

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Escola de Enfermagem**

JOCIELE GHENO

**Percepções de adultos portadores de doenças crônicas
sobre o envelhecimento**

Porto Alegre, 2009.

JOCIELE GHENO

**Percepções de adultos portadores de doenças crônicas
sobre o envelhecimento**

Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito final para a obtenção do título de Enfermeiro.

Orientadora: Prof^a Maria Luiza Machado Ludwig

Porto Alegre, 2009.

Dedico este trabalho ao meu pai Glacir, que
possibilitou minha chegada até aqui,
acompanhando atento todos os meus passos,
vibrando com minhas novas conquistas,
transmitindo força nos momentos que mais
precisei. E agora, orgulhoso, comemora
comigo a concretização
deste sonho!

AGRADECIMENTOS

Agradeço à professora orientadora Maria Luiza Ludwig, pela confiança e dedicação depositada na realização desse estudo. Sou grata pela amizade, pelo estímulo, por ter conseguido amenizar minha ansiedade, e, por ter mostrado que o trabalho de conclusão não é nada assustador e que pode ser realizado com prazer.

À minha família pelo amor, apoio, estímulo e confiança, fatores que contribuíram para que eu seguisse em frente e chegasse até aqui.

Às minhas colegas e amigas, Michele, Cristiane, Débora e Ana Carolina, pelo bate-papo, pelas fofocas, pelas risadas, pelas tristezas, pelas preocupações antes e depois das provas e trabalhos, e outros tantos momentos compartilhados.

Aos pacientes, que aceitaram participar do estudo, compartilhando suas vivências.

RESUMO

O envelhecimento da população vem acompanhado pelo crescimento da carga e impacto social das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). A prevalência de pelo menos uma DCNT eleva-se intensamente com a idade e já se observa uma prevalência significativa entre adultos de meia-idade. Buscou-se conhecer como adultos portadores de DCNT percebem o seu envelhecimento e quais as estratégias adotadas para um envelhecimento mais saudável. Trata-se de um estudo exploratório descritivo de caráter qualitativo. Realizaram-se entrevistas semi-estruturadas com nove pacientes na meia-idade, de ambos os sexos, portadores de DCNT, vinculados ao ambulatório do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, onde foi realizado o estudo. A seleção foi do tipo intencional. Após a transcrição das entrevistas, as informações foram interpretadas de acordo com a análise de conteúdo temática, proposta por Minayo (2008). Identificaram-se três categorias: o significado do envelhecer com duas subcategorias, as concepções e as mudanças físicas; a categoria Envelhecer com doenças crônicas com as subcategorias, os sentimentos negativos e incertezas e as perspectivas para o futuro; e por fim, o que fazer para envelhecer com mais saúde. Conclui-se que os participantes possuem sentimentos positivos e negativos sobre o envelhecimento com essas doenças. Apesar dos negativos, ficou evidente o desejo de envelhecer com mais saúde e por isso eles demonstraram ter consciência da necessidade de autocuidado. A enfermagem tem um papel fundamental no processo de conhecimento e enfrentamento das mudanças resultantes da condição crônica. Por isso, compreender como adultos na meia-idade se vêm envelhecendo com essas doenças poderá contribuir para a qualificação do cuidado prestado.

Descritores: Doenças Crônicas, Meia-idade, Envelhecimento.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1** - Prevalência de pelo menos uma doença crônica, segundo idade e gênero13
- Tabela 1** ó Percentual das categorias citadas para se obter um envelhecimento saudável14

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 07 |
| 2 REVISÃO DE LITERATURA..... | 11 |
| 2.1 A chegada da meia-idade: mudanças sociais e biológicas..... | 11 |
| 2.2 O processo de envelhecimento na ótica de adultos e idosos..... | 12 |
| 2.3 Repercussões das doenças crônicas para portadores..... | 15 |
| 3 MÉTODO..... | 17 |
| 3.1 Tipo de estudo..... | 17 |
| 3.2 Local do estudo..... | 17 |
| 3.3 Participantes..... | 18 |
| 3.4 Coleta das informações..... | 18 |
| 3.5 Análise das informações..... | 19 |
| 3.6 Considerações éticas..... | 19 |
| 4 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES..... | 21 |
| 4.1 O significado do envelhecer..... | 21 |
| 4.1.1 Concepções..... | 21 |
| 4.1.2 Mudanças físicas..... | 23 |
| 4.2 Envelhecer com doenças crônicas..... | 25 |
| 4.2.1 Sentimentos negativos e incertezas..... | 25 |
| 4.2.2 Perspectivas para o futuro..... | 28 |
| 4.3 O que fazer para envelhecer com mais saúde..... | 30 |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 35 |
| REFERÊNCIAS..... | 37 |
| APÊNDICE A - Roteiro de entrevista..... | 41 |
| APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido..... | 42 |
| ANEXO A ó Parecer da comissão de pesquisa da escola de enfermagem da UFRGS..... | 43 |
| ANEXO B ó Parecer do grupo de pesquisa e pós-graduação do HCPA..... | 44 |

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas tem-se evidenciado no Brasil uma transição demográfica, que é caracterizada pelo declínio da fecundidade, pela queda das taxas de mortalidade e pela diminuição da morbi-mortalidade infantil devido à redução de doenças infecciosas e parasitárias. Com este cenário, ocorrem mudanças também para a saúde, pois agora o enfoque não é apenas para casos agudos, que têm maior incidência em crianças e jovens, mas também para doenças crônicas, comuns na população idosa (ALVES et al, 2007; CARVALHO; RODRÍGUEZ-WONG, 2008; FERREIRA, 2006; PAVARINI et al, 2005). Desta forma, a atenção à saúde volta-se também para a prevenção de doenças e promoção da saúde.

Essa mudança demográfica acarretou no aumento da longevidade da população. Atualmente a expectativa de vida ao nascer para os brasileiros é de 72,05 anos, espera-se que em 2030 seja 78,33 anos. No Rio Grande do Sul a expectativa de vida é de 74,5 anos e em 2030 pode chegar a 79,59 anos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2006). De acordo com Carvalho e Rodríguez-Wong (2008), a população com 65 anos ou mais aumentou de 3,1% em 1970 para 5,5% em 2000 e em 2050 corresponderá à aproximadamente 19% da população brasileira. Além disso, no ano de 2000, 17% dos idosos tinham 80 anos ou mais, e em 2050 corresponderão à aproximadamente 28%.

O envelhecimento, na maioria das vezes, é associado a imagens negativas. Isso fica evidente em estudos realizados com adultos, cujos resultados mostram que a maior parte dos participantes associa o envelhecer com perdas físicas que levam a limitações, dificuldade para executar atividades da vida diária, dependência e desvalorização. A insegurança financeira, o abandono da família e a perda de pessoas amadas também aparecem como imagens negativas do envelhecer (MANCIA; PORTELA; VIECILI, 2008; SANTOS; MENEGHIN, 2006). Para Mancía, Portela e Viecili (2008), o estilo de vida é fator decisivo para uma longevidade com qualidade, entretanto, a maioria dos participantes do estudo não realizava nenhuma atividade que poderá determinar um envelhecimento saudável, como alimentação adequada, prática de atividades físicas regulares, quantidade adequada de horas de sono.

Apesar da maioria dos estudos abordarem as alterações que ocorrem com o envelhecimento, enfocando, principalmente, o indivíduo que alcança uma idade mais avançada, é importante ressaltar que já na meia-idade iniciam as mudanças biológicas, as quais vão ocorrendo gradativamente, como a diminuição da função de vários órgãos (CALDAS, 1998). Nesta fase da vida as pessoas exercem muitos papéis, geralmente já tem

filhos, possuem grande envolvimento com o trabalho e sentem a necessidade de deixar algum ensinamento ou legado. Também, acontece a reavaliação da vida, visto que durante a meia-idade ocorrem mudanças no modo como a pessoa se vê e como vê o mundo ao seu redor (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006).

Com o envelhecimento da população observa-se o aumento da prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), sendo demonstrado em estudos que a maioria dos idosos apresenta pelo menos uma doença crônica (PAVARINI et al, 2005; RAMOS, 2003). Ramos (2003) em um estudo realizado com um grupo de idosos constatou que 90% deles referiram pelo menos uma DCNT, destacando a hipertensão arterial, dores articulares e varizes. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) de 2003 confirma essas informações, pois mostra que a prevalência de doenças crônicas aumenta intensamente com a idade e já aponta uma alta prevalência de DCNT entre adultos de meia-idade (BARROS et al, 2006).

As doenças crônicas são definidas como problemas de saúde com sintomas ou incapacidades associadas, que exigem tratamento longo (três meses ou mais) e que podem ser incuráveis (SMELTZER; BARE, 2005). Este tipo de doença precisa ser devidamente tratada e controlada, pois é a única forma de prevenir complicações e seqüelas que comprometem a capacidade funcional do indivíduo portador. Mesmo sendo portador de doenças crônicas, nem todos ficam limitados por essas doenças, muitos mantêm sua autonomia e independência para realizar suas atividades da vida diária (ALVES et al, 2007; MANCIA; PORTELA; VIECILI, 2008; PAVARINI et al, 2005).

Estudos concluem que os adultos já esperam ter alguma doença crônica na velhice e que irão se deparar com limitações, mas pretendem continuar ativos e com autonomia (MANCIA; PORTELA; VIECILI, 2008). Isso foi expresso principalmente por adultos que possuem algum familiar com DCNT ficando evidente que as suas percepções sobre a velhice sofrem grande influência do histórico familiar. Além disso, esses autores concluíram que entre os participantes, apenas quem era portador de DCNT adotava cuidados com a saúde, porém deixaram claro que o cuidado é pensando no bem-estar do presente e não na velhice.

O processo de industrialização, o desenvolvimento econômico e a globalização do mercado de alimentos determinaram mudanças no estilo de vida da população principalmente em relação à atividade física e aos hábitos alimentares. As pessoas consomem mais alimentos com altos teores de açúcar e gorduras saturadas, além dos alimentos com excesso de sal. Juntamente a esses fatores, o sobrepeso, o aumento dos níveis de colesterol, o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas são os principais fatores de risco para o

desenvolvimento das DCNT (AMADO; ARRUDA, 2004; MOURA et al, 2008; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2003). A alimentação saudável e a prática de atividade física são fundamentais para a saúde por reduzirem o risco para doenças crônicas já que diminuem os níveis pressóricos e a gordura corporal e melhoram o metabolismo da glicose (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2003).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) as DCNT são responsáveis por 58,5% dos 56,5 milhões de óbitos anuais no mundo (MOURA et al, 2008; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2003, 2005). No Brasil, em 2004, as DCNT representaram 62,8% do total de mortes por causa conhecida. Estatísticas mostram que a proporção de morte por essas doenças aumentou em mais de três vezes entre as décadas de 30 a 90 (MOURA et al, 2008).

Anualmente, no mundo as doenças cardiovasculares são responsáveis por 17 milhões de óbitos. Os infartos matam cerca de 12 milhões de pessoas, sendo que 7,2 milhões têm como causa a cardiopatia isquêmica e 5,5 milhões é devido a acidentes vasculares cerebrais. Existem pelo menos 600 milhões de hipertensos e 7,1 milhões de pessoas morrem por hipertensão arterial. O alto nível de colesterol também provoca óbitos, cerca de 4,4 milhões de pessoas morrem por esse problema. Estima-se que 177 milhões de pessoas tem diabetes, a maioria do tipo 2, e esse número deverá dobrar até 2030. Em torno de 1 bilhão de adultos tem excesso de peso e destes, pelo menos, 300 milhões são obesos (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2003, 2005).

O envelhecimento pode ser visto por muitas pessoas como uma etapa difícil de ser enfrentada por todas as mudanças sociais e biológicas que ocorrem nessa fase da vida. A saída do mercado de trabalho com a chegada da aposentadoria, a instabilidade financeira, as limitações físicas, as perdas cognitivas e o declínio sensorial são algumas dessas mudanças. Quando essas alterações vêm acompanhadas por alguma doença crônica, o envelhecer pode ser ainda mais difícil, pois o dano crônico traz consigo outras preocupações como a necessidade de seguir um regime de tratamento e realizar mudanças no estilo de vida. Por tudo isso e diante da mudança do perfil demográfico brasileiro é importante conhecer, a partir das percepções dos portadores de DCNT, como está sendo o processo de envelhecer com uma doença crônica. Este conhecimento contribuirá para a melhoria dos cuidados a partir de uma realidade vista pelo próprio paciente.

O interesse para a realização desse estudo foi construído a partir das experiências adquiridas durante toda a trajetória acadêmica. Todos os estágios, curriculares e extracurriculares, e principalmente o realizado na disciplina de Enfermagem no Cuidado ao Adulto

II, em que foram realizadas consultas de enfermagem na zona 12 do ambulatório do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), proporcionaram o contato com pacientes adultos e idosos portadores de DCNT. Foi possível perceber que grande parte deles tem dificuldade em aderir ao regime terapêutico, esta situação resulta em complicações e, conseqüentemente, no desenvolvimento de outras patologias. Em vista disso, observou-se que o autocuidado é essencial, pois quanto mais precoce essa atitude for adotada, será determinante para um envelhecimento mais saudável. Essas vivências e o reconhecimento sobre a importância do cuidado de enfermagem a esses pacientes e, em específico, o paciente adulto que já está vivenciando o processo de envelhecimento associado a uma DCNT, despertou curiosidades e questionamentos que levaram a realização desse trabalho.

Assim, com a alta prevalência de doenças crônicas e com o aumento da longevidade da população, cresce também a demanda de cuidados para esses pacientes. Este estudo contribuirá para a qualificação do cuidado prestado tanto no hospital quanto na comunidade, pois, a partir da percepção deste paciente adulto sobre o seu estado de saúde, será possível auxiliá-lo na busca de alternativas para a melhoria do autocuidado para que alcance um envelhecimento mais saudável.

Diante do exposto, o objetivo deste estudo é conhecer como adultos portadores de DCNT percebem o seu envelhecimento, bem como as estratégias por eles adotadas para um envelhecimento mais saudável.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A chegada da meia-idade: mudanças sociais e biológicas

De acordo com a OMS, indivíduos na meia-idade pertencem à faixa dos 45 aos 59 anos e são considerados idosos, nos países subdesenvolvidos, pessoas acima dos 60 anos (BEZ; PASQUALOTTI; PASSERINO, 2007).

Caldas (1998, p.39) afirma que o envelhecer é também uma experiência de mudanças em diversas áreas, caracterizada pela progressiva redefinição da identidade social. Ao entrar na meia-idade a pessoa precisa olhar para trás e para frente, deixando a imagem da juventude e reconhecendo a proximidade da morte. Essa transição envolve mudanças na forma como as pessoas se vêem, nos seus valores, nas suas prioridades, e essa reavaliação da vida poderá provocar mudanças na personalidade e no estilo de vida, a chamada crise da meia-idade. Durante essa crise os indivíduos percebem que não serão capazes de realizar sonhos da juventude ou apesar dos sonhos terem sido realizados descobrem que não trouxeram a satisfação esperada (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006).

Durante a meia-idade os indivíduos possuem muitas responsabilidades, eles administram seus lares, cuidam de seus filhos, oferecem atenção aos seus pais, irmãos e amigos, alguns são responsáveis por departamentos, outros por empresas, enfim, exercem diferentes papéis. Eles percebem que têm mais sucesso e controle nos relacionamentos sociais e no trabalho, conseguem controlar suas forças e reconhecer suas limitações. Apesar de muitos casais já terem filhos, é comum nessa etapa acontecerem os divórcios (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006).

A chegada aos 60 anos também traz o medo da solidão em função dos filhos tornarem-se independentes e saírem de casa, além da possibilidade de viuvez. Ainda, quando o fim da meia-idade se aproxima surge a preocupação com a aposentadoria, que envolve uma confusão de sentimentos. Por um lado têm-se os aspectos que justificam o afastamento do trabalho como a conquista da satisfação pessoal, o desgaste físico e mental, os projetos futuros. Mas por outro, aposentar-se pode significar a perda dos rendimentos, a redefinição do padrão de vida e/ou a busca de formas complementares de renda (CALDAS, 1998).

Juntamente a essas mudanças, surgem as alterações biológicas. Já na meia-idade aparecem os problemas visuais ou até a diminuição da acuidade visual; a perda auditiva

acelera-se aos 50 anos; respostas a estímulos externos e tarefas que exigem habilidades motoras complexas tornam-se mais lentas, mas o declínio não resulta em pior desempenho; os cabelos tornam-se grisalhos; a pele se rompe com facilidade por estar mais seca e frágil; certa perda muscular pode ser perceptível aos 45 anos, aumentando a chance de quedas e fraturas; os ossos estão mais finos e quebradiços e as articulações mais rijas; pode ocorrer o aumento da pressão arterial e distúrbios circulatórios nas pernas, pés e mãos; em relação à sexualidade as mulheres entram no climatério e enfrentam todos os sintomas da menopausa e os homens apresentam ejaculações mais lentas e aumenta a preocupação com os problemas da próstata (CALDAS, 1998; PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006).

2.2 O processo de envelhecimento na ótica de adultos e idosos

A transição demográfica enfrentada pelo Brasil resulta no aumento da longevidade, ou seja, as pessoas estão vivendo mais, sendo a expectativa de vida da população de 72 anos de idade (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2006). Entretanto, é importante saber que o viver mais não é sinônimo de viver melhor.

Quando adultos são questionados sobre o seu envelhecimento, eles colocam que é difícil responder sobre isso, pois nunca pararam para pensar no assunto. Em vista disso, muitos não se interessam em adotar um estilo de vida saudável, com alimentação balanceada, controle do peso, prática de atividades físicas, e, justificam que o descaso com a saúde é porque não têm tempo e a velhice ainda está muito distante. Além disso, mesmo os adultos que já são portadores de DCNT referem que os cuidados adotados com a saúde são visando o bem-estar do presente e não para o futuro (MANCIA; PORTELA; VIECILI, 2008).

Alguns idosos e principalmente a população adulta relacionam o envelhecimento a sentimentos negativos, eles associam o envelhecer a limitações, já que a falta de integridade física pode provocar inúmeras deficiências, acarretando em inatividade, dependência e improdutividade, fatores que levam ao isolamento, desvalorização social, abandono e solidão (MANCIA; PORTELA; VIECILI, 2008; SANTOS; MENEGHIN, 2006; VILELA; CARVALHO; ARAÚJO, 2006). Esses autores encontraram associação também com as necessidades sócio-econômicas as quais proporcionam amparo na velhice. Para Vilela, Carvalho e Araújo (2006, p. 108) a falta das condições adequadas para os indivíduos

usufruírem de lazer, educação, alimentação, entre outros direitos de cidadania, sobretudo no Brasil, também contribuem bastante para o nível de saúde do idoso.

Sabe-se que a maioria dos idosos apresenta pelo menos uma doença crônica (PAVARINI et al, 2005; RAMOS, 2003), em vista disso, estudos com adultos mostram que eles têm consciência de que, possivelmente, também serão portadores, e isso é verbalizado principalmente por adultos que já possuem algum familiar com essas condições crônicas (MANCIA; PORTELA; VIECILI, 2008). Conforme dados do PNAD de 2003, a prevalência de pelo menos uma doença crônica aumenta intensamente com a idade (Figura 1), além disso, os dados mostram que parte da população adulta já está apresentando DCNT. Aproximadamente 50% dos adultos na faixa etária de 40 a 49 anos já têm alguma delas, esse número se eleva para aproximadamente 62% na faixa de 50 a 59 anos. Ainda, a prevalência de apresentar pelo menos uma DCNT é maior entre as mulheres, sendo que esse evento está relacionado ao fato de que estas têm maior percepção dos sinais e sintomas e dos conhecimentos que adquirem por serem cuidadoras dos doentes da família. (BARROS et al, 2006).

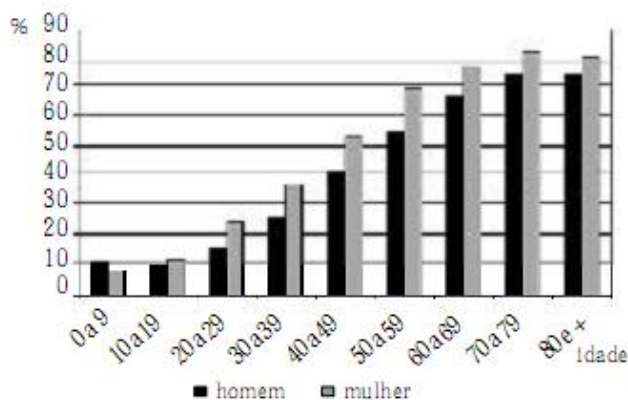


Figura 1 - Prevalência de pelo menos uma doença crônica, segundo idade e gênero. PNAD, 2003 (BARROS et al, 2006, p. 915)

Apesar dos aspectos negativos levantados sobre o envelhecimento, pesquisas mostram que alguns idosos apresentam sentimentos positivos em relação ao envelhecer demonstrando satisfação, aceitação, alegria e grande realização por já ter vivido muitos anos. Eles têm auto-estima e acabam aceitando as mudanças biológicas e corporais trazidas pelo tempo, as mulheres disfarçam os seus fios de cabelos brancos com tinturas e os homens se acham mais charmosos com seus cabelos grisalhos. Muitos idosos consideram a chegada da velhice como uma dádiva, algo natural que faz parte do ciclo vital e acreditam que cada fase da vida

possibilita um amadurecimento para vivenciar melhor as demais (PELZER; SANDRI, 2002; VILELA; CARVALHO; ARAÚJO, 2006).

Alguns adultos também reconhecem a possibilidade de envelhecer com realizações, mas para isso é necessário aceitar esse processo, superar ou adaptar-se as dificuldades e identificar os aspectos positivos como as experiências adquiridas, a sabedoria, saber que deixou um pouco de si em seus descendentes (SANTOS; MENEGHIN, 2006).

O estilo de vida é fator fundamental para ter uma longevidade com qualidade. Cupertino, Rosa e Ribeiro (2007) em sua pesquisa obtiveram nos resultados que a saúde física aparece como o aspecto mais apontado (53%) para ter um envelhecimento saudável, a alimentação e os exercícios surgem com 36% e o aspecto, evitar fatores de risco, com 19% do percentual (Tabela 1). Vilela, Carvalho e Araújo (2006, p. 112) concluíram que [í] os idosos demonstram que acreditam que através da mudança dos hábitos prejudiciais à saúde eles poderão chegar a uma velhice saudável [í]ö.

Idosos destacam as atividades sociais e de lazer como passear, viajar, conhecer pessoas novas, ir à igreja, participar de grupos de convivência, além de cultivar sentimentos positivos como o bom-humor, a alegria e o autocontrole proporcionam um envelhecimento com saúde e bem sucedido (VILELA; CARVALHO; ARAÚJO, 2006). Estudo de Cupertino, Rosa e Ribeiro (2007) trazem como aspectos para se obter um envelhecimento saudável a saúde social, que aparece com 46% dos apontamentos, seguida pela saúde emocional com 37% (Tabela 1).

Tabela 1 ó Percentual das categorias citadas para se obter um envelhecimento saudável

| Categorias | % | Categorias | % |
|---------------------------|----|-----------------------------|-----|
| • saúde física | 53 | • ter espírito jovem | 5 |
| • saúde social | 46 | • ter novas habilidades | 5 |
| • saúde emocional | 37 | • não guardar mágoas | 4 |
| • alimentação, exercícios | 36 | • aprender coisas novas | 3 |
| • evitar fatores de risco | 19 | • integridade | 3 |
| • atividades gerais | 18 | • não existe envelhecimento | 2 |
| • aceitação dessa fase | 18 | • não sabe definir | 2 |
| • ter fé, espiritualidade | 15 | • pouca ambição | 2 |
| • atividade operacional | 13 | • influência dos pais | 1 |
| • saúde cognitiva | 12 | • manter o controle | 1 |
| • estrutura familiar | 12 | • beleza física | 1 |
| • estabilidade financeira | 9 | • envelhecimento patológico | 0.6 |
| • não ter problemas | 9 | • ter trabalhado | 0.6 |
| • fazer o bem | 8 | • atividade específica | 0.4 |
| • viver plenamente | 6 | • outros | 17 |

Fonte: CUPERTINO; ROSA; RIBEIRO, 2007, p. 83.

2.3 Repercussões das doenças crônicas para portadores

As doenças crônicas são caracterizadas como problemas de saúde que podem ser incuráveis, exigem tratamento de longa duração, são limitantes e com grande risco de complicações (LINCK et al, 2008; SMELTZER; BARE, 2005). Por existir a possibilidade de levar a sérios agravos ou até a morte, a adesão ao tratamento é fundamental para o controle dessa condição e é considerada pelos profissionais da saúde um grande desafio por necessitar de cuidados individuais diários (LINCK et al, 2008).

A percepção das pessoas em relação às DCNT está relacionada com o seu contexto, sua interpretação sobre a doença vem a ser mais do que a presença de uma patologia, já que está envolvido o seu papel na sociedade, a sua relação com si mesma e com os outros, a sua cultura, a sua condição socioeconômica. E tudo isso poderá ser determinante na adesão ou não a terapêutica e à forma como ela será realizada (LINCK et al, 2008).

Para muitos indivíduos estar doente relaciona-se com sentir dor e à incapacidade física, enquanto que é característica do início das doenças crônicas a ausência de sintomas específicos, muitas vezes a demora para se manifestar e a não interferência na realização de atividades da vida diária. Esses fatos contribuem para o reconhecimento tardio sobre o seu estado de saúde e conseqüentemente, levam o portador de DCNT a não realizar o autocuidado adequadamente desde o princípio (LINCK et al, 2008; LOPES et al, 2008).

As DCNT e as complicações decorrentes delas estão associadas à diminuição da capacidade funcional, termo que se refere à potencialidade que uma pessoa possui para realizar as atividades da vida diária as quais são indispensáveis para uma vida independente na comunidade. Para a avaliação da capacidade funcional do indivíduo são utilizados três parâmetros, as atividades da vida diária (AVDs), que consistem nas tarefas de autocuidado como alimentar-se ou vestir-se, as atividades instrumentais da vida diária (AIVDs) que indicam tarefas mais adaptativas como fazer compras ou realizar tarefas domésticas, e a mobilidade que se refere às atividades que exigem amplitude de movimento, resistência e força muscular (ALVES et al, 2007). Alves et al (2007, p. 1924) afirmam o [...] a incapacidade ocasiona maior vulnerabilidade e dependência na velhice, contribuindo para a diminuição do bem-estar e da qualidade de vida dos idosos.

Estudos têm demonstrado que as doenças crônicas apresentam uma forte influência na capacidade funcional. Lenardt et al (2008) em estudo realizado com idosos portadores de nefropatia diabética concluíram que entre os sete participantes, dois eram dependentes para

executar AVDs, enquanto que todos os outros apresentavam alguma dependência para as AIVDs. Alves et al (2007) concluíram que entre os idosos dependentes de AIVDs foi encontrado com maior frequência a presença de doenças cardíacas (32,2%), seguida por artropatia (30,9%), câncer (30%) e doença pulmonar (27,2%), enquanto que os participantes dependentes das AIVDs e AVDs apresentaram com maior prevalência a doença pulmonar (10%), a doença cardíaca (8,5%) e a artropatia (7,5%). Os autores informaram que não foi encontrada uma associação significativa entre portadores de diabetes e incapacidade funcional, porém, ressaltam que são as complicações decorrentes do diabetes como as alterações vasculares e neuropáticas que afetam a capacidade funcional do indivíduo.

Portadores de DCNT reconhecem a importância de mudar hábitos de vida, mas revelam que a adaptação ocorre parcialmente. Pode-se observar que a alimentação é um dos cuidados mais apontados, porém é o de menor adesão, isso porque as pessoas encontram dificuldades em mudar hábitos que geram prazer e satisfação, em vista disso, as restrições nutricionais representam a parte mais difícil do tratamento (LENARTD et al, 2008; LINCK et al, 2008; LOPES et al, 2008).

A utilização de medicamentos é a forma de tratamento mais utilizada pelos portadores de DCNT e é vista por eles como a mais importante, por isso muitas vezes eles deixam de realizar a outra parte da terapêutica, a atividade física e a alimentação adequada (LINCK et al, 2008; LOPES et al, 2008).

As dificuldades para o autocuidado relatadas por portadores de DCNT são o alto custo do tratamento devido a sua longa duração (LINCK et al, 2008); muitos moram sozinhos e apresentam incapacidades que provocam o esquecimento, o erro ou a troca de medicamentos, além disso, apresentam dificuldade para preparar sua alimentação sendo obrigados a comer alimentos enlatados e condimentos, refeições não consideradas saudáveis (LENARTD et al, 2008; LINCK et al, 2008); o desconhecimento ou a precariedade das informações sobre as doenças e sobre o tratamento levam o paciente a não realizar o autocuidado corretamente (LENARTD et al, 2008; LOPES et al, 2008).

Nesse contexto, a família pode ser considerada como a principal fonte de apoio para esses pacientes, pois eles participam das mudanças de hábitos reorganizando o cardápio familiar, apóiam o paciente nessa mudança e também ajudam a organizar os esquemas das medicações e quando necessário executam alguma medida de cuidado (verificação da glicose, aplicação de insulina). Assim, os familiares são parte importante no cuidado ao indivíduo com doença crônica por apoiar, compreender e compartilhar as dificuldades, ajudando no enfrentamento dessa situação (LENARTD et al, 2008; LOPES et al, 2008).

3 MÉTODO

A seguir são descritos os passos metodológicos utilizados neste estudo.

3.1 Tipo de estudo

Caracteriza-se por ser um estudo exploratório descritivo de cunho qualitativo. Segundo Triviños (1987) os estudos descritivos apresentam fatos e fenômenos de uma realidade e tem como foco essencial o conhecimento de determinada comunidade, suas características, seus integrantes, seus problemas.

A pesquisa qualitativa é caracterizada como holística, já que se preocupa não só com o indivíduo, mas também com o ambiente em que está inserido, e naturalista por não existirem limitações ou controle impostos, o pesquisador está interessado no estudo de contextos naturais. Esse tipo de pesquisa tende a produzir muitos dados narrativos e por isso o pesquisador não utiliza amostras grandes e representativas para obter dados (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

3.2 Local do estudo

O estudo foi realizado no ambulatório do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

O HCPA é caracterizado como uma empresa pública, vinculada ao Ministério da Educação. Possui como missão institucional oferecer assistência de excelência e referência com responsabilidade social, formar recursos humanos e gerar conhecimentos, atuando decisivamente na transformação de realidades e no pleno desenvolvimento da cidadania. Quase a totalidade das pessoas atendidas nesta instituição é constituída por pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2008).

3.3 Participantes

Participaram do estudo nove pacientes adultos na meia-idade, de ambos os sexos, portadores de doenças crônicas, vinculados à agenda de Enfermagem de Adultos (ENA), do ambulatório do HCPA. Para delimitar o número de informantes foi utilizado o critério de saturação dos dados, tendo como base a teoria fundamentada. De acordo com esta teoria, os dados são organizados e o conteúdo é analisado simultaneamente, para encontrar temas integradores. Os novos dados são constantemente comparados aos obtidos no início da coleta, então a saturação ocorre quando a coleta pára de produzir novas informações (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004), ou seja, quando as informações começam a se repetir. Conforme Polit, Beck e Hungler (2004, p. 237) ão existem critérios estabelecidos com firmeza ou regras para o tamanho das amostras na pesquisa qualitativa [...] normalmente é possível chegar à redundância com um número relativamente pequeno [...].

A seleção dos participantes foi do tipo proposital ou intencional, a qual ãe baseada no pressuposto de que o conhecimento do pesquisador sobre a população pode ser usado para pinçar os casos a serem incluídos (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004, p. 229). Foram considerados critérios de inclusão pertencer à faixa etária entre 45 e 59 anos, classificada pela Organização Mundial da Saúde como meia-idade (BEZ; PASQUALOTTI; PASSERINO, 2007), ser portador de pelo menos uma doença crônica, ter condições de manter um diálogo e aceitar participar do estudo.

3.4 Coleta das informações

As informações foram coletadas por meio de entrevista semi-estruturada (APÊNDICE A), que conforme Triviños (1987) possibilita ao informante alcançar a liberdade, seguindo espontaneamente a linha de seus pensamentos e de suas experiências sobre o tema proposto pelo pesquisador.

O contato com os selecionados foi feito por telefone no dia anterior ou até no mesmo dia da consulta marcada previamente na agenda da ENA. Nestas ocasiões os selecionados eram convidados a participar voluntariamente da pesquisa, e com a aceitação, era agendado

um horário antes ou depois da consulta. Buscando proporcionar um ambiente calmo, confortável e privativo, as entrevistas foram realizadas em salas disponíveis do HCPA.

3.5 Análise das informações

Nesta fase do estudo adotou-se a análise de conteúdo proposta por Minayo (2008). Segundo a autora, esse tipo de análise é frequentemente utilizado para representar o tratamento dos dados de uma pesquisa qualitativa, buscando sua lógica na interpretação cifrada do material de caráter qualitativo. A técnica de análise de conteúdo utilizada foi a análise temática por ser a mais adequada à investigação de materiais sobre saúde. Esta consiste em descobrir os núcleos de sentido e conduz à contagem de frequência das unidades de significação, as quais definem o caráter do discurso.

Na análise temática foram seguidas as três etapas básicas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação (MINAYO, 2008).

a) Pré-análise ó iniciou-se com uma *leitura flutuante* do material, um contato exaustivo que permitiu a impregnação do conteúdo. Seguiu-se com a fase de *constituição do corpus*, momento que surgem normas para a validade como a exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. Nesta fase, foram determinadas as unidades de contexto, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos mais gerais que orientarão a análise.

b) Exploração do material ó realizou-se a operação de codificação, com recortes do texto em unidades de registro (uma palavra, uma frase, um tema). Foram estabelecidas as regras de contagem, a classificação e a forma de agregação dos dados.

c) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação ó a partir da análise das informações foram feitas inferências e interpretações que emergiram após a leitura do material e com base no quadro teórico.

3.6 Considerações éticas

A resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Esta resolução incorpora os quatro referenciais básicos da bioética, sendo eles a autonomia, a não maleficência, a beneficência e a justiça, além de assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado (BRASIL, 1996).

Então, para o desenvolvimento do estudo, primeiramente foi solicitada a autorização da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS (ANEXO A) e do Comitê de Ética e Pesquisa do HCPA (ANEXO B). Para dar continuidade à pesquisa, foi necessário que os participantes assinassem um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) onde estava exposto, com linguagem acessível, o objetivo, a justificativa, a metodologia, entre outros aspectos da pesquisa. Além disso, os mesmos foram orientados quanto à garantia da confidencialidade e sigilo dos dados obtidos, da liberdade em se recusar ou desistir de participar em qualquer fase do estudo e de que a pesquisa não trará nenhum risco ou prejuízo ao participante e nem ao seu atendimento na instituição (BRASIL, 1996).

As entrevistas foram gravadas em fitas cassete e posteriormente foram transcritas. Após esta etapa, as fitas foram desgravadas e o material transcrito ficará arquivado sob a guarda do pesquisador durante cinco anos (BRASIL, 1996). A privacidade dos informantes foi assegurada pelo comprometimento do pesquisador em não realizar as entrevistas em locais abertos, com a presença de pessoas desconhecidas.

4 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

A partir da interpretação das informações coletadas foi possível conhecer como adultos portadores de DCNT percebem o seu envelhecimento e o que fazem para envelhecer com mais saúde. Por meio da análise de conteúdo temática, proposta por Minayo (2008), os dados resultaram em três categorias.

A primeira categoria é o significado do envelhecer e dela surgem duas subcategorias, sendo elas as Concepções e as Mudanças Físicas. A segunda categoria apresenta as percepções do Envelhecer com doenças crônicas e está dividida em duas subcategorias, denominadas Sentimentos negativos e incertezas e Perspectivas para o futuro. Por fim, a última categoria abrange os cuidados que os portadores de DCNT adotam para ter um bom envelhecimento, intitulada como o que fazer para envelhecer com mais saúde. A seguir cada uma das categorias e subcategorias são apresentadas e discutidas.

4.1 O significado do envelhecer

O processo de envelhecimento difere de um indivíduo para outro e é influenciado por diversos fatores como a hereditariedade, o estado emocional, as condições econômicas e culturais (SANTOS, 2002). A partir disso, pode-se dizer que as experiências pessoais e os fatores sociais influenciam as opiniões individuais sobre esse processo. A longevidade origina uma situação ambígua para as pessoas, pois a vontade de viver mais anos se confunde com o medo de viver com incapacidades e de ser dependente (MANCIA; PORTELA; VIECILI, 2008).

4.1.1 Concepções

Primeiramente, pode-se perceber no discurso de alguns participantes que eles nunca pensaram sobre o seu envelhecimento e não conseguem se imaginar daqui a alguns anos.

Unicovsky (2005) coloca que durante a juventude, não se pensa que também vamos envelhecer, tem-se a idéia de que a velhice está sempre distante.

Ai eu ainda não parei para pensar. (Informante 1)

O que eu penso? Eu nem penso [...], ah eu não me vejo velho. (Informante 6)

Mancia, Portela e Viecili (2008) confirmam essa informação, pois mostram que adultos referem nunca terem pensado na velhice e acham difícil responder sobre o assunto. Com esse tipo de reação fica evidente a negação do envelhecimento, pois não há o reconhecimento da existência de um processo que ocorre dia após dia. Santos (2002), em sua pesquisa, também encontrou sujeitos que negam o seu envelhecimento e que esquecem que o organismo começa envelhecer desde o nascimento.

Os idosos são alvos de muitos estereótipos e idéias negativas pré-concebidas pela sociedade, os quais influenciam no enfrentamento do envelhecimento (PELZER; SANDRI, 2002; MANCIA; PORTELA; VIECILI, 2008). Supõe-se também que, devido aos estereótipos e preconceitos em relação à velhice, as pessoas acabam evitando projetar-se no futuro.

A partir dessas informações, conclui-se que algumas pessoas não percebem que o envelhecimento inicia a partir do nascimento, e como afirma Vilela, Carvalho e Araújo (2006, p.105) *“Viver é envelhecer [...] Parece haver sentido em conceber o envelhecimento como um percurso a ser construído ao longo de toda a vida”*.

Contudo, grande parte dos entrevistados demonstra satisfação com o envelhecimento, justificando que ele faz parte da vida, é natural e depende de como cada pessoa quer envelhecer.

Isso já faz parte da vida, aos poucos ela vem [...], o envelhecimento é natural, desse ninguém escapa. (Informante 3)

Eu acho que vai muito da cabeça [...], o corpo envelhece, mas eu acho que o espírito tem que continuar jovem né. (Informante 8)

Eu acho uma coisa muito natural porque toda a pessoa vai chegar numa certa época que ela vai envelhecer [...], porque vinte anos é uma etapa, trinta é outra, quarenta é outra,

cinquenta é outra e assim por diante. Tudo é uma questão de época, de fases. (Informante 5)

O fato de cada indivíduo assumir novos papéis, quando alcançam determinadas etapas da vida, leva os informantes a considerarem o processo de envelhecimento como parte do ciclo vital. Mancia, Portela e Viecili (2008) afirmam que na idade adulta a socialização possui algumas dimensões como a satisfação no matrimônio, no trabalho e na vida, e são exercidos diferentes papéis em cada uma delas. Então, conforme a pessoa vai alcançando essas dimensões, acaba percebendo que está envelhecendo.

Outros estudos também mostram que adultos e idosos estão satisfeitos e aceitam o envelhecimento, pois relatam como um processo natural e que faz parte do ciclo vital, expressam contentamento e realização por alcançar a longevidade e consideram uma dádiva poder viver mais. Por tudo isso eles cultivam sentimentos positivos para envelhecer bem, como a alegria, o bom-humor, o amor, a harmonia. (PELZER; SANDRI, 2002; VILELA; CARVALHO; ARAÚJO, 2006).

Para Neri (2006, p. 11) a satisfação na velhice dependeria da capacidade de manter ou restaurar o bem-estar subjetivo justamente numa época da vida em que a pessoa está mais exposta a riscos e crises de natureza biológica, psicológica e social. A autora afirma que a satisfação com o envelhecimento depende de um equilíbrio entre as limitações e as potencialidades do indivíduo, assim, ele conseguirá lidar com as perdas inevitáveis desse processo.

4.1.2 Mudanças físicas

As transformações físicas são aspectos sempre relacionados ao envelhecer. Como afirmam Vilela, Carvalho e Araújo (2006), não há tempo sem envelhecimento e crescimento, e conforme o tempo passa vão ocorrendo as transformações biológicas, psicológicas e sociais.

[...] eu vejo que to ficando velha, os cabelos estão ficando brancos, algumas coisas que eu fazia antes já não faço mais com tanta destreza, com tanta agilidade [...] não sei se é porque, por causa da doença também que daí vai ficando meio pra traz, vai retardando algumas coisas. (Informante 4)

[...] é te olhar no espelho e ver que tu tá [silêncio] (Informante 7)

É ficar maduro. (Informante 3)

[...] cada dia tu levanta com uma dor [...] (Informante 1)

Sabe-se que o declínio das funções orgânicas inicia na meia-idade, podendo ocorrer algumas alterações, entre elas, a diminuição da acuidade visual e auditiva, a diminuição da força e coordenação resultante da perda de massa muscular que é substituída pela gordura, o aumento do peso, a pele fica frágil, ocorre perda da capacidade reprodutiva (CALDAS, 1998; PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006).

Ficou evidente neste estudo que os participantes percebem e expressam essas mudanças ao relatarem que, quando se olham no espelho enxergam as diferenças; que já estão mais lentos, menos ágeis do que quando eram mais novos; que sentem dores; que se sentem mais experientes.

Autores confirmam esses achados ao associarem o envelhecimento com mudanças na saúde física. Os participantes acreditam que em cada ciclo da vida as transformações corporais ocorrem de maneira diferente, mas encaram com tranquilidade essas mudanças. Também destacam que a manutenção da saúde física é fundamental para um envelhecimento saudável (PELZER; SANDRI, 2002; VILELA; CARVALHO; ARAÚJO, 2006; CUPERTINO; ROSA; RIBEIRO, 2007).

Unicovsky (2005) afirma que os primeiros e mais evidentes sinais do envelhecimento se manifestam na aparência. No seu estudo também aparecem relatos relacionados ao se olhar no espelho e perceber as diferenças. Ela coloca que o espelho é o principal acusador dessas manifestações, pois os participantes dizem que a velhice se confirma externamente através dele. Apesar dos idosos, ao enxergarem sua imagem refletida associarem a algo ligado à deterioração, não se identificam com ela, porque para eles só o corpo envelhece, só o que é exterior à pessoa. Além disso, a autora afirma que no espelho a pessoa não ignora a sua condição de velhice, mas ela busca elementos que reforcem a sua auto-estima e procura algo para diferenciá-la das demais.

4.2 Envelhecer com doenças crônicas

O aumento da expectativa de vida da população vem acompanhado pelo crescimento da carga e impacto social das doenças crônicas. A prevalência de pelo menos uma DCNT eleva-se intensamente com a idade e já se observa uma prevalência significativa entre adultos de meia-idade (BARROS et al, 2006).

O envelhecimento é frequentemente considerado como sinônimo de doença. Santos (2002) verificou que, as pessoas ao se defrontarem com o questionamento sobre o que significa envelhecer, demonstram imediatamente uma relação direta entre velhice e doença. Porém, ressalta que em qualquer fase da vida o indivíduo está suscetível aos mais diversos tipos de enfermidades.

Neri (2006) aborda as diferenças sobre velhice normal e patológica, sendo que a primeira significa ausência de patologias biológicas ou psicológicas, enquanto que a velhice patológica caracteriza-se por degenerescência associada às doenças crônicas ou a doenças típicas da velhice. Para envelhecer, as pessoas precisam enfrentar as mudanças e as perdas, tanto biológicas como sociais. Então, esse processo pode se tornar mais difícil quando acompanhado de algum problema de saúde, e nesses casos, acompanhado das doenças crônicas.

4.2.1 Sentimentos negativos e incertezas

Os depoimentos que seguem demonstram os sentimentos negativos dos participantes sobre o envelhecer com doenças crônicas. Alguns destacam as mudanças físicas e outras dificuldades que não tinham há alguns anos. Assim, pode-se concluir que os mesmos associam essas alterações também como consequência das doenças e não somente com o envelhecer.

[...] eu acho horrível. (Informante 1)

[...] eu to lutando com minha falta de ar. (Informante 2)

Agora to me sentindo mais cheia de dor, mais com dificuldades, mais cansada. Ai to pedindo a Deus que eu não fique muito torta. (Informante 4)

Trentini, Silva e Leimann (1990) relatam que pelo fato dos incômodos resultantes das doenças crônicas serem constantes, os indivíduos precisam se acostumar a lidar com eles. Os incômodos mais referidos em pesquisas conferem com os encontrados no presente estudo, sendo eles, a dor, o cansaço, a falta de ar, a dificuldade de locomoção (TRENTINI; SILVA; LEIMANN, 1990; MARTINS; FRANÇA; KIMURA, 1996).

Resultados encontrados por Alves et al (2007) e Lenardt et al (2008) afirmam a relação das doenças crônicas com a diminuição da capacidade funcional, já que elas dificultam a realização das AVDs e AIVDs. Isso pode ser evidenciado nos depoimentos, uma vez que as queixas relatadas demonstram a dificuldade na execução de muitas atividades rotineiras do dia-a-dia. Uma pessoa com falta de ar ou dor pode apresentar dificuldade para executar atividades simples como subir uma escada, tomar banho ou até mesmo se alimentar, já alguém com deficiência para se locomover não conseguirá pegar um ônibus, fazer compras ou realizar atividades domésticas. Martins, França e Kimura (1996) mostram uma interferência significativa das doenças crônicas na capacidade física (andar, carregar peso, subir escadas) e no trabalho/estudo/atividades do lar devido aos sintomas e às debilidades ocasionadas por essas doenças.

Alguns relacionam o envelhecer com o uso de medicações, pois sabem que muitos tratamentos são longos ou para toda a vida, além de serem necessários para o controle da doença e para a prevenção de complicações secundárias a ela.

[...] cura ela não tem cura, mas se tu continuar no ritmo dos teus remédios, ela vai ficar estabelecida. Eu tenho que tomar remédios, não sei até quando [...] é envelhecer tomando remédio. (Informante 9)

Cada dia eu tenho que me cuidar mais se não vou ficar pior. [...] Tudo o que eles passam pra mim, os remédios, eu to fazendo certinho pra não piorar a situação né. (Informante 4)

Sabe-se que existe uma grande valorização da terapia medicamentosa, pelo doente crônico, para a manutenção da saúde e uma falta de atenção dispensada aos exercícios e à alimentação, cuidados que se realizados concomitantemente podem possibilitar uma vida mais saudável (LINCK et al, 2008; LOPES et al, 2008). No presente estudo não foi percebido esse

fato, pois nenhum dos informantes colocou em destaque uma das formas de autocuidado, apenas associou o envelhecimento com o uso de remédios.

No primeiro depoimento que segue, percebe-se que o participante expressa o sentimento de solidão e a insatisfação com seu estado de saúde e, por notar indiferença de algumas pessoas que o cerca, acaba se afastando delas. Juntamente com esses sentimentos surgem as incertezas. Os adultos na meia-idade, portadores de DCNT demonstram preocupação se terão alguém para cuidá-los quando necessitarem no futuro.

Eu moro sozinho, vivo sozinho, então nunca to com amigos [...] Tô sentindo que ta diferente, como eu vou dizer, o aspecto, o semblante, a idade, tu começa a ganhar peso, as pessoas não te olham mais do mesmo jeito. (Informante 3)

[...] mas eu fico pensando será que vou ter alguém pra me cuidar?(Informante 1)

Quando eu tiver velha algum dos netos tem que me cuidar. (Informante 6)

Indivíduos que apresentam diminuição no seu autoconceito sentem-se incapazes de manter contatos sociais ou participar de atividades sociais (TRENTINI; SILVA; LEIMANN, 1990). A satisfação com as necessidades afetivas contribuem para um bom envelhecimento, pois são necessidades que as pessoas têm para se sentirem aceitas e incluídas no convívio social (VILELA; CARVALHO; ARAÚJO, 2006).

O medo da solidão e do abandono, que provocam a perda do entusiasmo e a tristeza, também aparece em outros estudos. Os autores colocam que o medo da solidão não se relaciona apenas com o abandono da família e amigos, mas também pelas perdas de pessoas amadas (MANCIA; PORTELA; VIECILI, 2008; SANTOS; MENEGHIN, 2006).

Fica evidente também que o envelhecer com doenças crônicas é associado a lembranças dos antepassados. Alguns participantes lembram de seus pais e avós, como eles viviam, os problemas de saúde que tiveram, e questionam se também irão se deparar com certas dificuldades. É comum a influência do histórico familiar quando se pensa no futuro, o qual serve como exemplo ou amostra da própria velhice. E ainda, quando algum familiar é portador de determinada condição crônica, o indivíduo já espera apresentar esse tipo de doença (MANCIA; PORTELA; VIECILI, 2008).

Eu fico com a minha mente buscando os avós, porque que duravam tantos anos, o que que comiam. (Informante 2)

[...] porque minha mãe tem 76, tem 20 anos de diferença, mas ela ta acabada com essas dor da artrose, ela tem enfisema pulmonar, ela fuma muito, então bah. (Informante 1)

Conclui-se que os entrevistados tentam encontrar culpados pela situação que estão enfrentando, procurando pensar o que fizeram de errado no passado ou o que deixaram de fazer para cuidar da saúde. Eles deixam claro que o indivíduo é o próprio culpado, é quem provoca esses problemas por não manter hábitos de vida saudáveis e não se preocupar com a saúde.

[...] vamos dizer que 80% é a própria pessoa que provoca, não se cuidar, trabalhar sem horários. (Informante 5)

Eu acho que isso ai vai tudo de mim no caso né, procurar ter horário mais ou menos pra tudo, levar uma vida assim saudável, comer razoavelmente. (Informante 8)

[...] só que tem certas épocas da vida da gente que a gente se esquece um pouco da gente, que tem tantos outros problemas que tu deixa [...] A gente olha para outras coisas que achava que eram mais importantes. (Informante 7)

Estudos concluíram que para ter um envelhecimento saudável é necessária a mudança de hábitos para preservar a saúde (VILELA; CARVALHO; ARAÚJO, 2006) e, além disso, depende do esforço pessoal de cada um para viver bem (SANTOS, 2002). Apesar dessas evidências, sabe-se a importância que reside em levar em conta outros aspectos da vida dos indivíduos, como o contexto em que eles vivem, o qual irá influenciar as práticas de saúde adotadas para o autocuidado.

4.2.2 Perspectivas para o futuro

Nessa subcategoria, fica evidente que os portadores de DCNT possuem perspectivas para o futuro e almejam um envelhecimento mais saudável. Eles sabem que para isso precisam ter cuidados com a sua saúde. Contudo, procuram não pensar nas possíveis

complicações das doenças crônicas, preferem se preocupar com o autocuidado, seguindo as orientações solicitadas pelas equipes de saúde.

Se eu me cuidar eu vou envelhecer bem [...] Mas eu não procuro pensar, procuro assim me cuidar [...] Eu me imagino daqui a 10 anos uma velhinha bem enxuta [risos] caminhando, sem dor nas pernas, quero poder subir num ônibus, tendo a minha cabeçinha como eu tenho agora [...] procurando acompanhar essa modernidade, essa evolução do tempo que é muita coisa pra cabeça né, é a tecnologia ta aí. (Informante 7)

Mas eu não me preocupo. Eu acho que deixa a vida correr, deixa tudo correr, porque se começar se preocupar de mais é pior ainda. (Informante 5)

[...] envelhecer com um pouco mais de saúde né, eu acho que o importante mesmo é saúde, correr atrás, é isso aí[...] o corpo envelhece mas eu acho que o espírito tem que continuar jovem né. (Informante 8)

A consciência de envelhecer bem está crescendo na população e as pessoas já demonstram essa preocupação (NERI, 2006). Autores afirmam que quando elas expressam sentimentos positivos em relação ao futuro é porque estão aceitando as transformações que vem ocorrendo em suas vidas (VILELA; CARVALHO; ARAÚJO, 2006).

Apesar dos sinais do envelhecimento serem revelados, principalmente, pela aparência, é necessário que a pessoa se convença de que isso não deve ser motivo de preocupação e pense que existem outros aspectos mais importantes do que a aparência (UNICOVSKY, 2005). Neste sentido, ficou evidente no presente estudo a preocupação com a saúde, além do desejo de acompanhar a modernidade e as transformações que estão ocorrendo no mundo.

A satisfação com a vida atual e o pensamento positivo para o futuro significa um bom envelhecimento. Ressalta-se que esse anseio depende da interação entre o indivíduo e o seu contexto, os quais permanecem em constante transformação (NERI, 2006). A maioria dos participantes, ao demonstrarem que buscam envelhecer com saúde e ao se imaginar daqui a alguns anos, parecem estar conseguindo romper com os estereótipos e preconceitos sobre o envelhecimento.

4.3 O que fazer para envelhecer com mais saúde

A partir da análise dessa categoria foi possível destacar diversas práticas de autocuidado adotadas por portadores de doenças crônicas. E, de acordo com os relatos, eles executam todos estes cuidados que consideram importantes para envelhecer com mais saúde, não demonstrando valorizar um em específico.

A pessoa portadora de DCNT, a partir do diagnóstico se depara com a necessidade de modificar seu estilo de vida, pois são medidas fundamentais para a manutenção da saúde. Um estudo bibliográfico sobre o autocuidado de indivíduos com doença crônica mostra que a maior parte dos estudos analisados se refere a mudanças de hábitos de vida como fator para o desenvolvimento do autocuidado (LOPES et al, 2008). Linck et al (2008) concluíram que alguns portadores de enfermidades crônicas só aderem, significativamente, ao tratamento quando se sentem ameaçados e percebem os riscos que estão correndo.

Todos os informantes consideraram que cuidar da alimentação é um fator fundamental para preservar a saúde. Além disso, apontaram a atividade física como outro cuidado essencial. É importante ressaltar que a realização de exercícios físicos só não foi apontada pelos participantes que, entre outras doenças, eram portadores de artrite reumatóide. Esses referiram não terem condições de fazer os exercícios porque sentem muitas dores e alguns apresentam alterações corporais como a diminuição de força nas mãos e até deformidades ósseas.

To tentando mudar totalmente meus hábitos, to tentando.
(Informante 3)

Eu acho que são duas coisas essenciais, a alimentação e o exercício, que andam juntas. (Informante 8)

[...] a alimentação, o exercício físico, uma caminhada que não gasta nada né, e as vezes a gente não bota isso na cabeça da gente, ah hoje eu não vou caminhar, amanhã eu vou entende, vai deixando, e é uma coisa que todo mundo pode fazer.
(Informante 7)

Em primeiro lugar se tem uma alimentação correta, uma alimentação boa, eu acho que evita muita doença. Por exemplo, evita ai tanta coisa, diabetes, colesterol e quantas doenças que tem por causa da alimentação errada. [...] Se tu controlar o teu

alimento, eu acredito que tu tem muitos mais anos de vida, da tua maneira de comer acaba prevenindo doenças. (Informante 9)

Ah, tem que cuidar da alimentação, da medicação, tomar direitinho, fazer tudo como eles mandam né. (Informante 4)

Sim eu tomo de manhã, uma vez por dia, todo o dia de manhã, são três remédios que eu tomo, os três juntos [...] me levanto e é a primeira coisa que faço. (Informante 5)

Pesquisas mostram que os portadores de DCNT adotam práticas na busca do bem-estar, como o controle alimentar, a atividade física e o uso de medicações (TRENTINI; SILVA; LEIMANN, 1990; PÉRES; MAGNA; VIANA, 2003; CUPERTINO; ROSA; RIBEIRO, 2007; LINCK et al, 2008; LENARDT et al, 2008; LOPES et al, 2008). Outros cuidados, encontrados por Cupertino, Rosa e Ribeiro (2007), para obter um envelhecimento saudável, foram evitar fatores de riscos como o tabagismo, bebidas alcoólicas e ficar sem dormir. Autores apontam que apesar das práticas não medicamentosas ó exercícios físicos e restrições alimentares ó serem relatados como formas de autocuidado, os doentes crônicos atribuem menor importância a elas. Percebe-se grande valorização da terapia medicamentosa. Em vista disso, supõe-se que esse evento ocorra devido à dificuldade de adaptação aos novos hábitos, e também, há a dificuldade de deixar hábitos antigos que geravam prazer e satisfação, como, por exemplo, comer alimentos bem temperados e gordurosos (LINCK et al, 2008; LOPES et al, 2008).

O uso de chá foi citado por um único informante, como estratégia de cuidado para envelhecer com mais saúde. Mesmo assim, observa-se que ele não descarta os cuidados com a alimentação e o uso de medicamentos, evidenciando que o uso do chá se traduz em uma terapia complementar. Outras pesquisas trazem a utilização de plantas medicinais pelos portadores de DCNT, sendo um tratamento originado do conhecimento popular, que é repassado entre as gerações (PÉRES; MAGNA; VIANA, 2003; LOPES et al, 2008).

Moderar nas coisas que tu come né, na alimentação, tomar bastante chá, é o que eu tomo né. [...] tem muita gente que só vive com o remédio do médico, eu não, eu tomo bastante chá de erva, na minha geladeira ai invés de tomar água eu tomo chá. (Informante 6)

Foi possível notar, como outra estratégia de cuidado para envelhecer com mais saúde, a importância atribuída para a manutenção do vínculo com a equipe de saúde. Os participantes expressam a satisfação em relação ao atendimento, pois afirmam que com as orientações fornecidas eles já mudaram hábitos e podem ter uma vida melhor. Autores mostram uma grande confiança dos pacientes em relação às consultas médicas, sendo elas consideradas um dos recursos para a realização do autocuidado (PÉRES; MAGNA; VIANA, 2003; LOPES et al, 2008). Nesse estudo, os participantes não enfatizaram apenas o atendimento médico, mas destacaram toda a equipe de saúde e elogiaram as consultas de enfermagem.

Por isso que tem pessoas que tratam a gente né, então a gente procura, pra ter uma vida um pouquinho melhor, pra viver um pouquinho melhor né. (Informante 7)

Desde que ela botou os olhos em mim, a Dra. Beatriz, a professora Beatriz [enfermeira que realiza as consultas de enfermagem], ela é maravilhosa, eu adoro ela [...], ela disse tu ta comendo tudo errado [...], eu gravei na minha mente, nunca mais eu voltei pra aqueles hábitos. (Informante 9)

Também, as atividades de lazer foram citadas como atitudes importantes para ter um bom envelhecimento. Os informantes relatam que procuram realizar atividades para se distrair como ir a festas, fazer artesanatos, sair para passear, encontrar a família e os amigos.

Se divertir. Eu tenho uns parentes no interior. [...] tu não precisa levar nada, eles só pedem que tu vai lá e é festa direto. [...] Porque se trancar dentro de casa, eu não. Lá em casa o pessoal diz oh o passeador já ta indo. (Informante 5)

Então a gente vai levando a vida na esportiva. Eu tenho minhas atividades. [...] Mas eu invento assim de fazer uma coisa pra me distrair, agora eu to fazendo florzinha de fuxico [...], faço conjuntinho, kits de cozinha. (Informante 9)

Pesquisa com doentes crônicos sobre os significados da qualidade de vida também apresenta os aspectos lazer, recreação, relacionamento familiar e social e desenvolvimento pessoal como fatores importantes para a qualidade de vida desses doentes (MARTINS; FRANÇA; KIMURA, 1996).

Lenardt et al (2008) afirmam que a situação crônica leva ao isolamento social, pois a doença surge como uma ameaça à autonomia individual e tem grande carga emocional. No

presente estudo, como mencionado anteriormente, verificou-se apenas um único participante demonstrando isolamento social. No entanto, apesar de alguns participantes relatarem as modificações corporais que estão enfrentando, não se sentem constrangidos por isso e nem deixam de participar das atividades sociais como fazer compras, pegar ônibus, ir a festas, encontrar familiares e amigos.

Para envelhecer com mais saúde os portadores de DCNT acrescentam a importância de ter uma vida tranqüila, sem preocupações excessivas e em harmonia com a família.

Ter uma vida boa, viver bem. Tem que ter uma tranqüilidade, a incomodação também acaba com a pessoa. Se tu vive dentro de uma casa, tu pode ter tudo, tu pode ter uma casa boa, tu pode ter dinheiro, tu pode ter uma alimentação melhor, mas se tu não tem uma vida boa, se tu vive te incomodando, tu vive te estressando, aquilo ali também te acaba [...]. (Informante 9)

Primeiro é querer viver né, querer viver, ter a alegria de viver. (Informante 7)

Eu acho que é isso ai né, se dar bem, ter uma família assim, que também te entenda. [...] Faço as coisas tudo com tranqüilidade, tudo dentro da normalidade, eu acho que é por ai. (Informante 8)

O bem-estar emocional, conforme estudo de Martins, França e Kimura (1996), inclui a sensação de tranqüilidade, paz, amor, alegria, compreensão e despreocupação, sendo esses aspectos colocados como essenciais para ter qualidade de vida. Além disso, a família representa um suporte social, pois o envolvimento familiar com o auxílio, apoio e atenção facilita o enfrentamento e o tratamento da doença (CUPERTINO; ROSA; RIBEIRO, 2007; LOPES et al, 2008). Entretanto, a família pode ser percebida como controladora quando passa a exigir e forçar o cumprimento do tratamento ou, por outro lado, como desinteressada, que é aquela que não se envolve no cuidado do doente crônico (LOPES et al, 2008). Esses dois últimos fatos não foram evidenciados no estudo, os participantes apenas referem-se à importância de viver bem e evitar problemas com a família.

Por fim, a religiosidade também surge como fator importante para envelhecer bem. Os informantes asseguram que tem fé, que acreditam em Deus e que é Ele quem ajuda as pessoas. Outros estudos mostram que a espiritualidade também foi apresentada como algo importante para descobrir o sentido de suas vidas (MARTINS; FRANÇA; KIMURA, 1996; PELZER; SANDRI, 2002).

Eu tenho bastante fé em Deus, sou uma pessoa que vou na igreja, eu sou evangélica, e daí eu to me agarrando com Deus, primeiro lugar é Deus na minha vida. Então, graças à Deus, que tem me ajudado a chegar até aqui, que eu não to tão torta. (Informante 4)

Uma outra questão bastante importante também que as pessoas hoje em dia não dão valor é ter fé em Deus, só lembram de pedir, mas rezar um Pai-Nosso [...]. (Informante 3)

Supõe-se que quando o indivíduo se depara com dores ou com a descompensação da doença, é nesse momento que se apega a práticas religiosas (MARTINS; FRANÇA; KIMURA, 1996). Ainda, Neri (2006) concluiu que a maioria dos participantes tornaram-se mais religiosos com o passar dos anos, e esta religiosidade é uma motivação intrínseca, a qual significa religião como um fim para si mesma.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio desse estudo, pode-se conhecer como pacientes adultos, que estão na meia-idade e são portadores de DCNT percebem o seu processo de envelhecimento. Ficou evidente o desejo de envelhecer com mais saúde, em vista disso, foi possível conhecer quais as estratégias de autocuidado adotadas pelos participantes.

O envelhecer sendo portador de doenças crônicas, ao contrário do que se poderia pensar, não gera somente sentimentos negativos, pois as percepções positivas sobre esse processo aparecem em vários relatos. Os sentimentos negativos estão relacionados com as mudanças físicas, alterações nos hábitos de vida, perdas nas relações sociais, medo da solidão e incertezas de como será o futuro. Já os sentimentos positivos são demonstrados pela satisfação com a vida e pelas boas perspectivas que possuem sobre o futuro.

As mudanças corporais aparecem expressivamente nos relatos, uma vez que os participantes percebem as diferenças ao se olharem no espelho e quando sentem dificuldades, que antes não tinham, para a realização de determinadas atividades. As alterações físicas são frequentemente associadas ao envelhecimento. Entretanto, conclui-se que as mesmas não são unicamente relacionadas ao envelhecer, pois eles percebem que também podem ser consequência das doenças que possuem. Outra percepção sobre o envelhecer, é o aparecimento do sentimento de solidão ou o medo dela, o qual foi expresso quando relatam ter se afastado de algumas pessoas, e também, no momento que expõem a incerteza se terão alguém para cuidá-los no futuro.

A história familiar também foi percebida como uma influência sobre o envelhecimento, uma vez que alguns participantes lembraram de seus antepassados, os problemas de saúde que tiveram e se perguntam quais as dificuldades que também enfrentarão no futuro. Conclui-se também, que os indivíduos se colocam como únicos culpados pela sua situação de saúde e não percebem que o meio onde estão inseridos também influencia as suas ações.

Apesar de alguns participantes referirem ainda não pensarem na velhice, por estarem negando esse processo ou devido aos estereótipos e preconceitos associados, outros estão satisfeitos com o envelhecimento. Estes consideram um processo natural, que faz parte do curso normal da vida, e possuem perspectivas para o futuro ao demonstrarem que querem envelhecer.

A vontade de ter um envelhecimento mais saudável faz o portador de DCNT ter consciência da importância de mudar seu estilo de vida e da necessidade do autocuidado. Por isso, os principais cuidados com a saúde adotados para ter um envelhecimento saudável são o controle da alimentação, a realização de atividade física, o uso correto das medicações e o comparecimento às consultas. Ainda, consideram importante a participação em atividades sociais com a família e amigos, bem como ter uma vida tranquila. O uso de chás, como terapia complementar, e a religiosidade também são considerados aspectos importantes para um bom envelhecimento.

Embora alguns estudos mostrem a maior valorização da terapia medicamentosa em detrimento à mudança para um estilo de vida mais saudável, nesse trabalho não foi identificado este fato. Percebe-se que os participantes atribuem o mesmo valor para todas as práticas de autocuidado, pois eles não destacam uma em específico como a mais importante.

As consultas de enfermagem foram reconhecidas e elogiadas pelos informantes, pois eles demonstraram interesse em seguir as orientações fornecidas pela equipe. A enfermagem tem um papel importante no processo de conhecimento e adaptação, bem como no enfrentamento das mudanças e limitações resultantes das doenças crônicas. Então, compreender como adultos na meia-idade se vêm envelhecendo com essas doenças contribui para a qualificação do cuidado prestado.

As condições sociais de cada paciente e de sua família, seus conhecimentos, suas crenças, seu modo de pensar e agir são fatores que influenciam no desenvolvimento das práticas de autocuidado e no seu envelhecimento. Esse trabalho poderá contribuir para que os enfermeiros conheçam alguns desses fatores e, no momento de orientar práticas para o autocuidado, elas estejam de acordo com a realidade de cada paciente, favorecendo assim um envelhecer com doença crônica mais saudável.

REFERÊNCIAS

- ALVES, L. C. et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1924-1930, ago 2007. Disponível em: <<http://www.sbgg.org.br/profissional/artigos/pdf/Capacidad.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2008.
- AMADO, T. C. F.; ARRUDA, I. K. G. Hipertensão arterial no idoso e fatores de risco associados. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 94-99, 2004. Disponível em: <http://www.asman.org.br/arquivos/asman_artigos60.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2008.
- BARROS, M. B. A. et al. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 911-926, 2006. Disponível em: <<http://www.fcm.unicamp.br/centros/ccas/publicacoes/ARTIGO%20MARILISA%20PNAD.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2008.
- BEZ, M. R.; PASQUALOTTI, P. R.; PASSERINO, L. M. **Inclusão digital da terceira idade no Centro Universitário Feevale**. Disponível em: <<http://www.sbc.org.br/bibliotecadigital/download.php?paper=738>>. Acesso em: 25 set. 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Normas regulamentadoras sobre pesquisa em seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.
- CALDAS, C. P. **A saúde do idoso: a arte de cuidar**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998. 212 p.
- CARVALHO, J. A. M.; RODRÍGUEZ-WONG, L. L. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 597-605, mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000300013&lng=pt>. Acesso em: 15 ago. 2008.
- CUPERTINO, A. P. F. B.; ROSA, F. H. M.; RIBEIRO, P. C. C. Definição de envelhecimento saudável na perspectiva de indivíduos idosos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 81-86, fev. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722007000100011>. Acesso em: 10 set. 2008.
- FERREIRA, J. C. V. **Os muitos idosos do Município de São Paulo**. 2006. 101 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6132/tde-01022007-174148/publico/JoseVicente.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2008.

HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE. **Relatório anual 2007**. Porto Alegre, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Indicadores sócio-demográficos**: prospectivos para o Brasil 1991-2030. Rio de Janeiro, out. 2006. Disponível em:<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/publicacao_UNFPA.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2008.

LENARDT, M. H. et al. O idoso portador de nefropatia diabética e o cuidado de si. **Texto e Contexto ó Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 313-320, abr./jun. 2008. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000200013&lng=e&nrm=iso&tlng=e>. Acesso em: 10 set. 2008.

LINCK, C. de L. et al. The chronic patient in face of falling ill and the treatment compliance. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, n. 21, v. 2, p. 317-322, out. 2008. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000200014>. Acesso em: 10 set. 2008.

LOPES, M. C. L. et al. O autocuidado em indivíduos com hipertensão arterial: um estudo bibliográfico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 1, p. 198-211, mar. 2008. Disponível em:<<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/pdf/v10n1a18.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2008.

MANCIA, J. R.; PORTELA, V. C. C.; VIECILI, R. A imagem dos acadêmicos de enfermagem acerca do próprio envelhecimento. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 2, p. 221-226, mar/abr 2008. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-71672008000200012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 set. 2008.

MARTINS, L. M.; FRANÇA, A. P. D.; KIMURA, M. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 3, p. 5-18, dez. 1996. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691996000300002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 31 mar. 2009.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008. 407 p.

MOURA, E. C. et al. Vigilância de fatores de risco para doenças crônicas por inquérito telefônico nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal (2006). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 11, supl. 1, p. 20-37, maio 2008. Disponível em:<http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2008000500003&lng=pt>. Acesso em: 10 ago. 2008.

NERI, A. L. (Org). **Qualidade de vida e idade madura**. 6. ed. Campinas: Papirus, 2006. 285 p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde.** Organização Pan-Americana de Saúde, Brasília, 2003. Disponível em:<http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/d_cronic.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2008.

_____. **Visão geral:** prevenção de doenças crônicas um investimento vital. [S.l.]: OPS, 2005. 30 p. : il.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento humano.** 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. 888 p.

PAVARINI, S. C. I. et al. A arte de cuidar do idoso: gerontologia como profissão? **Texto e Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 398-402, jul./set. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072005000300011&lng=en&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 15 ago. 2008.

PELZER, M. T.; SANDRI, J. V. de A. O viver e ser saudável no envelhecimento humano contextualizado através da história oral. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 23, n. 2, p. 108-122, jul. 2002. Disponível em:<<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4451/2376>>. Acesso em: 10 set. 2008.

PÉRES, D. S.; MAGNA, J. M.; VIANA, L. A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 5, p. 635-642, abr. 2003. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000500014&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 03 abr. 2009.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem.** 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004, 487 p.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 793-798, maio-jun 2003. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2003000300011&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 ago. 2008.

SANTOS, G. A. Os conceitos de saúde e doença na representação social da velhice. **Revista Virtual Textos e Contextos**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 1-12, nov. 2002. Disponível em:<<http://revistaseletronicas.pucrs.br/fo/ojs/index.php/fass/issue/view/86>>. Acesso em: 31 mar. 2009.

SANTOS, N. C.; MENEGHIN, P. Concepções dos alunos de graduação em enfermagem sobre o envelhecimento. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 151-159, jun. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342006000200002&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 15 set. 2008.

SMELTZER, S. C.; BARE B. G. **Tratado de Enfermagem Médico ó Cirúrgica**. 10. ed., v. 2 e 3. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., 2005, 680 - 1729 p.

TRENTINI, M.; SILVA, D. G. V.; LEIMANN, A. H. Mudanças no estilo de vida enfrentadas por pacientes em condições crônicas de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 11, n. 1, p. 18-28, jan. 1990.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987, 175 p.

UNICOVSKY, M. A. R. **O velho esse outro**: concepção de corpo e envelhecimento em uma instituição asilar israelita. 2005. 234 f. Tese (Doutorado em Gerontologia Biomédica) ó Curso de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

VILELA, A. B. A.; CARVALHO, P. A. L.; ARAÚJO, R. T. Envelhecimento bem-sucedido: representação de idosos. **Revista Saúde Com**, Bahia, v. 2, n. 2, p. 101-114, ago. 2006.

Disponível

em:<<http://www.doaj.org/doaj?func=fulltext&passMe=http://www.uesb.br/revista/rsc/v2/v2n2a2.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2008.

APÊNDICE A - Roteiro de entrevista

Projeto de pesquisa **Percepções de adultos portadores de doenças crônicas sobre o envelhecimento.**

Data: ___/___/_____

1 Identificação

Nome:

Idade:

Sexo:

Diagnóstico(s) médico(s):

2 Roteiro

Como você se vê envelhecendo?

Como você se vê envelhecendo e sendo portador de uma doença crônica?

Que tipos de cuidados você acha que seria importante adotar para preservar sua saúde e controlar a(s) doença(s)?

Quais desses cuidados você adota diariamente?

APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido

Você está sendo convidado (a) para participar como voluntário de uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento.

Título do estudo: Percepções de adultos portadores de doenças crônicas sobre o envelhecimento.

Esta pesquisa, revisada e aprovada pelo CEP/HCPA, tem como autora a acadêmica de enfermagem Jocielle Gheno (contato: 30620002 ou 98219861) e como orientadora a professora Maria Luiza Machado Ludwig.

Instituição de origem: Trata-se de um estudo desenvolvido como requisito de avaliação para a conclusão do curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Objetivo do estudo: Compreender como adultos portadores de doenças crônicas percebem o seu envelhecimento.

Procedimento: Será realizada uma entrevista, com duração de aproximadamente 30 minutos, que será gravada em fita cassete. As informações serão transcritas para posterior análise. O conteúdo das fitas será desgravado e o material transcrito será arquivado por cinco anos.

Aspectos importantes: A pesquisa não trará nenhum risco ao participante. Os possíveis desconfortos são o deslocamento até o HCPA e o tempo dispensado para a realização da entrevista. O participante tem liberdade em se recusar ou desistir de participar em qualquer fase da pesquisa. Será preservado o seu anonimato e todas as informações obtidas no estudo serão utilizadas somente com finalidade científica. Este documento será assinado em duas vias, sendo que uma ficará com o participante e a outra com a pesquisadora responsável.

Declaração: Pelo presente documento, declaro que concordo em participar desta pesquisa, pois fui informado de forma clara e detalhada, livre de qualquer constrangimento ou coerção, dos objetivos, da justificativa, da entrevista que responderei e de como essas informações serão utilizadas neste estudo. Está assegurado que os responsáveis pela pesquisa estarão dispostos a responder qualquer pergunta ou dúvida relacionada à pesquisa. Ficou garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento na instituição.

Porto Alegre, de de 2009.

Assinatura do participante

Assinatura da pesquisadora

ANEXO A ó Parecer da comissão de pesquisa da escola de enfermagem da UFRGS

COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

CARTA DE APROVAÇÃO

Projeto TCC: Nº 06
Versão dezembro/2008

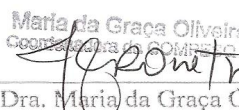
Pesquisadores: Jociel Gheno e Maria Luísa M. Ludwig

**Título: PERCEPÇÕES DE ADULTOS PORTADORES DE DOENÇAS
CRÔNICAS SOBRE O ENVELHECIMENTO**

A Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ), no uso de suas atribuições, avaliou e aprova este projeto em seus aspectos éticos e metodológicos. Os membros desta Comissão não participaram do processo de avaliação de projeto no qual constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração deverá ser comunicada à Comissão.

Porto Alegre, 04 de dezembro de 2008.

Maria da Graça Oliveira Crossetti
Coordenadora da COMPESQ/ENF-UFRGS



Profa. Dra. Maria da Graça Oliveira Crossetti
Coordenadora da COMPESQ/ENF

ANEXO B ó Parecer do grupo de pesquisa e pós-graduação do HCPA**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE**
Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação

COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB00000921) analisaram o projeto:

Projeto: 08-655**Versão do Projeto:** 10/12/2008**Versão do TCLE:** 10/12/2008**Pesquisadores:**

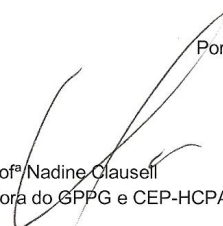
MARIA LUIZA MACHADO LUDWIG

JOCIELE GHENO

Título: PERCEPÇÕES DE ADULTOS PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS SOBRE O ENVELHECIMENTO

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, inclusive quanto ao seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Os membros do CEP/HCPA não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/HCPA. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do GPPG/HCPA.

Porto Alegre, 13 de janeiro de 2009.


Prof. Nadine Clausell
Coordenadora do GPPG e CEP-HCPA

