

## RELATO DE EXPERIÊNCIA

### *EXPERIENCE REPORT*

## O simbólico do idoso hospitalizado em enfermaria geriátrica: um estudo de caso

*The symbolic hospitalized elderly in a geriatric ward*

Renata Cambiano Zampieri  
Kátia da Silva Wanderley  
Maurício Ventura de Miranda

**RESUMO:** O presente estudo identifica e busca analisar o impacto da hospitalização na vida de uma pessoa idosa, em termos dos possíveis conflitos emocionais emergentes nesse contexto de hospitalização. Trata-se de um relato de experiência cujos dados de uma pesquisa de campo são analisados a partir de um referencial teórico psicanalítico, caracterizando-se como um estudo de caso durante o período de internação de paciente idoso em enfermaria geriátrica. Como resultado, aponta-se a importância da escuta diferenciada que o psicólogo deve disponibilizar em atenção aos pedidos verbais e não verbais do paciente internado, atendendo a seus pedidos (inconscientes) de socorro, às manifestações de seu simbólico enfim, de modo que o profissional possa dar guarida e encaminhamento a um intenso sentimento experimentado pelo doente em função do seu abandono pelos familiares, somado à experiência de luto em família e perdas significativas de várias ordens, conseqüentes à doença, e que se fazem presentes na fala desse paciente, ou mesmo ocultas, mas que lhe ocasionam anseios e angústia.

**Palavras-chave:** Idoso; Conflitos Emocionais; Hospitalização.

**ABSTRACT:** *The present study identifies and analyzes the impact of hospitalization in the life of an elderly person, in terms of the possible emotional conflicts emerging in this context hospitalization. This is an experience report of a survey whose data field are analyzed from a psychoanalytic theoretical framework, characterized as a case study during the period of hospitalization of elderly patients in a geriatric ward. As a result, it points to the importance of differentiated listening that the psychologist must provide in attention to verbal and nonverbal requests in patient, given their orders (unconscious) relief, the manifestations of its symbolic anyway, so the professional can give shelter and referral to an intense feeling experienced by the patient according to their abandonment by family, added to the experience of grieving family and significant losses of various orders, consequent to the disease, and that are present in this patient speaks, or even hidden, but that cause anxiety and cravings.*

**Keywords:** *Elderly; Emotional Conflicts; Hospitalization.*

## **Introdução**

A população de indivíduos que atinge a última fase do ciclo vital é caracterizada como de “idosos” (Neri, 2008). Nesse ciclo, observa-se que é comum o indivíduo apresentar perdas psicomotoras, afastamento social, restrição em determinados papéis sociais e especialização cognitiva. Tudo isso vem, muitas vezes, acrescido pelo aparecimento progressivo de doenças, muitas vezes crônicas, que prejudicam o bem-estar na velhice e tornam o idoso dependente de redes de suporte social, como a família e as instituições hospitalares.

Durante as últimas décadas, ocorreram mudanças constantes no que caracteriza a população mundial; dentre estas, está o aumento significativo da população com mais de 60 anos. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), há uma estimativa de que, em 2050, a população de idosos atingirá 64,1 milhões.

Junto a essa referência, Jacob Filho (2008) acrescenta que muitas mudanças na área da saúde surgem concomitantemente, como o aparecimento de uma amplificação do papel do médico, quando este cresce sua função de diagnosticar doenças e de medicar, passando a ter, como atividades, combater o agente etiológico, evitar as complicações previsíveis, reduzir os sintomas, otimizar a evolução de uma doença e restabelecer o estado funcional prévio de um paciente.

Segundo a Lei n.º 8.842, de janeiro de 1994, tendo em vista o direito do idoso do estabelecimento de mecanismos que possibilitem informações sobre aspectos biopsicossociais do envelhecimento, pensa-se que, para um tratamento eficaz, é necessário que este ocorra envolvendo vários componentes, tais como: o próprio paciente, as multimorbidades que o afetam, seus familiares, cuidadores e o meio ambiente. Para Jacob Filho (2008), diante da complexidade que se instaura, é recomendada a atuação de uma equipe multidisciplinar, uma vez que ele considera ser impossível que apenas um profissional tenha habilidades suficientes para suprir todas as necessidades de um idoso multifragilizado.

Dentro dessa equipe multidisciplinar, conta-se necessariamente com a atuação de um psicólogo, de modo que a este, em ambiente hospitalar, “não tem por que se exigir neutralidade nem passividade, e sim, tem que se exigir em sua tarefa profissional um enquadramento que lhe permita trabalhar e operar como psicólogo” (Bleger, 1984).

Na escuta psicológica proposta por Bleger (1984), é imprescindível o saber ouvir o outro, estar preparado e disponível para receber a vivência que este traz, compreendendo-o em sua complexidade original, e em seus múltiplos sentidos, de modo a facilitar, a este profissional, o exame cuidadoso das diversas facetas da experiência que ora tem sob sua responsabilidade.

Cada indivíduo, de acordo com suas particularidades, necessita de um processo de adaptação às incapacidades físicas, cognitivas e psicossociais que podem lhe advir, especialmente se fazendo evidenciar na velhice. Enfatiza-se neste ponto a importância do reconhecimento da peculiaridade de cada organismo que envelhece, cada um a seu modo, e de considerar a saúde do idoso em termos da manutenção de sua capacidade funcional (Assis, 1998).

A forma como cada pessoa concebe a velhice pode também influenciar o modo como essa pessoa constrói a sua própria velhice e como percebe a do outro. De acordo com Paschoal (2002), uma visão estereotipada e negativa em relação ao próprio envelhecimento pode afetar negativamente o autoconceito e a autoestima do idoso, influenciando a forma como lida com situações de vida, suas perspectivas futuras, seu envolvimento social, em atividades prazerosas e seus relacionamentos interpessoais. Além disso, pode aumentar a probabilidade de conformidade com condições precárias de saúde, enfraquecendo sua adesão aos tratamentos.

O aparecimento de uma doença faz com que um paciente enfrente a perda do corpo saudável e ativo. Para muitos indivíduos, o mau funcionamento orgânico leva à perda da

autonomia e da capacidade de agir com independência. Uma pessoa doente passa a ser, muitas vezes, obrigada a estar ligada a um hospital ou ambulatório, exigido por um tratamento rigoroso, e também a lidar com restrições alimentares, sociais, econômicas, de lazer e profissionais (Santos & Sebastiani, 1996).

Para Romano (1999), a doença produz no paciente significados e sentimentos que interferem, alteram e determinam o curso de sua vida. A existência de um lado inconsciente que pode gerar conflitos, queixas, alterar reações e habilidades, traz efeitos significativos na tomada de decisão, na adesão a um tratamento, podendo complicar ou mesmo reduzir a eficácia terapêutica de diferentes tratamentos.

A hospitalização gera um impacto ainda mais dramático na vida de um indivíduo enfermo (Botega, 2002). Quando internados, os pacientes ocupam involuntariamente novos papéis, submetem-se a rotinas e normas pouco ou nada individualizadas, e compartilham seu espaço físico, intimidade e sentimentos com outras pessoas, na maioria, desconhecidas, como outros pacientes, outros acompanhantes e a equipe profissional (Romano, 1999).

Considerando a qualidade de vida como um evento que apresenta múltiplas dimensões e diz respeito à adaptação de indivíduos na sociedade, um dos seus critérios de avaliação consiste em comparar as condições disponíveis com as condições desejáveis (Neri, 2008). Contudo, essa preocupação com a qualidade de vida vem ganhando relevância apenas há cerca de 3 décadas, na medida em que o crescimento da população idosa e a expansão da longevidade passaram a ser notados por um número significativo de indivíduos em diversas sociedades. Desse modo, cada vez mais surgem questões a respeito do bem-estar físico, psicológico e social dos idosos.

De acordo com o tema levantado, acredita-se na importância da realização de pesquisas que visem a compreender as necessidades de idosos hospitalizados, contribuindo para a melhoria dos atendimentos a essa população. Portanto, o presente estudo identificou e analisou o impacto da hospitalização na vida de um idoso, possibilitando compreender os possíveis conflitos emocionais referentes à hospitalização.

## Metodologia

O presente estudo foi realizado na cidade de São Paulo (SP), no período de 05 a 17 de abril de 2010, em enfermagem de Geriatria e doenças crônicas de um hospital Público e Estadual, após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP).

Este caracterizou-se por uma pesquisa de campo com referencial teórico psicanalítico de um estudo de caso, tendo como propósito um trabalho qualitativo. Segundo Minayo (1996), uma pesquisa qualitativa é aquela que se desenvolve a partir dos significados, crenças, motivos, valores, aspirações e atitudes, os quais correspondem a fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Para realização da pesquisa, foi eleito um paciente compatível aos seguintes critérios pré-determinados: paciente internado com permanência mínima de 07 dias; idade igual ou acima de 65 anos, de ambos os sexos, e que não apresentasse quadro demencial em estágio avançado, segundo critério médico descrito em prontuário.

Os atendimentos foram realizados durante o período de internação do paciente, totalizando-se quatro atendimentos. Estes ocorreram à beira do leito, sendo possível obter dados da história de vida do mesmo, e durante este período foi produzido pelo paciente um material escrito (uma poesia) também utilizado para análise. Após o convite, a participação deste na pesquisa, firmou-se o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), de acordo com a Resolução 196/96, do Ministério da Saúde, o qual garante total sigilo de identidade do participante da pesquisa.

## Resultados

O estudo de caso refere-se a um paciente de 85 anos, natural de Garanhuns (PE) e que está em seu segundo casamento, tendo três filhos e cinco netos. Durante boa parte de sua vida trabalhou como auxiliar de enfermagem e repentista nas praias de Pernambuco. Hoje aposentado, reside em Itanhaém (SP), com sua segunda esposa; esta por sua vez, encontra-se debilitada fisicamente em função de doenças crônicas, como diabetes e apresenta perda parcial da visão.

Em contato com familiares, obteve-se o relato de que este era muito ativo fisicamente até janeiro de 2010 e, em razão de quedas frequentes, tornou-se dependente de seus

familiares. Preocupados com sua saúde, instalaram-no em uma casa de repouso para recuperar-se de uma fratura no fêmur e da infecção urinária. Contudo, durante esse período, outra queda ocorreu e, em consequência, a fratura de uma vértebra. É neste momento que a família necessitou transferi-lo da casa de repouso para o hospital.

Dessa forma, este idoso permaneceu internado na enfermaria de Geriatria por um período de treze dias, por motivos de Infecção no Trato Urinário (ITU) e pela fratura da vértebra.

Além dos quadros apresentados na hospitalização, o paciente possuía outras doenças de base, sendo algumas delas crônicas, as quais comprometiam sua saúde e qualidade de vida, como: Hipertensão, Demência Vascular, Síndrome da Fragilidade e Prostatite Crônica.

No decorrer da internação, a família expôs seu receio de novamente colocá-lo em uma instituição, em função da experiência vivenciada com a casa de repouso anterior, em que contavam com programa de prevenção de queda e, ainda assim, esta não pôde ser evitada.

Devido as suas doenças e consequências delas acarretadas, o paciente encontrava-se acamado há quatro meses, fato que foi comprometendo suas atividades de vida diária e suas relações sociais.

## Discussão

A partir do exposto acima, pode-se ter a imagem de um paciente saudável e ativo durante toda uma vida, e que foi perdendo sua funcionalidade em decorrência do agravamento de algumas doenças crônicas que vieram evoluindo a cada dia.

Concomitantemente à perda da funcionalidade e o surgimento da dependência de outros indivíduos para suas atividades de vida diária, aparece o distanciamento de familiares e pessoas do convívio social, como pôde ser evidenciado no momento em que o idoso sofre uma queda significativa e a família o interna em uma casa de repouso, pensando em sua recuperação. Este fato vem ao encontro do que Santos & Sebastiani (1996) dizem a respeito do aparecimento de uma doença: esta faz com que os pacientes enfrentem a perda do corpo saudável e ativo, e para muito deles, o mau funcionamento orgânico leva à perda da autonomia e da capacidade de agir com independência, fazendo com que essa pessoa doente passe a ser obrigada a manter-se ligada ao hospital ou ambulatório, devido a tratamentos

rigorosos e, muitas vezes, lidando com restrições alimentares, sociais, econômicas, de lazer e profissionais.

Para Romano (1999), a doença produz no paciente significados e sentimentos que interferem, alteram e determinam o curso de sua vida. A existência de um lado inconsciente que gera conflitos, queixas, altera reações e habilidades, interfere na tomada de decisão e na adesão ao tratamento, podendo complicar ou reduzir a eficácia terapêutica de diferentes tratamentos.

No presente caso, percebeu-se que o sofrimento psíquico gerado pela doença manifestava-se na rotina do paciente em forma de medo, dúvidas, ansios e constantes pedidos de socorro, conscientes ou inconscientes; tal como no texto produzido pelo próprio paciente, em que relata de maneira simbólica, seu desejo da proximidade a uma mulher, que passe a cuidar dele com amor incondicional, como um verdadeiro amor de mãe:

*“No meu quarto de moço pobre, quando o sibilar dos ventos nas soturnas trevas das noites de inverno, me atraiçoa o sono e me arrebatava a gelidez do espaço; no pensamento murmuro um nome de mulher... um nome que bendigo e venero... é um verso mágico, que o destino descreve em um trecho de ordem de minha vida... antes que as forças me abandonem... há um braço que transforma fraqueza em força... terno e solícito, um braço de mulher.”*

Em contato com outros pacientes no mesmo quarto, por vezes em condições clínicas mais graves, observou-se a ocorrência de uma identificação projetiva. De acordo com Bion (1975), a identificação projetiva “não é simplesmente uma fantasia inconsciente de projetar um aspecto próprio no outro e controlá-lo desde dentro; representa um acontecimento psicológico no qual o projetor, por via de uma interação interpessoal real com o recipiente da identificação projetiva, exerce pressão sobre o outro para que vivencie e se comporte de forma congruente com a fantasia projetiva onipotente”.

Entendida dessa maneira, a identificação projetiva seria o processo através do qual sentimentos pertinentes ao “Eu” são projetados no “Outro”, criando um modo de ser entendido como “se fizesse parte do outro”. Esse mecanismo favorece os primórdios da empatia, mas, se utilizado excessivamente, leva à perda de identidade e perda de nitidez nas fronteiras que delimitam o “Eu” e o “Outro”. Sendo assim, compreende-se que os sentimentos vivenciados vão além dos advindos da própria doença, mas também junto à dor do outro.

Lembrando a citação de Botega (2002) e de Romano (1999), respectivamente, de que a hospitalização gera um impacto ainda mais dramático na vida do indivíduo enfermo, e que estes, quando internados, ocupam involuntariamente novos papéis, submetendo-se a rotinas e normas, pouco ou nada individualizadas, compartilhando seu espaço físico, intimidade e sentimentos com outras pessoas, é possível estabelecer uma relação com a percepção negativa que o paciente está criando em relação à doença.

Assim é que o paciente aqui focado refere em sua escrita:

*“Lança e escudo com que um homem sorrindo as reviravoltas da sorte, enfrenta a fera que surge dentro de si próprio.”*

Contudo, junto a esta percepção, há sinais da esperança pela melhora, ou até mesmo de cura, pois, ao término de seu texto, afirma:

*“(...) domina e surge vitorioso, das luzes, com que o destino o lança”.*

Segundo Esslinger (2003), o lugar do paciente é o lugar de quem tem medo do abandono da família, dos procedimentos médicos e também da morte. Assim, nessa luta constante contra os conflitos psíquicos, o acompanhamento da família é considerado muito importante, pois traz ao paciente a sensação de um porto seguro em meio a tantos acontecimentos desconhecidos. Contudo, na dinâmica familiar encontrada neste caso, em que não era possível que algum familiar estivesse presente durante todo o tempo, entende-se que esta família também pode ser considerada como fonte de angústia, pelo medo do abandono e pelas fantasias criadas pelo paciente na sua ausência.

Sendo assim, entendendo o papel do psicólogo, neste momento com foco na demanda apresentada pelo paciente, foi possível trabalhar com as fantasias e temores apresentados pelo mesmo, de modo a proporcionar momentos em que este pode elaborar seus conflitos, suas perdas reais e simbólicas, sentindo-se acolhido e tendo a oportunidade de expressar seus sentimentos e significados.

## Considerações Finais

Identificou-se, neste estudo, a importância da escuta diferenciada que o psicólogo deve oferecer em atenção aos pedidos verbais e não verbais de um paciente internado, atendendo a seus pedidos inconscientes de socorro. Estes traduzem um intenso sentimento de abandono pelos familiares, somado à experiência de luto e perdas significativas, causados pela doença e que se fazem presentes na fala desse paciente, quando não ficam subjacentes à sua fala, gerando-lhe anseios e angústia.

Destacou-se nesta pesquisa que pacientes hospitalizados necessitam essencialmente que alguém esteja com eles na dor, criando-lhes um espaço para que dúvidas, anseios, angústias, e também suas expectativas, possam ser ouvidas e acolhidas.

## Referências

- Assis, M. (1998). O envelhecimento e suas consequências. In: Caldas, P.C. (Org.). *A saúde do idoso: A arte de cuidar*, 37-38. Rio de Janeiro (RJ): Ed. URJ.
- Bion, W.R. (1975). *Experiências com grupos*. (2ª ed.). Rio de Janeiro (RJ): Imago.
- Bleger, J. (1984). *Psico-higiene e psicologia institucional*. Porto Alegre (RS): Artes Médicas.
- Botega, J.N. (2002). *A prática psiquiátrica no Hospital Geral: interconsulta e emergência*. Porto Alegre (RS): Artmed.
- Esslinger, I. (2003). *O paciente, a equipe de saúde e o cuidador: De quem é a vida afinal? Um estudo acerca do morrer com dignidade*. São Paulo (SP): Casa do Psicólogo.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. (2005). *Síntese dos indicadores sociais 2005, 17. Aumento da escolaridade feminina reduz fecundidade infantil*. Recuperado em 01 maio, 2010, de: <http://www.ibge.gov.br>.
- Jacob Filho, W. (2008). *Terapêutica do Idoso – Manual da Liga do GAMIA*. (2ª ed.). Rio de Janeiro (RJ): Rubio (cap. 1).
- Lei n.º 8.842, de janeiro de 1994. Recuperado em 01 maio, 2010, de: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/p8842\\_pn\\_idoso.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/p8842_pn_idoso.pdf).
- Minayo, M.C.S. (1996). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. (8ª ed.). São Paulo (SP)/Rio de Janeiro (RJ): Hucitec-Abrasco.
- Ministério da Saúde. (2008). *Diretriz conceitual da Estratégia Saúde da Família*. Brasília (DF).
- Neri, A.L. (2008). *Palavras-chave em Gerontologia*. Campinas (SP): Alínea.

Paschoal, S.M.P. (2002). Qualidade de vida na velhice. *In: Freitas, E.V. et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia*, 80-90. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan.

Romano, B.W. (1999). *Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais*. São Paulo (SP): Casa do Psicólogo.

Santos, C.T. & Sebastiani, R.W. (1996). *Acompanhamento psicológico à pessoa portadora de doença crônica*. São Paulo (SP): Pioneira.

Recebido em 02/11/2013

Aceito em 20/12/2013

---

**Renata Cambiano Zampieri** – Psicóloga. Aperfeiçoamento em Gerontologia do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo.

E-mail: re\_zampieri@hotmail.com

**Kátia da Silva Wanderley** — Psicóloga Diretora do Serviço de Psicologia do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo.

E-mail: katzpsi@uol.com.br

**Maurício Miranda Ventura** - Médico-Geriatra. Diretor do Serviço de Geriatria do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo.

E-mail: mauricioventura@uol.com.br