

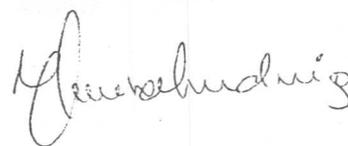
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

JOICE QUELI AIRES QUEVEDO

**CUIDADOS DE SAÚDE PRATICADOS POR PESSOAS IDOSAS
PORTADORAS DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS**

Porto Alegre

2004



JOICE QUELI AIRES QUEVEDO

**CUIDADOS DE SAÚDE PRATICADOS POR PESSOAS IDOSAS
PORTADORAS DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS**

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

Orientadora: Prof^ª Maria Luiza Machado Ludwig

Porto Alegre

2004

DEDICO ESTE ESTUDO

À MINHA FAMÍLIA

A meu pai, Hélio (in memorian)

*Pelo meu existir,
pela sua proteção
e por continuar vivo em meu coração.*

À minha mãe (e pai), Albina

*Por ser meu grande estímulo
nos estudos
e meu melhor exemplo
de perseverança.*

A meu marido, Everaldo

*Pelo amor,
pelo companheirismo
e pelo respeito às minhas escolhas.*

A meu mano, Éverton

*Por ser meu melhor amigo
e por ter ajudado
na busca de livros para este trabalho.*

AGRADECIMENTOS

À professora Maria Luiza Machado Ludwig, pelos momentos gratificantes em que pude lhe conhecer melhor em função da orientação deste estudo, pela valorização dada aos meus escritos e pela disponibilidade na construção conjunta deste estudo;

À professora Beatriz Ferreira Waldman, responsável por despertar o meu interesse pela consulta de enfermagem e pelo cuidado ao idoso, e por ajudar na escolha do tema deste trabalho;

A todas as pessoas idosas que participaram de minha pesquisa, recebendo-me em suas casas com carinho e dispostas a compartilharem seus saberes de saúde;

Às minhas colegas, amigas e futuras enfermeiras Clau, Fabi e Nice, pela amizade incondicional construída na faculdade, onde compartilhamos angústias e alegrias.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 CONTEXTO TEÓRICO	8
2.1 Significado do envelhecimento na sociedade atual.....	8
2.2 Envelhecimento saudável e envelhecimento patológico	11
3 OBJETIVOS	16
4 METODOLOGIA	17
4.1 Tipo de estudo	17
4.2 Fases do estudo.....	17
4.2.1 Contexto do estudo.....	17
4.2.2 Os participantes.....	17
4.2.3 Coleta de informações	18
4.2.4 Análise de informações	19
4.2.5 Aspectos éticos.....	20
5 SABERES E PRÁTICAS DE SAÚDE DE IDOSOS COM DOENÇA CRÔNICA	22
5.1 É verdade, pra mim é bom pra saúde	22
5.1.1 Era salve-se quem puder.....	23
5.1.2 O que vinha a gente mandava	25
5.1.3 Se parar, a cabeça pára também	26
5.2 Quando fico doente	31
6 REFLEXÕES	35
REFERÊNCIAS	38
APÊNDICE A – Roteiro de entrevista	42
APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido	43
ANEXO – Parecer do Grupo de Pesquisa e Pós-graduação do HCPA	44

1 INTRODUÇÃO

Os idosos até pouco tempo constituíam uma parcela pequena da população. Hoje, viver após os 60, 70, 80 anos de idade tornou-se uma experiência comum vivida por milhões de brasileiros.

Dados preliminares do censo de 2000, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2000), informam que a população total de brasileiros é de 169.872.856 habitantes, estimando que, destes, 15,5 milhões tenham 60 anos ou mais. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que, até 2025, o Brasil será o sexto país do mundo com o maior número de pessoas idosas, ficando atrás apenas da China, Índia, ex-URSS, Estados Unidos e Japão (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2001).

Os idosos no Brasil de hoje representam cerca de 10% da população geral e são na maioria mulheres, viúvas, com baixa escolaridade e com menor renda em relação a seus pares masculinos (GARRIDO e MENEZES, 2002; INDICADORES E DADOS BÁSICOS PARA A SAÚDE, 2002).

Esse aumento da população idosa é resultado do declínio da fecundidade, cujo significado é o número de filhos por mulher em idade fértil, e da diminuição da mortalidade, levando ao aumento da expectativa de vida (PASCHOAL, 1996; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2001).

Além das mudanças econômicas e sociais ocorridas no nosso país, sabe-se que fatores ideológicos, psicológicos e culturais são responsáveis por esse aumento na expectativa de vida.

No Brasil, a esperança de vida para o indivíduo ao nascer é de 69 anos e aos 60 anos é de 78 anos na população em geral. No Rio Grande do Sul, esses dados são de 72 anos ao

nascer e de 79 anos aos 60 anos (INDICADORES E DADOS BÁSICOS PARA A SAÚDE, 2002). É esperado que, em 2025, a expectativa de vida ao nascer seja de 74 anos no Brasil (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2001).

Com o envelhecimento populacional, afirma Ramos (2003), tem-se um aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e uma mudança de paradigma na saúde pública, ou seja, os problemas de saúde antes relacionados com crianças e jovens, passarão a estar mais ligados aos idosos.

Garrido e Menezes (2002) relatam que os idosos apresentam mais problemas de saúde que a população geral. Em seus estudos concluíram que, os idosos no Brasil são portadores de, pelo menos, uma DCNT e utilizam um medicamento regularmente.

Neste processo de envelhecimento populacional, há pessoas que alcançam ou ultrapassam os cem anos de idade. O Censo de 2000 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2001), aponta para uma população de 24.576 pessoas com 100 anos ou mais residentes em todo o território nacional, destes 42,41% são homens e 57,59%, mulheres, demonstrando a necessidade de profissionais de saúde qualificados para ajudar o cliente geriátrico a tornar esses anos adicionais saudáveis e produtivos.

Para isso, vejo a necessidade de conhecermos e valorizarmos os significados, biológico, pessoal, emocional, social, religioso e cultural, ligados ao processo de envelhecer, com vistas à proposição de cuidados de saúde individualizados, de acordo com as necessidades de cada pessoa.

Para a realização deste estudo, procurei conciliar meu interesse acadêmico pelo cuidado ao idoso com minha experiência como aluna e, posteriormente, monitora da disciplina Cuidado de Enfermagem ao Adulto II do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. A disciplina desenvolve consultas de enfermagem no ambulatório (Zona 12) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre a pacientes com DCNT, tais

como hipertensão arterial sistêmica, diabete melitus, dislipidemia, obesidade, cardiopatias, insuficiência renal entre outras, predominantemente idosos.

Ao atuar como monitora da disciplina, entre outras atividades, tive a oportunidade de realizar consultas de enfermagem com estes clientes e percebi que alguns deles possuem dificuldades para incorporar hábitos saudáveis, mesmo com orientações sobre a patologia e sua relação com a importância da mudança no estilo de vida. Acredito que isso se deve, não ao déficit cognitivo ou à falta de informação, mas a aspectos antropológicos, como comportamentos, valores e cuidados de saúde cultuados na família. Sabe-se que estas crenças podem afetar a resposta ao cuidado prestado pelo profissional, tanto do ponto de vista do auto-cuidado quanto àquele perpetuado pelos descendentes.

Para o controle das doenças crônicas, algumas maneiras de se cuidar são adequadas e outras requerem adaptações e/ou mudanças de modos de vida, sendo estas passíveis de causarem o surgimento ou agravamento dessas doenças.

Nesta perspectiva, este trabalho tem por objetivo conhecer os cuidados de saúde herdados pelos idosos com DCNT, bem como identificar quais destes cuidados estão sendo preservados por eles e ensinados às gerações posteriores.

Em suma, as informações obtidas a partir deste estudo, ajudarão a Enfermagem, tanto no âmbito hospitalar quanto no comunitário, na compreensão das crenças, dos valores e das práticas de saúde dos idosos portadores de DCNT e no fornecimento de atendimento de enfermagem melhor adaptado a sua cultura, permitindo que eles mantenham um bom nível de saúde e recebam um cuidado humanístico.

2 CONTEXTO TEÓRICO

Para elucidar o assunto, será apresentada a seguir uma revisão bibliográfica sobre o significado do envelhecimento na sociedade, que engloba aspectos históricos, estimativas demográficas e iniciativas da sociedade quanto ao idoso e, envelhecimento saudável e envelhecimento patológico, que reúne definições da velhice, o papel da enfermagem e o aspecto antropológico do cuidado.

2.1 Significado do envelhecimento na sociedade atual

Desde as civilizações mais antigas, há inúmeras teorias sobre o envelhecimento, na tentativa de compreender as modificações biológicas e culturais ocorridas com o avanço da idade e prolongar a longevidade.

No século XVIII, a palavra velhice estava ligada àqueles com alto poder aquisitivo e remetia ao “bom pai” ou “bom cidadão”. Já no século seguinte, na França, os termos velhice, velho e velhote caracterizavam as pessoas que não tinham status social, enquanto idoso traduzia-se em boa imagem social (FREITAS *et al*, 2002).

Após o aparecimento da aposentadoria, surge a expressão terceira idade, designando, principalmente, envelhecimento ativo e independente (PEIXOTO¹, 1998 *apud* FREITAS *et al*, 2002).

No Brasil, não há essa distinção, independente dos proventos do aposentado, as expressões “aquele velho” e “velhote” geralmente têm sentido pejorativo e, “velhice”,

¹ PEIXOTO, C. Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velhos, velhote, idoso, terceira idade. In: MORAES, M.; BARROS, L.; DEBERT, G.; PEIXOTO, C. *Velhice ou terceira idade?*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998. p.69-84.

“terceira idade” e “a melhor idade” conotam respeito e dignidade. No entanto, Freitas *et al* (2002) diz que prevalece o mito de considerar a velhice como sinal de fragilidade, decadência e/ou dependência.

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística de 2002 mostram que a expectativa de vida do brasileiro aos 60 anos superou os 70 anos, ou seja, está acima da média mundial, de 65,4 anos (INDICADORES E DADOS BÁSICOS PARA A SAÚDE, 2002). Patarra² (1995 *apud* FREITAS *et al*, 2002) acredita que esse crescimento demográfico é resultado de vários fatores: econômicos, sociais, culturais, ideológicos e psicológicos, influenciando no relacionamento familiar, profissional e social, ainda que não sejam ideais e igualitários.

A Organização Mundial de Saúde (1998) apontam a descoberta de métodos anticoncepcionais e a conseqüente redução nos nascimentos e, a queda nas taxas de mortalidade desde o final da segunda guerra mundial como responsáveis pelo envelhecimento populacional brasileiro. Contudo, os autores Carvalho e Garcia (2003) defendem apenas o declínio da taxa de fecundidade. Eles acreditam que o Brasil, diferentemente do que ocorreu com países da Europa, teve a queda dessa taxa muito bruscamente no final da década de 60, e por ser originada de uma população mais jovem ocasionará mudanças demográficas mais significativas.

Ainda sobre essa questão, os autores afirmam que a diminuição da mortalidade causou um rejuvenescimento da população, contrariando a idéia de envelhecimento, pois a diminuição se concentrou nas pessoas mais jovens, destas, mais mulheres sobreviveram até o final do período reprodutivo, tiveram mais filhos, levando a uma proporção maior de jovens na população.

² PATARRA, N. L. Mudanças na dinâmica demográfica. In: MONTEIRO, C. A.; PATARRA, N. L. **Velhos e novos males da saúde do Brasil**. São Paulo: Hucitec. 1995. p.61-78.

Desta forma, haverá um envelhecimento no futuro, quando a queda da mortalidade se concentrar nos idosos. Se não houver mais queda na fecundidade, a proporção da população idosa, considerando 60 anos ou mais, de 8,6% em 2002 alcançará 19,3% ao estabilizar (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2001).

A sociedade vem criando estruturas para atender as necessidades desse grupo, mas são insuficientes devido a um número cada vez maior de pessoas nessa faixa etária, logo, como sugere Berquó³ (1999 *apud* FREITAS *et al*, 2002), os órgãos públicos, os formadores de políticas sociais e de saúde devem investir em serviços, benefícios e atenções para o idoso, considerando as peculiaridades populacionais, sociais e econômicas de nosso país.

A mídia e o mercado de consumo, percebendo o rápido crescimento desse grupo de pessoas e possíveis consumidores, têm investido em programas e novos produtos, favorecendo a valorização e satisfação da velhice. Entretanto, a situação dos idosos no país é diversificada, muitos estão excluídos desses privilégios (DEBERT⁴, 1998 *apud* FREITAS *et al*, 2002), alguns esquecidos em asilos, outros cuja pensão é a única renda de uma família numerosa, outros sofrendo maus tratos.

Na última década, reivindicações para garantir os direitos do idoso levaram à criação de uma lei federal, a lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Esta lei considera idosa “toda pessoa maior de sessenta anos de idade” e tem por objetivo “assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade” (BRASIL, 2002).

³ BERQUÓ, E. Considerações sobre envelhecimento da população no Brasil. *In*: NERI, A. L.; DEBERT, G. G.; BERQUÓ, E.; OLIVEIRA M. C.; SIMÕES J.Á.; CACHIONI M. *et al*. **Velhice e sociedade**. São Paulo: Papyrus, 1999. p.11-40.

⁴ DEBERT, G. G. Antropologia e o estudo dos grupos e das categorias. *In*: MORAES, M.; BARROS, L. **Velhice ou terceira idade?**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998. p.49-67.

Veicula numa emissora de televisão, uma nota de reconhecimento pela novela que apresentou a questão do idoso. Nesta nota, o senador Paulo Paim atribui a este trabalho a grande discussão sobre o tema na sociedade, contribuindo para que o Estatuto do Idoso fosse aprovado na câmara e no senado. O estatuto vem acrescentar e detalhar à antiga lei alguns aspectos como a prioridade de atendimento nas instituições de saúde, penas a quem infringir as normas de proteção ao idoso e a inclusão de conteúdos sobre envelhecimento nos currículos dos diversos níveis de ensino (BRASIL, 2003).

Reconhecendo o papel social da mídia, as iniciativas ainda são tímidas, a sociedade e, em especial o próprio idoso, desconhecem o conteúdo desse documento. Falta rigor do poder público e empenho da sociedade em fazer cumprir-se essa lei; alguns artigos possuem penalidades brandas contra àqueles que desrespeitam a pessoa idosa, outros estão esquecidos no papel.

2.2 Envelhecimento saudável e envelhecimento patológico

O envelhecimento, pela definição adotada pela Organização Mundial de Saúde é:

um processo seqüencial, individual, acumulativo, irreversível, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto aumente sua possibilidade de morte (DUARTE, 2001, p.1).

Este processo refere-se ao ser humano desde o seu nascimento e no decorrer de sua vida. Duarte (2001) lembra que não ficamos velhos aos 60, 70 ou 80 anos, mas que envelhecemos diariamente.

O envelhecimento saudável, segundo Smeltzer e Bare (2002a), caracteriza-se pela capacidade da pessoa idosa em adaptar-se às perdas físicas, sociais e emocionais, modificando a maneira como realizam as atividades da vida diária (AVDs) e as atividades instrumentais da vida diária (AIVDs). As AVDs incluem banhar-se, vestir-se, alimentar-se e andar pela casa, e

as AIVDs, preparar as refeições, fazer compras, gerenciar o dinheiro, usar o telefone, fazer trabalhos domésticos e tomar os medicamentos. Quando submetida a situações de estresse físico e emocional, a pessoa necessita flexibilizar e enfrentar as mudanças.

Outro termo usado é envelhecimento bem-sucedido, definido como “condição individual e grupal de bem-estar físico e social, referenciada aos ideais da sociedade, às condições e aos valores existentes no ambiente em que o indivíduo envelhece e às circunstâncias de sua história pessoal e seu grupo etário” (NERI, 2000, p.37).

As doenças não são conseqüências normais do envelhecer. Jacob Filho (2000) alerta para não se atribuir sinais e sintomas próprios da senescência a doenças, pois seria “diagnosticar” o envelhecimento como doença. No entanto, algumas alterações são atribuídas ao envelhecimento natural, quando na verdade são patologias passíveis de tratamento ou cura. Para evitar esses equívocos é fundamental conhecer as mudanças no estado funcional associadas à idade.

Tem-se observado nos consultórios de enfermagem, bem como é bastante citado pelos autores, a combinação freqüente de várias doenças no idoso, como hipertensão, diabetes, cardiopatias, depressão e outras (RAMOS, 2003; GARRIDO e MENEZES, 2002; SMELTZER e BARE, 2002c). Entretanto, ter DCNT e utilizar medicamentos regularmente não significa ser doente, uma vez que pessoas com suas enfermidades controladas, capazes de determinarem o modo, local e hora de executarem suas atividades, com manutenção de convívio social e, muitas vezes, ativas no mercado de trabalho podem ser consideradas saudáveis.

Já uma pessoa que não tenha controlada sua doença, pode representar o contrário. Ramos (2003) exemplifica o que poderá acontecer com este idoso: desde uma depressão acarretando reclusão social, déficit cognitivo, perda de auto-estima e abandono do autocuidado, ao agravamento das DCNT com complicações e dependência para as tarefas diárias.

No Brasil, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, os gastos hospitalares concentram-se no atendimento ao idoso e, quanto mais avançada a idade maior é a prevalência de doenças, em especial as circulatórias e respiratórias (INDICADORES E DADOS BÁSICOS PARA A SAÚDE, 2002).

Com base no conceito de Ramos (2003), o bem-estar na velhice é o equilíbrio entre as dimensões da capacidade funcional, sendo estas: saúde física e mental, independência na vida diária e econômica, integração social e suporte familiar, não significando a ausência de problemas em algumas dimensões.

O envelhecimento dito patológico, ou “anormal” como define Smeltzer e Bare (2002a), refere-se às influências externas à pessoa, tais como enfermidades, doenças, poluição do ar e a luz solar. Estes fatores aceleram o processo de envelhecimento. A doença no idoso, geralmente não é unicausal, e está combinada a diminuição da resistência do hospedeiro.

Smeltzer e Bare (2002a) aplicam o termo fragilidade aos idosos que são mais vulneráveis a mudanças nos padrões de vida em consequência dos seguintes fatores: idade muito avançada (85 anos ou mais), dependência para realizar as AVDs ou AIVDs e presença de doenças crônicas.

Estudo realizado com idosos residentes em um centro urbano apontou como fatores de risco para mortalidade ser do sexo masculino, ter idade avançada, auto-avaliação subjetiva de saúde negativa, história pregressa de sedentarismo, quedas, acidente vascular cerebral e incontinência urinária, ter sido hospitalizado, ter visitado o médico nos últimos seis meses, positividade para depressão, déficit cognitivo e dependência no dia-a-dia (RAMOS, 2003). Estes dados levam a refletir sobre as iniciativas que a sociedade vem lentamente concretizando, pois a manutenção do bem-estar dessas pessoas está ligada ao acesso a serviços de apoio e profissionais qualificados. Já há grupos de convivência improvisados em

clubes, paróquias, e atividades de pesquisa com idosos desenvolvidas pelas universidades em parceria com os hospitais e outras instituições assistenciais.

Segundo Ramos (2003) é prioridade a presença da equipe multiprofissional na rede de saúde para atender o idoso. Para isso é necessário que haja a formação de profissionais qualificados, através da criação de disciplinas nas universidades, residências médicas e financiamento de pesquisas na área de geriatria e gerontologia.

A geriatria estuda o idoso sob a ótica fisiológica e patológica, para o diagnóstico e o controle das doenças. Já a gerontologia, estuda o processo de envelhecimento, incluindo os aspectos biológicos, psicológicos e sociais (SMELTZER e BARE, 2002a).

A enfermagem gerontológica teve sua origem em 1969 nos Estados Unidos, sendo o campo da enfermagem que se especializa no cuidado ao idoso, direcionado para a promoção e manutenção do estado funcional, promovendo a independência (SMELTZER e BARE, 2002a). Em nosso meio, esta especialidade é recente, mas a enfermagem reconhece a necessidade de incluir disciplinas no curso que abordem aspectos da senescência e da senilidade.

A atuação da enfermeira junto ao idoso e sua família deve centrar-se na educação para a saúde, engajando-os e responsabilizando-os pelo cuidado para facilitar a adaptação às novas condições de vida. Para isso, a enfermeira deve considerar o saber popular e o significado social atribuído aos cuidados de saúde. Segundo Uchôa (2003), é preciso conhecer como o idoso vê seus problemas de saúde, como os resolve e quais as dificuldades que encontra no caminho.

A questão antropológica do cuidado é descrita pela enfermeira e teórica Madeleine M. Leininger que, em 1979, fundou a Enfermagem Transcultural, definindo-a como:

um subcampo ou ramo da enfermagem que enfoca o estudo comparativo e a análise de culturas com respeito à enfermagem e às práticas de cuidados de saúde-doença, às crenças e aos valores, com a meta de proporcionar um serviço de atendimento de enfermagem significativo e eficaz para as pessoas de acordo com seus valores culturais e seu contexto de saúde-doença

(LEININGER⁵, 1979 *apud* GEORGE, 2000, p. 297; SMELTZER e BARE, 2002b, p.99).

O cuidado cultural, para Leininger é definido como

os valores, as crenças e os modos de vida padronizados e aprendidos, subjetiva e objetivamente e transmitidos que auxiliam, sustentam, facilitam ou capacitam outro indivíduo ou grupo a manter seu bem-estar, saúde, melhorar sua condição humana e seu modo de vida ou lidar com a doença, a deficiência ou a morte. (LEININGER⁶, 1991 *apud* GEORGE, 2000, p.299; SMELTZER e BARE, 2002b, p.100).

A enfermeira interage, tanto no sistema de saúde quanto na sociedade, com pessoas com “bagagens” de vida semelhantes e outras, muito diferentes. Essas pessoas, assim como as enfermeiras, possuem formações variadas que influenciam, entre outros aspectos, os hábitos de vida e os cuidados de saúde. Reconhecer que o ser humano idoso tem muito a ensinar às gerações futuras, pois possui conhecimento baseado na experiência de vida, e adaptar as necessidades culturais do paciente e de seus familiares, é um componente importante do cuidado de enfermagem.

⁵ LEININGER, M. **Transcultural nursing**. New York: Masson, 1979.

⁶ LEININGER, M. **Culture care diversity and universality: a theory of nursing**. New York: National League for Nursing, 1991.

3 OBJETIVOS

Objetivo Geral:

- Conhecer os cuidados de saúde herdados por pessoas idosas portadoras de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).

Objetivos Específicos:

- Identificar os cuidados de saúde preservados pelos idosos portadores de DCNT;
- Identificar os cuidados de saúde que são ensinados aos descendentes pelos idosos.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa, que possibilita conhecer os cuidados de saúde herdados por idosos portadores de DCNT, bem como aqueles transmitidos aos seus descendentes.

A pesquisa qualitativa preocupa-se com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, ou seja, um nível de relações, processos e fenômenos que não pode ser quantificado (MINAYO, 1997).

Este estudo, conforme Goldim (2000), considera o grupo como unidade de estudo e baseia-se nas características comuns a todos os indivíduos.

4.2 Fases do estudo

4.2.1 Contexto do estudo

A coleta de dados abrangeu entrevistas que ocorreram no domicílio dos idosos que se investigou, moradores de diferentes bairros de Porto Alegre.

4.2.2 Os participantes

Os participantes deste estudo foram idosos com 60 anos ou mais, portadores de DCNT, tais como hipertensão arterial sistêmica, diabetes melitus, dislipidemia, obesidade, cardiopatias, insuficiência renal e outras. Os mesmos são atendidos nos consultórios de enfermagem da Zona 12 do ambulatório do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, nas agendas

sob a responsabilidade da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, disciplina Enfermagem no Cuidado ao Adulto II.

O critério de busca dos participantes da pesquisa foi através dos registros dos pacientes atendidos na agenda, onde constam dados de identificação dos mesmos, endereço, diagnóstico e frequência nas consultas de enfermagem, mantidos pelas professoras da disciplina de Enfermagem no Cuidado ao Adulto II da Escola de Enfermagem/ UFRGS.

A seleção foi intencional e os informantes foram contatados durante os dias de consulta ou por telefone, ocasião em que foram convidados a participarem voluntariamente da pesquisa.

Foi considerado como critério de exclusão a incapacidade do idoso em manter um diálogo.

A amostra foi composta por oito informantes, havendo com este número a reincidência de dados. Os mesmos tinham idades entre 60 e 73 anos, sendo dois homens e seis mulheres.

4.2.3 Coleta de informações

A coleta de informações realizou-se através de visitas domiciliares, utilizando entrevista não estruturada (APÊNDICE A), conforme proposta de Lüdke e André (1986). Segundo as autoras, esta modalidade é definida como aquela "... onde não há a imposição de uma ordem rígida de questões, o entrevistado discorre sobre o tema proposto com base nas informações que ele detém e que no fundo são a verdadeira razão da entrevista" (ibidem, p.33).

A utilização desta técnica de coleta de dados permitiu que pesquisador e informante interagissem, facilitando a obtenção das informações de forma espontânea.

Foram realizados pré-testes, com dois informantes, com o intuito de avaliar a aplicabilidade do instrumento de coleta de dados, verificando-se que as perguntas foram bem compreendidas por eles, cujas informações valiosas foram incluídas nesta investigação.

4.2.4 Análise de informações

Foi utilizada a análise temática proposta por Minayo (1996). Segundo a autora, tema denota uma afirmação a respeito de certo assunto e pode ser definida através de uma palavra, frase ou resumo. Na pesquisa qualitativa, a presença de determinados temas no discurso indica os valores e os padrões de comportamento de determinada pessoa.

Fazer uma análise temática, orienta Minayo (1996, p. 208), consiste em descobrir os “sentidos” que compõem uma comunicação, cuja “presença ou frequência” definam o objetivo da pesquisa.

Para este estudo, foram realizadas as seguintes etapas:

a) Primeira etapa: A Pré-Análise que pode ser dividida nas seguintes tarefas:

- Leitura Flutuante: do material, deixando-se impregnar pelo conteúdo, com o objetivo de tornar a leitura mais sugestiva a partir de sua relação com as hipóteses e a teoria que a orienta,
- Constituição do Corpus: organização do material de modo a contemplar as normas de *exaustividade*, *representatividade*, *homogeneidade* e *pertinência*,

As tarefas listadas ajudaram a estabelecer “a unidade de registro (palavra-chave ou frase), a unidade de contexto (a delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro), os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientaram a análise” (MINAYO, 1996, p. 210).

b) Segunda etapa: Exploração do Material, a qual consiste no recorte do texto, na escolha das regras de contagem e na classificação e agregação das informações, a fim de facilitar a fundamentação teórica adequada aos temas;

c) Terceira etapa: Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação, onde os resultados foram submetidos a operações descritivas para dar destaque às informações obtidas. Após, realizou-se a interpretação trabalhando com os significados, com as inferências e com o quadro teórico.

4.2.5 Aspectos éticos

Os princípios e valores morais que regem as ações e comportamentos das pessoas pesquisadas, assim como os direitos garantidos por lei foram devidamente respeitados, de acordo com a resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre as normas e diretrizes para pesquisas em humanos (BRASIL, 1996). Solicitou-se, para o desenvolvimento do estudo, a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, aprovada em dezoito de maio de dois mil e quatro (ANEXO).

A participação voluntária dos informantes foi obtida através de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), que após ser aprovado pelo Comitê de Ética, foi assinado na presença da autora do projeto, em duas vias de igual teor, ficando uma com o participante da pesquisa e a outra com a pesquisadora.

Para Goldim (2000), o consentimento não se restringe apenas a assinar este termo, é imprescindível que se forneça informações adequadas e se esclareçam dúvidas durante o convite para participar da pesquisa.

Garantiu-se aos indivíduos a privacidade dos dados obtidos; quando da apresentação dos resultados, utilizou-se pseudônimos, sendo escolhidos nomes de pessoas de minha família

já falecidas. Está também informado sobre a retirada de consentimento em qualquer momento do estudo.

Buscando proporcionar conforto e privacidade, foi sugerido aos informantes que as entrevistas fossem realizadas em seus domicílios, havendo a possibilidade da ocupação de um espaço no ambulatório do HCPA. Os oito informantes optaram pela realização da entrevista em suas casas. Este fato foi avaliado pela pesquisadora como um facilitador da coleta de informações, pois o ambiente familiar, inclusive com a participação de familiares, levou o informante a se expressar livremente.

As entrevistas foram gravadas em fitas k-7 e desgravadas após transcrição. As transcrições estão sob a guarda da pesquisadora e serão destruídas após 5 anos.

5 SABERES E PRÁTICAS DE SAÚDE DE IDOSOS COM DOENÇA CRÔNICA

A interpretação dos dados obtidos foi feita a partir do pressuposto de que a forma como o idoso, portador de doenças crônicas não transmissíveis, percebe seus problemas de saúde e procura resolvê-los é influenciada pelas crenças e costumes transmitidos pela família.

No processo de análise realizada, conforme Minayo (1996), emergiram duas categorias temáticas, intituladas com frases extraídas do discurso dos idosos. Dessa forma, tem-se a primeira categoria: **É verdade, pra mim é bom pra saúde**, relacionada com o estilo de vida mencionado pelos sujeitos. Dessa categoria, derivam três subcategorias: *Era salve-se quem puder*, relacionada com condições socioeconômicas e contexto familiar; *O que vinha a gente mandava*, relacionada aos cuidados com a alimentação e *Se parar, a cabeça pára também*, relacionada com atividade física e lazer e suas influências no sono.

A segunda categoria temática **Quando fico doente ...**, está relacionada com as alternativas de busca de assistência à saúde

A seguir, é apresentada e discutida cada uma das categorias temáticas.

5.1 É verdade, pra mim é bom pra saúde

A primeira categoria temática refere-se ao estilo de vida dos idosos, relacionado com os *sistemas de cuidados populares*. Leininger define esses sistemas como os

conhecimentos e habilidades tradicionais, populares (com base doméstica), culturalmente aprendidos e transmitidos usados para proporcionar atos assistenciais, apoiadores, capacitadores ou facilitadores para outro ou por outro indivíduo, grupo ou instituição com necessidades evidentes ou antecipadas de melhorar um modo de vida humano, uma condição de saúde (ou bem-estar) ou para lidar com situações de deficiência ou morte (LEININGER⁷, 1991, p.48 *apud* GEORGE, 2000, p.299).

⁷ LEININGER, M. *Culture care diversity and universality: a theory of nursing*. New York: National League for Nursing, 1991.

O conjunto de crenças sobre a conservação da saúde gera uma série de normas de comportamento, tais como a maneira saudável de comer, beber, dormir, vestir-se, trabalhar, rezar e conduzir a vida em geral (HELMAN, 1994).

Os conhecimentos e habilidades mencionados pelos participantes serão apresentados como subcategorias temáticas com o propósito de destacar seus conteúdos.

5.1.1 Era salve-se quem puder

A infância vivida, tanto no interior como na cidade, é retratada como uma época de pobreza e de rigidez de costumes, onde não existia infra-estrutura mínima nem saneamento básico. O sustento da família era extraído da terra e da criação de animais, os cuidados de saúde eram improvisados em casa e a autoridade dos pais dificilmente era contestada. Os informantes citam aspectos do modo de vida passado como obrigações, não os vêem como cuidados de saúde que tenham sido ensinados pelos pais, conforme se percebe nos trechos abaixo:

Meus pais, na infância, não eram muito dedicados, o tratamento era de outra maneira, não davam atenção de ensinar, só sabiam que tinha que ir para o colégio, depois ia para casa, mas só assim, não falavam nada pra nós, que era pra fazer isso, fazer aquilo pra se desenvolver. A vida era muito simples, a gente não tinha nem o que conversar, era salve-se quem puder! (Sr. Hélio, 73 anos).

Tudo era controlado por horário porque, sabe, gente antiga né, tinha horário pra tudo. Mas, assim, a gente, não sei se, porque as pessoas mais velhas não tinham diálogo com os filhos, a gente não conversava quase, era como se fossem estranhos. Tinha que ter respeito, a gente conhecia as pessoas, por exemplo a minha vó, a gente conhecia pelo olhar [risos] (D. Virgínia, 65 anos).

A família é o primeiro e o mais importante contexto social onde os cuidados de saúde são concedidos. Os padrões como esses cuidados são ensinados por determinada família,

podem ser vistos como adequados e eficientes por seus membros, e descritos como impostos e diferentes por quem possui outra cultura familiar. Cada família possui um *costume cultural*, definido por Helman (1994) como o conjunto de crenças e de condutas culturais cuja manifestação particular (e às vezes única) reside em cada cultura familiar.

No entanto, contesta Elsen (1994), uma família que funciona como um sistema fechado em termos de comunicação, pode influenciar negativamente a saúde de seus membros, além disso, existe uma vinculação entre a saúde da família e a saúde do meio no qual a família está inserida, tornando difícil uma família funcionar bem quando há escassez ou inadequação de recursos institucionais e estruturais, tais como moradia, emprego e serviços de atendimento à saúde e social.

Mudanças ocorridas na sociedade e alguns eventos pessoais, como a vinda para a capital, o ingresso no mercado de trabalho e o casamento, possibilitaram melhoria das condições de vida. Em contrapartida, dos oito entrevistados cinco não possuem aposentadoria ou porque a contribuição previdenciária foi interrompida com a perda do emprego, ou ainda porque nunca contribuíram. O relato a seguir retrata o ingresso no mercado informal decorrente da falta de emprego associada à idade “avançada” e baixo grau de escolaridade:

[...] tô trabalhando muito, fazendo bico. sai do serviço em noventa e conseguir outro pra minha idade também, não sei e também pelo grau de estudo que eu tenho, não tenho muito estudo mas tenho muita prática e inteligência no meu trabalho que eu faço. (Sr. Adalberto, 60 anos).

Já o relacionamento com os filhos inclui “mais diálogo” e “mais união” na opinião de D. Virgínia (65 anos) e, os ensinamentos sobre saúde são transmitidos, respeitando-se a individualidade e a autonomia de cada um. Por exemplo, D. Vitalina (64 anos) acredita que “eles acatam, acham que tá certo, mas não fazem” e D. Florência (66 anos), porque “ainda não apareceram os problemas”.

5.1.2 O que vinha a gente mandava

A alimentação como cuidado de saúde e como demonstração de afeto foi marcante em todas as entrevistas, parecendo ser o aspecto principal da promoção, manutenção e recuperação da saúde:

Eu fui uma criança muito magrinha, raquítica, mas muito forte porque aos três anos eu andei tendo crise de bronquite asmática, crise forte. [...] e nunca mais me deu nada. E o que eu acho mais, pra mim, foi a alimentação, ela [mãe] fazia gemada com leite de noite. Ela fazia assim para me estimular a comer e eu fazia assim com as crianças no hospital. Eu lembro que uma madrinha nunca me deu nada de brinquedo, mas uma vez ela me deu uma caneca de leite quente, sabe? Uma coisa que me marcou muito (D. Almerinda, 71 anos).

O alimento pode ser considerado como uma forma de medicar para determinadas doenças ou estados psicológicos e de criar e manifestar os relacionamentos entre as pessoas (HELMAN, 1994). Para Knauth (1991), nos achados de sua pesquisa, o alimento é uma das principais fontes de “substância” para o corpo e é responsável pela promoção e manutenção da força deste.

Alguns sujeitos do estudo acreditam que, antigamente, os alimentos gordurosos e calóricos não prejudicavam a saúde e os hortifruticultivados não possuíam agrotóxicos, conforme as expressões “nada fazia mal, não tinha colesterol e glicose” e “qualquer compra, hoje, tem produto químico”. Estas afirmações do Sr. Adalberto (50 anos) mostram que o valor nutricional dos alimentos não era conhecido. Segundo Marucci (2000), o fato de a alimentação ser uma atividade corriqueira, não significa que todos conheçam a sua importância e as funções que desempenham no organismo.

Outros relatam o hábito de ingerir alimentos gordurosos associados a hortaliças e frutas, aprendido na infância, tornando difícil modificá-lo. As orientações quanto à mudança no hábito alimentar propostas pela enfermeira em consulta ambulatorial são parcialmente realizadas, como se pode constatar nas falas a seguir:

O tipo de alimentação já vem desde o tempo dos meus avós. é saudável. fazia feijão, fazia sopa. comida lá da fronteira. E hoje, a gente continua com a mesma alimentação. claro, fritura a gente faz muito pouco porque a mãe também tem colesterol alto, então, nos cuidamos pra não aumentar mais. Tudo que se comia em casa era feito lá e se plantava verdura: alface, rabanete, cenoura. a gente aprendeu a comer porque sempre tinha na mesa (D. Alfibia, 60 anos).

Daquela época, não modificou nada pra mim, eu como carne gorda, mas óbvio que eu diminuí a quantidade de comida que eu comia antes, bebida também. que eu bebia muito. não digo cem por cento. mas setenta por cento eu parei, fumei por quarenta anos. hoje faz cinco anos que eu parei (Sr. Adalberto, 60 anos).

Os hábitos alimentares são fixados na infância e tendem a se perpetuar ao longo da vida, tornando-se mais difíceis de serem modificados na vigência de uma ou mais doenças crônicas (Marucci, 2000). A respeito da alimentação atual do brasileiro, Marcon *et al* (2002) concorda que o consumo é mais diversificado, porém alerta para o desequilíbrio de nutrientes existente, classificando-a como pior que a de antigamente. O consumo de gorduras, álcool e fumo associado ao sedentarismo são uma combinação maléfica para pessoas acometidas por doenças como obesidade, diabetes e hipertensão.

5.1.3 Se parar, a cabeça pára também

O conteúdo desta subcategoria abrange a atividade física e o lazer como cuidados de saúde e sua influência no padrão de sono.

A atividade física, para as gerações passadas, era associada às brincadeiras, em especial o futebol, e às atividades domésticas e laborais. Todavia, não estava relacionada à promoção da saúde e a sua não realização, era justificada pela necessidade de trabalhar o dia inteiro, fato que exigia muito esforço físico ou pelas longas caminhadas até a casa de outros parentes, como fica evidenciado nas falas a seguir:

Se fazia muita força! Uh, se fazia! Eu trabalhei muito tempo em construção civil. desde guri. desde 8 anos. então não tinha posição. Ah, pega aí! Pá-pá. Exercício. corrida. naquela época. nem pensar. não. O pessoal corria.

caminhava no campo. Se corria normal, mas não dizer tem que fazer isso. (Sr. Adalberto, 60 anos).

Naquela época, não tinha essa função de exercício, morando pra fora nós caminhava mais do que aqui na capital, a gente caminhava não tinha ônibus. Eu fazia o serviço da casa tudo era eu que tomava conta pra eles. Meus avós moravam uns cinco, seis quilômetros ou mais e eu ia lá passear de a pé. (D. Vitalina, 64 anos).

Boltanski (1989) em sua análise sobre a prática de esportes segundo a classe social, tem o futebol essencialmente como uma distração praticada por homens das classes populares, que requer um uso do corpo semelhante ao seu uso profissional (correr, levantar, jogar, lançar, etc.), e que pode ser dito “natural” no sentido de que não exijam movimentos ou posturas que já não tenham sido experimentadas na atividade profissional.

Essa crença popular de que já se pratica exercícios enquanto trabalha ou nas atividades diárias, explica o porquê alguns informantes não reservam um momento específico para a prática de exercício. A caminhada está sempre relegada à outra ação, como olhar vitrines, fazer compras, passear, ir ao médico e outras. Alguns mesmo cientes da relação da atividade física com sua doença, justificam o sedentarismo pela necessidade de cuidar um familiar ou pela falta de tempo, conforme depoimento abaixo:

Não sei se é hereditário porque até quando eu caminhava até baixava o meu colesterol, mas o médico disse pra mim que o meu organismo produzia o colesterol. Agora não tô caminhando, mas eu caminhava, mas depois veio essa função da minha irmã pra cá e a minha netinha de um ano e pouco que nasceu. (D. Vitalina, 64 anos).

Todos esses fazeres são importantes, pois mantém o indivíduo ativo, favorecendo sua qualidade de vida. No entanto, não basta, como exemplifica Takahashi, Haddad e Guariente (1997), não se pode considerar o trabalho doméstico como exercício físico porque não mantém a frequência nem a intensidade das atividades realizadas, ou seja não obedece os seguintes critérios: ser feito, no mínimo, quatro vezes por semana, durante trinta a quarenta minutos e de preferência no mesmo horário.

Logo, como é difundido nos consultórios de enfermagem, o exercício físico deve ser praticado de forma constante, moderada e regular, sendo incorporado ao estilo de vida a fim de propiciar benefícios para a pessoa portadora de doença crônica, tais como redução dos níveis glicêmicos e tensionais, redução de peso e manutenção da função cardiorrespiratória.

Nos descendentes dos idosos da pesquisa, a prática de exercícios e a mudança no padrão alimentar estão presentes geralmente na rotina daqueles que também apresentam uma ou mais doenças crônicas ou que compartilham as refeições com os entrevistados, conforme relato a seguir:

O filho mais velho tem problema também de pressão e a alimentação dele é praticamente igual a nossa: sem sal, sem gordura. [...] o mais velho joga tênis, basquete, natação no clube todos os dias depois do serviço e o guri do meio gosta muito de jogar vôlei. Agora a minha filha menor, não faz nada dessas coisas, mas ultimamente, por nós almoçarmos com eles [filha e seu marido], eles tão modificando. (D. Virgínia, 65 anos).

Em relação ao lazer, constatou-se que as pessoas pesquisadas estão sabendo como aproveitar o tempo livre, preenchendo-o com distrações desde o simples descanso até atividades de maior significado individual e social. Dumazedier⁸ (1979 *apud* FERRARI, 1996) classifica as atividades nas seguintes áreas a saber: manuais, intelectuais, associativas, artísticas e físicas, as quais serão descritas à medida que aparecerem nos seguintes relatos:

Meu lazer é estar na máquina de costurar, é uma das coisas que eu adoro fazer e fazer tricô e crochê, isso aí então eu posso tá exausta de cansaço, parece que eu descanso a mente e tudo. (D. Virgínia, 65 anos).

Neste trecho, pode-se constatar a área manual, onde atividades através do manuseio de matéria-prima e sua transformação em algo útil trazem prazer (FERRARI, 1996). Outras atividades manuais citadas pelos idosos incluíam “mexer na terra” e “tô arrumando a minha casa devagarzinho”.

⁸ DUMAZEDIER, J. *Sociologia empírica do lazer*. São Paulo: Perspectiva, 1979.

Saio de tarde, tenho a carteirinha [ônibus], vou no shopping, vou no meu bailezinho uma, duas vezes na semana, baile da terceira idade né. É importante pra minha saúde, e depois eu sozinho também, sem me distair, arrumo uma amiga, uma conhecida, vou e volto pra casa e aguardo a outra semana pra ir de novo. Eu gosto de encontrar o pessoal, tenho muitos amigos lá. Vinte e oito anos que eu estou nessa vida de bailezinho da terceira idade, pra nós foi muito bom isso aí. (Sr. Hélio, 73 anos).

O trecho acima pode ser identificado com a área associativa que se refere ao prazer do convívio social com amigos, parentes, colegas de trabalho ou de bairro (FERRARI, 1996). Foram também citadas como atividades “visitar os parentes”, “conversar com as vizinhas” e “encontro de casais” e “de senhoras” na igreja.

[...] mas faltava alguma coisa. Ai abriu o supletivo, ah! eu já to com setenta e eu com isso, eu vou fazer e fiz. Me perguntaram o que a senhora vai fazer depois? Ah, não sei, agora eu quero terminar o segundo grau e foi. No dia da formatura, a diretora falou que eu não faltei, que eu renunciei as novelas, porque aonde eu parar eu me atiro, então eu tenho que seguir. Eu tirei umas fotos de lembrança [mostra as fotos] e a família tava toda na formatura. Cada vez que me chamavam só vendo, os guris [colegas] batiam palma e gritavam Almerinda! Fui pra receber medalha por ser a mais idosa, por não ter faltado, vim com um monte de medalha pra casa! Fui oradora, mas foi muito bom, valeu a pena, valeu, valeu, valeu!!! Quando me inscrevi e pronto né, não esperava a alegria dos professores comigo, tu não imaginas, muito especial. Mas foi muito bom, valeu a minha velhice, valeu viver, tudo tem a sua hora quando tem que acontecer (D. Almerinda, 71 anos).

O lazer como exercício de conhecimento, de informação e de aprendizagem é chamado por Dumazedier de área intelectual (FERRARI, 1996). Esta área, integra toda e qualquer ação que leve ao aprendizado. Voltar à escola para esta senhora significa muito mais do que concluir os estudos, é acreditar que a vida continua, é sentir-se admirada e respeitada pelos jovens, permitindo que situações lhe emocionem e enriqueçam o seu ser.

Meu pai faleceu cedo e fui mãe dos meus irmãos [...]. Eu os assumi e esqueci de mim, aí aos cinquenta e quase sessenta anos eu conheci um senhor e resolvemos casar [...] e não deu certo, mas foi muito bom porque aí eu viajei, fui até Fortaleza duas vezes, tirei o atraso e hoje tô tentando estudar, tô fazendo o curso de ...como é que se chama, de computação, pra não parar porque se parar a cabeça pára também, isso tudo ajuda na saúde. (D. Almerinda, 71 anos).

A área física engloba aquelas atividades que permitem ao indivíduo, num curto período, alterar a rotina diária para conhecer novos lugares, tais como praia, shopping center e pontos turísticos. A área artística refere-se ao belo, à emoção, ao encantamento e ao sentimento, que de certa forma também está implícito nas falas (FERRARI, 1996). O fator segurança pública permeou as falas dos informantes ao se referirem às atividades de lazer, e é este fator muitas vezes que priva as pessoas de irem a determinados locais à noite.

A questão do sono e repouso é influenciada pela disponibilidade de lazer. Antigamente, dormia-se e acordava-se cedo; o primeiro porque não havia muitas opções de entretenimento à luz do lampião, e o segundo, pelo horário dos compromissos sociais, tais como escola e trabalho. Atualmente, os idosos do estudo expõem uma mudança no período de sono, caracterizado por dormir tarde, acordar cedo e interrupção do sono à noite. Os distúrbios no padrão de sono podem ser evidenciados nas seguintes narrações:

Eu durmo muito pouco, às vezes três, quatro horas me acordo com um barulhinho, alguma coisa e depois não consigo dormir mais, aí já clareou o dia pra me levantar. 7 horas já me levanto (Sr. Hélio, 73 anos).

Sempre levantei cedo, mas se eu deitar agora eu durmo, eu só preciso de cama (Sr. Almerinda, 71 anos).

O padrão típico de sono do adulto jovem tende a ser substituído na velhice por um padrão mais fragmentado. Grande parte das pessoas idosas já não está mais sob a influência de pistas temporais importantes, como a alternância entre o dia e a noite (claro e escuro) e as estações do ano, e os horários de compromissos importantes para elas. Como resultado, podem não ter interesse ou motivação para manter horários regulares, contribuindo para acentuar os distúrbios do sono. (CEOLIM, 2000).

5.2 Quando fico doente...

A segunda categoria temática diz respeito às maneiras de se auto-ajudar ou buscar ajuda de outros quando as pessoas possuem algum desconforto físico ou abalo emocional.

Quando doentes, os sujeitos pesquisados, recorrem primeiro aos recursos terapêuticos familiares e se estes não forem eficazes, procura-se outras alternativas, como as citadas na seguinte fala:

Quando ficava doente fazia chá, e quando não dava com chá a gente ia procurar o curandeiro, quando não dava o curandeiro, ia procurar o médico, longe da onde a gente morava, mas procurava. (D. Iracema, 60 anos).

As pessoas, ao adoecerem, obedecem a uma hierarquia de recursos, começando com a automedicação, baseada em crenças que incluem remédios tradicionais e chás, até a consulta a outras pessoas, como benzedeiras e médicos (HELMAN, 1994).

A automedicação é comum nos idosos com doença crônica e inclui ervas medicinais diversas em forma de chá, tais como poejo e laranjeira; receitas caseiras para feridas e mordida de cobra, tais como borra de café e fumo; e medicamentos industrializados, como analgésicos. Tal prática pode ser evidenciada nas falas abaixo:

Eu tomo chá de marcela, chá mate, carqueja, parece que tomando tira a dor, eu tenho uma farmacinha de chá aqui. (D. Almerinda, 71 anos).

Eu tenho mialgia, uma coisa que me dá nos braços e nos ombros, eu tomo, o médico mandou eu tomar o paracetamol, Tylenol. [Ela se medica, diz a mãe de D. Alfibia, 76 anos]. Mas eu acerto, o Buferim eu também tomo pra dor. (D. Alfibia, 60 anos).

A farmácia familiar é uma espécie de estocagem de remédios que sobraram e plantas medicinais. Loyola (1984) constatou que este estoque permite que as doenças sejam tratadas em casa, remediando a falta de oferta médica local e atendendo casos de urgência. No entanto, Boltanski (1989) afirma que o uso de fármacos pelas pessoas constitui a prática de uma medicina imitativa, pois não estabelece uma relação entre o conhecimento da doença e o

princípio de ação do remédio. Trata-se de uma reprodução das palavras do médico sobre remédios prescritos e doenças diagnosticadas anteriormente, mesmo assim, o médico permanece indiretamente como “o ordenador” da compra daquele remédio sem receita.

A recorrência a benzedeiras e curandeiros remete ao passado, onde geralmente as mulheres da família benziam, mas haviam também pessoas da comunidade, especialistas religiosos. Hoje, alguns afirmam conhecerem pessoas que “ainda” benzem, mas poucos ainda recorrem a estas alternativas. Abaixo, alguns depoimentos sobre os curandeiros populares:

Quando doente já tinha o médico conhecido. a não ser se fosse uma gripe. A minha família procurava curandeira quando tinha cobreiro, mijada de aranha, mas eu nunca acreditei em benzedura. (D. Vitalina, 64 anos).

A gente usava muito homeopatia, um senhor lá na fronteira era homeopata, então chamavam o tio Joca, ele vinha de malinha, minha mãe gostava muito. Tinha também uma benzedeira muito velhinha mulata, mas ela benzia com brazas pra dor de ouvido, tinha dona Maria, seu Luiz que era espírita que benzia também, a gente pedia e eles iam em casa. Eu acredito muito em benzedura em passe porque um lado eu sou católica, o outro eu sou espírita. Então eu acredito nesses rituais. (D. Alfibia, 60 anos).

No segundo relato, o benzedor é tratado por “tio”, como se fosse alguém familiar. As relações que as pessoas mantêm com o benzedor se diferem daquelas que mantêm com o médico (KNAUTH, 1991). Elas compartilham com o benzedor os mesmos valores e as mesmas visões da comunidade em que vivem. O curandeiro aborda os aspectos da vida do paciente de forma holística, ou seja, desde seus relacionamentos com outras pessoas e com o ambiente natural e espiritual até seus sintomas emocionais e físicos. (HELMAN, 1994).

Todavia, as pessoas não dissociam a saúde do corpo da saúde do espírito para a manutenção do envelhecimento saudável. A importância da espiritualidade é representada, principalmente nas mulheres, por meditações para a diminuição da dor ou da ansiedade ou pela busca de uma religião para preencher suas necessidades espirituais, conforme relato abaixo:

A gente é católica, ir na missa pra purificar sabe, às vezes a gente tem tanto stress que nem é coisa pra se preocupar, colocar coisa positiva na mente, tem que acreditar Nele também. (D. Iracema, 60 anos).

Para Florence Nigthingale, a espiritualidade “está intrínseca à natureza humana, é a nossa mais profunda e mais potente fonte de cura. É energia criativa, o despontar do senso de propósitos e direção, o entendimento de acontecimentos da vida, como doenças e a percepção de que podemos aprender com os entes espirituais”. Por esse motivo, ela propõe que a enfermagem integre práticas espirituais à prestação de cuidados e à educação em saúde (MACRAE⁹, 1995 *apud* VALENTE, 2000, p.503).

Em contrapartida, a crença na eficácia das benzeduras e das práticas espirituais não exclui o recurso médico. A procura por recurso médico pelo indivíduo se dá quando a doença está impossibilitando-o de desempenhar suas atividades diárias normalmente, conforme a situação descrita pela paciente:

Eu não tenho assim, eu me sinto muito forte, se eu sinto uma dor procuro pensar não é nada, respiro fundo, tomo um chá, talvez porque eu não sinta necessidade, mas tenho muito de respirar fundo pra tentar aliviar. Quando eu vou no médico é porque tô ruim mesmo. Eu fui no Clínicas, uma dor aqui ó, a dor desceu e ficou aqui em baixo e eu não podia caminhar, aí eu fui no Clínicas. (D. Almerinda, 71 anos).

As pessoas definem saúde como a disposição para a vida em geral, por exemplo para se alimentar, caminhar e trabalhar, e está intimamente ligada a idéia de força. Ao contrário, a doença é percebida por um sentimento de fraqueza que lhes impossibilita de usar o corpo pra trabalhar (LOYOLA, 1984).

Então, o auxílio médico só é procurado em último caso, quando o transtorno da doença equivale ao transtorno da busca de recursos, como tempo despendido em filas e afastamento das tarefas. Loyola (1984) aponta as pressões da vida cotidiana, principalmente a econômica, como responsáveis pela demora na procura do médico, pois é difícil para as pessoas ausentarem-se do emprego ou do lar para consultar.

⁹ MACRAE, J. Nigthingale's spiritual philosophy and its significance for modern nursing image. *J. Nurs Scholars*, 27 (1):8-10. 1995.

A procura do médico, bem como a adesão ao tratamento farmacológico e ao não-farmacológico está associada às experiências passadas com alguma doença, como crise hipertensiva, infarto e depressão, conforme as seguintes situações:

Hoje, quando fico doente vou direto pro hospital, porque eu tive derrame, fiquei 2-3 meses de cadeira de rodas, com um lado torto, depois comecei o tratamento pelo Clinicas. Até isso acontecer eu comia de um tudo, trabalhava, não sentia nada. (D. Iracema, 60 anos).

Eu passei muito trabalho, perdi minha filha com 7 anos [...] Eu tenho depressão, só de família nervosa. [...] quando eu tô com depressão eu fico muito quieta, não converso, muito deitada. Vou na psicóloga por causa do remédio, tenho palestra. Quando to doente eu vou direto no médico [...]. (D. Florência, 66 anos).

A iniciativa do doente ou da família de consultar ou não o médico está influenciada por fatores não-fisiológicos, como sociais, culturais e emocionais (HELMAN, 1994).

Por outro lado, somente a iniciativa não é suficiente para que haja procura ao serviço de saúde. Neste estudo, foram referidas dificuldades enfrentadas em relação ao acesso à saúde, como ter um posto (Programa de Saúde da Família) perto de sua casa e pertencer à área adstrita de outro posto distante; necessitar de tratamento para um câncer de pele, que deve ser agendado por telefone, mas a linha está sempre congestionada; e estar à espera de uma cirurgia há seis meses. Esta situação descrita é melhor ilustrada a seguir:

Nós temos muita dificuldade pra ir no médico. [...] eu vou dar um exemplo, eu tenho um problema de cabeça, aí eu vou no médico no posto de saúde porque tem que passar no posto de saúde. Tô com um problema, uma dor de cabeça, dói demais. Tá, tem que passar num clínico, tá toma um AAS, é o que eles dão pra dor. Quero que me marque um especialista: ah, daqui seis meses. Nós temos um posto aqui embaixo e outro posto aqui perto e eu não entendo qual o posto, naquele bairro não pode, do lado de lá pertence do outro lado, é outro, ah não, pra nós não existe isso vai lá e tem que ser atendido. Eu acho que tem que atender, não tem esse negócio de mudar de região. (Sr. Adalberto, 60 anos).

As pessoas idosas portadoras de DCNT têm necessidades médicas diferenciadas e tendem a utilizar de forma mais intensiva os serviços e a tecnologia de saúde. Deve-se levar em conta ainda, que a maioria vive em condições de pobreza, sendo o setor público de saúde a única alternativa de assistência viável.

6 REFLEXÕES

Ao finalizar este estudo pretende-se fazer algumas considerações sobre os cuidados de saúde praticados pelas pessoas idosas portadoras de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e sua importância para a assistência de enfermagem.

Quanto ao entendimento de cuidados de saúde, foi evidenciado que as pessoas interpretam como os modos de conservação da saúde, abrangendo múltiplos aspectos, tais como alimentação, atividade física, lazer, sono e repouso, bem como os recursos formais e informais utilizados para se restabelecer a saúde e a disponibilidade dos recursos médicos.

Remetendo-se ao estilo de vida passado, há hoje por parte de alguns informantes uma reprodução dos cuidados de saúde herdados, mas num contexto com melhores condições de vida (ainda que não ideais) e melhores relações familiares sob o aspecto comunicação. Observou-se que os cuidados ensinados aos descendentes sofrem uma adaptação, provavelmente decorrente do que os idosos aprendem como sendo hábitos saudáveis nos serviços de saúde.

A família é a sede principal de assistência e, a alimentação, o meio mais utilizado para a manutenção da saúde. Há um certo saudosismo dos hábitos alimentares inadequados em virtude das crenças sobre os alimentos e de suas relações com afeto e proteção, o que se torna um empecilho à mudança para uma alimentação saudável. A partir das orientações sobre alimentação adequada, a pessoa idosa começa a diminuir o consumo de gorduras e açúcares, mas não os abandona. Isto também se aplica ao fumo e ao álcool.

A respeito da atividade física, foi constatado que não é estabelecida a diferença entre atividade física (constante, regular) e atividades da vida diária, por exemplo olhar vitrines, trabalho doméstico (inconstante, irregular). A realização da segunda não justifica o descarte

da primeira, mas a combinação das duas atividades é benéfica para manter o indivíduo ativo e melhorar sua qualidade de vida.

As atividades com outro propósito que não o exercício físico também integram o aspecto lazer, embora os pacientes não percebam esta distinção. Por outro lado, estão cientes de que concentrados num objetivo, numa tarefa ou missão e focadas num projeto de vida, terão um viver e um envelhecer mais significativo.

Os idosos deste estudo, caracterizam suas alternativas de cura e fazem reivindicações em relação ao direito à saúde. A dificuldade de acesso ao atendimento na rede pública de saúde propicia a busca por alternativas informais para restabelecer a saúde, como a automedicação. Já a espiritualidade mostra-se como um meio necessário para alcançar o bem-estar através de um poder maior.

O ser idoso molda-se a partir de sua herança, da educação recebida e do ambiente em que vive, sendo estes aspectos determinantes na sua maneira de viver. Assim, a enfermagem comprometida em prestar o cuidado ao idoso em sua totalidade não deve e não pode ignorar esta complexidade de cuidados de saúde relatados pelos idosos com dano crônico, sejam eles herdados, preservados ou ensinados aos filhos.

Na consulta de enfermagem, o idoso não pode ser visto apenas como aquele que deve cumprir as determinações, mas também como alguém que pode ter dúvidas e opiniões a respeito de seu tratamento. Alguns pacientes, por temor ao profissional, omitem sua não-adesão às orientações, outros, pelo sentimento de culpa, não retornam ao ambulatório. Para evitar que isto aconteça, a enfermeira precisa conhecer as expectativas e as limitações da pessoa idosa e compartilhar com ela a responsabilidade por sua doença crônica.

Para melhorar a assistência de enfermagem ao idoso, sugiro a criação de um instrumento de anamnese e exame físico, adaptado à consulta de enfermagem, contemplando informações sobre os aspectos sociais e culturais do cliente, para facilitar o acompanhamento

dele não somente pelo profissional enfermeiro, mas também pelos outros profissionais da saúde.

Além disso, acredito que a consulta de enfermagem intercalada com grupos para idosos com doenças crônicas propiciaria o convívio e a troca de experiências entre eles, bem como a integração com os profissionais, importante para o seguimento e a adesão das orientações.

A enfermeira deve possibilitar a participação da família na consulta de enfermagem, se o paciente assim o desejar, pois os familiares conscientes do processo de cuidar podem contribuir positivamente através da mudança dos hábitos alimentares e do incentivo às atividades física e de lazer. Como também o idoso comprometido com seu tratamento pode melhorar a qualidade de vida de seus familiares, prevenindo o aparecimento das doenças crônicas neles.

Nesse sentido, considera-se importante, em próximos estudos, aprofundar o conhecimento sobre as redes sociais do idoso e sua influência na manutenção do envelhecimento saudável.

REFERÊNCIAS

BOLTANSKI, Luc. **As classes sociais e o corpo**. 3. ed. Tradução Regina A. Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1989. 191p.

BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Conselho Nacional dos Direitos do Idoso. Brasília: Ministério da Justiça, 2002. Disponível em: <<http://www.mj.gov.br/cndi>> Acesso em 12 dez. 2003, 17:57.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Subsecretaria de Informações. Brasília, DF: Senado Federal, 2003. Disponível em : <<http://www.senado.gov.br/servlets/NJUR.Filtro?tipo=LEI&secao=NJUILEGBRAS&numLei=010741&data=20031001&pathServer=www1/netacgi/nph-brs.exe&seq=>>> Acesso em 24 mar. 2004, 22:30.

BRASIL. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 1996. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>> Acesso em 30 mar. 2004, 16:21.

CARVALHO, José A. M.; GARCIA, Ricardo A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, mai-jun, 2003. p.725-733.

CEOLIM, Maria Filomena. Sono e repouso. *In*: DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira; DIOGO, Maria José D'Elboux (Org.). **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000. cap.25, p.19-26. 630p.

DUARTE, Yeda Aparecida de O. **Assistência de enfermagem ao idoso**. (última atualização em 26 set.2001). Disponível em: <http://ids-saude.uol.com.br/psf/enfermagem/tema4/texto28_12.asp> Acesso em 12 dez.2003, 22:14.

ELSEN, Ingrid. Desafios da enfermagem no cuidado com famílias. *In*: BUB, L. I. R. *et al.* **Marcos para a prática da enfermagem com famílias**. Florianópolis: Edufsc, 1994. p.61-77.

FERRARI, Maria Auxiliadora C. Lazer e ocupação do tempo livre na terceira idade. *In*: PAPALÉO NETTO, Matheus (Org). **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996. cap.10, p.26-43. 524p.

FREITAS, Maria Célia de; MARUYAMA, Sônia Ayako Tão; FERREIRA, Terezinha de Freitas *et al.* **Perspectivas das pesquisas em gerontologia e geriatria: revisão da literatura**. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. mar-abr, 2002, v.10, n.2, [citado 12 dez. 2003], p.221-228. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000200015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 12 dez. 2003, 17:35:50.

→ GARRIDO, Regiane; MENEZES, Paulo R. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2002, v.24 (supl I), p.3-6.

GEORGE, Julia B. Madeleine M. Leininger. *In*: _____. **Teorias de enfermagem: fundamentos para a prática profissional**. Tradução Ana Maria Vasconcellos Thorell. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000. cap.21, p.297-309.

GOLDIM, José Roberto. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde**. 2. ed. rev. e amp. Porto Alegre: Dacasa, 2000. 179 p.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde e doença**. 2. ed. Tradução Eliane Mussnich. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. 333p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Diretoria de pesquisas e censos demográficos**. Brasília, 2001. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso em 24 mar. 2004, 22:10.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Tabela - população residente, por situação do domicílio e sexo, segundo os grupos de idade - Brasil, 2000**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/tabelabrasil111.shtm>> Acesso em 13 dez. 2003, 16:43.

INDICADORES E DADOS BÁSICOS PARA A SAÚDE. Brasil, 2002. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso em 25 mar. 2004, 08:29.

JACOB FILHO, Wilson. Envelhecimento e atendimento domiciliário. *In*: DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira; DIOGO, Maria José D'Elboux (Org.). **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000. cap.2, p.19-26. 630p.

KNAUTH, Daniela R. **Os caminhos da cura: sistema de representações e práticas sociais sobre doença e cura em uma vila de classes populares**. Porto Alegre: UFRGS, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, 1991. (Dissertação de mestrado). 187p.

LOYOLA, Maria Andréa. **Médicos e curandeiros: conflito social e saúde**. São Paulo: Difel, 1984.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa qualitativa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MARCON *et al.* Compartilhando a situação de doença: o cotidiano de famílias de pacientes crônicos. *In*: ELSEN, Ingrid; MARCON, Sonia; SANTOS, Mara Regina dos (Org.). **O viver em família e sua face com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2002. p.311-335.

MARUCCI, Maria de Fátima N. Alimentação e hidratação: cuidados específicos e sua relação com o contexto familiar. *In*: DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira; DIOGO, Maria José D'Elboux (Org.). **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000. cap.17, p.33-47. 630p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4. ed. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1996. 269 p.

_____. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 7. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1997. 80 p.

NERI, Anita Liberalesso. Qualidade de vida na velhice e atendimento domiciliário. *In*: DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira; DIOGO, Maria José D'Elboux (Org.). **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000. cap. 4, p.33-47. 630p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Organização pan-americana da saúde. **A saúde no Brasil**. Brasília: Escritório de Representação no Brasil, 1998. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/sistema/arquivos.pdf>> Acesso em 25 mar. 2004, 08:25.

PASCHOAL, Sérgio Márcio P. Epidemiologia do envelhecimento. *In*: PAPALÉO NETTO, Matheus (Org). **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996. cap.3, p.26-43. 524p.

RAMOS, Luiz Roberto. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, mai-jun, 2003. v.19, n.3, p.793-798.

SMELTZER, Suzanne C., BARE, Brenda G. Cuidado de saúde do idoso. *In*: _____. **BRUNNER & SUDDARTH: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. v.1, cap.11, p.141-163. 509p. (a)

_____. Perspectivas em enfermagem transcultural. *In*: _____. _____. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. v.1, cap.8, p.98-104. 509p. (b)

_____. Serviços de atenção à saúde e prática de enfermagem. *In*: _____. _____. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. v.1, cap.1, p.2-13. 509p. (c)

TAKAHASHI, Olga C.; HADDAD, Maria do Carmo L.; GUARIENTE, Maria Helena D. M. Exercício físico. *In*: ALMEIDA, Henriqueta G. G. de (Org.). **Diabetes mellitus: uma abordagem simplificada para profissionais de saúde**. São Paulo: Atheneu, 1997. cap. 5, p.43-46. 95p.

UCHÔA, Elizabeth. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, mai-jun, 2003. p.849-853.

VALENTE, Maria Aparecida. Espiritualidade: sua importância na terceira idade e na assistência domiciliar. *In*: DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira; DIOGO, Maria José D'Elboux (Org.). **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000. cap. 36, p.499-505. 630p.

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista

Projeto de Pesquisa “CUIDADOS DE SAÚDE HERDADOS POR PESSOAS IDOSAS PORTADORAS DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS”.

Instrumento de coleta de informações para orientar a entrevista com o participante.

DATA: ___/___/200__ . INFORMANTE: _____.

1. Dados de Identificação

Nome:

Idade:

Sexo:

Profissão:

Escolaridade:

Endereço:

Diagnóstico médico:

Nº registro na instituição:

2. Roteiro

2.1. Quais os cuidados de saúde que foram ensinados ao(à) senhor(a) pelos seus pais?

2.2. Qual/ quais o(s) cuidado(s) de saúde o(a) senhor(a) preserva?

2.3. Do(s) cuidado(s) de saúde, qual (quais) o(a) senhor(a) ensina aos seus descendentes?

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido**Nome do estudo: CUIDADOS DE SAÚDE HERDADOS POR PESSOAS IDOSAS PORTADORAS DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS**

A autora desta pesquisa é a acadêmica de enfermagem, Joice Queli Aires Quevedo (Fone: 3348-1502 ou 9654-5292) e a Professora Orientadora, Maria Luiza Machado Ludwig (Fone: 3316- 5345), tendo este documento sido revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre em ___/___/_____.

Instituição de origem: Trata-se de um estudo desenvolvido durante a disciplina Estágio Curricular – ENF33009, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, fazendo parte dos critérios exigidos para a conclusão do curso de Graduação em Enfermagem.

Objetivo do estudo: Conhecer os cuidados de saúde herdados por pessoas idosas portadoras de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).

Procedimentos: Será realizada uma entrevista de duração aproximada de quarenta (40) minutos, podendo variar de acordo com a necessidade de tempo do informante. A entrevista será gravada em fita k-7.

Possíveis riscos e desconforto: Os possíveis desconfortos do presente estudo são as perguntas e o tempo dispensado na entrevista.

Direito de desistência: O(A) senhor(a) poderá desistir de participar a qualquer momento.

Sigilo: Todas as informações obtidas neste estudo, serão utilizadas somente com finalidade científica, preservando-se o completo anonimato do participante.

Consentimento: Pelo presente documento, declaro que autorizo a minha participação nesta pesquisa, pois fui informado, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, da entrevista que responderei e que os resultados deste estudo serão publicados e divulgados no relatório final. Está assegurado que receberei resposta a qualquer pergunta ou dúvida relacionada com a pesquisa e que os responsáveis se colocarão a minha disposição, mesmo após a entrevista.

Porto Alegre, _____ de _____ de 2004.

Assinatura do Participante

Assinatura da Pesquisadora

ANEXO – 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

RESOLUÇÃO

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 (IRB0000921) analisaram o projeto:

Projeto: 04-120

Versão do Projeto: 14/05/2004

Versão do TCLE: 14/05/2004

Pesquisadores:

MARIA LUIZA LUDWIG

JOICE QUELI AIRES QUEVEDO

Título: CUIDADOS DE SAÚDE HERDADOS POR PESSOAS IDOSAS PORTADORAS DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

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, 18 de maio de 2004.


Profa. Themis Reverbel da Silveira
Coordenadora do GPPG e CEP-HCPA