

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE APOIO À PESQUISA
PROGRAMA INSTITUCIONAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

GLAUCOMA EM IDOSOS: SUBJETIVIDADE E RELAÇÕES FAMILIARES

Bolsista: Nayana Tallita Pereira Julho, FAPEAM.

MANAUS

2015

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE APOIO À PESQUISA
PROGRAMA INSTITUCIONAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

RELATÓRIO FINAL
PIB-SA/0046/2014
GLAUCOMA EM IDOSOS: SUBJETIVIDADE E RELAÇÕES FAMILIARES

Bolsista: Nayana Tallita Pereira Julho
Orientadora: Prof^a Dr^a Denise Machado Duran Gutierrez

MANAUS
2015

Todos os direitos deste relatório são reservados à Universidade Federal do Amazonas e aos seus autores. Parte deste relatório só poderá ser reproduzida para fins acadêmicos ou científicos.

Pesquisa financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas – FAPEAM, através do Programa Institucional de Bolsas para Iniciação Científica da Universidade Federal do Amazonas.

At first, I thought
it was a pretty word.
Three syllables like *I love
you, Graffiti, Good morning.*
It wasn't pretty when
my father started seeing
flickers in the edges
of his eyes that weren't real.
Like cameras flashing
without the warning
of *Say cheese!* Then
the word was ugly
like, *Leprosy, Treachery,
Defeated.* It was a *coma*,
the sequel to a car crash;
what happens when you can't
wake up. It was a robber
for which there was no
Robin Hood. I knew it
by the scenes it took
away: the sea-ridge
shade of his iris, his
peripheral vision, my trust
in the sounds of things.

Keats Conley

RESUMO

O presente projeto se insere na grande área de estudos em psicologia da saúde. A partir da descrição clínica de uma patologia de ocorrência frequente entre idosos, como é o caso do glaucoma, procurou aprofundar a compreensão sobre os processos subjetivos vividos por pacientes e seus familiares desde o momento de descoberta da doença acompanhando sua evolução. O foco é sobre as vivências emocionais no processo adaptativo. Optou-se por uma metodologia de caráter qualitativo, partindo-se do relato das pessoas envolvidas. O emprego de uma entrevista semi-estruturada deu base para a coleta interativa de dados. Foram entrevistados 12 participantes, sendo 7 glaucomatosos e 5 familiares dos portadores, a partir de informações em rede de contatos pessoal, Associação do Deficiente Visual do Amazonas e Instituto de Oftalmologia do Amazonas. Os dados foram tratados com recursos da Análise de conteúdos em sua versão temática, o que permitiu a extração e sentidos e significados a partir da perspectiva dos próprios sujeitos. A partir do estudo realizado, compreendeu-se a importância do entendimento, para o portador e sua família, acerca da própria doença e do tratamento a ela destinado. Notou-se que as vivências da doença se dão de modo heterogêneo em relação às reações e modos de adaptação ao quadro, reconhecendo-se como desafios a este processo as dificuldades de locomoção, as ideias de dependência e incapacidade, a relação com a equipe médica no que se trata da atenção ao paciente e a privação de atividades cotidianas, em destaque o lazer e o trabalho. Neste contexto, notou-se como facilitadores o apoio da família, da comunidade, a vontade de manter-se ativo e fazer-se útil e a religiosidade, atrelada à esperança diante do medo em relacionado ao estado de cegueira.

Palavras-chave: Relações familiares; Glaucoma; Saúde e subjetividade

ABSTRACT

This project falls within the area of studies in health psychology. From the clinical description of a disease of frequent occurrence among the elderly, such as glaucoma, sought to deepen the understanding of the subjective processes experienced by patients and their families from the moment of discovery of the disease following its evolution. The focus is on the emotional experiences in the adaptive process. We opted for a qualitative methodology, starting from the story of the people involved. The use of a semi-structured interview provided the basis for interactive data collection. They interviewed 12 participants, 7 of glaucoma and 5 family of patients, from information network of personal contacts, Visual Impaired Association of the Amazon and the Amazon Institute of Ophthalmology. Data were treated with funds from content analysis in its thematic version, which allowed the extraction and senses and meanings from the perspective of the subjects themselves. From the study, we realized the importance of understanding, the carrier and his family, about the disease itself and treatment for her. It was noted that the experiences of the disease occur heterogeneously with regard to the reactions and adaptation to the four modes, recognizing this process as challenges to the mobility problems, dependency ideas and disability, the relationship with the medical team when it comes to patient care and the deprivation of daily activities, highlighted the leisure and work. In this context, it was noted as facilitators support the family, the community, the desire to remain active and make yourself useful and religiosity, linked to hope in the face of fear related to the state of blindness.

Keywords: Family relations; Glaucoma; Health and subjectivity

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	16
2.1 COMPREENSÕES ACERCA DO ENVELHECER.....	16
2.2 GLAUCOMA E ASPECTOS QUE PERMEIAM A RELAÇÃO DO PACIENTE IDOSO COM A DOENÇA.....	19
2.3 FAMÍLIA E O IDOSO NO CONTEXTO DE CUIDADOS	22
3 DESCRIÇÃO METODOLÓGICA	25
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	29
4.1 PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO	29
4.2 MUDANÇAS NO COTIDIANO	30
5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	32
REFERÊNCIAS	34

1 INTRODUÇÃO

Sabe-se que a velhice não é uma doença, mas, sim, uma fase na qual o ser humano fica mais suscetível a doenças. Envelhecer pressupõe alterações físicas, psicológicas e sociais no indivíduo, e tais alterações são gradativas. Com o passar dos anos, o desgaste é inevitável (ZIMMERMAN, 2007). Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS, o envelhecimento é um processo que pode ser compreendido como

“Sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte” OPAS (1993 citado em DUARTE; LEBRÃO, 2007, p. 191)

Para a Organização Mundial de Saúde, são consideradas idosas as pessoas com mais de 65 anos, em países desenvolvidos. Em países em desenvolvimento, como o Brasil, a terceira idade começa aos 60 anos (ZIMMERMAN, 2007). Ainda, Duarte e Lebrão (2007) afirmam que a velhice não se relaciona, unicamente, com a idade cronológica, mas principalmente com as condições do indivíduo de responder às demandas do dia-a-dia.

A preocupação da sociedade com o processo de envelhecimento deve-se, sem dúvida, ao fato de os idosos corresponderem a uma parcela da população cada vez mais representativa do ponto de vista numérico (DEBERT, 2004). No mundo inteiro, à medida que os anos vão passando, é cada vez maior o número de idosos. A queda do número de nascidos e o aumento da expectativa de vida são fatores que estão relacionados a este dado. No Brasil, a situação não é diferente (ZIMMERMAN, 2007).

O envelhecimento demográfico traz consigo diversas conseqüências sociais, médicas e econômicas. As principais conseqüências médicas do aumento do número de idosos é o crescimento da demanda por serviços de saúde, mais gastos com medicação e maior ocupação

de leitos hospitalares, por maior período (ZIMMERMAN, 2007). À medida que a população vai envelhecendo, aumentam a incidência e prevalência das chamadas doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), caracterizadas por longo período de latência, tempo de evolução prolongado, etiologia não totalmente elucidada e complicações e lesões irreversíveis que acatam em graus variáveis de incapacidade no indivíduo, podendo levá-lo, em determinados casos, a óbito (DUARTE; LEBRÃO, 2007).

Em pesquisa analisada por Duarte e Lebrão (2007), todas as doenças referidas por idosos tinham as características da cronicidade e, por essa razão, exigiam acompanhamento contínuo, muitas delas com a utilização de medicação. Os problemas de visão apareceram em primeiro lugar dentre os sinais e sintomas referidos pela população idosa, sendo um total de 26% entre mulheres e 25% entre homens.

O Glaucoma constitui um problema de saúde pública, tendo em vista a alta frequência de incapacidade visual que acarreta. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) indicam que 65 milhões de pessoas já foram diagnosticadas com glaucoma em todo o mundo – dessas, 900 mil são brasileiras. A doença não tem cura e, quando não é adequadamente tratada, pode levar à cegueira irreversível (JAHEL et al., 2003).

Em pesquisa realizada no Setor de Glaucoma da Universidade Federal de São Paulo, A.P. Júnior, J. A. P. Júnior e Oliveira (2001) observaram que 63,86% dos pacientes atendidos eram idosos, e que o número dentro do total de pacientes em estado avançado do glaucoma era considerável: 41% dos pacientes atendidos pela primeira vez já apresentavam cegueira em um dos olhos e 42,03% sugeriam casos avançados de glaucoma.

O Glaucoma é uma doença de causa desconhecida, caracterizada pela degeneração dos axônios da papila do nervo óptico, podendo levar à cegueira irreversível (MEDGRUPO, 2008). Para entendê-lo melhor, faz-se necessária a compreensão prévia de dois conceitos fisiopatológicos fundamentais: o humor aquoso e a pressão intra-ocular.

O segmento anterior do olho contém as câmaras anterior e posterior, que se comunicam através da pupila e são preenchidas pelo humor aquoso, que é produzido pelo corpo ciliar, cujas células secretam sódio, cloreto e bicarbonato (JAHEL et al., 2003). Entre a câmara posterior e o corpo vítreo do olho também há comunicação. O humor aquoso está em constante renovação, e, quando em estado salutar, existe um perfeito equilíbrio entre a sua produção e drenagem (MEDGRUPO, 2008). Como expõem Jahel et al. (2003, p. 34):

Ele (o humor aquoso) sai da câmara anterior pelo ângulo da mesma, formado pela base da íris e a córnea periférica, fluindo através de um tecido esponjoso denominado malha ou rede tabecular, drenando no canal de Schlemm. Através dos canais coletores da esclera, o humor aquoso é levado para os vasos episclerais, onde se mistura com o sangue.

Assim, destaca-se que o nível da pressão intra-ocular representa, em qualquer momento, o equilíbrio entre a taxa de produção do humor aquoso e a intensidade de resistência ao fluxo deste para fora da câmara anterior (JAHEL et al., 2003).

Como o globo ocular não pode aumentar seu volume, o aumento da quantidade de humor aquoso eleva automaticamente a pressão intra-ocular (PIO), que é transmitida para todo o olho, já que os três espaços fluidos neste – sendo câmara anterior, câmara posterior e corpo vítreo – se intercomunicam (JAHEL et al., 2003). A quantidade de humor aquoso (e, portanto, a PIO) aumenta no olho sempre que a drenagem deste fluido for inferior à sua produção (MEDGRUPO, 2008). Jahel et al. (2003) afirmam que a estrutura ocular é resistente a esse tipo de aumento da pressão intra-ocular, no entanto, a ação deste aumento é danosa à parte mais frágil da estrutura: o ponto onde o nervo óptico deixa o olho – o que, por sua vez, leva à perda do campo visual, já que os axônios da papila óptica são bastante sensíveis a esse aumento pressórico (MEDGRUPO, 2008).

Assim, entende-se que o glaucoma é esta neuropatia da papila óptica, que está, na maioria das vezes, associada ao aumento da pressão intra-ocular, existindo ainda uma minoria dos casos com pressão intra-ocular normal (MEDGRUPO, 2008).

De acordo com Medgrupo (2008), o glaucoma é classificado em quatro tipos, ou quatro entidades clínicas diferentes: glaucoma primário de ângulo aberto, glaucoma agudo de ângulo fechado, glaucoma secundário e glaucoma congênito.

O glaucoma congênito é referente ao adquirido pelo bebê, e o secundário ao glaucoma provocado por outras doenças oculares, acidentes ou traumas. Destaca-se o glaucoma primário de ângulo aberto e o glaucoma agudo de ângulo fechado.

O glaucoma primário de ângulo fechado (GPAF) representa cerca de 10% dos adultos com glaucoma, sendo predominante na faixa etária entre 55-77 anos:

O ângulo estreito é decorrente de alterações anatômicas que aproximam a raiz da íris da córnea, o que pode comprometer estruturalmente a drenagem do humor aquoso pela rede trabecular, com maior risco na idade avançada, de modo que esta cursa junto com alterações estruturais do cristalino (MEDGRUPO, 2008, p. 47).

Também chamado de glaucoma agudo de ângulo fechado ou crise aguda de glaucoma, o GPAF, se não reconhecido prontamente e for adequadamente tratado, acarreta na perda completa e irreversível da visão do olho afetado, o que pode acontecer ao longo de poucas horas ou dias, ocorrendo geralmente após os 50 anos (MEDGRUPO, 2008, p.45).

O glaucoma primário de ângulo aberto (GPAA) é uma doença crônica de causa desconhecida e é a forma mais comum de glaucoma no Mundo e no Brasil, sendo responsável por 90% dos casos (MEDGRUPO, 2008). Estando este tipo relacionado com a senilidade, o paciente portador apresenta perda progressiva do campo visual periférico, que, pela instalação insidiosa, só é notado em fases avançadas da doença, sendo assintomático nas fases iniciais (JAHEL et al., 2003).

O glaucoma de ângulo aberto é a segunda causa de cegueira entre adultos no Mundo, perdendo apenas para a catarata, sendo que esta última é uma causa de cegueira curável. Como o glaucoma não é curável, a doença pode ser considerada a causa mais comum de cegueira irreversível no Mundo [...] o surgimento dos primeiros sintomas já pode significar uma perda irreversível de grande parte da visão. (MEDGRUPO, 2008. p 43)

O diagnóstico de certeza do glaucoma é feito pelo oftalmologista, através da medida

da pressão intra-ocular (tonometria), avaliação do campo visual (campimetria), exame do nervo óptico (fundoscopia) e exame do ângulo camerular (gonioscopia), para avaliar o tipo de glaucoma. Porém, cabe ao clínico fazer o diagnóstico de suspeição (JAHEL et al., 2003).

Os principais fatores de risco para o glaucoma são: histórico familiar de glaucoma (de qualquer tipo), representando um risco 30 vezes maior; miopia acima de 5 graus; hipermetropia alta; lesões oculares prévias; idade superior a 45 anos; corticoterapia ocular prolongada; etnia, sendo mais freqüente em negros e asiáticos; histórico de anemia aguda ou choque hipovolêmico; diabetes mellitus; e hipertensão arterial sistêmica (JAHEL et al., 2003).

O tratamento do glaucoma pode ser medicamentoso (oral e tópico), a laser e por cirurgia, tendo todos a finalidade de baixar o nível da PIO através de drenagem do humor aquoso ou diminuição de sua produção, uma conduta capaz de controlar a doença (JAHEL et al., 2003). O objetivo do tratamento é estabilizar a lesão glaucomatosa, contendo a progressão da doença, já que a visão perdida não pode ser restaurada e as lesões provocadas pelo glaucoma são irreversíveis (MEDGRUPO, 2008).

A não aderência ao tratamento prescrito é marcante entre pacientes com doenças crônicas que usam medicação por tempo prolongado, que é o caso do glaucoma (COSTA et. al 1995). Vaidergorn et al. (2003) verificaram que a maior parte dos pacientes faz a aplicação medicamentosa de forma errada, sendo que o glaucoma crônico tem a enfática má aderência dos pacientes ao tratamento. Com relação a este fato, A.P. Júnior, J. A. P. Júnior e Oliveira (2001) salientam que o tratamento do glaucoma se mostra associado a um custo elevado em relação à renda familiar.

A composição domiciliar dos idosos brasileiros tem um claro recorte de gênero: entre os homens é comum a co-residência com a esposa (71%) e, pelo menos, um filho ou filha (51%); já entre as mulheres, a moradia tende a ser compartilhada com filhos e/ou filhas (57%). As esposas são apontadas como aquelas que mais dão atenção aos seus maridos idosos (58%) e os filhos e filhas aqueles que mais cuidam de suas mães idosas (36%) (ALVES, 2006, p. 127)

Alves (2006) afirma que esses dados demonstram a extrema relevância que o laço

conjugal tem para idosos e, no caso particular das mulheres, a importância dos filhos. Com a troca de apoio e cuidados, o casamento e os filhos são a suposta garantia de atenção que se tem na velhice.

O idoso pode ser incluído no perfil de alta necessidade, alta predisposição e baixa capacidade, o que chama atenção para a necessidade de estudos e intervenções que dêem conta desse grupo que tem a saúde e o seu acompanhamento adequado como umas das principais aspirações para o alcance de uma velhice digna (DUARTE; LEBRÃO, 2006).

A vivência do sujeito como um portador de doenças crônicas é temas e demanda social de destaque, que deve ser compreendido como tal, por sua conjuntura envolver os âmbitos de administração da saúde pública e das políticas implementadas para que seja dedicado ao idoso o cuidado e a atenção correspondentes às necessidades desses sujeitos detentores de subjetividade e direitos.

Como abordado, é expressiva a demanda de idosos convivendo com esta doença crônica, degenerativa, e que necessita de acompanhamento e cuidados minuciosos para que não chegue a levar à cegueira irreversível. Neste contexto, entende-se que grande maioria dos idosos compartilha seu espaço de vivências com as famílias, cuja mesma é frequentemente apresentada como essa perspectiva de acolhimento, atenção e cuidado. Assim, o interesse no estudo do glaucoma em idosos, das subjetividades e relações familiares envolvidas no quadro vem atrelado à afetividade relacionada ao tema, à compreensão de que é uma demanda cada vez maior, sendo um quadro com particularidades relevantes, que são inseridas num contexto subjetivo, familiar e, assim, social.

Notou-se que a literatura relacionada aos aspectos emocionais e afetivos relacionados tanto à experiência do usuário quanto dos familiares de portadores de glaucoma é escassa, principalmente no âmbito nacional, de modo que grande parte da literatura encontrada a respeito de tais aspectos foi produzida em pesquisas estrangeiras, emergindo, assim, a grande

necessidade de produção científica relacionada ao tema no Brasil.

Tendo como base essa perspectiva, a pesquisa procurou compreender as experiências de idosos portadores de glaucoma e de suas famílias no processo de adaptação ao a partir de uma apreensão dos significados afetivos ligados a vivência do quadro, destacando-se que a compreensão de tais aspectos é grande relevância pessoal, acadêmica e social, havendo a preocupação quanto à qualidade de vida do idoso com glaucoma em sua experiência cotidiana da doença.

Nos aspectos específicos, a pesquisa tem como ponto de partida reconhecer a demanda e conhecer o público, buscando compreender as vivências, descrever o processo adaptativo, identificar fatores facilitadores ou dificultadores desse processo, reconhecendo os recursos e limites disponíveis e encontrados pela demanda, as reações e subjetivações do quadro, as relações familiares neste contexto, as fontes de apoio, esclarecimento e informação que o portador e sua família têm encontrado, e os principais desafios para lidar com o quadro, tendo em vista o portador e sua família, a relações e o serviço de saúde.

Para isso, optou-se por uma metodologia de caráter qualitativo, partindo-se do relato das pessoas envolvidas. O emprego de uma entrevista semi-estruturada deu base para a coleta interativa de dados. Foram abordados 12 indivíduos, entre pacientes e seus familiares, a partir de informações em rede de contatos pessoal e Associação do Deficiente Visual do Amazonas. Destaca-se que nesta fase houve diversos empecilhos favorecidos pela representante instituição com a qual havia sido estabelecida a parceria, e, ainda, a perda de todo o material coletado e produzido, devido ao assalto ocorrido na residência da pesquisadora, o que interferiu de forma exponencial no caminho da pesquisa. Após terem sido tomadas as providências possíveis em relação ao fato, como a recuperação e a nova coleta de dados, estes foram tratados com recursos da Análise de conteúdos em sua versão temática, o que permitiu a extração de sentidos e significados a partir da perspectiva dos próprios sujeitos. Informa-se

que os resultados aqui expostos não abrangem a totalidade de temas e nuances desvelados durante o estudo, no que a pesquisadora continuará trabalhando, com os devidos créditos à FAPEAM e à UFAM pelo apoio, conforme o interesse pela temática se amplificou, mesmo diante das limitações supracitadas.

Assim, este relatório foi construído a partir das informações coletadas ao longo de um ano de pesquisa. Desta forma, primeiramente apresentam-se os objetivos geral e específicos da pesquisa como um todo; em seguida, traz-se o Aporte Teórico sendo este tópico subdividido em: compreensões acerca do envelhecer, glaucoma e aspectos que permeiam a relação do paciente com a doença e, por fim, família e idosos no contexto de cuidados. Em sequência, faz-se a descrição metodológica dos procedimentos realizados, assim como do roteiro de ações futuras. Assim, são apresentados os resultados parciais obtidos até o instante, seguido das conclusões, referencial bibliográfico e, por último, é apresentado o cronograma das atividades realizadas e a realizar.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 COMPREENSÕES ACERCA DO ENVELHECER

O processo do envelhecimento traz consigo diversas mudanças, sejam elas fisiológicas, bioquímicas ou psicológicas, decorrentes da ação do tempo em interação com o ambiente no qual o indivíduo encontra-se inserido. Pontuando que não há conceito seguro para o conceito de velhice, Bodachne (1998) defende que são diversos os critérios para estudá-la e defini-la, expondo e enfatizando a importância de pontos de vista tais como: o celular, o orgânico, o psicológico e o social. Para o autor, é clara a evidência de que “o idoso não é simples continuação do adulto, assim como a criança não é um adulto em miniatura” (BODACHNE, 1998, p. 27). Por sua vez, Neri (1993), destaca que o envelhecer é uma razão entre fatores individuais e socioculturais, sendo o envelhecimento, desta forma, uma experiência heterogênea.

Costa (1998) pondera que idade e conceito cronológicos não podem ser negados, mas que não são suficientes para abranger os significados de velhice para um sujeito. Ainda, devem ser considerados os conceitos biológico e pessoal, sendo necessário enfatizar que nem mesmo os conceitos cronológicos e biológicos caminham sempre juntos, sendo, todos os três, permeados por fatores biopsicossociais que variam de indivíduo para indivíduo, cada um vivenciando a experiência do envelhecer à sua maneira.

Quando se trata do processo de envelhecer, os supracitados autores se utilizam em larga escala dos conceitos de senescência e senilidade, sendo este referente ao envelhecimento no sentido de doença, ao aspecto patológico do envelhecimento, e aquele ao envelhecimento no sentido biológico, ao desgaste corporal natural (BODACHNE, 1998; BERGER, 2003). Schwarz (2008) aponta que, por muitos anos, o desconhecimento acerca dos processos

naturais do envelhecimento confundiu o que era natural e o que era patológico, de modo que, por muitas vezes, sintomas graves eram tratados como naturais à velhice, sem que fosse dada a devida atenção à condição patológica.

Costa (1998) e Bodachne (1998) concordam que, sob o aspecto biológico, o envelhecimento começa com a fertilização do óvulo e termina com a morte, sendo um processo inerente à vida humana, que passa por uma série de particularidades, genéticas ou adquiridas, que diferenciam o percurso do envelhecimento dentre as pessoas.

Costa (1998), acerca do envelhecer e o “estado-de-ser-velho”, afirma que a questão é difícil de ser tratada, inclusive na era tecnológica, sendo perceptível que o idoso, em geral, não é visto pela sociedade, tão menos aceito como indivíduo que tem a produzir, sendo lançado a uma realidade onde é estigmatizado, esquecido e abandonado. Para Schwarz (2008), o envelhecimento é negado de diferentes formas pela sua associação com a morte, o que se apresenta como uma das grandes dificuldades para que se percorra um caminho acerca de aspectos ligados à velhice.

Bodachne (1998) elucida uma série de características biológicas não como regra, mas que se apresentam com certa frequência no indivíduo idoso, tais como: as dimensões e peso menores que as do adulto, a desidratação crônica, queda do poder regenerativo, diminuição do metabolismo, enfraquecimento da função renal, da visão, audição, atenção e memória, alterações anátomo-funcionais referentes ao coração, vasos sanguíneos e aparelho respiratório e envelhecimento do sistema imunológico. Costa (1998, p. 39) afirma que

Envelhecer representa ameaçadoramente para o indivíduo um desgaste de suas capacidades fisiológicas globais, seja de um modo progressivo discreto ou grave. Essa ameaça implica não somente modificações somáticas, como também mudanças psicossociais, incluindo aqui aquelas no nível da memória, do intelecto, do comportamento, da personalidade, das relações sociofamiliares, das finanças etc., que podem desembocar na velhice patológica, interceptando a caminhada saudável de sua existência.

Tendo em vista o contexto apresentado, Costa (1998, p. 57), em sua experiência com psicoterapia, revela sintomas que costumavam aparecer em atendimentos com idosos, fazendo referência à

Aceitação e reconhecimento da velhice, crise da meia-idade, aposentadoria, viuvez, perda de outros entes queridos, problemas no relacionamento familiar e/ou conjugal, sintomas psicossomáticos, problemas ligados à área endócrino-sexual, sintomas fóbicos (medo da morte, de doenças, etc.), sintomas depressivos, solidão, síndrome do “ninho vazio”, sentimentos de autodesvalorização e inutilidade, sintomas neuróticos, dificuldades afetivas e suicídio.

A mesma autora enfatiza que a velhice patológica não é regra, reconhecendo que o medo e o preconceito, sim, dificultam a aceitação do envelhecimento enquanto processo natural da vida, ponto defendido amplamente na literatura.

Fonseca (1998) disserta acerca da senescência ligada à maturidade, afirmando que, na velhice, existe uma comparação inevitável entre os ideais e fantasias da juventude com a realidade que o sujeito vivencia, de modo que idoso maduro tem “consciência da transitoriedade da vida, aceita e convive com a proximidade da morte” (FONSECA, 1998, p. 13), afirmando como características da maturidade a capacidade de estabelecer relações fluentes e espontâneas, a capacidade de estar só e superar separações. Neri (1993) defende que descobrir significados para a existência é fundamental para os idosos, já que a probabilidade do indivíduo vivenciar momentos de perda e eventos incontroláveis aumenta com a quantidade de anos vividos.

Rudinger e Thomae (1990) citados em Neri (1993, p. 14), através de um estudo longitudinal, encontraram que a satisfação e bem-estar na velhice estão diretamente ligados à saúde biológica, à percepção das condições de saúde e modo de lidar com problemas de saúde, à satisfação com a família, *status* social, variáveis de personalidade, interações familiares e atividades desempenhadas fora da família, situação econômica e psicológica, relacionando-se com qualidade de habitação e independência, a manutenção de contatos sociais, valorização do passado e perspectiva de futuro, assim como ao oferecimento de

oportunidades relacionadas ao contato social.

Neri (1993) afirma que a maioria das teorias referentes ao ajustamento ao envelhecimento defendem que o bem-estar emocional é, em parte, resultado da força dos vínculos sociais e interações, de modo que compartilhar atividades grupais com pessoas da mesma idade favorece o bem-estar do idoso, sendo oportunidades para emergência de significados comuns e relação interpessoal.

2.2 GLAUCOMA E ASPECTOS QUE PERMEIAM A RELAÇÃO DO PACIENTE IDOSO COM A DOENÇA

O Glaucoma é uma das três principais causas de cegueira no Mundo, podendo se manifestar em qualquer idade, mas possuindo uma incidência maior em pessoas acima dos 50 anos. A patologia chama atenção por ser assintomática em grande parte do tempo, de modo que, quando o indivíduo percebe alguma alteração na visão, esta já pode estar severamente comprometida. No Brasil, há cerca de um milhão de casos diagnosticados, onde 10% destes pacientes foram acometidos pela cegueira. A perda do campo visual ocorre de forma progressiva e os danos na capacidade visual são irrecuperáveis (CALIXTO, CRONEMBERGER, MARIGO, 2001; BRESSANIM, 2012).

Pamplona (2013) defende que duas das principais causas de cegueira por glaucoma devem-se à falta de conhecimento acerca da doença e à baixa frequência na realização de exames oftalmológicos. Frente a isto, oftalmologista enfatiza a importância da realização de exames oftalmológicos de rotina, pois através do diagnóstico precoce, aumentam as chances de controle da doença, evitando danos maiores que não poderão ser tratados futuramente, já que, até a atualidade, as possibilidades de tratamento direcionam-se ao controle da patologia, para que ela não progrida. Bressanim (2012) concorda, expondo que os danos causados pelo

glaucoma, mesmo que leves, comprometem diversas atividades cotidianas, podendo gerar limitações irreversíveis nos casos mais avançados.

Atualmente, são oferecidas alternativas para o tratamento do glaucoma, sendo: o uso de colírios e outros medicamentos, técnica de intervenção a laser, cirurgias e implantes. De maneira mais freqüente, aparece o uso de colírios e outras drogas medicamentosas, que buscam controlar a doença através do uso contínuo e rotineiro da medicação, a fim de controlar a PIO e, assim, interromper a progressão da doença. Em casos onde o tratamento medicamentoso não se mostra eficiente, busca-se fazer o controle da patologia através de técnica a laser, que objetiva drenar o líquido aquoso e, assim, reduzir a PIO, o mesmo intuito da inserção de implantes. Da mesma forma, a cirurgia, que atua em colaboração com o uso de medicamentos, tem por finalidade interromper a progressão da doença, protegendo a pessoa de uma perda maior da visão (BRESSANIM, 2012).

Considerando a frequente necessidade de acompanhamento medicamentoso e o uso de colírios continuamente no tratamento do glaucoma, Teixeira e Lefèvre (2001) admitem que os medicamentos modernos beneficiem em muito o paciente idoso, no entanto, nessa faixa etária, o uso adequado dos medicamentos sofre maior risco, tendo em vista que “os idosos são particularmente vulneráveis, utilizam-se de múltiplos medicamentos e, conseqüentemente, apresentam mais reações adversas” (TEIXEIRA; LEFÈVRE, 2001, p. 207). Cintra (2003), por sua vez, afirma que as manifestações adversas e efeitos colaterais, tais como ardor, embaçamento visual, diminuição da acuidade visual noturna, sonolência, fadiga cefaléia, náuseas e entre outras contribuem para o uso irregular da medicação por parte dos pacientes, o que acentua o risco à perda progressiva da visão.

Assim, Pamplona (2013) afirma que os estudos recentes acerca do glaucoma têm sido para minimizar os efeitos colaterais o tratamento medicamentoso. Calixto, Cronemberger e Marigo (2001) corroboram a necessidade de drogas mais eficazes e com menor incidência de

efeitos colaterais, e, ainda, afirmam que os avanços proporcionados pelo conhecimento têm desencadeado no surgimento de novas perspectivas para o tratamento do glaucoma, destacando a promessa da terapia molecular e a investigação acerca da possibilidade de obter-se a regeneração neuronal de forma controlada, esta última com maiores obstáculos a serem superados.

Na proposta das possibilidades atuais, Silva et al. (2002) encontraram que o glaucoma representa um custo elevado em relação às despesas para famílias de baixa renda, de modo que esta acaba sendo comprometida em grande parte para que o tratamento tenha continuidade. Desta forma, os autores admitem que a dificuldade para aquisição dos medicamentos possa ser um dos riscos para a baixa adesão ao tratamento antiglaucomatoso.

No contexto que envolve a vivência do glaucoma pela pessoa idosa, Cintra (2003) afirma que a idade avançada dos pacientes se mostra problematizadora, tendo em vista a necessidade do uso de medicamentos de forma permanente e as diversas dificuldades encontradas pelo paciente para prosseguir com o tratamento de forma regular, quando, frente à afecção, os sentimentos de perda e dependência são comumente estabelecidos, dificultando o enfrentamento. A autora revela que grande parte dos glaucomatosos em idade avançada não segue de forma adequada o tratamento clínico, de tal modo que as irregularidades são expressas através do uso descontínuo do colírio e abstenção quanto aos retornos médicos.

Freire (2009) afirma que os serviços de saúde não se encontram preparados para lidar com as questões referentes aos problemas na adesão ao tratamento medicamentoso por idosos, perpetuando o problema, ressaltando a necessidade de que os gestores dêem atenção à temática, preocupando-se em esclarecer e envolver paciente, familiares e profissionais acerca das especificidades da utilização de medicamentos de forma regular pelos idosos.

Cintra (2003) entende que se trata de um processo complexo, mediado pelos significados atribuídos à doença e às próprias questões vivenciais dos idosos. Rocha (2011)

retrata que, a partir das percepções apreendidas a através do discurso de idosos, entende-se que as doenças crônicas costumam levar a um quadro de crescente dependência e diminuição da autonomia em atividades básicas e complexas da vida diária, associando-se a um contexto de sofrimento psicológico, angústia e declínio da qualidade de vida. Na vivência de idosos glaucomatosos, a significação do glaucoma é medida por um sentido dominante, que corresponde ao medo da cegueira, da incapacidade e da dependência (CINTRA, 2003).

2.3 FAMÍLIA E O IDOSO NO CONTEXTO DE CUIDADOS

As questões familiares permeiam toda a vivência humana, entendendo-se, assim, que os temas relacionados à velhice, para serem mais bem compreendidos, precisam englobar as relações familiares. No que tange às particularidades da pessoa idosa dentro de um contexto de cuidados informais não é diferente, de modo que uma das condições ideais para a experiência em saúde e bem-estar do indivíduo nesta etapa é direcionada à boa adaptação do paciente e da família à realidade que vivenciam (BODACHNE, 1998).

Desta forma, Bodachne (1998) afirma que o ideal para a pessoa idosa é de que esta permaneça sempre com a família, recebendo assistência, atenção e afeto. No entanto, o mesmo autor postula que essa condição nem sempre é possível, como é possível visualizar em casos de idosos que vivem em residências geriátricas, onde, mesmo que a orientação mister seja acerca da importância das visitas familiares ao paciente, muitos destes acabam por vivenciar sentimentos de rejeição, abandono e frustração pela ausência da família. Em muitos dos casos, os idosos são institucionalizados pelos próprios familiares, sendo identificados motivos que vão desde fatores socioeconômicos, passando pela desrespeitosa e violenta concepção de que o idoso já não é mais útil socialmente, até casos em que, no próprio lar, a família não oferece cuidados suficientemente adequados à pessoa idosa, quando o indivíduo,

muitas vezes, acaba por ser direcionado à precária rede de apoio formal à pessoa idosa (COSTA, 1998).

Na realidade brasileira, os serviços de apoio formal são escassos, de modo que os cuidados aos idosos ficam majoritariamente sob a responsabilidade da família, que, também, é geralmente despreparada para tanto (YUASO, 2012).

Neri e Sommerhalder (2012, p.12) abrangem a questão do cuidado oferecido aos idosos no contexto da família como:

Uma realidade complexa, processual, e contextualizada por eventos sociodemográficos, culturais e psicológicos, envolvendo a história das relações entre cuidadores e idosos, a natureza das necessidades e demandas de cuidado, os recursos pessoais dos cuidadores, a natureza da avaliação que estes fazem da situação de cuidar e os apoios formais e informais de que esses cuidadores dispõem.

Em estudo envolvendo as percepções de mulheres cuidadoras de idosos de alta dependência em um contexto de família, Perracini e Neri (2012) revelam que, para estas, os aspectos mais indicados acerca da tarefa de cuidar estão ligados ao tipo de cuidado envolvido, à natureza esporádica ou contínua das tarefas e às relações entre as demandas do próprio cuidar e o suporte do qual as cuidadoras dispõem na vida diária. Assim, postulam que uma das maiores dificuldades encontradas por estas cuidadoras é direcionada à questão da escassez de suporte familiar e as pressões advindas desta realidade, onde o sentimento de sobrecarga e privação de relações são freqüentes estressores. Como não se trata de questões lineares, mas complexas, conclui-se que mesmo que o cuidador primário seja, em muitos casos, o único responsável pelo gerenciamento e execução de todas as tarefas

“[...] necessitar de ajuda para tomar decisões ou para realizar atividades fora de casa também pode desestabilizar o senso de competência, dever e doação do cuidador, e isso talvez explique a dificuldade de muitos em aceitar ajuda” (PERRACINI; NERI, 2012).

Mazza (2008), por sua vez, afirma que idosos fragilizados trazem exaustivamente a importância de ter cuidadores dentro da família, quando vivenciam tensões e desgastes

provindos das perdas e deficiências que os acometem. Muitos valorizam e reconhecem o cuidado oferecido, reconhecendo a imprescindibilidade do cuidador em situações onde os idosos visualizam que só tem aquela pessoa com quem contar. Nota-se, ainda, que os idosos relativizam os cuidados oferecidos, por considerarem que possuem um grau de independência que não exige muito dos cuidadores, reconhecendo as dificuldades que os cuidadores possuem estes possuem quando percebem que outros meios podem ser acionados quando o cuidador não pode mais dar conta do cuidado. Assim, conclui-se que os sentimentos que os cuidadores, sendo familiares, despertam nos idosos são positivos, com incongruências advindas de desgastes e tensões, mas que, mesmo assim, o afeto é valorizado.

Neri e Sommerhalder (2012) ponderam que a é predominante a heterogeneidade nas experiências de lidar com a dependência e o cuidado, para os cuidadores, sendo permeada pelos diferentes contextos socioculturais. Assim, as autoras pontuam que os pontos positivos associados à atividade aparecem relacionados a

Senso de desenvolvimento e de realização, crescimento pessoal, dar exemplo de solidariedade aos mais jovens e sentimentos de felicidade, amor, satisfação em cuidar, retribuição, o próprio reconhecimento por parte do idoso, força, utilidade, assim como senso de competência em relação à tarefa, sentir-se vencedor em relação aos demais familiares por realizar aquilo que os outros não fazem, senso de responsabilidade social, cumprimento do papel social, responsabilidade pelo cuidado, cumprir o dever cristão, senso de significado existencial, valorização social e senso de crescimento familiar, expresso pela melhora nas relações familiares (SIMMERHALDER; NERI, 2012, p. 124).

Deste modo, compreende-se que não se pode ignorar a sobrecarga pela qual pode passar o cuidador durante o período de cuidado, no entanto sendo inegável que a experiência possui grande potencial para o crescimento pessoal e familiar dessas pessoas.

Não foram encontrados materiais que abranjam diretamente a compreensão da vivência específica que esta pesquisa busca compreender, mas a literatura mostra-se clarificante ao abranger algumas questões referentes à velhice, ao glaucoma e à famílias que possuem idosos fragilizados em seu cotidiano.

3 DESCRIÇÃO METODOLÓGICA

A pesquisa realizada é qualitativa. Durante o desenvolvimento desta, foi realizado levantamento e estudo bibliográfico acerca do tema tratado. Na ida a campo para coleta de dados foi utilizado instrumental de entrevista semi-aberta.

O primeiro passo, que se prolongou durante toda a pesquisa, foi o levantamento de dados e estudo bibliográfico realizado acerca de temas ligados à velhice, a idosos portadores de doenças crônicas, ao glaucoma, ao glaucoma em idosos e sobre como tem sido dadas as relações familiares nas quais há idosos na família, a partir de livros, artigos de periódicos, teses, folhetos e outros materiais bibliográficos e documentais encontrados em pesquisa física e na web, em português ou inglês.

Na ida a campo, a fim da coleta de dados, a intervenção foi dividida em duas amostras: a) com o paciente glaucomatoso (Parte A); e b) com integrantes de famílias que tenham como um de seus membros o sujeito glaucomatoso, sendo esta pessoa idosa (Parte B).

Inicialmente, pretendeu-se utilizar como local de reconhecimento da demanda para a Parte A o Instituto de Oftalmologia de Manaus (IOM), já que houve a anuência documental da instituição para tal. No entanto, durante as tentativas de intervenção junto à equipe do referido instituto, foi notada a pouca aderência de fato deste, tendo ocorrido diversas tentativas por parte da pesquisadora para entrar em contato com a responsável em acompanhar a pesquisa como representante do Instituto, de modo que a pesquisadora foi constantemente ignorada. Assim, foram encontrados meios alternativos para esta coleta de dados, tal como alcance desse público através da rede de contatos pessoal e, ainda, a parceria com o ADVAM – Associação dos Deficientes Visuais do Amazonas. Como as fichas de dados do ADVAM estavam desatualizadas, foi difícil o contato com os idosos. Em uma última tentativa, a representante do IOM passou contatos de pessoas já atendidas no Instituto, o que ocorreu já no mês de março do corrente ano, o que prejudicou o andamento do procedimento e a

pesquisa como um todo.

Nessas circunstâncias, através do contato com os sujeitos, foi apresentada a pesquisadora, a proposta de tema tratado no referido trabalho de pesquisa e a sugestão da entrevista acerca da vivência com a doença. A partir da anuência do sujeito, foram explicados os termos a partir dos quais a entrevista ocorreria, com uma combinação acerca do dia, horário e local onde esta seria realizada, visando o maior bem-estar e disponibilidade do sujeito, esclarecendo-o, também, acerca da gravação da entrevista e sobre a entrevista semi-estruturada em si. Mediante anuência dos sujeitos através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram realizadas as entrevistas.

Como citado, o instrumento para a coleta de dados foi a entrevista semi-estruturada, estando esta acompanhada de gravação para a melhor obtenção e segurança dos dados, o que foi resguardado pela anuência do sujeito através do termo de consentimento supracitado. Considerando o método qualitativo e o estimado número de sujeitos a contribuírem com a coleta de dados nessa etapa, foram entrevistados 7 portadores de glaucoma, com idades entre 58 e 74 anos. As entrevistas foram transcritas. As perguntas de base da mesma foram direcionadas à compreensão das vivências e foram construídas através das preocupações iniciais das pesquisadoras com o contexto, aliadas ao estudo realizado acerca do tema.

A parte B da coleta de dados referiu-se à família que envolve este idoso portador do glaucoma. Foi utilizada como instrumento a entrevista semi-estruturada. Aqui, os sujeitos da pesquisa foram os familiares do idoso com glaucoma, podendo haver qualquer filiação parental desde que o sujeito em questão participasse ativamente do cotidiano do portador do glaucoma, dividindo a mesma moradia ou convivendo diariamente com o idoso. Os entrevistados desta etapa não necessitaram estritamente ser da mesma família que os entrevistados na Parte A da coleta de dados, tendo sido entrevistadas 5 pessoas nesta fase.

Inicialmente, pretendeu-se utilizar como local de reconhecimento da demanda para a

Parte B o Instituto de Oftalmologia de Manaus (IOM), já que houve da anuência documental da instituição para tal. No entanto, devido aos fatos supracitados, foram encontrados meios alternativos para esta coleta de dados, tal como alcance do público através da rede de contatos pessoal e, ainda, a parceria com o ADVAM – Associação dos Deficientes Visuais do Amazonas. Nesse contexto, foi apresentada a pesquisadora, a proposta do projeto e identificado se o indivíduo era familiar de idoso glaucomatoso e se havia interesse da parte deste em fazer parte da pesquisa. A partir do reconhecimento de interesse do sujeito, foi explicado o modo a partir do qual a entrevista ocorreria, sendo semi-estruturada e gravada, explicando a necessidade destes fatores, e, havendo anuência do abordado, foram combinados dia, hora e local em que a entrevista poderia ser aplicada com o sujeito, tendo em vista sua disponibilidade e conforto do mesmo. As entrevistas ocorreram somente mediante aderência, documentada através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A partir das gravações, as entrevistas foram transcritas. As perguntas de base foram direcionadas à compreensão da vivência e foram construídas através das preocupações iniciais das pesquisadoras com o contexto, aliadas ao estudo realizado acerca do tema.

Desataca-se que, junto às complicações proporcionadas pela ausência da representante do IOM, no mês de maio todos os dados coletados e a produção foram perdidas, o que também atuou de forma prejudicial aos caminhos pensados para a produção do conhecimento acerca do tema aqui tratado.

Após terem sido tomadas as providências possíveis, foi feita a análise dos dados. Como o trabalho foi desenvolvido através da linguagem dos participantes, que, através das entrevistas expressaram suas vivências emocionais e representações de sua condição, optou-se pela utilização da técnica de Análise de Conteúdo (BARDIN, 2012) onde foram explorados conceitos, imagens, sentidos e significados ligados às suas vivências e formas de pensar e sentir. Essa proposta de análise foi operacionalizada segundo esclarecem Martins e Bicudo

(2005): a) leitura de cada entrevista do princípio ao fim no objetivo de compreender a linguagem do participante e conseqüente visão do todo, ou seja, neste momento não se buscará ainda qualquer interpretação do que está exposto e sem tentativa de identificação de quaisquer atributos ou elementos ali contidos; b) releitura atenta de cada entrevista, quantas vezes foram necessárias, com a finalidade de discriminação de unidades de significados emergentes; c) diante dos núcleos de significado emergentes, foi mantida uma postura reflexiva e imaginativa, para de modo interpretativo fossem reconstruídos significados de uma forma dialógica com o texto; d) foram ser sintetizadas todas as unidades de significado transformadas em uma proposição consistente referente à experiência do sujeito. Assim, foi buscada a convergência das unidades significativas numa afirmação sobre a experiência dos participantes, de forma a constituir as categorias temáticas que expressam o que sentem os entrevistados a partir de sua experiência de doença.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO

Como alerta a literatura em larga escala, grande maioria de casos de glaucoma, até hoje, são diagnosticados somente quando há alguma perda visual para o paciente, o que se expressa na cegueira parcial ou completa em um ou nos dois olhos. Através dos dados coletados, atestou-se que os participantes, em sua maioria, encaixam-se neste perfil, tendo procurado o serviço médico apenas diante de uma crise, onde tiveram que lidar com um nível de dor exacerbado, ou quando já percebem efeitos da perda visual no dia-a-dia, como traz GL7:

“Eu vivia em palco... Quando eu percebi, eu tava chutando caixa de som no palco, eu tava levando fio, aí... eu disse ‘pô, vou ter que ir no médico’ [...] Só que o médico percebeu que a minha... que meu lado direito já tinha ido pro espaço. ”

Através dessa fala, é possível representar a apreensão de grande parte dos portadores demonstram, em geral, não dispensar devida atenção à saúde visual durante grande parte do seu ciclo vital, principalmente no que se refere à prevenção de doenças, o que é um fator prejudicial quando se toma as afirmações de Sakata et al. (2002), os quais expõem que para promover a prevenção do glaucoma, é necessário que as pessoas conheçam a doença e tenham um diagnóstico precoce, o que traz a compreensão de que é necessária a mobilização massiva dos serviços de saúde em relação ao fornecimento de informações e, além disso, à possibilidade dessas pessoas em ter acesso aos serviços de saúde de maneira adequada, já que se evidenciou a compreensão de que os portadores não possuíam noção do potencial da doença antes de sentirem a perda visual ou serem informados por seus médicos, que aparecem como a principal fonte de informações, acerca da patologia.

Torna-se expressiva a necessidade de aproximação da equipe médica com portador, da

necessidade de escuta e compreensão atentas, de explicação acerca da doença, da forma como se manifesta, e da atenção da equipe médica ao paciente já que, como postulam Gonçalves et al. (2012) e Pereira et al. (2014) o tratamento, desde que seja feito o diagnóstico precoce da doença e quando bem indicado, acompanhado e orientado, é capaz de prevenir a cegueira, sendo assim, de imediata importância a realização periódica de campanhas de conscientização, tanto em relação ao conhecimento acerca da doença, como ao tratamento adequado, ainda pouco realizadas em âmbito nacional, já que grande parte da população se mostra alheia ao conhecimento acerca do glaucoma, estando esta compreensão geralmente associada a pessoas de maior escolaridade.

4.2 MUDANÇAS NO COTIDIANO

Foi possível notar que após o diagnóstico do glaucoma, majoritariamente, tanto na experiência dos pacientes quanto de seus familiares, ocorreram mudanças relacionadas ao cotidiano, às formas de organização, às relações estabelecidas, ao cuidado e à atenção destinada a essas pessoas, esta última com tendência a aumentar, de modo que as famílias apresentaram movimentos de aproximação do portador, promovendo, quando possível, a acomodação do paciente em um lar onde haja pessoas dispostas a acompanhá-lo, como traz GF1 “[...] a primeira coisa que a minha mãe quis fazer é “a senhora vai vir morar aqui”, ou então, devido ao aumento da preocupação com o portador, a maior efetividade quanto à presença em seu dia-a-dia.

Num momento de aproximação da família, corrobora-se o que pesquisas anteriores têm encontrado, de modo que os filhos geralmente cuidam das mães, enquanto os homens, em maioria, são cuidados por suas esposas, que demonstram maior disposição quanto a tomar para si o lugar de acompanhantes e cuidadoras.

No entanto, tais observações não se fazem regra, de modo que variáveis como dependência do portador, proximidade entre os familiares e aceitação desse cuidado por parte do paciente costumam influenciar no modo como as famílias se organizam e adequam à personalidade e necessidade percebidas de seus indivíduos.

Neste contexto, foi possível destacar elementos facilitadores e dificultadores da vivência enquanto familiar e portador de glaucoma.

Os desafios relatados foram relacionados, de maneira expressiva, à dependência gerada pela incapacidade visual, à dificuldade de locomoção – principalmente no contexto de pouca mobilidade da cidade de Manaus, às privações relacionadas ao lazer e ao trabalho, ao atendimento deficitário no Sistema Único de Saúde e, de maneira implícita, à aceitação da irreversibilidade da doença.

Nessas circunstâncias, foi possível compreender que, diante dos desafios e dificuldades do quadro, a religiosidade é tida como um meio de manter a esperança em casos onde a visão não foi totalmente atingida, assim como entende-se a importância do apoio familiar, da comunidade – grupos de amigos, associações especializadas na lide com deficientes visuais – e, para enfrentar os sentimentos negativos relacionados à sensação de incapacidade, a realização de atividades no cotidiano, que geram sentimentos de utilidade.

5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Compreende-se que a experiência do portador de glaucoma e de seus familiares no processo de adaptação ao quadro é uma questão cheia de especificidades onde cada elemento da vivência do idoso e das suas relações familiares pode influenciar na forma como este lida com a doença, entendendo-se que não se trata de uma vivência homogênea, sendo reconhecido que os sujeitos reagem e se adaptam das mais diversificadas maneiras diante de um diagnóstico que é geralmente acompanhado da perda parcial ou integral daquela que é considerada uma das principais vias de informação do ser humano: a visão.

Entendendo que o envelhecer é um processo dinâmico, produto de diversos aspectos e modificações biológicas, psicológicas e sociais, é possível perceber que a velhice é uma etapa da vida experienciada de forma heterogênea por cada sujeito, de modo que se torna de fundamental importância à valorização do idoso que seja repensado o estereótipo ainda hoje atribuído a esta população crescente no Mundo, sem que no Brasil a situação seja diferente, percebendo-se que a velhice, pelo olhar do outro, é, ainda, impregnada de preconceitos, o que acaba estigmatizando e colocando a pessoa idosa à mercê da sociedade. A esta pessoa, geralmente associa-se a ideia de inutilidade social, doenças e, ainda, a morte. Diversos autores apóiam que o compartilhamento de experiências, uma vida social ativa e boas relações familiares são favoráveis ao bem-estar do idoso.

Quando se trata do glaucoma não é diferente, já que os portadores da doença costumam vivenciar frequentemente sentimentos de abandono e solidão, fatores reconhecidos como agravantes em processos de enfrentamento a uma patologia como a aqui tratada.

Nessa circunstância, pode-se entender a importância do envolvimento familiar para o acompanhamento e apoio do paciente, sendo necessário que a equipe médica se preocupe em informar e envolver ambos, idoso e família, dentro de um programa que facilite o

enfrentamento da condição para o idoso.

O cuidar de idosos em um contexto familiar se apresenta como uma tarefa complexa, onde há, sim, fatores estressantes, mas estes não são os únicos. Além da possível sobrecarga que o cuidar pode acarretar, tem-se apreendido grande carga positiva, envolvendo o crescimento pessoal e familiar, quando, em uma relação salutar, a importância do apoio familiar é reconhecida pelo idoso.

Para isso, Yuaso (2012) afirma que, frente à realidade brasileira, onde a rede de apoio formal ao idoso é escassa, evidencia-se a necessidade de amparar e aparelhar a família para o cuidado, visando a promoção da capacidade funcional dos idosos que se encontram em condição de dependência, o que ocorre em grande número no caso de idosos portadores de doenças crônicas, como o glaucoma.

Por fim, destaca-se que o explanado neste relatório se trata de uma visão flutuante do quadro, a qual continuará sendo trabalhada e aprimorada, tendo sido limitada circunstancialmente devido às dificuldades e impossibilidades encontradas durante o caminho deste estudo, tendo permanecido, todavia, o entusiasmo em poder conhecer e, através desse conhecimento, colaborar para que os portadores de glaucoma e familiares destes estejam melhor amparados em suas diversas vivências do quadro.

REFERÊNCIAS

ALVES, A. M. **Os idosos, as redes sociais e as relações familiares**. In: Anita Liberalesso Neri. (Org.). *Idosos no Brasil - Vivências, Desafios e Expectativas na Terceira Idade*. 1ed. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2007, v. unico, p. 125-139.

BRESSANIM, C. **O que é o glaucoma?** Campo Grande: Instituto da Visão, 2012.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Petrópolis: Vozes, 2012.

COSTA, V. P.; SPAETH, G. L.; SMITH, M.; UDDOH, C.; VASCONCELOS, J. P. C.; KARAJOSÉ, N. **Patient education in glaucoma: what do patients know about glaucoma?** Arq. Bras. Oftalmol., São Paulo: Conselho Brasileiro de Oftalmologia, Dez. 2006, v. 69, n. 6, p. 923-927.

DEBERT, G. G. **A Reinvenção da Velhice: Socialização e Processos de Reprivatização do Envelhecimento**. 1ed. 1reimpr. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: Fapesp, 2004.

DUARTE, Y. A. de O.; LEBRÃO, M. L. **Saúde e independência: aspirações centrais para os idosos. Como estão satisfeitas?** In: Anita Liberalesso Neri. (Org.). *Idosos no Brasil - Vivências, Desafios e Expectativas na Terceira Idade*. 1ed. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2007, v. unico, p. 191-208.

GONÇALVES, M.R.; GUEDES, M.M.R.; CHAVES, M.A.P.D.; PEREIRA, C.C.L.P.; OTTON, R., **Análise dos dados de risco e epidemiologia em campanha de prevenção da cegueira pelo glaucoma em João Pessoa, Paraíba**. Ver. Bras. Oftalmol 2013; 72 (6): 396-9.

JAHEL, D. L.; SILVA JÚNIOR, C. F. da; SILVA, K. B. A. da; OLIVEIRA, J. B. A. de; CARDOSO, C. R. N. M.; PEREIRA, L. S. **Glaucoma: conceitos fundamentais para o clínico**. In: *Jornal Brasileiro de Medicina*. Minas Gerais: EPUC, 2003, v. 84, no. 1/2 p. 36-40.

MARTINS,J.; BICUDO,M.A.V.A. **Pesquisa Qualitativa em Psicologia**. 5°ed. São Paulo: Centauro, 2005.

MEDGRUPO. **Oftalmologia**. São Paulo, SP: Medwriters, 2008.

NERI, A. L. (Org.). **Qualidade de Vida e Idade Madura**. Campinas, SP: Papirus, 1993. 283 p.

NERI, A. L. N.; SOMMERHALDER, C. **As várias faces do cuidador e do bem-estar do cuidador**. In: Liberalesso Neri. (Org.). *Cuidar de Idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais*. Campinas: Editora Alínea, 2012. 3 ed. 201 p.

OLIVEIRA, A. de; PARANHOS JUNIOR, A.; PRATA JUNIOR, J. A. **Características dos pacientes atendidos pela primeira vez no Setor de Glaucoma da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP**. Arq. Bras. Oftalmol. São Paulo: Conselho Brasileiro de Oftalmologia, 2003, v.66, n.6, p. 785-790.

PEREIRA C. C. L.; FÉLIX, G. A. L.; MOURA, I. E. A.; TORQUATO, J. A., GUEDES, M. M. R. **Conhecimento da população sobre glaucoma e perfil epidemiológico em campanha realizada no Hospital Universitário Lauro Wanderley**. Ver. Bra. Oftalmol. 2014; 73 (1): 33-6.

PERRACINI, M. R.; NERI, A. L. **Tarefas de Cuidar: com a palavra, mulheres cuidadoras de idosos de alta dependência**. In: Liberalesso Neri. (Org.). Cuidar de Idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais. Campinas: Editora Alínea, 2012. 3 ed. 201 p.

VAIDERGORN, P. G.; MALTA, R. F. S.; BORGES, A. S.; MENEZES, M. D. R.; TRINDADE, E. S.; SANTIAGO, J. B. N. **Técnica da instilação de colírios em pacientes portadores de glaucoma crônico**. Arq. Bras. Oftalmol., São Paulo: Conselho Brasileiro de Oftalmologia, 2003 v. 66, n. 6, p. 865-869.

SAKATA, K.; SCAPUCIN, L.; SAKAKA, L.M.; CARVALHO, A.C.; SELONKE, I.; SAKATA, V.M. et al. Projeto glaucoma: resultados parciais 200 na região de Piraquara – PR. ArqBrasOftalmol. 2002; 65 (5): 785 – 90.

YUASO, D. R. **Cuidar de Cuidadores: resultados de um programa de treinamento realizado em domicílio**. In: Liberalesso Neri. (Org.). Cuidar de Idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais. Campinas: Editora Alínea, 2012. 3 ed. 201 p.

ZIMERMAN, G. I. **Velhice: aspectos biopsicossociais** [Versão eletrônica]. Porto Alegre: Artmed, 2007.