

IDOSOS HOSPITALIZADOS COM DOENÇAS PULMONARES EM ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO EM UM HOSPITAL PÚBLICO DA CIDADE DE BELÉM: ESTUDO DE CASO

Elenson Gleison de Souza Medeiros¹; Luciana do Nascimento Castello²

¹Especialização, ²Mestrado
Universidade Federal do Pará (UFPA)
elenson_21@hotmail.com

Introdução: Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a velhice começa a partir de 65 anos de idade em países desenvolvidos e aos 60 em países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil^{1,2}. Assim, a Política Nacional da pessoa Idosa (PNI), Lei nº8. 842, de 4 de janeiro de 1994 e o Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, corroboram com a definição da OMS ao caracterizar a pessoa idosa a partir dos 60 anos de idade em nosso país^{1,2}. Assim, é notório que a população mundial está envelhecendo, e esta faixa etária da vida humana vem apresentando nos últimos anos um movimento crescente, em detrimento das demais fases. Com isso, espera-se que entre os anos de 1970 e 2025, haja um crescimento de 223% de pessoas com mais de 60 anos no mundo, algo em torno de 1,2 bilhões de idosos nos países em desenvolvimento^{1,2}. Contudo, as mudanças ocorridas no processo de envelhecimento não se restringem somente a idade cronológica. Os níveis de dependência, os estados de saúde, a participação social e os aspectos psicológicos estão relacionados ao envelhecer humano¹. Várias doenças crônicas não transmissíveis acomete o idoso, dentre elas tem-se Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). Segundo a OMS, no mundo cinco milhões de pessoas morrem por ano em consequência das doenças provocadas pelo tabaco, o que corresponde, a aproximadamente seis mortes a cada segundo. Do total de mortes ocorridas, quatro milhões são referentes aos homens, sendo o fumo o maior fator de risco para a DPOC. Atualmente ela é considerada uma doença multissistêmica, com manifestações clínicas pulmonares e extrapulmonares, progressivamente incapacitante⁴.

Objetivos: O presente trabalho de encerramento das atividades na Clínica de Pneumologia do Hospital Universitário João de Barros Barreto, abordará o relato de caso do psicólogo residente em Saúde do Idoso nos atendimentos do paciente durante o período de internação nesta instituição hospitalar. **Descrição da Experiência:** Trata-se de um estudo de caso com intervenção psicológica em paciente portador de DPOC, tendo como iniciais de seu nome as letras N.F.T.P, de 62 anos de idade, sexo masculino, nacionalidade portuguesa, casado, exercia atividade de pescador antes do adoecimento, religião Católica Apostólica Romana, recebia auxílio doença, segundo informação coletada (sic), morava com a família (esposa e filhos e netos). Este paciente estava em sua 13ª internação nesta instituição hospitalar, encontrava-se acamado por consequência do uso contínuo de oxigênio (O₂), sem acompanhante ao longo do período de hospitalização, o qual teve somente 2 visitas do filho mais novo. O referido paciente foi internado novamente por exacerbação do quadro de DPOC, era dependente de O₂ e apresentava insuficiência respiratória, tinha como comorbidade Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica. N.F.T.P, na maioria dos atendimentos estava consciente, orientado, receptivo e contactuante. Apresentava humor estável, bom estado emocional geral, no entanto, regulares recursos de enfrentamento da situação atual de adoecimento. O referido paciente era bastante conhecido na clínica de Pneumologia pela equipe médica e de enfermagem, em consequência de suas frequentes internações e por algumas características comportamentais e pessoais, mais especificamente, frequentes pedidos de materiais de higiene e o fato de ser de outra nacionalidade. O paciente foi tabagista por 45 anos e relacionava o atual estado de saúde ao uso exacerbado do tabaco. Afirmou

ainda, que mesmo depois que desenvolveu a DPOC, continuou usando a referida droga lícita, parando de usá-la somente no momento em que se internava neste hospital. Foram realizados 08 (oito) atendimentos psicológicos com o paciente. **Resultados:** No início do acompanhamento, foi percebido que com frequência o paciente perguntava pela psicóloga preceptora da clínica, uma vez que esta o atendeu em suas internações anteriores. Contudo, ao longo dos atendimentos e estabelecimento do rapport, o paciente verbalizou suas angústias diante ao adoecimento e seus conflitos familiares existentes. Assim, a partir dos relatos do paciente nos atendimentos, foi observado que a relação conflituosa com seus filhos e esposa, o deixava entristecido. Este, referiu que seus filhos eram tabagistas e fumavam dentro de sua casa com frequência, não respeitando o adoecimento do pai, que implicava em dificuldades respiratórias diante do quadro de DPOC. Além do mais, estes criavam cachorros que espalham pêlos em sua residência, incomodando-o e o deixando mais adoecido (sic). Segundo o paciente, seu convívio familiar conflituoso, o entristecia e percebia que os filhos nunca aceitaram o fato de ter saído de casa e ter se relacionado com outra mulher. Este referiu que voltou morar com a esposa (afirmou que não eram divorciados, por isso ainda a considerava como esposa) e os filhos, após adoecer e levou junto outro filho, fruto deste novo envolvimento afetivo. Para o paciente, a forma que os filhos o tratavam atualmente, com negligência, descaso, maus tratos e violência psicológica, era consequência do registro de abonado vivenciado por estes ao sair de casa para viver outro relacionamento. Referiu também, que os filhos nunca aceitaram seu retorno, e isto interfere na qualidade do vínculo familiar. Este relato do paciente leva-nos a inferir que o registro de abandono paterno não foi elaborado pelos filhos, ou seja, o comportamento destes souo em seu relato, como uma espécie de vingança da situação de abandono vivenciada por estes filhos, “os quais não cuidavam do pai adoecido, para que este possa pagar pelo que fez” (sair de casa e abandoná-los). Ao ser questionado sobre o relacionamento familiar, o paciente verbalizou que tentava estabelecer um relacionamento saudável, mas os filhos não permitiam, mostrando-se resistentes a aproximação entre pais e filhos. Esta má qualidade do convívio familiar, o fez não querer ter alta hospitalar em algumas internações anteriores, pois no hospital recebia atenção e os cuidados necessários para a estabilidade de seu quadro clínico, mas que em algum momento do acompanhamento atual, referiu medo de infecção ou contaminação hospitalar, desejando melhora e questionando a possibilidade desta alta. Em um atendimento, este, entristecido, afirmou que se sentia sozinho e que ao ver os outros pacientes com acompanhantes, ficava pensativo em relação familiar, principalmente no fato de não ter nenhum familiar o acompanhando no hospital. Contudo, mesmo tendo ajuda dos acompanhantes dos demais pacientes, sentia falta da presença de algum de seus filhos no hospital, o que se configura como negligência, abandono e falta de apoio familiar. Estudos abordam as questões referentes ao acompanhamento em instituições hospitalares, abandono e negligência³. Quanto ao seu processo de adoecimento, adesão ao tratamento e situação atual, percebe que a cada internação apresenta agravos no seu quadro clínico, como maior restrição ao leito, devido a maior dificuldade de respirar. O término do acompanhamento se deu pela alta hospitalar, por consequência da estabilidade do quadro clínico do paciente, segundo a médica que o atendeu. Em interconsulta com profissional da medicina que o acompanhou, esta afirmou que em sua percepção, a alta hospitalar de pacientes idosos se faz necessário por estarem em situação de riscos de infecções hospitalares e estes são bem mais suscetíveis a estas contaminações do que pacientes jovens, por terem, em alguns casos, baixa resistência imunológica. **Conclusão/ Considerações Finais:** O período de 3 meses de experiência nesta clínica, foi de suma importância para o residente de psicologia no que se refere ao aprendizado e aquisição de conhecimento alusivo a compreensão das principais doenças pulmonares e as

características peculiares destas doenças, e a possibilidade de oferecer suporte emocional diante aos medos, angústias e fantasias, ocasionados pelo agravamento dos quadros clínicos e da situação de hospitalização. Compreender as limitações dos pacientes e ajudá-los a dar significação para o adoecimento, através de intervenções psicológicas, e assim, este buscar a resignificação de sua vida cotidiana, seja na compreensão de suas limitações referentes a atividades instrumentais de vida diária (AIVD's) ou compreensão da necessidade de adesão aos tratamentos, foi extremamente prazeroso e enriquecedor.

Descritores: DPOC, Idoso, Psicologia.

Referências:

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. 7. ed. Brasília, DF, 2009.
2. BRASIL. Organização Pan-Americana da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília-DF, 2005.
3. BRASIL. Estatuto do idoso: lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003.
4. HERNANDES NA, TEIXEIRA DC, PROBST VS, BRUNETTO AF, RAMOS EMC, PITTA F. Perfil do nível de atividade física na vida diária de pacientes portadores de DPOC no Brasil. J Bras Pneumol. N.35, p.10, p.949-956, 2009.