempre fui católica e sempre procurei seguir a Igreja, sempre (...). Mas agora eu procuro sempre. Eu venho na missa um ou dois dias na semana aqui na Catedral de São Miguel que tem missa todo dia da semana e a tarde. E na igreja que eu participo eu vou aos domingos. E ontem eu fui também porque era dia de Nossa Senhora e tinha missa a tarde.” P2

Além da espiritualidade, os pacientes são beneficiados pela prática religiosa, especialmente nos momentos em que estão debilitados física e psicologicamente pela doença crônica. A participação efetiva da comunidade religiosa oferece mais do que o contato com o sagrado, a comunidade também é espaço de refúgio, educação, confraternização e uma fonte de suporte social para o indivíduo. ⁽⁸⁶⁻⁸⁹⁾

Em contrapartida, apenas participar de eventos religiosos ou freqüentar igrejas não é suficiente para o efeito positivo destas práticas no enfrentamento de doenças ou mesmo no dia-a-dia do ser humano. O impacto do enfrentamento de situações críticas acontece quando a espiritualidade do indivíduo faz parte de seus valores, ideais e crenças mais íntimos, e assim, é aplicada em seu cotidiano. ⁽⁸⁹⁾

“A gente recorre sempre, porque sempre fazemos orações.” P8

Além da espiritualidade, o ato de rezar ou orar pode mobilizar energias positivas para o processo de enfrentamento e manejo da doença. Melhoras significativas no estado de saúde podem ser consideradas “milagres”. A prática de fazer orações é benéfica de diversas maneiras e além de pedidos a Deus, muitas vezes são feitas orações de agradecimento, gerando sentimentos de gratidão pela vida, pela saúde, família e etc. ⁽⁹⁰⁾

“A minha fé é em Deus e em Jesus Cristo. Ah, recorro sim. Recorro. Eu recorro assim, eu peço, eu sei que não tá certo só pedir, mas eu agradeço também. Agradeço todos os dias, de manhã quando levanto, à noite.” P2

“Ah sim. Geralmente a gente pede pra não ficar doente. Não quero dar trabalho a ninguém. Eu sou daqueles que se é pra ir embora eu quero ir embora, se é pra ficar, quero ficar. Não quero dar trabalho, então é o que eu peço.” P4

“Não, a minha religião sempre foi a mesma. E eu tenho muita fé na minha religião. Não, eu sempre rezo credo, Ave Maria, Pai Nosso.” P17

Independente da religião referida, os idosos que têm uma boa relação com um “ser superior” têm maior resiliência para enfrentar obstáculos da vida e situações de sofrimento, vendo a vida de maneira mais positiva e otimista.

c) Espiritualidade diminuída

A espiritualidade e a religiosidade não necessariamente estão presentes na vida das pessoas, as crenças, os valores e ideais são aspectos muito íntimos e dependem da percepção que cada indivíduo tem de sua vida e do ambiente a sua volta.

De acordo com esta percepção íntima, existem pessoas que não crêem na existência de um deus. A palavra *ateu*, etimologicamente é formada pelo prefixo *a*, que significa ausência e o radical grego *théos*, que significa Deus, divindade. Existem diversos tipos de ateísmo, mas todos partem da mesma definição de não crer na existência de um deus ou deuses, independentemente de religião ou cultura. ^(91,92)

Na amostra do presente estudo, não houve nenhum participante que não fosse pertencente a nenhuma religião ou que não acreditasse na existência de Deus. Apesar disso, houve discursos em que a fé não foi

citada como um mecanismo positivo para o enfrentamento de dificuldades ou o grupo religioso como local de encontrar amigos e apoio social.

“A fé não resolve nada.” P7

Vale ressaltar que apesar do paciente P7 referir ser católico, não participava de atividades religiosas e sua espiritualidade não trazia benefícios a sua vida.

Discute-se a importância da espiritualidade para pacientes portadores de doenças crônicas e em fase terminal, e como as crenças pessoais auxiliam neste enfrentamento, porém pouco é avaliado como a espiritualidade prejudicada pode interferir negativamente neste processo, e como os profissionais de saúde podem auxiliar o paciente neste caminho de autoconhecimento. ⁽⁹³⁾

6.2.3 Expectativas

Quando falamos do sentimento de esperança e otimismo gerados pelos mecanismos de enfrentamento anteriormente discutidos, observou-se como resultado deste estudo que as expectativas com relação ao tratamento e a família e satisfação pessoal são parte do manejo da doença crônica para os idosos participantes da pesquisa.

6.2.3.1 Expectativas quanto à saúde

Expectativas de melhorias com o tratamento, a esperança e continuar vivendo estiveram presentes nos discursos dos participantes. As crenças religiosas se mostraram inter-relacionadas com diversos aspectos da vida do idoso e são analisadas nesta unidade temática para melhor compreensão.

A espiritualidade interferiu nas expectativas de ter melhor saúde e melhor resposta aos tratamentos médicos. No discurso de P3, Deus aparece

como provedor da saúde, que é citada como o aspecto mais importante da vida. Já P11, a fé interfere de maneira a incentivar o idoso a não aderir ao tratamento cirúrgico de câncer de próstata, por acreditar que ela trará o benefício da cura.

“O importante é eu ter saúde, né? (...) E eu queria que Deus desse mais saúde pra mim. O mais importante na vida é a saúde.” P3

“Dá força, que eu tenho fé de não ser operado. E existem muitos erros médicos (...). E toda operação por mais simples que seja é de risco, a pessoa está correndo um risco. E eu tenho minha fé que eu não quero ser operado.” P11

O controle da condição crônica se revela como uma forma de enfrentamento da doença crônica e como expectativa de melhora da qualidade de vida do indivíduo. Valorizar o tratamento e as melhoras decorrentes deste é importante para que o portador da doença crônica tenha uma boa adesão às mudanças de estilo de vida necessárias para o controle da patologia. ⁽⁶⁶⁾

“O importante é viver a minha saúde.” P2

“É viver a vida. Porque eu vejo a pessoa assim, aleijada, mas eu acho que o importante é a vida, é estar vivo.” P4

“É o direito de viver que é o que mais quero, e ficar velho também é muito bom. Porque é sinal que não morreu novo!” P17

Experienciar a melhora de sintomas, como a dor, por exemplo, é um dos principais fatores que favorecem a aderência ao tratamento medicamentoso do paciente.

“Faço acompanhamento médico, tomo os remédios direitinho, né? (...). Apesar de ser uns 5 ou 6 comprimidos por dia (...). E é isso que tá me animando um pouco mais porque tá me dando um pouco mais de melhora.” P3

No tratamento medicamentoso anti-hipertensivo, os fatores intrínsecos relacionados ao paciente são decisivos para a adesão ou não ao uso da medicação. É sabida a baixa adesão ao tratamento regular da medicação anti-hipertensiva e para isso são necessárias medidas de educação em saúde da equipe multidisciplinar. ⁽⁹⁴⁻⁹⁶⁾

No caso específico do controle da hipertensão arterial, a falta de adesão ao tratamento medicamentoso pode chegar a 50% em algumas populações, o que dificulta o manejo da doença e contribui para que dois terços dos hipertensos estejam descompensados. É fundamental que a equipe multidisciplinar priorize atividades de educação e incorpore o auto-cuidado no tratamento, responsabilizando o paciente sobre sua própria saúde. ^(96,97)

“Mas eu melhorei mais depois que eu comecei a fazer o tratamento. Graças a Deus eu tomo os remédios direitinho.” P13

“Mudou depois que eu conheci o posto e comecei a fazer o tratamento direitinho.” P14

“O que dá muita força pra mim é o tratamento que eu tenho aqui, a amizade que eu tenho com todo mundo. Eu me sinto muito bem aqui.” P12

O auto-cuidado deve ser constantemente incentivado pela equipe de saúde, pois é fundamental para a independência do portador de doença crônica, principalmente quando se trata de um idoso. Auto-cuidado pode ser definido como “habilidade do indivíduo no manejo dos sintomas, tratamento, conseqüências físicas e psicológicas e mudanças no estilo de vida inerentes a viver com uma condição crônica”. O sucesso do tratamento da doença

crônica depende da responsabilidade do paciente e sua participação nos processos de decisão relativos ao manejo da doença. ⁽⁹⁸⁾

No caso específico da HAS e do DM, as doenças mais referidas pelos idosos deste estudo, o auto-cuidado é uma ferramenta fundamental para propiciar um manejo adequado destas condições. ⁽⁹⁹⁾

“Em primeiro lugar eu tenho que me tratar também, porque se eu for deixar como é que vai ficar. Aí quando eu for cuidar não dá mais. O meu falecido pai, não cuidou da próstata e virou um câncer e morreu.” P17

“Eu sou alcoólatra, inclusive faço tratamento nos Alcoólicos Anônimos. E eu acordava sempre com dor no estômago (...). Mas eu comecei o tratamento. (...) Já fiz biópsia, mas não deu nada, graças a Deus.” P17

O auto-cuidado foi mencionado pela primeira vez na Enfermagem em 1958, quando a enfermeira Dorothea Elizabeth Orem questionou-se sobre como assistir os indivíduos a suprir suas próprias necessidades de cuidado. Orem, ao longo de sua carreira, desenvolveu três teorias: a Teoria do Auto-cuidado, a Teoria do Déficit de Auto-cuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, todas interligadas e com objetivo principal de identificar déficit e facilitar a abordagem do auto-cuidado pelo profissional. ⁽¹⁰⁰⁻¹⁰²⁾

Apesar da Teoria do Auto-cuidado ser de meados dos anos 60, não se sabe o quanto esta é aplicada pelos profissionais de enfermagem na prática cotidiana, ou quanto os profissionais procuram estimular o auto-cuidado de seus pacientes, independente do uso de instrumentos específicos para tal fim.

6.2.3.2 Expectativas quanto ao sentido da vida

No discurso de alguns participantes do estudo, as expectativas que os idosos possuíam foram citadas como o sentido de suas vidas. O diagnóstico

da doença crônica pode abalar o estado emocional e a auto-estima de modo a prejudicar os planos para o futuro.

Em estudo realizado com pacientes de hemodiálise, os participantes da amostra que tinham expectativas e planos pessoais para o futuro foram classificados com melhor estado emocional e melhor qualidade de vida do que os que não possuíam estes planos. Neste estudo não foi possível especificar se a melhor qualidade de vida levou o paciente a realizar planos ou se ter expectativas para o futuro promovem uma melhor qualidade de vida. ⁽¹⁰³⁾

O ciclo de vida familiar é permeado por diversas expectativas, é esperado que os pais tenham expectativas para o futuro dos filhos. Ocasionalmente e, dependendo da estrutura emocional da família, a doença crônica impacta negativamente estes planos. ⁽¹⁰⁴⁾ Abaixo estão descritos os trechos dos discursos P9 e P5 em que os idosos relatam seus sonhos em relação às suas famílias quanto à formação acadêmica e sucesso.

“O que eu mais gostaria de ver, é as minhas filhas formadas. A mais velha já se formou e a mais nova agora tem 30 e está se formando em Engenharia Civil. (...) E agora quero ver meus netos formados.” P9

Para alguns participantes do estudo, o ato de ajudar os familiares, o próximo, fazer caridade e trabalhos voluntários foi referido como parte do sentido da vida e expectativa importante para o futuro.

“É a família, o mais importante é a família. Eu procuro sempre ajudar, orientar. Gosto de orientar. Graças a Deus na minha família não tem nenhum viciado, são todos formados, tem faculdade. (...) E tudo o que puder dar pra eles eu dou, com o maior prazer.” P5

“Ver o riso de uma criança, isso me emociona muito. (...) E eu faço tudo em prol da criança. Se chegar uma senhora aqui e pedir

dinheiro pro leite de uma criança e eu tiver eu dou. Não tem maldade.” P4

“Eu gosto de ajudar, meus parentes e as pessoas que necessitam. (...) Eu faço de coração. Levo alimentos pros idosos de um lugar tocado pelas irmãs, eu levo as coisas pra lá, mas mais eu levo leite, que tem uma firma que cede e eu levo lá três vezes por semana, porque eles não têm carro, então eu levo, faço de coração. Eu fui socorrista... Acidentes, eu ajudava.” P5

Definindo-se espiritualidade como “o que dá sentido a vida”, abre-se um leque de significados para o que o indivíduo considera importante para sua existência e onde o mesmo encontra motivação para seguir em frente. Para alguns participantes do estudo, as expectativas para o futuro eram responsáveis por dar sentido à vida, e eram expectativas de ajudar familiares e pessoas que necessitassem.

De inúmeras maneiras a espiritualidade/religiosidade/fé interfere de maneira positiva no enfrentamento dos obstáculos e dificuldades da vida e fortalecem a resiliência, melhorando sua qualidade de vida e o controle de sua doença crônica. Os profissionais de saúde devem ter atenção para incentivar e promover medidas de educação e responsabilização do tratamento.

Considerações Finais

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prevalência das DCNT, como Hipertensão Arterial, Diabetes, dislipidemias e suas complicações associadas aumentam progressivamente na população geral, especialmente na população idosa. Os custos gerados por medicamentos, procedimentos médicos e hospitalizações se tornam essenciais para o planejamento dos sistemas de saúde, público e privado. A diminuição da produtividade e as aposentadorias precoces oneram não apenas sistemas de saúde e previdência, mas a sociedade em sua totalidade.

A OMS vem publicando diversos documentos com intuito de fornecer instrumentos para que os sistemas de saúde se preparem para o aumento das DCNT e para o envelhecimento crescente da população.

A capacitação dos profissionais de saúde deve ser um objetivo constante, para que o planejamento da assistência seja bem-sucedido. Os profissionais de saúde atuantes na assistência pública de saúde ao paciente portador de patologia crônica têm inúmeras dificuldades em seu cotidiano. O SUS, como todos seus ideais de integralidade, equidade e universalidade é prejudicado com a falta de recursos necessários para que estes ideais sejam aplicados na prática.

Para os profissionais atuantes na saúde coletiva obter a adesão do paciente ao tratamento e reeducá-lo para um estilo de vida saudável é um desafio constante. O Brasil é um país de dimensões continentais, em que as migrações são intensas e, conseqüentemente, a cultura se torna miscigenada, como sua população. O contexto cultural do paciente crônico interfere diretamente em sua relação com a doença e tratamento.

O contexto cultural, as crenças e valores do paciente influenciam na adesão ou abandono do tratamento da patologia crônica. A doença crônica gera impacto significativo no estilo de vida do paciente e demanda um esforço ativo do portador para que o manejo desta nova condição seja efetivo.

Neste estudo, a subjetividade presente no impacto causado pelo diagnóstico da doença crônica e nas maneiras de enfrentamento utilizadas pelos pacientes se tornou evidente.

Emergiram inúmeros conteúdos dos discursos dos participantes, mas apesar de sua classificação em temas centrais, unidades temáticas e unidades de registro, todas as categorias estão inter-relacionadas quando relatadas pelos idosos, evidenciando o caráter subjetivo do tema, em que os sentimentos, expectativas e angústias se misturam no contexto do participante.

Ser portador de uma doença crônica alterou o estilo de vida dos participantes do estudo, exigindo mudanças na alimentação e trazendo limitações e agravos que prejudicaram a autonomia dos idosos, implicando negativamente na realização de atividades básicas e instrumentais de vida diária. Este impacto na independência dos pacientes relaciona-se com o aspecto emocional destes idosos, pois para a maioria deles, lidar com as limitações decorrentes da doença crônica foi um fator gerador de sofrimento, angústia e tristeza, tendo impacto negativo importante na qualidade de vida.

Os custos exigidos pelo tratamento da patologia e a diminuição da renda decorrente da aposentadoria modificaram as condições socioeconômicas dos idosos deste estudo. Como já foi discutido, o Governo Federal do Brasil instituiu a distribuição gratuita de diversos medicamentos utilizados no controle de doenças como hipertensão e diabetes, mas por ser uma medida recente, ainda não temos estudos para avaliar o impacto desta economia na renda dos idosos brasileiros.

O principal aspecto a ser considerado é o enfrentamento das limitações e do controle da doença crônica. Os dados obtidos revelaram um modo de enfrentamento individual, em que a força interior dos pacientes estimula o autocuidado e a responsabilização pelo manejo da patologia.

Sob a ótica do conceito de espiritualidade como o que dá “sentido a vida”, a família foi relatada como o significado da existência para muitos participantes do estudo, ressaltando a importância da presença dos familiares no contexto social dos idosos, portadores ou não de doença crônica.

O suporte social da família e amigos favorece o enfrentamento das dificuldades, pois é encontrando sentido para viver que os idosos superam os momentos críticos e sem este tipo de crença, o sofrimento e a existência deixam de fazer sentido. Infelizmente nem sempre os idosos dispõem deste tipo de apoio familiar e acabam sofrendo com o abandono.

O abandono é a forma mais comum de violência contra o idoso no Brasil. A família é a primeira referência de socialização do idoso, quando ocorre o rompimento deste vínculo, o indivíduo sente-se excluído e desvalorizado.

A Espiritualidade, tratada nesta discussão como espiritualidade/religiosidade/fé devido ao uso coloquial das palavras como termos semelhantes, esteve aumentada, conservada e diminuída entre os idosos participantes do estudo. Para os participantes que apresentaram a espiritualidade aumentada, a fé foi buscada mais intensamente em momentos de crise da vida.

Os participantes da pesquisa referiram buscar a fé em situações críticas genéricas e específicas como no manejo da própria doença crônica e limitações decorrentes desta, como a dor. Em casos de problemas de saúde de familiares, perda de entes queridos, problemas de convivência familiar e abuso de drogas e álcool, a espiritualidade foi fonte de otimismo, perseverança e esperança, sendo uma maneira de significar o sofrimento.

Seguindo a ideia de “sentido da vida”, na análise da espiritualidade conservada, consideraram-se os idosos que referiram ter suas crenças como o significado de sua existência e não buscaram a fé apenas ou mais intensamente em momentos de dificuldades. Os participantes que relataram participação regular a missas, cultos e encontros religiosos, também, obtinham benefícios decorrentes do apoio social recebido pelo convívio nestes ambientes.

Além da espiritualidade, a prece em si, mobiliza energias positivas para o processo de enfrentamento, orações de agradecimento promovem sentimentos de gratidão pela vida e geram sensações positivas de bem-estar e relaxamento. Pertencer a uma religião específica não é o que define

os benefícios ou prejuízos da espiritualidade, enquanto ter uma “boa relação com o ser superior” de sua crença é o que fortalece a resiliência do idoso.

A espiritualidade diminuída evidencia-se nesse estudo, apesar de todos os participantes declararem-se pertencentes a uma religião, ressaltando as diferenças entre os conceitos. Para alguns participantes do estudo a fé não ofereceu benefícios no enfrentamento, e a prática religiosa não promoveu convívio com amigos e apoio social.

Quanto às expectativas na saúde, Deus aparece com provedor e a saúde é citada como o aspecto mais importante da vida. Para estes pacientes, a fé auxilia na adesão ao tratamento e na prática do autocuidado. O ato de ajudar familiares, ajudar o próximo e praticar caridade e trabalhos voluntários também foi referido como parte do sentido da vida, e importante expectativa para o futuro.

A equipe de saúde que atua na assistência aos idosos portadores de patologias crônicas deve ter a sensibilidade de compreender o idoso dentro de seu contexto cultural e facilitar o entendimento e responsabilização do paciente quanto a sua condição.

As definições de espiritualidade tornam-se infinitas quando analisamos o assunto sob esta ótica e, infinitas também podem ser as abordagens deste tema pela enfermagem e pela área da saúde em geral. Os estudos com a espiritualidade no Brasil estão ganhando espaço no meio acadêmico e devem ser levados para a prática clínica, com o intuito garantir uma assistência holística aos nossos pacientes, independente da patologia, crônica ou aguda, e independente da faixa etária, de crianças a idosos.

Referências

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde (OMS). Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília; 2003.
2. Duarte YAO. O processo de envelhecimento e a assistência ao idoso. Manual de Enfermagem. Saúde do Adulto e do Idoso. Ministério da Saúde. São Paulo; 2001.
3. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília; 2005.
4. Brasil. Ministério da Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis. Doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro/ Brasil; 2005.
5. Martins LM, França APD, Kimura, M. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. Rev Lat Am Enfermagem. 1996;4(3):5-18.
6. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL). The World Health Organization Quality of Life: position paper from World Health Organization. Social Science and Medicine. 1995;41(10): 1403-1409.
7. Segre M, Ferraz FC. O conceito de saúde. Rev Saude Publica. 1997;31(5):538-42.
8. Sartore AC. Adaptação cultural e validação do Herth Hope Index para a língua portuguesa: estudo em pacientes com doença crônica [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.
9. Panzini RG, Bandeira DR. Escala de coping religioso-espiritual (escala CRE): elaboração e validação de construto. Psicol Estud. 2005;10(3):507-516.
10. Fleck MPA, Borges ZN, Bolognesi G, Rocha NS. Desenvolvimento do WHOQOL, modulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. Rev Saude Publica. 2003;37(4):446-55.
11. Craig C, Weinert C, Walton J, Derwinski-Robinson B. Spirituality, Chronic Illness, and Rural Life. J Holist Nurs. 2006;24(1):27-35.
12. Koenig HG, Cohen HJ. Spirituality across the lifespan, South Med J. 2006;10(99):1157-1158.
13. Lindolpho MC, Sá SPC, Robers LMV. Espiritualidade/Religiosidade um suporte na assistência de enfermagem ao idoso. Em Extensão, Uberlândia. 2009;8(1):117-127.
14. Oman D, Thoresen CE. Does religion cause Health? Differing interpretations and diverse meanings. J Health Psychol. 2002;7(4):365-380.

15. Martins, RM. A Depressão no idoso. *Millenium, Revista do ISPV*, 34, 2008. [citado 2010 fev 15]. Disponível em <http://www.ipv.pt/millenium/millenium34/9.pdf>.
16. McCord G, et al. Discussing Spirituality wit patients: a rational and ethical approach. *Ann Fam Med*. 2004;2(4):356-361.
17. Panzini RG, Rocha NS, Bandeira DR, Fleck MPA. Qualidade de vida e espiritualidade. *Rev Psiq Clin*. 2007;34(1):105-155.
18. Espíndula JA. O significado da religiosidade para pacientes com câncer e profissionais de saúde [tese]. Ribeirão Preto: Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2009.
19. Rodrigues LS, Soares GA. Velho, idoso e terceira idade na sociedade contemporânea. *Revista ágora, Vitória*. 2006;4:1-29.
20. Vieira CM, Glashan RQ. Aspectos gerais da anatomia e fisiologia do envelhecimento – uma abordagem para o enfermeiro. *Acta Paul Enf*. 1996;9(3): 24-30.
21. Golddtein LL, Sommerhalder C. Religiosidade, espiritualidade e significado existencial na vida adulta e velhice. In: Freitas e colaboradores: Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
22. Hunter JC. *O Monge e o Executivo*. Rio de Janeiro: Sextante, 2004.
23. Polzer RL, Miles MS. Spirituality in African Americans with Diabetes: Self-Management through a Relationship with God. *Qual Health Res*. 2007;17(2):176-188.
24. Leach CR, Shoenberg NE. Striving for Control: Cognitive, Self-Care, and Faith Strategies Employed by Vulnerable Black and White Older Adults with Multiple Chronic Conditions. *J Cross Cult Gerontol*. 2008;23:377–399.
25. Koenig HG. Suicide in the elderly: Case Discussion. *South Med*. 2006;99(10): 1188.
26. Daaleman TP, Cobb AK, Frey BB. Spirituality and well-being: an exploratory study of the patient perspective. *Social Science & Medicine*. 2001;53(11):1503–1511.
27. Harvey IS, Silverman M. The Role of Spirituality in the Self-management of Chronic Illness among Older African and Whites. *J Cross Cult Gerontol*. 2007;22:205–220.
28. Narayanasamy A. Spiritual coping mechanisms in chronically ill patients. *Br J Nurs*. 2002;11(22): 1461-1470.

29. Siegel K, Schrimshaw EW. The Perceived Benefits of Religious and Spiritual Coping among Older Adults Living with HIV/AIDS. *J Sci Study Relig.* 2002;41(1):91-102.
30. Dingley C, Roux G. Inner strength in older Hispanic women with chronic illness. *J Cult Divers.* 2003;10(1): 11-22.
31. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11^a ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
32. Instituto Paulista de Geriatria e Gerontologia “José Ermírio de Moraes” (IPGG) [homepage na Internet]. São Paulo [citado 2011 set. 8]. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/instituto-paulista-de-geriatria-e-gerontologia-ipgg-jose-ermirio-de-moraes/>.
33. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na Internet]. Brasil [citado 2011 set. 8]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>
34. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2009.
35. Mazo GZ, Mota J, Gonçalves LHT, Matos MG. Nível de atividade física, condições de saúde e características sócio-demográficas de idosas brasileiras. *Rev Port Cien Desp.* 2005;5(2):202-212.
36. Schimidt MI, Duncan BB, Hoffmann JF, Moura L, Malta DC, Carvalho RMSV. Prevalência de diabetes e hipertensão do Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006. *Rev Saude Publica.* 2009;43(2): 74-82.
37. Noronha MGRC, Cardoso PS, Moraes TNP, Centa ML. Resiliência: nova perspectiva na Promoção da Saúde da Família? *Cien Saude Colet.* 2009;14(2): 497-506.
38. Cecconello AM. Resiliência e vulnerabilidade em famílias em situação de risco [tese]. Rio Grande do Sul: Instituto de Psicologia Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2003.
39. Molina MCB, Cunha RS, Herkenhoff LF, Mill JG. Hipertensão arterial e consumo de sal em população urbana. *Rev Saude Publica.* 2003;37(6):743-50.
40. Oliveira EA, Tamanini OS, Souza PL, Bulbach S, Gomes MJ. Autopercepção do estilo de vida em indivíduos com hipertensão arterial. *Rev Brasileira de Pesquisa em Saúde.* 2009;11(3):18-24.
41. Boog, MCF. Dificuldades encontradas por médicos e enfermeiros na abordagem de problemas alimentares. *Rev Nutr.* 1999;12(3):261-272.
42. Moreira AKF, Santos ZMSA, Caetano JÁ. Aplicação do modelo de crenças em saúde na adesão do trabalhador hipertenso ao tratamento. *Physys.* 2009;19(4): 989-1006.

43. Matsudo SM, Matsudo VKR, Neto TLB. Atividade física e envelhecimento: aspectos epidemiológicos. *Rev Bras Med Esporte*. 2001;7(1): 2-13.
44. Pitanga FJG. Epidemiologia, atividade física e saúde. *Rev Bras Cien e Mov*. 2002;10(3): 49-54.
45. Barros MBA, César CLG, Carandina L, Torre GD. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. *Cien Saude Colet*. 2006;11(4):911-926.
46. Karsh UM. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cad Saude Publica*. 2003;19(3): 861-866.
47. Torn T, organizador. Cuidar melhor e evitar a violência - Manual do cuidador da Pessoa Idosa. Brasília, Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, 2008.
48. Rabelo DF, Neri AL. Recursos psicológicos e ajustamento pessoal frente a incapacidade funcional na velhice. *Psicol Estud*. 2005;10(3): 403-412.
49. Smith J, Borchelt M, Maier H, Jopp D. Health and well-being in the young and oldest old. *Journal of Social Issues*. 2002;58(4): 715-732.
50. Azambuja MIR, Foppa M, Maranhão MFC, Achutti AC. Impacto econômico dos casos de doença cardiovascular grave no Brasil: uma estimativa baseada em dados secundários. *Arq Bras Cardiol*. 2008;91(3):163-171.
51. IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 1998. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Rio de Janeiro: IBGE.
52. Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saude Publica*. 2003;19(3):735-743.
53. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 184, de 3 de fevereiro de 2011. Dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil. In: Diário Oficial da União, Seção 1, de 4 de fevereiro de 2011.
54. Nóbrega ACL, Freitas EV, Oliveira MAB, Leitão MB, Lazzoli JK, Nahas RM, et al. Posicionamento oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte e da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia: atividade física e saúde no idoso. *Rev Bras Med Esporte*. 1999;5(6):207-211.
55. Antoniazzi AS, Dell'Aglio DD, Bandeira DR. O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*. 1998;3(2): 273-294.
56. Savoia MG. Escala de eventos vitais e estratégias de enfrentamento (*Coping*). *Revista de Psiquiatria Clínica*. 1999;26(2). Edição internet. [citado

2011 ago 20]. Disponível em:
[http://hcnet.usp.br/ipq/revista/vol26/n2/artigo\(57\).htm](http://hcnet.usp.br/ipq/revista/vol26/n2/artigo(57).htm).

57. Nascimento LC, Rocha SMM, Hayes VH, Lima AG. Crianças com câncer e suas famílias. Rev Esc Enferm USP. 2005;39(4): 469-474.
58. Gianini MMS. Câncer e gênero: enfrentamento da doença [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2007.
59. Barreira DD, Nakamura AP. Resiliência e auto-eficácia percebida: articulação entre conceitos. Aletheia. 2006;23: 75-80.
60. Marcon SS, Radovanovic CAT, Waidman MAP, Oliveira MLF, Sales CA. Vivências e reflexões de um grupo de estudos junto às famílias que enfrentam a situação crônica de saúde. Texto Contexto Enferm. 2005;14(Esp): 116-124.
61. Oliveira TC, Araújo TL. Mecanismos desenvolvidos por idosos para enfrentar a hipertensão arterial. Rev Esc Enferm USP. 2002;36(3): 276-281.
62. Silva, LF et al. Doença Crônica, o enfrentamento pela família. Acta Paul Enf. 2002;15(1):40-47.
63. Guedea MTD, Albuquerque FJB, Tróccoli BT, Noriega JAV, Seabra MAB, Guedea RLD. Relação do bem-estar subjetivo, estratégias de enfrentamento e apoio social em idosos. Psicologia: Reflexão e Crítica. 2006;19(2): 301-308.
64. Gomes-Villas Boas, LC. Apoio social, adesão ao tratamento e controle metabólico de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2009.
65. Sena RR, Silva KL, Rates HF, Vivas KL, Queiroz CM, Barreto FO. O cotidiano da cuidadora no domicílio: desafios de um fazer solitário. Cogitare Enferm. 2006;11(2): 124-132.
66. Trentini M, Silva SH, Valle ML, Hammersdmidt KSA. Enfrentamento de situações adversas e favoráveis por pessoas idosas em condições crônicas. Rev Lat Am Enfermagem. 2005; 13(1):38-45.
67. Herédia VBM, Cortelletti IA, Casara MB. Abandono na velhice. Textos Envelhecimento 8(3), 2005. Edição internet. [citado 2011 ago. 20] Disponível em: http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282005000300002&lng=pt&nrm=iso.
68. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado; 1988.
69. Pasinato MT, Camarano AA, Machado L. Idosos vítimas de maus-tratos domésticos: estudo exploratório das informações levantadas nos serviços de denúncias. Texto para discussão n1200. Ipea, Rio de Janeiro, 2006.

70. Cruz JMO, Fontes MR, Santos JMJ. Cuidados com idosos: percepção de idosos e de profissionais de saúde sobre maus tratos no espaço familiar. *Textos Envelhecimento* 6(2), 2003. Edição internet. [citado 2011 ago. 20] Disponível em: http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282003000200005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.
71. Caldas CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cad Saude Publica*. 2003;19(3): 773-781.
72. Batista PSS. A espiritualidade na prática do cuidar do usuário do Programa Saúde da Família, com ênfase na educação popular em saúde. *Revista APS*. 2007;10(1): 74-80.
73. Peres MFP, Arantes ACLQ, Lessa PS, Caous CA. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. *Rev Psiq Clin*. 2007; 34(1): 82-87.
74. Puchalski C. Spirituality in health: the role of spirituality in critical care. *Crit Care Clin*. 2004;20: 487-504.
75. Azevedo GR, Santos VLCG. (Handicapped) caregiver: the social representations of family members about the caregiving process. *Rev Lat Am Enferm*. 2006;14(5):770-780.
76. Simonetti JP, Ferreira JC. Estratégias de coping desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doença crônica. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(1):19-25.
77. Braz E. Entre o visível e o invisível: as representações sociais no cotidiano do cuidador de idosos dependentes [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo; 2008.
78. Perez MP, Silva DPG, Couto TV. Percepções de um familiar de idoso hospitalizado na iminência de morte: um relato de caso. *Arq Ciênc Saúde*. 2009;16(1): 21-26.
79. Silveira TM. O sistema familiar e os cuidados com pacientes idosos portadores de distúrbios cognitivos. *Texto Envelhecimento*, 3(4), 2000. Edição Internet. [citado 2011 ago. 20]. Disponível em: http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282000000200003&lng=en&nrm=iso/pedboard.htm.
80. Araujo MMT. Quando “uma palavra de carinho conforta mais que um medicamento”: necessidades e expectativas de pacientes sob cuidados paliativos [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo; 2006.
81. Elias ACA, Giglio JS. Sonhos e vivências de natureza espiritual relacionados à fase terminal. *Mudanças – Psicologia da Saúde*. 2002;10(17): 83-106.

82. Alarcão ACJ, Carvalho MDB, Pelloso SM. A morte de um filho jovem em circunstância violenta: compreendendo a vivência da mãe. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2008;16(3). Edição internet. [citado 2011 ago. 21]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n3/pt_02.pdf.
83. Bousso RS, Angelo M. Buscando preservar a integridade da unidade familiar: a família vivendo a experiência de ter um filho na UTI. *Rev Esc Enferm USP*. 2001;35(2): 172-179.
84. Rocha IA, Braga LAV, Tavares LM, Andrade FB, Ferreira Filha MO, Dias MD, Silva AO. A terapia comunitária como um novo instrumento de cuidado para saúde mental do idoso. *Rev Bras Enferm*. 2009; 62(5): 687-94.
85. Floriano PJ, Dalgalarondo P. Saúde mental, qualidade de vida e religião em idosos de um programa de saúde da família. *J Bras Psiquiatr*. 2007; 56(3): 162-70.
86. Sanchez ZVDM, Nappo AS. A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. *Rev Psiq Clin*. 2007; 34(1): 73-81.
87. Ramos CC. Mulheres fiéis a Deus: trajetórias de amor, fé e devoção em Florianópolis na contemporaneidade. In: IV Encontro Regional Sul de História Oral Culturas, Identidades e Memórias; 2007; Florianópolis. IV Encontro Regional Sul de História Oral-Anais. Florianópolis: UFSC, 2007.
88. Brunner FSC. Pedagogia pentecostal: quando a igreja age em espaços que o poder público ignora [dissertação]. Presidente Prudente: Faculdade de Ciências e Tecnologia, Departamento de Educação, Universidade Estadual Paulista; 2004.
89. Garret AFA. A influência da religião/espiritualidade na saúde: apoio social e estratégias de coping como variáveis mediadoras [dissertação]. Lisboa: Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa; 2010.
90. Saad M, Masiero D, Battistella LR. Espiritualidade baseada em evidências. *Acta Fisiatrica*. 2001; 8(3): 107-12.
91. Cancian A. Ateísmo e liberdade: reflexões sobre o homem, o mundo e o nada. 6ª ed. São Paulo: ADC; 2002.
92. Schramm FR. Espiritualidade e bioética: o lugar da transcendência horizontal do ponto de vista de um bioeticista, laico e agnóstico. *O mundo da saúde*. 2007;31(2): 161-66.
93. Chaves ECL. Revisão do diagnóstico de enfermagem *Angústia espiritual* [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2008.
94. Kurita GP, Pimenta CAM. Adesão ao tratamento da dor crônica: estudo de variáveis demográficas, terapêuticas e psicossociais. *Arq Neuropsiquiatr*. 2003;61(2-B): 416-25.

95. Sarquis LMM, Dell'acqua MCQ, Gallani MCBJ, Moreira RM, Bocchi SCM, Tase TH, Pierin AMG. A adesão ao tratamento na hipertensão arterial: análise da produção científica. *Rev Esc Enferm USP*. 1998;32(4): 335-53.
96. Santos ZMSA, Frota MA, Cruz DM, Holanda SDO. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. *Texto Contexto Enferm* 2005;14(3): 332-40.
97. Barbosa RGB, Lima NKC. Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e no mundo. *Rev Bras Hipertens*. 2006;13(1): 35-38.
98. Franzen E, Almeida MA, Aliti G, Bercini RR, Menegon DB, Rabelo ER. Adultos e idosos com doenças crônicas: implicações para o cuidado de enfermagem. *Rev HCPA*. 2007;27(2): 28-31.
99. Peixoto MRB. Divergências e convergências entre um modelo de assistência de enfermagem a pacientes diabéticos e a teoria do déficit de autocuidado de OREM. *Rev Esc Enferm USP*. 1996;30(1): 1-13.
100. Silva IJ, Oliveira MFV, Silva SED, Polaro SHI, Radünz V, Santos EKA, Santana ME. Care, self-care and caring for yourself: a paradigmatic understanding thought for nursing care. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(3): 690-5.
101. Cade NV. A teoria do déficit de autocuidado de OREM aplicada em hipertensas. *Rev Lat Am Enferm*. 2001;9(3): 43-50.
102. Fialho AVM, Pagliuca LMF, Soares E. Adequação da teoria do déficit de autocuidado no cuidado domiciliar à luz do modelo de Barnum. *Rev Lat Am Enferm*. 2002;10(5): 715-20.
103. Trentini M, Corradi EM, Araldi MAR, Tigrinho FC. Qualidade de vida de pessoas dependentes de hemodiálise considerando alguns aspectos físicos, sociais e emocionais. *Texto Contexto Enferm*. 2004;13(1): 74-82.
104. Rolland JS. Doença crônica e o ciclo de vida familiar. In: Carter B, McGoldrick M. *As mudanças no ciclo de vida familiar*. 2ª. ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1995. p. 372-92.

Apêndices

Apêndice 1: Formulário para identificação e perfil sócio-demográfico.

I – Identificação e perfil sócio-demográfico		
No.	Sexo:	Idade:
Estado Civil:		Profissão:
<p>Moradia: Com quem mora?</p> <p>A casa é própria? Alugada? De parentes?</p>		
<p>Religião: Considera-se religioso?</p> <p>Como se reconhece? Pertencente a alguma religião?</p>		
<p>Lazer: O que costuma fazer no tempo livre?</p> <p>Além disso, o que gostaria de fazer?</p>		
<p>Família, Amigos: Tem contato com filhos, netos, parentes, amigos?</p> <p>Como são estes relacionamentos?</p>		
<p>História Pessoal: Qual é sua condição de saúde? Diagnóstico? Limitações?</p> <p>Em algum momento crítico da vida recorreu a algo relacionado à fé?</p>		
II – Questões Norteadoras		
<p>Fale sobre como a doença crônica mudou sua vida...</p> <p>O que dá sentido, o que tem importância em sua vida...</p> <p>Como este “sentido/importância” interfere em sua maneira de viver com a sua doença...</p> <p>E em seu tratamento...</p>		

Apêndice 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Título do Projeto: **A Espiritualidade no manejo da doença crônica do idoso**. Orientadora da Pesquisa: Profa. Dra. Suely Itsuko Ciosak
 Executora da pesquisa: Ana Carolina Albiero Leandro da Rocha

O(A) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa "**A Espiritualidade no manejo da doença crônica do idoso**", de responsabilidade da pesquisadora Ana Carolina Albiero Leandro da Rocha. O estudo será realizado com idosos portadores de doenças crônicas atendidos no Instituto Paulista de Geriatria e Gerontologia "José Ermírio de Moraes" e possui como objetivos: identificar o perfil dos idosos portadores de doenças crônicas participantes do estudo, identificar as mudanças de vida ocasionadas pelo diagnóstico de doença crônica e verificar a maneira que a religião/espiritualidade/fé interfere na doença crônica. Como não serão feitos procedimentos invasivos, não existe risco ou possibilidade de prejuízo à sua saúde. Será solicitado que o(a) Senhor(a) responda a algumas questões. Após este preenchimento, a pesquisadora fará uma breve entrevista que será gravada. Todas as fitas serão transcritas e destruídas. Sua identidade não será divulgada e participação ou recusa não irão afetar o seu tratamento. A pesquisadora e Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem estão à disposição para sanar quaisquer dúvidas presentes ou futuras. A participação é voluntária, e o(a) Sr(a) deve se sentir a vontade para deixar de participar a qualquer momento. Este documento será elaborado em duas vias e uma delas ficará com o senhor.

Eu, _____, RG nº _____, declaro ter sido informado e desejo participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

São Paulo, ____ de _____ de ____.

 Nome e assinatura do participante

 Testemunha

Eu, Ana Carolina Albiero Leandro da Rocha, declaro que forneci todas as informações referentes ao estudo ao participante

 Assinatura

Contatos:

Ana Carolina Albiero Leandro da Rocha
 (11)82421840

acalrocha@gmail.com

Secretaria do Comitê de Ética da EEUSP
 (11)30617548

edipesq@usp.br

Anexos

Anexo 1: Aprovação do comitê de ética.



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: (011) 3061-7548/8858 - Fax: (011) 3061-7548 -
São Paulo - SP - Brasil
e-mail: edipesq@usp.br

São Paulo, 17 de setembro de 2010.

Ilm.ª Sr.ª

Ana Carolina Albiero Leandro da Rocha

Ref.: Processo nº 958/2010/CEP-EEUSP

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto "A **Espiritualidade no Manejo da Doença Crônica do Idoso**", informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analisado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Maria Fat Fernandes
Prof.ª Dr.ª Maria de Fátima Prado Fernandes
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
Ana Carolina Albiero Leandro da Rocha