



**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO**  
**CENTRO DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA E PESQUISA EM SAÚDE – ESCOLA GHC**  
**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E**  
**TECNOLOGIA DO RIO GRANDE DO SUL – IFRS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO**

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

*Jociele Gheno*

Orientadora: Melissa Terres Boucinha  
Co-orientadora: Caroline Ceolin Zacarias

Porto Alegre, 2012



Ministério da  
**Saúde**



**Jociele Gheno**

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

Trabalho apresentado como requisito final de avaliação para a conclusão do curso de Especialização em Gestão da Atenção à Saúde do Idoso da Escola do Grupo Hospitalar Conceição.

Orientadora: Melissa Terres Boucinha  
Co-orientadora: Caroline Ceolin Zacarias

Porto Alegre, 2012

## RESUMO

Nas últimas décadas tem-se evidenciado no Brasil uma transição demográfica caracterizada pelo declínio da fecundidade, pela queda das taxas de mortalidade e pela diminuição da morbimortalidade infantil devido à redução de doenças infecciosas e parasitárias. Essa mudança demográfica acarretou no aumento da longevidade da população. Diante disso, o envelhecimento da população caracteriza-se pelo aumento da prevalência 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 um aumento significativo entre adultos de meia-idade. Objetiva-se a partir desse estudo conhecer como adultos portadores de DCNT percebem o seu envelhecimento. Caracteriza-se por ser um estudo exploratório descritivo de cunho qualitativo, que será realizado a partir de entrevistas semi - estruturadas, com pacientes na meia-idade, de ambos os sexos, portadores de pelo menos uma DCNT, com condições cognitivas de manter um diálogo e que façam parte da agenda de consultas do ambulatório da Medicina Interna (MEI) do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) há pelo menos um ano. A seleção será do tipo intencional. As entrevistas serão gravadas e após serem transcritas, as informações serão interpretadas de acordo com a análise de conteúdo temática, proposta por Minayo (2008). A enfermagem tem um papel fundamental no processo de conhecimento e enfrentamento das mudanças resultantes da condição crônica. Por isso, acredita-se que compreender como adultos na meia-idade se veem envelhecendo com essas doenças poderá contribuir para a qualificação do cuidado prestado.

**Descritores:** Doenças Crônicas. Meia-idade. Envelhecimento.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Gráfico 1</b> – Proporção de pessoas que referiram ser portadoras de pelo menos um dos doze tipos de doenças crônicas selecionadas, por grupos de idade no Brasil, 2008.....	13
<b>Tabela 1</b> – Percentual das categorias citadas para se obter um envelhecimento saudável....	14
<b>Quadro 1</b> – Cronograma.....	21
<b>Quadro 2</b> – Orçamento.....	22

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>05</b>
<b>2 OBJETIVO.....</b>	<b>09</b>
<b>2.1 Objetivos específicos.....</b>	<b>09</b>
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>10</b>
<b>3.1 A chegada da meia-idade: mudanças sociais e biológicas.....</b>	<b>10</b>
<b>3.2 O processo de envelhecimento na ótica de adultos e idosos.....</b>	<b>11</b>
<b>3.3 Repercussões das doenças crônicas para portadores.....</b>	<b>14</b>
<b>4 MÉTODO.....</b>	<b>17</b>
<b>4.1 Tipo de estudo.....</b>	<b>17</b>
<b>4.2 Local do estudo.....</b>	<b>17</b>
<b>4.3 Participantes.....</b>	<b>18</b>
<b>4.4 Coleta das informações.....</b>	<b>19</b>
<b>4.5 Análise das informações.....</b>	<b>19</b>
<b>4.6 Considerações éticas.....</b>	<b>20</b>
<b>5 CRONOGRAMA.....</b>	<b>21</b>
<b>6 ORÇAMENTO.....</b>	<b>22</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>23</b>
<b>APÊNDICE A - Roteiro de entrevista.....</b>	<b>26</b>
<b>APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido.....</b>	<b>27</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas tem-se evidenciado no Brasil uma transição demográfica caracterizada pelo declínio da fecundidade, pela queda das taxas de mortalidade e pela diminuição da morbimortalidade infantil devido à redução de doenças infecciosas e parasitárias. Diante do exposto, decorrem mudanças para a saúde, sendo o enfoque não apenas voltado 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). Desta forma, a atenção à saúde necessita voltar-se para a prevenção de doenças e promoção da saúde.

Essa mudança demográfica acarretou no aumento da longevidade da população. A expectativa de vida ao nascer aumentou em 3,1 anos entre 1999 e 2009, sendo que em 2009 era de 73,1 anos. Nesse mesmo período (1999 e 2009) as mulheres passaram de uma expectativa de 73,9 para 77,0 anos, enquanto que os homens passaram de 66,3 anos para 69,4. No Rio Grande do Sul, em 2009, a expectativa de vida era de 75,5 anos (IBGE, 2010). Estudos apontam que a população com 65 anos ou mais aumentou de 3,1% em 1970 para 5,5% em 2000 e em 2050 corresponderá a 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% (CARVALHO, RODRÍGUEZ-WONG, 2008; MENDES, 2012).

Com o envelhecimento da população observa-se o aumento da prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Estudos demonstram que a maioria dos idosos apresenta pelo menos uma doença crônica, sendo que na faixa de 65 anos ou mais, 79,1% deles são portadores de pelo menos uma delas (MENDES, 2012). Entre as DCNT, na população com 60 anos ou mais, as mais prevalentes são a hipertensão arterial (53%), doença de coluna ou costas (35,1%) e artrite ou reumatismo (24,2%) (IBGE, 2010). A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) de 2008 confirma essas informações, pois mostra que a prevalência de doenças crônicas aumenta intensamente com a idade e já aponta uma alta prevalência dessas doenças entre adultos de meia-idade. Nas faixas etárias de 40 – 49 anos e de 50 – 64 anos, 45,1% e 65% da população, respectivamente, relata ter pelo menos uma DCNT (IBGE, 2010; MENDES, 2012).

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). 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 e o consumo excessivo de bebidas alcoólicas são os principais fatores de risco para o desenvolvimento das DCNT (MENDES, 2012; MOURA et al, 2008; OMS, 2007).

O estilo de vida não saudável contribui para o aumento da mortalidade relacionada a doenças cardiovasculares, acidente vascular encefálico, doenças respiratórias e diabetes. No Brasil, a taxa de mortalidade devido às doenças crônicas na faixa etária de 30 anos ou mais é de 600 mortes a cada cem mil habitantes; sendo assim, estima-se que mais de 450 pessoas morram por dia em decorrência dessas doenças. As doenças cardiovasculares, que em 1930 representavam 12% das mortes, em 2009 representaram quase 30% dos óbitos (MENDES, 2012).

Em estudo realizado recentemente, é demonstrado que a cada ano 4,9 milhões de pessoas morrem em decorrência do consumo de tabaco; 2,6 milhões morrem por problemas de sobrepeso ou obesidade; 2,7 milhões morrem devido ao consumo insuficiente de frutas e hortaliças e 1,9 milhões devido ao sedentarismo (MENDES, 2012). A pesquisa Vigitel, realizada em 2011, nas capitais de todos os estados brasileiros por meio de inquérito telefônico, mostrou que 14,8% da população são fumantes, 14% não realizavam nenhuma atividade física, 49% estava com excesso de peso e 16% da população já apresentava obesidade (BRASIL, 2011).

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 (OMS, 2007; MENDES, 2012). Este tipo de doença precisa ser devidamente tratado e controlado, pois é a única forma de prevenir complicações e sequelas que comprometem a capacidade funcional do indivíduo portador. Mesmo sendo portador de doenças crônicas, nem todos apresentam limitações decorrentes das mesmas, sendo que muitos mantêm sua autonomia e independência para realizar suas atividades da vida diária (ALVES et al, 2007; MANCIA, PORTELA, VIECILI, 2008).

Estudos defendem a ideia de 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 demonstrado 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, os 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 (MANCIA, PORTELA, VIECILI, 2008).

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). Alguns autores acreditam que o estilo de vida é fator decisivo para uma longevidade com qualidade; entretanto, em seu estudo com acadêmicos questionando como eles imaginam-se idosos e como se preparam para a velhice, 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 (MANCIA, PORTELA, VIECILI, 2008).

Apesar da maioria dos estudos abordar 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 por exemplo, 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. Além disso, 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).

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 profissional. Essas vivências 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. Acredita-se que 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.

## **2 OBJETIVO**

Conhecer como adultos portadores de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) percebem o seu envelhecimento.

### **2.1 Objetivos específicos**

- ✓ Conhecer conceitos de adultos portadores de DCNT sobre envelhecimento;
- ✓ Identificar percepções de adultos portadores de DCNT sobre sua condição de saúde;
- ✓ Identificar estratégias adotadas para um envelhecimento mais saudável.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 A chegada da meia-idade: mudanças sociais e biológicas

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (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 e perceber que está deixando a imagem da juventude e reconhecer 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. Todas essas alterações desencadeiam na 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). Pode-se dizer que é uma etapa complicada, pois esses adultos na meia-idade, ao mesmo tempo que se deparam com muitas mudanças, boas ou ruins, precisam enfrentá-las pensando na proximidade da velhice.

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). Em vista disso, um fato comum que ocorre é que muitas pessoas aposentam-se, mas não param de trabalhar garantindo, assim, mais rendimentos. Por outro lado, muitos encaminham logo sua aposentadoria e contam os dias para a sua chegada.

Juntamente a essas mudanças, surgem as alterações biológicas, tais como: os problemas visuais ou até a diminuição da acuidade visual; a perda auditiva que se acelera aos 50 anos; respostas a estímulos externos e tarefas que exigem habilidades motoras complexas tornam-se mais lentas, porém não afetando o 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).

Dessa forma, nessa etapa do ciclo vital o indivíduo pode estar desfrutando suas conquistas pessoais, repensando o que poderia ter feito diferente e ainda projetando-se como “ser idoso”. Pode-se pensar que os indivíduos que não conseguirem enfrentar bem essa fase, terão maiores dificuldades para enfrentar as mudanças que ocorrem com o processo de envelhecimento. Então, a chegada da meia-idade traz novos desafios.

### **3.2 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. Entretanto, é importante saber que o viver mais não é sinônimo de viver melhor.

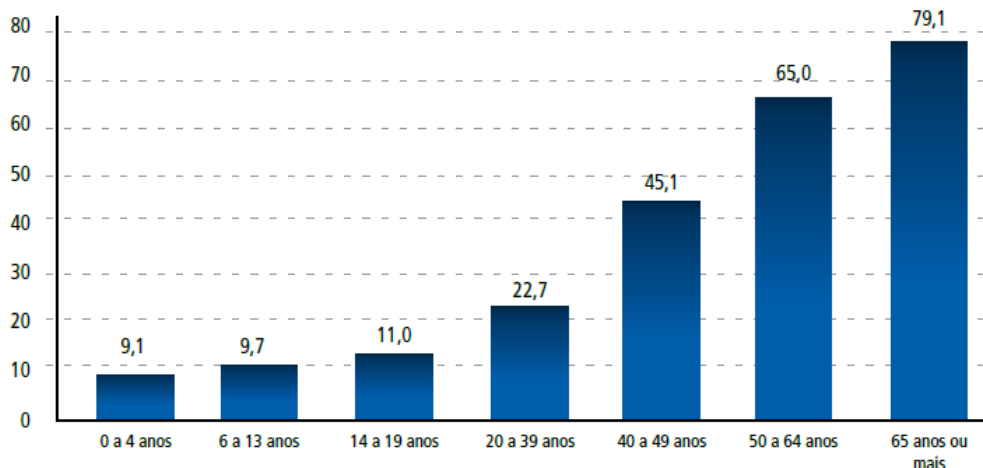
Quando adultos são questionados sobre o seu envelhecimento, eles colocam que é difícil responder sobre isso, pois nunca pararam para pensar no assunto. Em vista disso, muitos não se interessam em adotar um estilo de vida saudável, com alimentação balanceada, controle do peso, prática de atividades físicas, 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). A partir desses dados é possível concluir que muitos adultos não reconhecem a importância do autocuidado precoce para a prevenção de DCNT ou para a prevenção de complicações decorrentes das mesmas.

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 (SANTOS, MENEGHIN, 2006; VILELA, CARVALHO, ARAÚJO, 2006; MANCIA, PORTELA, VIECILI, 2008). Esses mesmos 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 (MENDES, 2012); em vista disso, estudos com adultos mostram que eles têm consciência de que, possivelmente, serão portadores, e isso é verbalizado principalmente por adultos que já possuem algum familiar com essas condições crônicas (MANCIA, PORTELA, VIECILI, 2008). Conforme dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2008, 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 45% dos adultos na faixa etária de 40 a 49 anos já têm alguma delas e esse número se eleva para 65% na faixa de 50 a 64 anos. Ainda, a prevalência de apresentar pelo menos uma DCNT é maior entre as mulheres; observa-se um percentual de 35,2% delas com doenças crônicas, enquanto que 27,2% para os homens (IBGE, 2010). Pode-se pensar que esse evento está relacionado ao fato de que esta tem maior percepção dos sinais e sintomas e dos conhecimentos que adquirem por serem “cuidadoras” dos doentes da família.

Gráfico 1: Proporção de pessoas que referiram ser portadoras de pelo menos um dos doze tipos de doenças crônicas selecionadas, por grupos de idade no Brasil, 2008.



Fonte: IBGE, 2010

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 (SANTOS, MENEGHIN, 2006; VILELA, CARVALHO, ARAÚJO, 2006). Eles têm autoestima 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 (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 às dificuldades e identificar os aspectos positivos como as experiências adquiridas, a sabedoria, a certeza de 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, com análise qualitativa dos dados através da definição de categorias após o agrupamento de conteúdos que se repetiram, 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 “[...] os idosos demonstram que acreditam que através da mudança dos hábitos prejudiciais à saúde eles poderão chegar a uma velhice saudável [...]”. Relacionando

essas informações, obtidas em estudos com idosos, com outras de pesquisas com adultos, citadas anteriormente, pode-se perceber que os idosos, ao contrário dos adultos, já estão dando importância ao autocuidado, pois demonstraram que é necessário mudar o estilo de vida para envelhecer melhor.

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). Cupertino, Rosa e Ribeiro (2007) apontam 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).

Com tudo isso, é possível observar realmente como a compreensão do envelhecer é individual, heterogênea e multidimensional, e que depende de cada trajetória de vida, de como o indivíduo enfrentou cada etapa do ciclo vital.

**Tabela 1** – Percentual das categorias citadas para 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.

### 3.3 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 (SMELTZER, BARE, 2005; LINCK et al, 2008). 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 considerado 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 vir 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 (ALVES et al, 2007). 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 “[...] 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 (ALVES et al, 2007; LENARDT et al, 2008). 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. Na pesquisa de 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 (LENARTD et al, 2008; LINCK et al, 2008; LOPES et al, 2008). 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). Talvez por acharem que tomar as medicações seja a medida mais fácil para o controle das doenças e desconhecerem a importância da mudança do estilo de vida.

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).

## **4 MÉTODO**

A seguir são descritos os passos metodológicos utilizados neste estudo.

### **4.1 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 têm 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).

### **4.2 Local do estudo**

O estudo será realizado no Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), em salas de aula disponíveis junto a Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP). O GEP fica localizado no 3º andar anexo do HNSC e é um dos núcleos da Escola do Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Este local é destinado à realização de capacitações, reuniões de equipes, aulas dos cursos de pós-graduação da Escola GHC.

O GHC é vinculado ao Ministério da Saúde, forma a maior rede pública de hospitais do sul do país e é composto por quatro hospitais (Hospital Nossa Senhora da Conceição, Hospital da Criança Conceição, Hospital Cristo Redentor e Hospital Fêmeina), doze postos de saúde, três centros de atenção psicossocial (CAPS) e pela Escola GHC. Referência no atendimento do Sistema Único de Saúde, os serviços da instituição são garantia de acesso ao

atendimento universal e gratuito; possui 1564 leitos, sendo responsável pela internação de 59,9 mil gaúchos anualmente (BRASIL, 2012).

O HNSC é a maior unidade do grupo e oferece todas as especialidades de um hospital geral nos atendimentos realizados no ambulatório, na emergência e nas unidades de internação. Possui 801 leitos, número que representa 52% do total disponível no GHC (BRASIL, 2012).

### **4.3 Participantes**

A população deste estudo inclui pacientes portadores de doenças crônicas vinculados à agenda de consultas da Medicina Interna do ambulatório do HNSC. Inicialmente participarão do estudo 10 pacientes, pois de acordo com Polit, Beck e Hungler (2004, p. 237) “não 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 [...]”. Em vista disso utilizar-se-á, de acordo com a abordagem da teoria fundamentada, o critério de saturação dos dados (POLIT, BECK, HUNGLER, 2004). Conforme essa teoria os dados são organizados e o conteúdo é analisado simultaneamente, para encontrar temas integradores. Os novos dados são constantemente comparados aos dados obtidos no início da coleta, então a saturação ocorre quando a coleta de dados pára de produzir novas informações (POLIT, BECK, HUNGLER, 2004), ou seja, quando as informações começam a se repetir.

A seleção dos participantes será do tipo proposital ou intencional, a qual “é 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). Serão considerados critérios de inclusão dos participantes na pesquisa pertencerem 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 DCNT, estar vinculado à agenda da Medicina Interna no mínimo há um ano, ter condições cognitivas de manter um diálogo e aceitar participar do estudo. Como critério de exclusão será considerado pertencer a outras classificações etárias e a rejeição em participar da pesquisa.

#### 4.4 Coleta das informações

As informações serão coletadas por meio de entrevista semi-estruturadas (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 será feito por telefone ou no dia da consulta, ocasião em que serão convidados a participar voluntariamente da pesquisa, e com a aceitação, já será agendada a data para a entrevista. Buscando proporcionar um ambiente calmo, confortável e privativo, as entrevistas serão realizadas em salas de aulas do GEP.

As entrevistas somente serão realizadas após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE B). Elas serão gravadas em fitas cassete e posteriormente serão transcritas. Após esta fase, o material transcrito e as fitas cassetes serão arquivados sob a guarda do pesquisador durante cinco anos (BRASIL, 1996).

#### 4.5 Análise das informações

Esta fase seguirá a análise de conteúdo proposta por Minayo (2004). 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 será a análise temática, por ser a mais adequada à investigação de materiais sobre saúde. A análise temática 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 são previstas três etapas básicas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação (MINAYO, 2004).

a) Pré-análise – inicia-se com uma *leitura flutuante* do material, um contato exaustivo que permite a impregnação do conteúdo, assim, a medida que as hipóteses emergem a leitura torna-se mais sugestiva. Segue com a fase de *constituição do corpus*, momento que surgem normas para a validade como a exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. Minayo (2004) afirma que nesta fase determinam-se a unidade de contexto, a

forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos mais gerais que orientarão a análise.

b) Exploração do material – consiste basicamente na operação de codificação, com recortes do texto em unidades de registro (uma palavra, uma frase, um tema). São estabelecidas as regras de contagem, a classificação e a forma de agregação dos dados.

c) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação – “... o analista propõe inferências e realiza interpretações previstas no seu quadro teórico ou abre outras pistas em torno de dimensões teóricas sugeridas pela leitura do material” (MINAYO, 2004, p. 210).

#### **4.6 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 será solicitada a autorização da Comissão de Pesquisa da Escola GHC e do Comitê de Ética do HNSC. Para dar continuidade à pesquisa, será necessário que os participantes dispostos a participar assinem um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) onde estará exposto, com linguagem acessível, o objetivo, a justificativa, a metodologia, entre outros aspectos da pesquisa. Além disso, o participante será orientado quanto à garantia da privacidade 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).

A privacidade dos dados será assegurada pelo comprometimento do pesquisador em não realizar as entrevistas em locais abertos, com a presença de pessoas desconhecidas.



**6 ORÇAMENTO\***

<b>Descrição</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Valor unitário</b>	<b>Valor total</b>
Fotocópias de TCLE	20 cópias	R\$ 0,15	R\$ 3,00
Gravador pequeno	1 unidade	R\$ 250,00	R\$ 250,00
Fita cassete (mini)	5 unidades	R\$ 3,50	R\$ 17,50
Pacote de folhas A4	1 pacote (500 unidades)	R\$ 10,00	R\$ 10,00
Cartucho de tinta preta	1 unidade	R\$ 60,00	R\$ 60,00
<b>TOTAL</b>			<b>R\$ 340,50</b>

\*O material será financiado pela pesquisadora responsável pela pesquisa.

## 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.scielo.br/pdf/csp/v23n8/19.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2012.

BEZ, M. R.; PASQUALOTTI, P. R.; PASSERINO, L. M. **Inclusão Digital da Terceira Idade no Centro Universitário Feevale**. Brasília – DF. In: Workshop em Informática na Educação (sbie). Anais... XVII Simpósio Brasileiro de Informática na Educação, SBIE, UNB/UCB. 2006, v. 6, p.61-70.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Normas regulamentadoras sobre pesquisa em seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO**. Disponível em:<<http://www.ghc.com.br>>. Acesso em: 20 ago. 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Vigitel Brasil 2011**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, 2011. Disponível em: <[http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2012/Abr/10/vigitel\\_100412.pdf](http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2012/Abr/10/vigitel_100412.pdf)>. Acesso em: 02 ago. 2012.

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=S0102311X2008000300013&lng=pt](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2008000300013&lng=pt)>. Acesso em: 12 abr. 2012.

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](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722007000100011)>. Acesso em: 10 abr. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro, 2010.

LENARDT, M. H. et al. O idoso portador de nefropatia diabética e o cuidado de si. **Texto e Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 313-320, abr./jun. 2008. Disponível



em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010407072008000200013&lng=e&nrm=iso&tlng=e](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072008000200013&lng=e&nrm=iso&tlng=e)>. Acesso em: 10 abr. 2012.

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](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000200014)>. Acesso em: 10 maio. 2012.

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 maio. 2012.

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=S003471672008000200012&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S003471672008000200012&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 15 abr. 2012.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária a saúde: o imperativo da consolidação da estratégia de saúde da família**. Rio de Janeiro: Organização pan-americana de saúde, 2012. 512 p.

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.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415790X2008000500003&lng=pt](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2008000500003&lng=pt)>. Acesso em: 10 abr. 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estratégia e plano de ação regional para um enfoque integrado à prevenção e controle das doenças crônicas, inclusive regime alimentar, atividade física e saúde**. Washington, D.C: OPAS, 2007. Disponível em:<<http://www.paho.org/portuguese/ad/dpc/nc/reg-strat-cncds.pdf>>. Acesso em 03 jun. 2012.

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

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

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=S008062342006000200002&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342006000200002&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em: 15 abr. 2012.

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

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

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 maio. 2012.

## APÊNDICE A - Roteiro de entrevista

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

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

### **1 Identificação**

Entrevistado número \_\_\_

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 seriam importantes 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 participar de uma pesquisa de cunho acadêmico do Curso de Especialização em Gestão da Atenção à Saúde do Idoso do Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde – Escola GHC, intitulada: **Percepções de adultos portadores de doenças crônicas sobre o envelhecimento**, que tem como objetivo principal conhecer como adultos portadores de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) percebem o seu envelhecimento. O tema escolhido se justifica pela importância de que em decorrência da alta prevalência de doenças crônicas e do aumento da longevidade da população, cresce também a demanda de cuidados para esses pacientes.

O trabalho está sendo realizado pela acadêmica Jocielle Gheno, sob a supervisão e orientação da professora Melissa Terres Boucinha e co - orientação da professora Caroline Ceolin Zacarias.

Para alcançar os objetivos do estudo será realizada uma entrevista individual, gravada em áudio, com duração aproximada de 30 (trinta) minutos, na qual você irá responder quatro perguntas pré-estabelecidas. Os dados de identificação serão confidenciais e os nomes reservados. Os dados obtidos serão utilizados somente para este estudo, sendo os mesmos armazenados pela pesquisadora principal durante cinco anos e após totalmente destruídos (conforme preconiza a Resolução 196/96).

EU \_\_\_\_\_ recebi as informações sobre os objetivos e a importância desta pesquisa de forma clara e concordo em participar do estudo. Declaro que também fui informado:

- Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos assuntos relacionados a esta pesquisa.
- De que minha participação é voluntária e terei a liberdade de retirar o meu consentimento, a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo para a minha vida pessoal e nem para o atendimento prestado a mim.
- Da garantia que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações serão utilizadas somente para fins científicos do presente projeto de pesquisa.
- Sobre o projeto de pesquisa e a forma como será conduzido e que em caso de dúvida ou novas perguntas poderei entrar em contato com a pesquisadora: Jocielle Gheno, telefone 92840389, e-mail: [pita.gheno@hotmail.com.br](mailto:pita.gheno@hotmail.com.br) e endereço: Rua Marcílio Dias 1500, 305 – Bairro Menino Deus - Porto Alegre.
- Também que, se houverem dúvidas quanto a questões éticas, poderei entrar em contato com Daniel Demétrio Faustino da Silva, Coordenador-geral do Comitê de Ética em Pesquisa do GHC pelo telefone 3357-2407, endereço Av. Francisco Trein 596, 3º andar, Bloco H, sala 11, das 09h às 12h e das 14h:30min às 17h.

Declaro que recebi cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com a pesquisadora.

Porto Alegre, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

Entrevistado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Jocielle Gheno - pesquisadora

