

Maria Carolina da Silva Cardoso Nanque

Representação social da qualidade de vida em idosos com doença pulmonar obstrutiva
crônica

Recife

2017

Maria Carolina da Silva Cardoso Nanque

Representação social da qualidade de vida de idosos com doença pulmonar obstrutiva
crônica

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Gerontologia do Centro de
Ciências da Saúde da Universidade Federal de
Pernambuco, para obtenção do título de mestre.

Orientador: Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos

Recife
2017

Catálogo na Fonte
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

N187r Nanque, Maria Carolina da Silva Cardoso.
Representação social da qualidade de vida de idosos com doença pulmonar obstrutiva crônica / Maria Carolina da Silva Cardoso Nanque. – 2017.
44 f.: il.; 30 cm.

Orientadora: Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS. Programa de Pós-Graduação em Gerontologia. Recife, 2017.

Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Idosos. 2. Representação social. 3. DPOC. 4. Qualidade de vida. I. Vasconcelos, Eliane Maria Ribeiro de (Orientadora). II. Título.

610 CDD (23.ed.) UFPE (CCS2017-162)

Maria Carolina da Silva Cardoso Nanque

Representação social da qualidade de vida de idosos com doença pulmonar obstrutiva crônica

Dissertação aprovada em: 13 de março de 2017.

Banca examinadora

Prof.^a Dra Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos (UFPE)

Prof. Dr. Edilson Fernandes de Souza (UFPE)

Prof. Dr. Ednaldo Cavalcante de Araújo (UFPE)

Recife
2017

AGRADECIMENTOS

Em todos os meus dias e diante das conquistas, meu coração diga: “**A minha alma engrandece ao Senhor, e o meu espírito se alegra em Deus meu Salvador**”.

Expresso toda minha gratidão ao Senhor Jesus Cristo, o *Logos* de Deus, sabedoria eterna. Minha gratidão se estende ao meu amado marido que é fundamental em todos os meus avanços. Agradeço aos familiares e amigos que estão presente em todo tempo e são estímulos imprescindíveis na minha trajetória.

Um agradecimento especial à minha querida orientadora Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos que demonstra seriedade, compromisso, afeto e companheirismo. Realmente eu não poderia ter orientadora melhor.

Agradeço a Universidade Federal de Pernambuco, especialmente ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia, nas pessoas da coordenadora Márcia Carréra Campos Leal e da vice-coordenadora Ana Paula de Oliveira Marques, pela oportunidade.

“Sê humilde para evitar o orgulho, mas voa alto para alcançar a sabedoria”

Agostinho de Hipona

RESUMO

O envelhecimento humano é um fenômeno sócio demográfico que tem sido observado nas discussões sobre as estruturas sociais no contexto da saúde, educação e cultura. A alteração do padrão demográfico é acompanhada da alteração do perfil epidemiológico e, neste cenário, as doenças crônicas não transmissíveis assumem uma posição de destaque. A doença pulmonar obstrutiva crônica é altamente incapacitante e seu caráter progressivo e crônico mostra para um declínio substancial da qualidade de vida dos indivíduos acometidos. A representação social traduz qualitativamente os símbolos pelos quais a população com DPOC aprende, a lidar com as mudanças ocorridas pela doença que interfere diretamente na qualidade de vida, tanto no contexto individual quanto no coletivo. O objetivo foi Investigar a representação social da qualidade de vida de idosos com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. O caminho metodológico tramitou-se dentro de um estudo descritivo com abordagem qualitativa. A população do estudo foi constituída por idosos com diagnóstico confirmado de doença pulmonar obstrutiva crônica assistidos pelo ambulatório de pneumologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. Foi realizada uma entrevista semi-estruturada para a coleta dos discursos individuais, a análise dos dados se deu através do software IRAMUTEQ. Obteve-se como resultados que os conteúdos representacionais dos entrevistados estavam *ancorados* nos conceitos construídos e compartilhados pelos mesmos através do estabelecimento de suas relações sociais, organizadas a partir das experiências vividas, sejam elas de modo individual ou interpessoal, e estas com o mundo exterior. A experiência relatada pelos participantes acerca da qualidade de vida na DPOC demonstra o quão eles se percebem lesados pela doença e, de certo modo, sem esperança. Ressalta-se que os conteúdos representacionais sobre a qualidade de vida na DPOC estão *objetivados* nas repercussões sintomatológicas da doença, como o cansaço, a crise, a incapacidade de realização de atividades que dantes eram possíveis, na dependência de uma rede de apoio, na perda de autonomia, no sofrimento, na tristeza, na ansiedade e na perda da esperança. Concluiu-se que as vivências desse grupo, dentro do contexto familiar íntimo e também no coletivo, sofrem bastante modificação.

Palavras-chave: Idosos. Representação social. DPOC. Qualidade de vida.

ABSTRACT

Human aging is a socio-demographic phenomenon that has been observed in discussions about social structures in the context of health, education and culture. The change in the demographic pattern is accompanied by a change in the epidemiological profile and, in this scenario, chronic non-communicable diseases take a prominent position. Chronic obstructive pulmonary disease is highly disabling and its progressive and chronic character shows for a substantial decline in the quality of life of affected individuals. The social representation qualitatively translates the symbols by which the population with COPD learns to deal with the changes that occur through the disease that directly interfere in the quality of life, both in the individual and in the collective context. The objective was to investigate the social representation of the quality of life of the elderly with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. The methodological path was constructed within a descriptive study with a qualitative approach. The study population consisted of elderly patients with a formal diagnosis of chronic obstructive pulmonary disease, assisted by the pneumology clinic of the Hospital das Clínicas of the Federal University of Pernambuco. A semi-structured interview was conducted to collect the individual speeches and the data analysis was done through IRAMUTEQ software. It was obtained as results that the representational contents of the interviewees were anchored in the concepts constructed and shared by them through the establishment of their social relations, that is, they were organized from the lived experiences, be they in an individual or interpersonal way, and these with the outside world. The experience reported by participants about quality of life in COPD demonstrates how they perceive themselves injured by the disease and, to a certain degree, hopeless. It is emphasized that the representational contents on the quality of life in COPD are objectified in the symptomatic repercussions of the disease, such as fatigue, crisis, inability to perform activities that previously were possible, depending on a support network, in the loss of autonomy, of suffering, of sadness, of anxiety, and of the loss of hope. The experiences of this group, within the intimate family context and also in the collective, undergo much modification.

Key-words: Elderly. Social representation. COPD. Quality of life.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	REVISÃO DA LITERATURA	11
2.1	Envelhecimento populacional e seus desafios no campo da saúde	11
2.2	Doenças Crônicas não transmissíveis	12
2.3	Teorias das Representações Sociais	14
2.4	Qualidade de Vida	18
3	OBJETIVOS	19
3.1	Objetivo geral	19
4	MÉTODOS	19
4.1	Delineamento do estudo	19
4.2	Local e população do estudo	20
4.3	Coleta de dados	21
4.4	Análise dos dados	22
4.5	Considerações éticas	22
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	23
6	CONCLUSÕES	33
	REFERÊNCIAS	35
	APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	40
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	42
	ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	44

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo orgânico, natural, gradual e irreversível, no qual ocorrem transformações ao longo da vida. Trata-se de um período complexo, heterogêneo e que está atrelado a diversos fatores, desde genéticos à qualidade de vida, educação e ambiente em que o indivíduo vive e desempenha as suas atividades (OLIVEIRA, 2010).

O mundo tem sido palco do envelhecimento populacional, evidenciado, em primeiro plano, pelos países desenvolvidos e, em segundo, pelos países em desenvolvimento. O Brasil tem mudado seu perfil demográfico tornando-se envelhecido. As melhorias nas práticas de saúde pública, o controle de natalidade e programas de planejamento familiar associados à inserção da mulher no mercado de trabalho têm sido fatores protagonistas no aumento da expectativa de vida no contexto nacional (VASCONCELOS, 2012). Segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS (2005) estima-se que, até 2025, o número de idosos atinja uma cifra de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, sendo o sexto país do mundo em número de idosos.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010, publicou que a população com 80 anos ou mais, segue a tendência mundial de crescimento, alcançando em 2040, a marca de 4,3% do total de habitantes e, em 2050, chegando a 6,4% da população.

Assim como o perfil demográfico tem tomado novas conformações, passando de um país com maioria expressiva de jovens para uma população senil, o perfil epidemiológico tem acompanhado essas transformações, deixando de apresentar um perfil de doenças infectocontagiosas para assumir um padrão de doenças crônicas não transmissíveis (DUARTE, 2012).

Dentre as múltiplas doenças crônicas não transmissíveis temos a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) que, de acordo com a organização Mundial da Saúde (OMS, 2011), é uma das principais causas de morbidade e mortalidade no mundo e representa um desafio à saúde pública. Acredita-se que até 2020 será a quinta doença mais prevalente no contexto mundial. Essa doença é caracterizada por obstrução progressiva e não reversível das vias aéreas, hiperinsuflação pulmonar, inflamação crônica e elevada frequência de exacerbações que cursam com múltiplas comorbidades e efeitos sistêmicos deletérios. O número de mortes devido ao uso do tabaco tem atingido a cifra de 4,9 milhões por ano em todo o mundo, o que corresponde a mais de 10 mil mortes por dia (SHRIKRISHNA, 2012).

Os pacientes com DPOC apresentam anormalidades relativas à função pulmonar decorrentes da disfunção de trocas gasosas, perda de massa muscular respiratória e periférica,

e alterações na função cardíaca que resultam em dispneia, intolerância aos esforços e reduzida qualidade de vida (REARDON, 2007).

A redução da qualidade de vida se dá pela cronicidade e progressão da patologia que leva a quadros de dependência funcional substancial. O seu tratamento baseia-se no afastamento dos fatores causadores da doença como o tabaco e outros poluentes assim como na reabilitação pulmonar. O tratamento deve ser realizado por uma equipe multiprofissional, dando um caráter holístico na abordagem terapêutica do paciente com DPOC (GOLD, 2015). Não menos importante, deve-se incrementar a educação em saúde com o intuito de tornar o paciente ciente das causas, sintomas e tratamento para que se potencialize a adesão adequada à abordagem terapêutica.

A qualidade de vida segundo a OMS é a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (OMS, 1995).

Um modelo conceitual de qualidade de vida, que pode ser pautado em três aspectos: bem-estar, saúde e fatores externos. Bem-estar relaciona-se a uma percepção subjetiva, embasada em valores e crenças individuais, incluindo componentes como: felicidade, satisfação, realização e afetos. Saúde é a dimensão mais importante e traduz a presença objetiva de doença e o impacto subjetivo dos sintomas que a mesma acarreta aos indivíduos. Os fatores externos podem ser os indicadores sociais e representam o aspecto objetivo desta conceituação. (DIMEÑAS ET AL, 2000)

Tendo em vista que a qualidade de vida é um conceito multifacetado e depende de múltiplos aspectos, faz-se relevante o questionamento deste conceito aos próprios pacientes com DPOC. Uma abordagem qualitativa do conceito de qualidade de vida aos indivíduos com DPOC desbravará um terreno desconhecido até então. A investigação sobre o modo pelo qual eles enxergam suas incapacidades e quais são os símbolos que representam suas compreensões acerca de sua qualidade de vida. Para se compreender melhor esse contexto foi escolhida a Teoria das Representações Sociais (TRS) – proposta por Serge Moscovici, em 1961, na sua obra *A Psicanálise, sua imagem e seu público* –, pois a mesma tem por objetivo explicar fenômenos humanos a partir de um espectro coletivo, sem desprezar o individual. Vale ressaltar que a TRS relaciona-se com o estudo das simbologias sociais e de como os símbolos influenciam a dinâmica e ações humanas, quer individual, quer coletiva. Sendo assim, a TRS coaduna-se com a proposta de investigação do presente trabalho.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Envelhecimento populacional e seus desafios no campo da saúde

São múltiplas as formas de se conceituar e entender o processo de envelhecimento. Alguns autores defendem que depende do contexto histórico, social e cultural na qual uma sociedade está imersa, tomando conformações diferentes no transitar do tempo. O significado do velho alterou-se com as mudanças nos processos históricos e sociais (SANTOS, 2008).

Antes da modernidade, que fora fundada com a revolução industrial (Séc. XVIII e XIX), o velho era o detentor da sabedoria, experiência e conhecimento; logo, era o transmissor dos valores culturais e dos conhecimentos para as gerações posteriores. Com o advento da modernidade mudaram-se os valores sociais, por se enfatizar a força de trabalho e novos arranjos sociais. O jovem, agora, é o segmento populacional mais elevado por ser o detentor da força para o trabalho ferrenho, alimentador do capitalismo. Nesse processo deu-se a marginalização do idoso (GOLDFARB, 1997).

Para Birman (1995), a velhice passou a ocupar um lugar marginalizado na existência humana, na medida em que a individualidade já teria realizado os seus potenciais evolutivos e perderia então o seu valor social. Enfim, não tendo mais a possibilidade de produção de riqueza, a velhice perderia também o seu valor simbólico.

O envelhecimento também é analisado sob a perspectiva biológica, através de teorias que visam explicar os processos fisiológicos que decretam o envelhecer da matéria humana. O processo de envelhecer é multifacetado e suas manifestações diversas. Segundo Costa (2011),

(...) existe o envelhecimento cronológico, aquele instituído pela OMS, segundo o qual é idoso quem tem 60 anos e mais e mora em países em desenvolvimento ou aquele que tem 65 anos e mais e mora em países desenvolvidos, o envelhecimento biológico, aquele processo gradual e progressivo, que atinge todos os seres vivos. O envelhecimento psicossocial, quando o ser humano apresenta modificações efetivas e cognitivas, que atrapalha sua relação com os outros; o envelhecimento funcional, quando, necessita de ajuda para desempenhar atividades básicas e por fim, o envelhecimento socioeconômico, que é determinado pela aposentadoria (s.n).

Segundo as projeções do IBGE (2010), estima-se que em 2025, o Brasil terá um grande contingente de pessoas idosas. Do total da população, 32 milhões de pessoas serão idosas. Esses dados nos assegura a diversidade de desafios que o país viverá. O IBGE indica expectativa de vida de 74,6 anos para o brasileiro nascido em 2012. Esse novo cenário requer novas ações, recursos e políticas que viabilizem meios para assistência a esse imenso

contingente populacional de cabelos brancos. Surgem necessidades de políticas públicas que dialoguem com os novos papéis sociais assumidos, desafios previdenciários que promovam dignidade aos idosos, desafios colossais no plano de assistência à saúde do idoso, entre outros desafios e necessidades (MARQUES, 2014).

No campo da saúde, a mudança no perfil epidemiológico, onde as doenças crônicas não transmissíveis tomam o lugar das doenças infectocontagiosas de outrora, abre um terreno imenso de desafios na esfera pública de planejamento e ações em saúde, exigindo estratégias eficazes, em curto prazo, que viabilizem uma nova abordagem na assistência à saúde; e essas sejam compatíveis com as transformações estruturais do quadro epidemiológico atual (DUARTE, 2012).

Deve-se dimensionar a saúde do idoso de forma holística, para que haja preocupação com a manutenção da funcionalidade, e essa, por sua vez, abranja vertentes cognitivas, de comunicação até os aspectos físicos, para garantir autonomia e funcionalidade diante das atividades de vida diária.

2.2 Doenças Crônicas não transmissíveis

Segundo a OMS as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são doenças multifatoriais que se desenvolvem no decorrer da vida e são de longa duração. Elas são consideradas um problema de saúde pública, e já são responsáveis por 63% das mortes no mundo. No Brasil, as DCNT são a causa de aproximadamente 74% das mortes, isso configura uma transformação na carga e perfil das doenças, e se apresenta como um novo desafio para gestores de saúde. As DCNT imprimem um forte impacto sobre a qualidade de vida dos indivíduos afetados. (VERAS, 2009)

O cenário epidemiológico, no contexto brasileiro, evidencia que a prevalência das doenças crônicas não transmissíveis tem se tornado crescente no segmento populacional senil.

Segundo Loyola Filho et al. (2004), a razão de proporções internação/população foi duas vezes maior entre idosos do que entre adultos mais jovens. Essa razão aumenta gradualmente com a idade, chegando a 3,4 entre os idosos mais velhos. As maiores taxas de hospitalizações ocorrem entre idosos. A maior utilização de serviços hospitalares por idosos repercute a maior ocorrência de doenças e condições crônicas nessa fase da vida, muitas vezes com maior necessidade e gravidade.

A transição demográfica tem sido acompanhada pela transição epidemiológica onde o perfil de patologias infectocontagiosas cede lugar para processos patológicos que são desenvolvidos por anos, demandando alto investimento e estratégias de saúde pública para se

ofertar cuidados intensos, aumento de leitos pelo elevado número de hospitalizações e fornecimento de medicações. Todas essas transformações no contexto brasileiro apontam para desafios inevitáveis nos campos de gestão e gerenciamento de saúde pública (VERAS, 2011).

Dentre as doenças crônicas que prevalecem com o aumento da idade destacam-se: as osteoarticulares, a hipertensão arterial sistêmica, o diabetes mellitus, as doenças respiratórias crônicas, cerebrovasculares e o câncer. Essas doenças crônicas não transmissíveis são as responsáveis por cerca de 66,3% da carga de doença, ao passo que as doenças infecciosas permeiam em valores de 23,5% e causas externas 10,2% (CAMPOLINA et al., 2013).

Dentre as doenças respiratórias crônicas temos a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, que corresponde ao enfisema pulmonar e a bronquite crônica. De acordo com a OMS, mais de 80 milhões de pessoas no mundo sofrem de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), e no Brasil, este índice atinge cerca de 5,5 milhões. A DPOC é caracterizada por obstrução progressiva e não reversível das vias aéreas, hiperinsuflação pulmonar, inflamação crônica e elevada frequência de exacerbações que cursam com múltiplas comorbidades e efeitos sistêmicos deletérios. Sua complexidade envolve implicações gerais para a saúde, resultando em elevados custos econômicos, taxas de hospitalizações e utilização de medicamentos nos diversos serviços de saúde (CARDOSO, 2016).

Os estudos na literatura são vastos, no que diz respeito à redução da qualidade de vida em pacientes com DPOC. A qualidade de vida será modificada no processo da cronicidade da doença. As limitações físicas e intolerância a esforços culminam para um descondicionalamento substancial refletindo nas suas compreensões subjetivas relativas à vida, a saúde e ao bem-estar físico (OLIVEIRA, 2009).

No estudo de Oliveira et al. (2009), houve redução na qualidade de vida de portadores da DPOC de acordo com o estadiamento da doença, quanto mais crônica, incapacitante e grave for o estadiamento da doença, maiores são as repercussões sobre a redução da qualidade de vida desses indivíduos. No aspecto quantitativo, a qualidade de vida de portadores de DPOC é mensurada pelo questionário específico para doenças respiratórias, o St. George Respiratory Questionnaire (SGRQ), inclusive validado no Brasil (SOUZA, 2000).

São necessários estudos que investiguem, de maneira qualitativa, o que é a qualidade de vida para os portadores de DPOC. A quantificação apenas, pode não contemplar uma série de decodificações de símbolos e representações que seriam de suma importância para criação de formas de intervenções mais eficazes na assistência a esses indivíduos.

2.3 Teorias das Representações Sociais

A Teoria das representações sociais (TRS) foi proposta pelo psicólogo social Serge Moscovici, em 1961, na obra *A Psicanálise, sua imagem e seu público*. A TRS tem por objetivo explicar fenômenos humanos a partir de um espectro coletivo, sem desprezar o individual. Por sua vez, a TRS relaciona-se com o estudo das simbologias sociais e como os símbolos influenciam a dinâmica e ações humanas, quer individual, quer coletiva. A TRS é um modelo teórico que se propõe a entender e elucidar a construção do conhecimento do senso comum.

A representação social diz respeito às construções que um indivíduo realiza sobre um determinado objeto, essa construção é baseada sobre as informações que ele recebe sobre o objeto. "Essas informações seriam filtradas e arquivadas na memória de forma esquemática e coerente, constituindo uma matriz cognitiva do objeto que permite ao sujeito compreendê-lo e agir sobre ele" (SILVA, 1978, apud SOUZA et al., 2005, p.20).

A concepção de sujeito subjacente às propostas teóricas de Moscovici é a de um sujeito ativo, construtor da realidade social e nela construído. Para ele, o sujeito não é um simples processador de informações externas ou produto de uma realidade exterior a ele. O sujeito é ativo no processo de apropriação da realidade objetiva, isto é, ele "remodela e categoriza as informações as quais ele é confrontado e o faz no contexto de um conjunto de relações com outros indivíduos e, é claro, a respeito de objetos 'socialmente importantes' para ele" (BONARDI & ROUSSIAU, 1999, apud SOUZA et al., 2005 p.22).

Abric (1994, apud IBID., p.13) afirma que isto permite definir a representação social como uma visão funcional do mundo, que permite ao indivíduo ou grupo dar um sentido a suas condutas e compreender a realidade através de seu próprio sistema de referência, logo, adaptar-se e definir seu lugar nessa realidade.

Segundo Jodelet (2005), as representações habitam entre nós e nos molda socialmente, onde os efeitos dos símbolos do cotidiano imprimem nos indivíduos expressões múltiplas de saberes e práticas o que conduz a uma necessidade de investigação com a finalidade de se compreender não só a realidade sensível, mas compreender identidades, culturas que ditam os modos de viver e se expressar dos povos.

Moscovici (1978) defende como um dos objetivos ou razões primeiras da TRS é tornar tangível, próximo, íntimo, acessível algo icognoscível e desse modo permitir compreender, classificar ou categorizar acontecimentos que nos escape a apreensão dentro da realidade. É, em tese, um engenhoso emaranhado da realidade imaginária e da realidade sensível. A TRS permite tanger o desconhecido (ibid., p.67)

Para Moscovici (idem, p.26-27) a TRS:

No final das contas, produz e determina os comportamentos, pois define simultaneamente a natureza dos estímulos que nos cercam e nos provocam, e o significado das respostas a dar-lhes. Em poucas palavras, a representação social é uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos (...) elas possuem uma função constitutiva da realidade, da única realidade que conhecíamos por experiência e na qual a maioria das pessoas se movimenta (...) é alternativamente, o sinal e a reprodução de um objeto socialmente valorizado.

Moscovici (2003, p.53-54) justifica teoricamente a função da TRS, dizendo que a mesma influencia diretamente a construção da realidade assim como fundamenta, oferece subsídio às práticas sociais do segmento investigado.

As representações sociais se desenvolvem a partir de alguns mecanismos, tais como: Objetivação e ancoragem; universos consensuais e reificados. A objetivação é o processo de interseção entre o mundo da ideia e o mundo sensível ou concreto, é o que Moscovici denomina “face figurativa”. Já a ancoragem é trâmite pelo qual a ideia é incorporada pelo seio do cotidiano nas relações sociais, é o que Moscovici chama de “imagem comum”.

Os universos consensuais são as atividades intrínsecas ao senso comum e suas produções mentais teóricas respondem aos eventos emergentes, em que os indivíduos produzem explicações subjetivas do real a partir do meio e das sensações aprendidas pelas resignificação das coisas e dos fatos, o que Moscovici chamou de ‘representações sociais’. Nos universos reificados, de outra forma, produzem-se ou materializam-se saberes com objetividade e rigor lógico e metodológico. Ele explica a necessidade do processo de intercambialidade entre esses dois universos para a compreensão plena da realidade em um determinado contexto (MOSCOVICI, 1978, p. 62-66).

Segundo Moscovici (2011), a ancoragem é o caminho onde é possível classificar, nomear, aproximar o que não é familiar com a finalidade de torná-lo familiar. O método de nomeação dos objetos e pessoas no contexto social é de grande significância porque o resultado é a geração de uma nova identidade cultural.

A objetivação é o modo pelo qual os símbolos ou objetos da representação social são materializados na realidade sensível, formando o pensamento social. É o caminho da transformação do abstrato em concreto. A objetivação se dá a partir de três fases:

1. A construção seletiva, onde os indivíduos agem de forma a selecionar as informações existentes acerca do objeto de averiguação existente, tomando por base o contexto social e os valores do grupo que constitui aquele segmento populacional;
2. A esquematização, que ocorre quando os elementos são organizados estruturalmente, assumindo uma dimensão imaginária e figurativa que materializa o conceito;
3. A naturalização, processo de materialização e naturalização dos conceitos presentes nos esquemas figurativos, construindo o senso comum.

Dentro do constructo da objetivação, Moscovici ainda atenta para dois fenômenos inerentes a objetivação: a personificação e a metaforização que são recursos figurativos da linguagem para se atender ao fim do processo de objetivação das representações. A personificação diz respeito ao método de lançar mão de personagens que simbolizem e sustentem a ideia, teoria ou crença, já a metaforização é o processo através do qual se lança mão de metáforas para transmitir um conteúdo essencial para o segmento social referido. Moscovici (ibid.).

O processo de ancoragem e objetivação é dinâmico e intercambiável. Não se pode dizer qual vem primeiro. Moscovici afirma que a ancoragem modifica as representações, fazendo surgir um quadro de retroalimentação positiva social onde o produto desse processo são sempre novas mudanças. Moscovici sintetiza com esta máxima: “um processo de redução do novo ao velho e reelaboração do velho tornando-o novo” (ibid.).

As representações sociais compreendem a memória e a ação. É a conjunção entre o que é conhecido e o que é produzido como atitude a partir desse conhecimento prévio. Dentro de um segmento populacional as representações possibilitam as expressões individuais e coletivas, permitindo que a realidade tenha sentido (GUARESCHI, 1995).

As representações sociais, com seus constructos ancoragem e objetivação, permitem que o senso comum seja esmiuçado e assim possibilite a compreensão do conhecimento proveniente do senso comum. Desta forma, fundamentamos as representações sociais da qualidade de vida de idosos com DPOC, investigando o significado dado pelos indivíduos envolvidos.

Ao se recorrer à literatura produzida, percebe-se que nas ciências da saúde com excessão da enfermagem os estudos são menos numerosos, quando comparados aos vários

estudos nas áreas de humanas. Ainda são poucas as investigações acerca dos símbolos e objetos que um determinado processo patológico acarreta a um indivíduo ou a um grupo. O campo das representações sociais ainda é tratado de forma tímida pelas áreas afins da fisioterapia. Uma busca nas bases de dados nos mostra um universo pouco explorado. Dentro do conhecimento das doenças Crônicas não-transmissíveis, dentre as quais a DPOC, não há investigação sobre as representações sociais nessa população, tampouco na especificidade no aspecto da qualidade de vida desses indivíduos. A respeito da DPOC, existem estudos que abordam a TRS no tabagista, com a finalidade de procurar significados do tabagismo construídos na dinâmica social (SOUZA, 2006), assim como a investigação sobre sentimentos e expectativas dos indivíduos com doença pulmonar obstrutiva crônica (KERKOSKI, 2007).

No estudo de Kerkoski et al. (2007), em se tratando de resultados, foram encontradas três categorias a respeito da representação: a tristeza e sofrimento ocasionados pela doença; as limitações e incapacidades físicas no cotidiano; e o desejo de melhora em relação ao quadro clínico imposto pela doença. Esse estudo não teve por objetivo averiguar a representação social da qualidade de vida para esses indivíduos.

Diante da comprovação da escassez de estudos sobre a temática da representação social da qualidade de vida em pacientes portadores da doença pulmonar obstrutiva crônica, emerge a necessidade de se descobrir como o portador de DPOC compreende a realidade de sua qualidade de vida, quais os seus sistemas de referência para tornar viável sua compreensão sobre qualidade de vida, quais objetos e símbolos estão envolvidos nesse processo.

2.4 Qualidade de Vida

O conceito de qualidade de vida é bastante amplo. Vários autores apresentam dificuldade em delimitar esse conceito, visto sua amplitude e complexidade. São vários fatores conjugados para se chegar ao fenômeno da qualidade de vida (FARQUHAR, 1995).

Pereira et al (2012) afirma que as definições da qualidade de vida, na literatura científica, tanto podem apontar para a satisfação geral com a vida quanto pode estar subdividida em componentes, que na sua congruência apostam para o sentido geral de satisfação com a vida. A forma como a qualidade de vida é abordada e os indicadores adotados estão diretamente ligados aos interesses científicos e políticos de cada estudo e área de investigação.

Whoqol (1994) entende a qualidade de vida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações e mesmo como uma questão ética.

Santin (2002) afirma que impreterivelmente a qualidade de vida deve ser analisada a partir da cosmovisão individual de cada um, respeitando as peculiaridades individuais.

A OMS define a qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, na cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. A OMS também delimita os domínios da qualidade de vida como sendo, no total, seis domínios, tais quais: bem-estar físico, psicológico, relações sociais, o ambiente, o nível de independência e as crenças pessoais ou religiosidade.

Anderson et al. (1995), mostra os efeitos da doença pulmonar obstrutiva crônica sobre a qualidade de vida, independentemente do instrumento e da definição utilizados, constata-se que essas doenças sempre prejudicam a qualidade de vida. Este mesmo estudo discute sobre a falta de consistência nos resultados pelas múltiplas variáveis averiguadas e a não padronização das mesmas.

Do ponto de vista quantitativo, a qualidade de vida é mensurada pelo questionário específico para DPOC, o Saint George Respiratory Questionnaire (SGRQ). Esse questionário aborda quatro domínios: impacto, sintomas, atividades e total. O domínio total aglutina os outros três.

As repercussões da doença sobre a qualidade de vida dependem de variáveis que vão além do que pode ser mensurado através do desdobramento fisiopatológico da doença. É por esse motivo que o presente trabalho busca identificar os elementos sobre os quais se ancora a qualidade de vida dessa população, incidindo sobre a individualidade e sua expressão no contexto coletivo.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Investigar a representação social da qualidade de vida de idosos com DPOC.

4 MÉTODOS

4.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa, baseado na Teoria das Representações Sociais, centralizado na estruturação de conceitos a partir do senso comum.

O estudo descritivo intenta descrever, classificar, interpretar e explicar, no geral, o fenômeno ou fato que será pesquisado. Trata-se da primeira fase de investigação científica realizada quando o assunto é pouco explorado ou de engenhosa formulação. Compreende aspectos sociais, econômicos, políticos e percepções de diferentes grupos. Explica e compreende os fatores que influenciam nos comportamentos dos sujeitos.

A pesquisa qualitativa apresenta a função de responder a questões que não podem ser quantificáveis por se voltar a problematização dos sentidos que são atribuídos pelos participantes aos fenômenos e as relações sociais nos quais estão inseridos, onde eles investigam e aprofundam um evento, uma situação, para explicar o comportamento, envolvem motivações, anseios, crenças, valores e atitudes e procura entender o contexto no qual algum fenômeno ocorre, permitindo a observação de vários elementos, simultaneamente, num pequeno grupo. Martins (2004).

4.2 Local e população de estudo

O estudo foi realizado no Ambulatório de Pneumologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, localizado na cidade do Recife, Estado de Pernambuco, Brasil. O ambulatório dispõe de atendimento médico especializado para pacientes com a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). O espaço físico do referido ambulatório é amplo e existe uma rotina regular de atendimentos estabelecidos semanalmente.

A população foi composta por indivíduos idosos com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, cadastrados e assistidos pelo Ambulatório de Pneumologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco.

A amostra obedeceu aos critérios de inclusão e exclusão do presente estudo, através da saturação dos dados que aconteceu quando as respostas começaram a se repetir, e nenhuma perspectiva nova foi somada às anteriores.

4.3 Coleta de dados

A coleta dos dados aconteceu em quatro encontros, de modo individualizado, durante o mês de dezembro de 2016. O tempo médio de cada encontro foi de 60 minutos. Aos idosos elegíveis foi aplicado, inicialmente, o instrumento mini exame do estado mental (MEEM), que consiste num teste utilizado para avaliar função cognitiva, de forma rápida e de fácil aplicação, esse instrumento consta nos anexos desse projeto. Através deste foi realizado o rastreio através da avaliação de domínios como: orientação espacial, orientação temporal, memória imediata e evocação, cálculo, linguagem, nomeação, repetição, compreensão, escrita e cópia de desenho. Foi um teste validado para o território brasileiro. Posteriormente à aplicação do MEEM deu-se a entrevista, cujo roteiro aborda inicialmente alguns aspectos sociodemográficos como: escolaridade e ocupação. Logo após a abordagem sociodemográfica foram realizados três questionamentos diretamente ligados ao objetivo da pesquisa, onde a partir destes foram colhidos os discursos para posterior análise. Os questionamentos foram:

- 1) Como o Sr. (a) se sentiu após o diagnóstico da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (Enfisema Pulmonar/ Bronquite Crônica)?
- 2) Esta doença provocou ou provoca alguma limitação no Sr (a)?
- 3) Suas atividades de vida diária e/ou profissionais foram alteradas durante os anos após o diagnóstico?

A entrevista realizada foi registrada no diário de campo e gravadas com a prévia autorização dos participantes. O instrumento utilizado para gravação foi um aplicativo de gravação de voz executável em microcomputador. O roteiro da entrevista consta nos apêndices deste estudo.

4.4 Análise dos dados

Após a construção dos dados, os mesmos foram analisados através do programa IRAMUTEQ. O programa é um software gratuito que viabiliza diferentes tipos de análises de dados textuais, desde aquelas bem simples, como a lexicografia básica (cálculo de frequência de palavras), até análises multivariadas (classificação hierárquica descendente, análises de similitude).

O programa organiza a distribuição do vocabulário de forma facilmente compreensível e visualmente clara (análise de similitude e nuvem de palavras).

Foi utilizado a análise de classificação hierárquica descendente (CHD) que classifica os segmentos do texto em função dos seus respectivos vocabulários, e o conjunto deles é repartido com base na frequência das formas reduzidas.

4.5 Considerações Éticas

Foram levadas em consideração as determinações da Resolução N° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde: Autorização e consentimento dos participantes para o registro, utilização e divulgação das informações obtidas no trabalho, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; explicação dos objetivos, metodologia e cronograma aos participantes e acerca das contribuições do estudo e da sua relevância social, assegurando confidencialidade em todo o processo. O presente estudo foi aprovado pelo comitê de ética do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco sob o CAAE: 60993416.8.0000.5208.

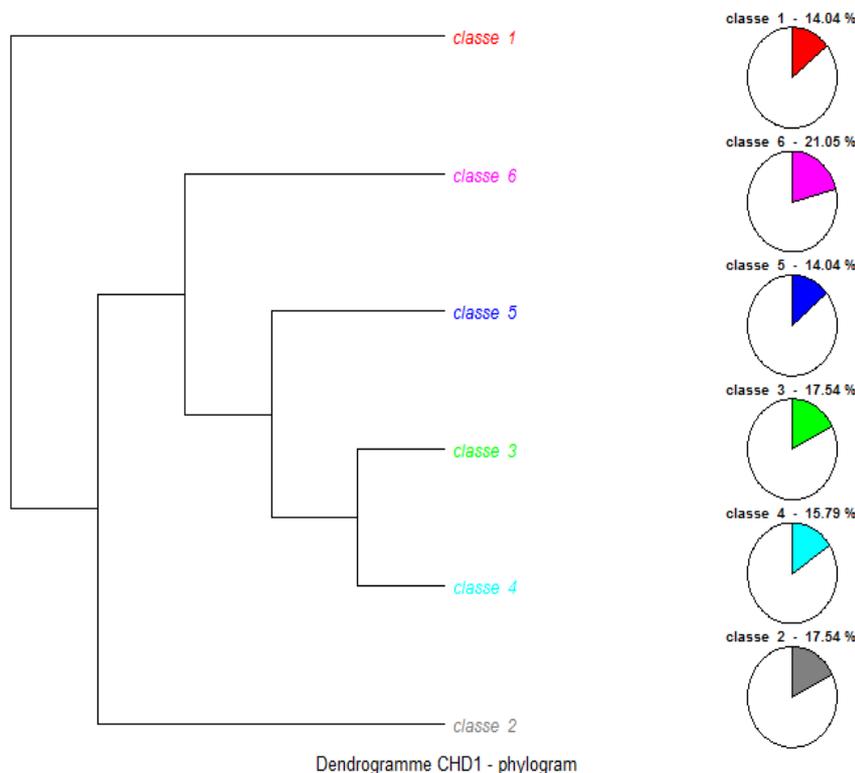
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O número de participantes obedeceu ao critério de saturação, pois a inclusão progressiva dos significados atribuídos ao fenômeno apareceu com frequência nos discursos das participantes da pesquisa (SALDLER et al., 2010).

A pesquisa de campo foi finalizada quando na entrevista não houve acréscimo ao estudo sobre a temática abordada, totalizando a amostra final em cinco idosos com DPOC. Os entrevistados pertenciam à faixa etária de 61 a 78 anos. Quanto à escolaridade, três possuíam ensino médio incompleto e dois, ensino fundamental completo. Entre as ocupações todos eram aposentados no momento da construção dos dados.

A partir da CHD foi dividido em 76 segmentos de texto (ST), relacionando 715 palavras que ocorreram 2666 vezes. A CHD reteve 75,00% do total de ST, gerando seis classes. Desta forma, a partir da análise da CHD por meio do corpus, o Software explanou essa relação em forma de dendograma das classes (figura 1).

Figura 1 – Dendograma das classes obtidas a partir do corpus textual. Recife (PE), 2017, Brasil

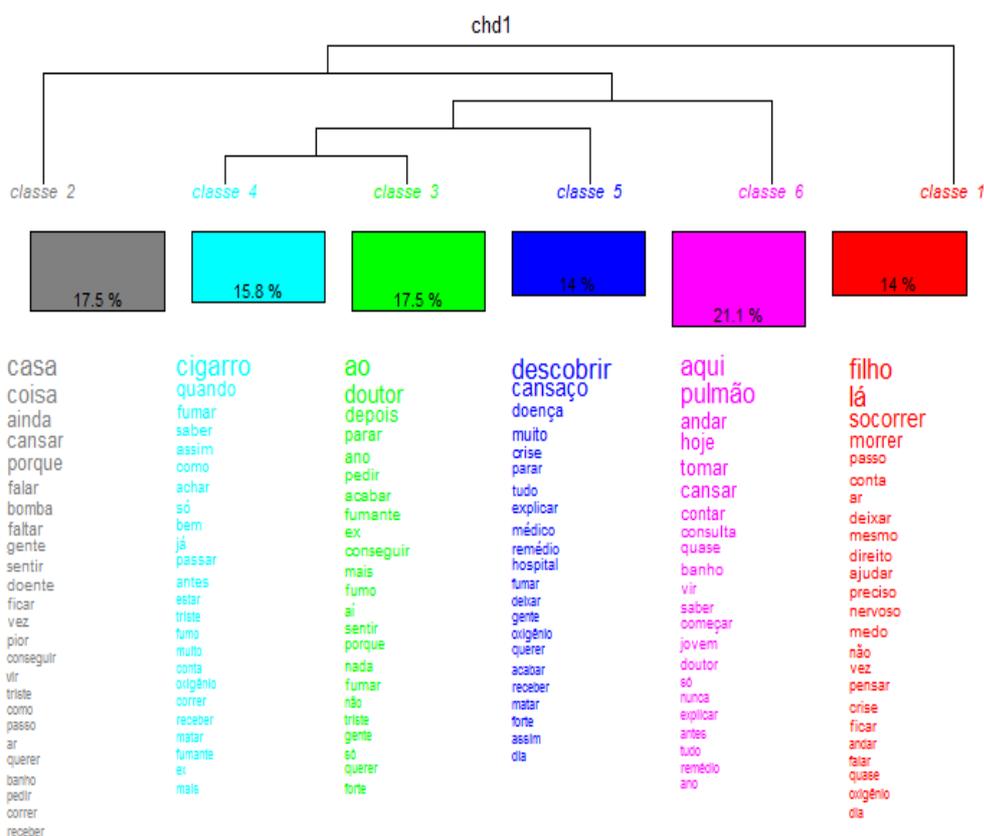


Fonte: Autor (2017)

Para obter as classes finais foram realizadas partições do corpus conforme ilustra este dendograma. Ao se fazer a análise da esquerda para a direita, conforme recomendações, pôde-se observar que na primeira divisão (partição ou interação) o qual o corpus foi sujeito, este foi dividido em dois sub-corpus: o da direita originou a classe 1 e, posteriormente, o subcorpus da esquerda foi dividido em cinco, originando as classes 2, 3, 4, 5 e 6.

Neste estudo, as palavras analisáveis foram distribuídas em seis classes da seguinte forma: classe 1, correspondendo a 14,04% do total de segmentos de texto; classe 2, correspondendo a 17,54% do total de segmentos de texto; classe 3, correspondendo a 17,54%; classe 4, correspondendo a 15,79% do total de segmentos de texto; classe 5, correspondendo a 14,04% do total de segmentos de texto; e a classe 6, correspondendo a 21,05% do total de segmentos de texto. Na figura 2 é possível visualizar os resultados de associação de palavras pré-determinadas à qualidade de vida de idosos com DPOC.

Figura 2 - Dendograma das classes de Representações Sociais sobre a qualidade de vida de idosos com DPOC. Recife (PE), 2017, Brasil.



Fonte: Autor (2017)

Após análise, o dendograma deflagra as palavras que emergiram das falas das participantes construídas a partir do senso comum. As informações declaradas pelos entrevistados abordaram aspectos concernentes ao processo da qualidade de vida, no que diz respeito as suas experiências e vivências, quer positivas, quer negativas.

Desta forma, ao caracterizarmos as representações sociais da qualidade de vida de idosos com DPOC temos a pretensão e o objetivo de obter conhecimento de senso-comum sobre o fenômeno.

Para análise e discussão dos resultados, houve o acompanhamento das partições da esquerda para a direita conforme o dendograma preconiza, e então as classes foram nomeadas conforme o significado que as mesmas retratam.

Devido as semelhanças entre as classes 2 e a 6; e as classes 5 e 3, resolvemos aglutiná-las, aos pares, já que elas se inter-relacionam intrinsecamente. Diante da justificativa de aglutinação, a classe 6 e 2 se juntam e é denominada “Aspectos da intolerância aos esforços e incapacidade funcional”. Já as classes 5 e 3 se juntam e é denominada “Descoberta da doença e suas percepções”. A classe 4 denomina-se “Circunstâncias para o início do tabagismo”, e, por fim, a classe 1 nomeada “Aspectos concernentes a relação de dependência da rede de apoio”.

A seguir as classes serão descritas seguindo a ordem de partição e de proporção que representam em relação ao corpus total, adotando-se a CHD.

A classe denominada de “Aspectos da intolerância aos esforços e incapacidade funcional” relaciona-se às atividades que proporcionam incapacidades que a doença impõe diante das atividades de vida diária, as quais os idosos com DPOC são expostos. Diante dos esforços exigidos pelas atividades, aflora a sintomatologia da doença como é exposto nos discursos a seguir:

...Mas andar pra longe eu não faço, com medo de passar mal. Quando faço alguma coisa pesada, eu tenho um cansaço que penso que vou morrer. Não faço nenhuma atividade física regular com medo de cansar. Já fui socorrido, com crise de cansaço, algumas vezes depois de fazer umas ‘trelas’.

(Idoso 1)

...Eu não faço mais nada, passo o dia assistindo televisão. O pouquinho que ando fico quase sem fala. Meu dia é no sofá. O banho é cansativo. Algumas vezes vestir a roupa também é uma dificuldade...

(Idoso 2)

Eu vou pra todo canto com a ‘bomba (broncodilatador)’ com medo de cansar e cair. Quando tomo banho canso muito (...). Da minha casa para o centro é mais ou menos um quilômetro, eu paro várias vezes pra descansar porque canso de verdade (...), se eu continuar eu passo mal. Quando tenho esse cansaço até a fala fica cortada. Ultimamente eu não faço nada de esforço na minha casa. Na consulta desse mês eu disse ao doutor que o remédio não tá fazendo mais efeito. Não está passando meu cansaço.

(Idoso 3)

Quando eu era mais jovem eu só cansava quando levava fumaça do fumo, hoje eu canso só de andar. Eu não confio de andar sozinha por conta das crises. Tenho medo de não ter ninguém para me socorrer. Deixei de fazer muita coisa na minha vida: não posso arrumar minha casa, não posso cozinhar porque ficar muito tempo em pé me cansa, não posso varrer casa. Tudo que eu faço vai além das minhas forças. Essa doença me deixa muito preocupada. Cada dia que passa eu faço menos coisas.

(Idoso 4)

Não posso visitar minhas amigas da mocidade, porque se andar muito eu canso. Antes, correr era impossível, agora, nem andar eu aguento. Daqui a pouco vou ficar só deitada na cama.

(Idoso 5)

A intolerância aos esforços demonstrada nos discursos acima refere-se à incapacidade de realizar as atividades de outrora sem “cansar”. Os pacientes referem muitas limitações diante de suas atividades de vida diária e até mesmo nas atividades de higiene pessoal.

A cronicidade da doença imprime fortes limitações nas atividades a médio e a longo prazo; a esse fenômeno chamamos “espiral da dispneia”. A espiral de dispneia é a limitação progressiva de atividades que o idoso com DPOC fica exposto, por exemplo: Antes era muito difícil correr cem metros, hoje é difícil andar cinquenta metros, assim por diante (CARDOSO, 2016).

A classe 5 e 3 contraíram aglutinação e denominou-se “Descoberta da doença e suas percepções”. Essa classe diz respeito às circunstâncias nas quais ocorreram os primeiros

sintomas e a tomada de decisão para procurar ajuda médica até o fechamento do diagnóstico clínico formal da DPOC.

Nos primeiros anos de fumo não sentia nada. Achei estranho quando cansei pela primeira vez. Isso nunca tinha acontecido. Depois veio a tosse e muito catarro. Após a segunda crise, procurei o médico para saber o que tinha(...) O médico me disse que a doença não tem cura e que eu precisava parar de fumar e fazer corretamente o que ele orientasse. Só quando ele falou isso descobri que era sério mesmo.

(Idoso 1)

Eu só vi que o fumo tava me prejudicando com 40 anos. Antes eu não sentia nada, mas depois dos quarenta me sinto pior a cada ano. Sinto-me mais cansada. Desde que descobri essa doença fico mais ansiosa, por conta da sensação de morte que tenho nas crises.

(Idoso 2)

Alguns anos depois de ter começado a fumar, percebi o cansaço e o sufocamento. O cansaço era forte. Procurei o doutor. Descobri a doença depois de alguns anos. Parei de fumar quando tive uma crise muito forte e me levaram pra o hospital. Quando descobri o que eu tinha me assustei, mas, hoje em dia, tento obedecer ao tratamento.

(Idoso 3)

...Eu descobri essa doença devagarinho. As crises de cansaço depois apareceram outras vezes, e parece que, de tempos em tempos, ela volta. Quando a crise volta, parece que volta com mais força.

(Idoso 4)

Tudo começou com muita tosse, depois veio cansaço. No começo o cansaço não era muito forte, dava pra aguentar. Os anos foram passando e eu comecei a me sentir mais cansada para resolver as coisas. Precisei tomar oxigênio algumas vezes. Quando recebi o diagnóstico da doença foi que eu entendi que essa doença é fatal. Sou revoltada por isso!

(Idoso 5)

Os sintomas de cansaço e fadiga são os primeiros a serem sentidos pelo indivíduo com DPOC. Com o passar dos anos, ao cansaço, soma-se a intolerância aos esforços. Geralmente os sintomas aparecem depois de longos anos de exposição ao cigarro ou poluentes

atmosféricos que deflagram a cascata inflamatória. A sensação de incapacidade, traduzida pelo cansaço, faz com que os indivíduos com DPOC procurem ajuda médica e percorram certo caminho até o recebimento do diagnóstico formal da doença (CARDOSO, 2016).

A classe 4 “ Circunstâncias para o início do tabagismo” deflagra os eventos promotores do primeiro contato desses idosos com a exposição ao cigarro. As falas exprimem certo pesar pela desinformação, na época, dos malefícios do cigarro. Os idosos evidenciam pesar pela falta de maturidade frente as suas decisões, sobretudo sobre a decisão de começar a fumar.

Comecei a fumar pelas influências dos amigos, hoje eu vejo que não eram amigos. Eu me prejudiquei demais; fumava muito, de domingo a domingo, muitos cigarros por dia (...).

(Idoso 1)

Eu era muito pequena no sertão quando comecei a fumar, não sei quantos anos eu tinha, só sei que eu parei quando eu tinha quarenta anos. Acho que fumei mais de 20 anos. Eu fumava cigarro e cachimbo. Fumei, por curiosidade, o cachimbo do meu pai. Como ele não proibiu eu me viquei no fumo (...). Naquela época ninguém sabia que fumar era ruim, na roça não tinha médico (...).

(Idoso 2)

Fumei trinta e três anos. Quando já era tarde percebi que o fumo me sufocava. Fumei até cigarro de papel, se brincar. Eu trabalhava com meu pai em um parque de diversões desde os seis anos de idade. Viajava no meio do mundo. Eu era muito novo ainda, mas mesmo assim tinha que ajudar meu pai. Minha brincadeira de criança era fumar e meu pai deixou. Se meu pai tivesse me batido e me proibido de fumar eu não tava assim (...). Passado não se muda!

Hoje em dia, na televisão, passa o mal do cigarro. No meu tempo ninguém sabia que isso matava aos poucos. Quando eu cresci achava bonito fumar os cigarros caros. Fumar ajudava a me amostrar para os amigos ou para a namorada (...). Quem não fumava não era bem visto.

(Idoso 3)

Fumei por 45 anos. Nas minhas lembranças fumava uma carteira de cigarros por dia. Meu trabalho foi sempre com cal. Engolia a poeira do cal. Naquela época eu era menina pequena. Fumava com as amigas no intervalo do serviço. Era um divertimento pra gente (...)

(Idoso 4)

Acho que ao todo foram mais de 35 anos de fumo. Comecei a fumar por influência de uma colega que fumava e depois de uma brincadeira me viquei e não parei mais. Acabei achando bonito, charmoso (...)

(Idoso 5)

É bem notório nos discursos que os mesmos tiveram, algum tipo de influência social, o desejo aflorado de experimentar, pela primeira vez, o cigarro ou o cachimbo. Há algumas décadas atrás, o processo de educação em saúde era muito insuficiente, havia pouca informação sobre os malefícios da exposição ao cigarro e seus possíveis desdobramentos danosos no corpo humano. Fumar, em outras décadas passadas, conferia ‘status’ social ao fumante. Fumar era um critério de inclusão em alguns segmentos sociais (REIS, 2012).

A classe 1 “ Aspectos concernentes a relação de dependência da rede de apoio” deflagra a relação desses idosos com sua rede de apoio. À medida que a doença progride, as limitações aumentam, e conseqüentemente há o aumento da dependência funcional por parte dos mesmos.

Minha filha e minha mulher fazem todas as coisas em casa, eu fico só na barraca despachando os clientes. Queria ter a força de antes. É muito triste não poder fazer as coisas e depender dos outros.

(Idoso 1)

A minha filha resolve tudo pra mim; vai para o banco, compra minhas coisinhas, lava a roupa e limpa a casa. Eu não faço quase nada. Passo o dia assistindo televisão, o pouquinho que tento fazer já me deixa cansada e fico quase sem fala. O povo lá de casa fica apavorado com medo que eu tenha crise. Minha filha já não deixa eu fazer minhas “trelas”(…).

(Idoso 2)

Eu não quero atrapalhar a vida de ninguém, só queria melhorar e fazer minhas atividades pra ninguém ter trabalho comigo (...). Eu preciso que meus filhos me ajudem, mas é chato ficar pedindo, toda hora, para eles fazerem coisas que antes eu conseguia fazer. Eu ainda consigo dirigir (...).

(Idoso 3)

Dependo da minha filha para ir para todos os lugares, ela nem trabalha pra poder ficar comigo. Ela sabe explicar direito o que eu passo. Essa doença apavora a gente. É muito triste (...).

(Idoso 4)

Minha neta é muito boa pra mim, ela não reclama de nada, mas eu sei que ela queria ser como as colegas dela. Eu prendo muito minha neta. Ela tem responsabilidade de fazer todos os serviços de casa e ainda tem que faltar aula para me levar no médico. Um dia desses fiquei com muita vergonha de chamar minha neta para pentear meu cabelo, porque comecei a desembaraçar e já fui ficando cansada. Ela veio e penteou meu cabelo. Até isso que todo mundo faz eu não consigo fazer. Essa é a pior doença que existe!

(Idoso 5)

As relações de dependência e perda de autonomia geram bastante ansiedade, medo, tristeza e desesperança nesses idosos. Por mais que eles tenham uma rede de apoio que forneça, com presteza, o devido auxílio; eles se sentem lesados quando perdem autonomia diante de suas decisões e de suas atividades, antes corriqueiras. A qualidade de vida está intrinsecamente relacionada aos aspectos de autonomia e independência funcional. Qualquer fator interno ou externo que promova desarmonia nesse binômio afetará objetivamente a qualidade de vida desses indivíduos (MAURER et al., 2009).

A DPOC é uma doença, na maioria das vezes, de mau prognóstico. A doença cursa com múltiplas incapacidades funcionais e perda objetiva de autonomia. A qualidade de vida desses indivíduos encontra-se bastante comprometida; seja pela consciência do prognóstico ruim da doença, seja pela intolerância aos esforços, seja pelo processo de revolta-ansiedade-tristeza provocado pela má escolha de começar a fumar, seja pela dependência de uma rede de apoio ou ainda pela perda da capacidade de tomada de decisão (MAURER et al., *ibid.*).

Diante dos discursos expostos percebe-se que os conteúdos representacionais dos entrevistados estavam **ancorados** nos conceitos construídos e compartilhados pelos mesmos através do estabelecimento de suas relações sociais, ou seja, estiveram organizadas a partir das experiências vividas, sejam elas de modo individual ou interpessoal, e estas com o mundo exterior.

A experiência relatada pelos participantes acerca da qualidade de vida na DPOC demonstra o quão eles se percebem lesados pela doença e, de certo modo, sem esperança. Ressalta-se que os conteúdos representacionais sobre a qualidade de vida na DPOC estão

objetivados nas repercussões sintomatológicas da doença, como o cansaço, a crise, a incapacidade de realização de atividades que antes eram possíveis, na dependência, na perda de autonomia, no sofrimento, na tristeza e na ansiedade.

As vivências desse grupo, dentro do contexto familiar íntimo e também no coletivo, sofrem bastante modificação. Há alteração de padrões hierárquicos dentro da família. De repente o homem que era chefe de família e tinha papel deliberativo sobre a mulher e os filhos encontra-se em posição de inferioridade em relação aos mesmos que antes, de certo modo, assumiam papel de subordinação, por exemplo.

A qualidade de vida depende de uma rede de apoio presente, assim como o resgate da autonomia e da independência funcional diante das tomadas de decisão e das atividades de consideradas imprescindíveis no contexto individual e coletivo. (MESQUITA, 2012)

O indivíduo com DPOC torna-se vulnerável, propenso a desenvolver componentes de ansiedade, ideação suicida, tristeza profunda. (GODOY, 2013). É imprescindível que sejam repensados os modelos de reabilitação pulmonar vigentes. É preciso que os profissionais enxergem além do pulmão, o olhar deve estar voltado para o processo de devolver a esses idosos a vontade de viver. A educação é um dos meios pelos quais esse ideal pode ser alcançado. Idosos que sabem o que é sua doença e as possibilidades terapêuticas tendem a aderir melhor a terapêutica indicada (REIS et al., 2014).

Os indicadores quantitativos se mostram insuficientes para clarificar o fenômeno da qualidade de vida nestes idosos, visto a complexidade dos fatores envolvidos. É importante salientar que muitos estudos se limitam exclusivamente a descrição de indicadores sem fazer relações diretas com a qualidade de vida, ou seja, valorizam características como escolaridade, ausência dos sintomas das doenças, condições de moradia unicamente como indicadores de qualidade de vida sem investigar o objetivo disso para as pessoas envolvidas (PEREIRA et al., 2012).

O modelo de intervenção na DPOC deve ser repensado, assim como devem ser repensados os meios de avaliação da qualidade de vida dos mesmos. Questionários enfiados não traduzem as peculiaridades individuais, tampouco são aptos para indicar uma intervenção mais holística.

Práticas integrativas e complementares podem ser uma alternativa terapêutica nos desdobramentos “extra-físicos” ou “metafísicos” da doença como a ansiedade e a depressão. Pereira et al. (ibid.), mostra que numa população de pacientes oncológicos tais práticas repercutiram positivamente nos componentes de ansiedade e depressão. A investigação dos

efeitos das práticas integrativas e complementares como intervenção terapêutica associada a um programa de reabilitação pulmonar convencional se faz necessária. A inclusão desses pacientes em programas holísticos, que promovam independência funcional, capacidade funcional, autonomia, auto-cuidados, assimilação de novos papéis sociais são de fundamental importância para a qualidade de vida tanto no contexto individual quanto no coletivo desses idosos.

6 CONCLUSÕES

O presente estudo conclui que a qualidade de vida dos idosos estudados transpassou as fronteiras dos indicadores provenientes de dados quantitativos demonstrados na literatura científica e atingiu a perspectiva primeiramente do indivíduo. Os constructos da TRS utilizados no presente trabalho, ancoragem e objetivação, evidenciam para os símbolos sobre os quais os indivíduos com DPOC constroem sua percepção individual e coletiva sobre a doença e seus desdobramentos, sobretudo no que concerne o aspecto da qualidade de vida. A sintomatologia deflagrada pela doença, como a dispneia, a intolerância aos esforços, a dependência de uma rede de apoio intrinsecamente atrelada à severidade e progressão da doença, serve como o aparador sobre o qual a ancoragem e a objetivação transitam para a construção do senso comum, que explica a qualidade de vida para os mesmos, e depois, por uma via sequencial, esses indivíduos transformam suas percepções, como em um interminável ciclo, onde o velho serve de “retalho” para o novo e o novo torna-se velho, numa reconstrução constante, parafraseando Moscovici. Agora um novo mundo se abre, e com ele, um horizonte de possibilidades de intervenções terapêuticas para melhorar a qualidade de vida dessa população. O presente estudo esmiúça os sentimentos, expõe as sensações, define os transbordamentos e permite conhecer a fundo o que é qualidade de vida para esta população.

Para um entrevistado, qualidade de vida é conseguir pentear os cabelos; para o outro, é não incomodar os filhos diante de uma tarefa considerada “fácil”; para outros, apesar de dizer através dos seus símbolos que sua qualidade de vida era ruim, ainda exclamou: “eu ainda consigo dirigir”, como forma de expressar: Ainda me resta uma fração de qualidade de vida.

O profissional de saúde precisa suplantar a frieza dos números e dos processos fisiopatológicos e investigar, com afinco, os outros determinantes, muitas vezes não mensuráveis, mas que desprendem um impacto tão danoso quanto à deficiência da alfa-1-antitripsina, composto responsável pela deflagração da cascata inflamatória na DPOC, nessa população.

REFERÊNCIAS

ANDERSON, K.L. **The effect of chronic obstructive pulmonary disease on quality of life.** Res Nurs Health, Rockville Pike, v.32, n.2, p.44-46. 1995.

BIRMAN, J. **Estilo e modernidade em Psicanálise.** São Paulo: editora 34. 1995.

CAMPOLINA, A. G. A., SANTOS, F., LEBRÃO, J. L. F., ML. **A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas.** Cad saúde pública, Rio de Janeiro, 29(6): 1217-29, 2013.

CARDOSO, M. C. S., SAYÃO, L. B., SOUZA, R. M. P., MARINHO, P. É. M. (2016). **Pulmonary rehabilitation and wholw-body vibration in chronic obstructive pulmonary disease.** *Motriz, Rio Claro*, V.22 N.2, p. 36-42.

COSTA, N. E., MESQUITA, R. A. V., Carvalho, H. B.C. D de & Freitas, E. V. de *et al.*(orgs).(2011). **Políticas Públicas de Saúde para o Envelhecimento e Velhice.** *Tratado de Geriatria e Gerontologia*,1614-1620.(3ªed). Rio de Janeiro(RJ): Guanabara Koogan

DIMENÁS, E.S., DAHLÖF, C.G., JERN, S.C., WIKLUND, I.K.. **Defining quality of life in medicine.** Scand J Health Care 1990; Suppl 1:7S-10S.

DUARTE, E. C., BARRETO, S. M. (2012). Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. *Epidemiologia. Serv. Saúde* v.21 n.4 Brasília.

FARQUHAR, M. **Definitions of quality of life: a taxonomy.** Journal of Advanced Nursing, Oxford, v.22, n.3, p.502-8, 1995.

FLECK, M. P. A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): Características e perspectivas.*Ciência e Saúde Coletiva*, 5(1):33-38, 2000.

FONSECA, A.P.C; PEREIRA, C.F. et al. **Reabilitação Pulmonar na Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica**. ACTA FISIATRICA 3 (2): 18-22. 1996.

GLOBAL strategy for the diagnosis, management and prevention of copod, Global initiative for Chronic Obstructive lung Disease (GOLD 2015). Disponível em: <http://www.goldcopd.org/> acesso no dia 20 de abril de 2016.

GOLDFARB, D. C. **Corpo, tempo e envelhecimento**. São Paulo: Ed. do Psicólogo. 1997.

GODOY, R. F. de. **Ansiedade, depressão e desesperança em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica**. Rev. de Estudos e Pesquisas em Psicologia. v.13, n.3. 2013.

GUARESCHI, P.A., JOVCHELOVITCH S. **Textos em representações sociais**. 2. ed. Petrópolis: Vozes; 1995.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo demográfico 2010**. Rio de Janeiro (RJ): IBGE, 2012.

KERKOSKI, E., BORENSTEIN, M. S., GOLÇALVES, L. O., FRANCIONI, F. F. **Grupo de convivência com pessoas com doença pulmonar obstrutiva crônica: sentimentos e expectativas**. *Texto e contexto Enfermagem*, Florianópolis, 2007 abr-jun; 16(2): 225-32.

LOYOLA FILHO, A. I. de et al. Causas de internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do sistema único de saúde. **Epidemiologia e Serviço de Saúde**, Brasília, v.13, n.4, p.229-238, dez. 2004.

MARTINS, H.H.T.S. **Metodologia qualitativa de pesquisa**. Educação e Pesquisa. 2004.

MARQUES, C.P. Envelhecimento no Brasil: da formulação de políticas à estruturação de serviços de saúde integrais. **Tempus, actas de saúde colet**. Brasília. V.8, n.1,p. 65-70. mar, 2014.

MENDES, M.R.S.S.B, et al, A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. **Acta Paul Enferm**. v.18, n. 4, p. 422-6; 2005.

- MESQUITA, R. B. de., MORANO, M. T. A. P. et al. Rede de apoio social e saúde de idosos pneumopatas crônicos. **Revista Ciência e Saúde Coletiva** 17(5):1125-1133,2012.
- MINAYO, M.C.S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS, organizadora. *Pesquisa Social: teoria, método, criatividade*. 21ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 1994. p. 9-29.
- MONTEIRO, P. M. J. Ansiedade e depressão na DPOC: O conhecimento actual, questões não respondidas e investigação necessária-- **Revista Portuguesa de Pneumologia** (English Edition) Volume 15, Issue 4, July–August 2009, Pag 740-742.
- MOSCOVICI, S. **A Invenção da Sociedade** – Sociologia e Psicologia (Coleção Psicologia Social). M. Ferreira [trad.]. Petrópolis: Vozes. 2011.
- OLIVEIRA, B. **Psicologia do Envelhecimento e do Idoso**. Porto: Livpsic, 2010.
- OLIVEIRA F., VALE, R., et al. Efeitos do Grau de DPOC Sobre a Qualidade de Vida de Idosos. **Fisioterapia em movimento**. Curitiba, v. 22, n. 1, p. 87-93, jan./mar. 2009.
- OMS- Organização Mundial de Saúde. **Envelhecimento Ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.
- PEREIRA, R. D. M., SILVA, W.W.O. da, et al. Práticas Integrativas e Complementares de Saúde: revisão integrativa sobre medidas não farmacológicas à dor oncológica. **Rev. Enferm. UFPE on line.**, Recife, 9(2):710-7, fev., 2014.
- PLEGUEZUELOS, E., PÉREZ, M. E., GUIRAO, L., AMITIER, B., COSTEA, M., ORTEGA, ..., MIRAVITLLES, M. (2013). Effects of whole body vibration training in patients with severe **Chronic Obstructive. Respiriology**, 18(6), 1028-34.
- PU, C. T., NELSON, M. E. Envelhecimento, função e exercício. In: FRONTEIRA, W. R.; Dawson, D. M.; Slovik, D. M. **Exercício físico e reabilitação**. Porto Alegre Artmed, 2001. Cap. 20, p.347-372.

REARDON, J., Casaburi, R., Morgan M. et al. Pulmonary rehabilitation for COPD. *Respiratory Medicine* 2005; 99: S19-S27.

REIS, Artur. **A História do Cigarro**: a evolução de um produto polêmico, 2012. Disponível em: <http://professorarturreis.blogspot.com.br/2012/11/a-historia-do-cigarro-evolucao-de-um.html> acesso em 22 de jan. 2016.

REIS, V. Costa da. Educação em Saúde com Pacientes Portadores de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) **Anais** do III Congresso de Educação em Saúde da Amazônia (COESA), Universidade Federal do Pará - 12 a 14 de novembro de 2014. ISSN 2359-084X.

SALDLER, G.R. et al. **Research article: recruitment of hard-to-reach population subgroups via adaptations of the snowball sampling strategy**. Nursing & Health Sciences. 2010;12:369-374.

SANTOS, M. F. S., Almeida, L. M. **Diálogos com a teoria das representações sociais**. Maceió: EdUFAL/Recife: EdUFPE. 2005.

SANTOS, V. M. A., BUENO, O. F. A. **Envelhecimento: um processo multifatorial** (2009). *Psicologia em estudo*. Vol.14 n°1

SOUZA, S. S. Representações sociais sobre o viver com tuberculose. *Acta paulista de Enfermagem*. Vol23.n°1 São Paulo 2010.

SOUZA, T. C, JARDIM JR, JONES P. Validação do questionário do Hospital Saint George na doença respiratória (SGRQ) em pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica no Brasil. *J Pneumol* 2000;26:119-28.

SHRIKRISHNA, D., HOPKINSON N.D. Skeletal muscle dysfunction in chronic obstructive pulmonary disease. *Respiratory Medicine: COPD update* 2009; 5: 7-1

VASCONCELOS, A. M. N., Gomes, M. M. F. (2012). Demographic transition: the brazilian experience. *Epidemiologia e services de saúde*, v.21-n.4.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública.** v.43, n.3, p.548-554. 2009.

VERAS, R. P. Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v.28, n.10, p.1834-1840, out, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Chronic of respiratory disease. Burden of COPD** (2011). Disponível em: <http://www.who.int/respiratory/copd/burden/en/index.html> acesso no dia 20 de abril de 2016.

APÊNDICE A- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

Paciente: _____

Data da Avaliação: ___/___/___ Avaliador: _____

ORIENTAÇÃO:

- Dia da Semana (1 Ponto).....()
- Dia do mês (1 Ponto)()
- Mês (1 Ponto).....()
- Ano (1 Ponto)()
- Hora Aproximada (1 Ponto).....()
- Local Específico (apartamento ou setor) (1 Ponto).....()
- Instituição (residência, hospital, clínica) (1 Ponto).....()
- Bairro ou Rua próxima (1 Ponto).....()
- Cidade (1 Ponto).....()
- Estado (1 Ponto).....()

MEMÓRIA IMEDIATA

- Fale 3 palavras não correlacionadas. Posteriormente pergunte ao paciente sobre as 3 palavras. Dê um ponto para cada resposta correta.....()
- Depois repita as palavras e certifique-se de que o paciente aprendeu, pois mais adiante você irá perguntá-las novamente.

ATENÇÃO E CÁLCULO

- (100-7) Sucessivos, 5 vezes sucessivamente
(1 ponto para cada cálculo correto)()
(alternativamente soletrar mundo de trás pra frente)

EVOCAÇÃO

- Pergunte ao paciente pelas 3 palavras ditas anteriormente
(1 ponto por palavra).....()

LINGUAGEM

- Nomear um relógio e uma caneta (2 pontos).....()
- Repetir: “Nem aqui, nem ali, nem lá” (1 ponto)()
- Comando: Pegue este papel com a mão direita,
dobre ao meio e coloque no chão (3 pontos).....()
- Ler e obedecer: “feche os olhos” (1 ponto).....()
- Escrever uma frase (1 ponto)()
- Copiar um desenho (1 ponto)()



ESCORE (___/ 30)

Fonte: FOLSTEIN *et al.* Mini-Mental State. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **Journal of Psychiatry Research**, v. 12, n. 3, p.189-198, 1975.

APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - Resolução 466/12)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa Representação social da qualidade de vida de idosos com doença pulmonar obstrutiva crônica- DPOC, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Maria Carolina da Silva Cardoso, residente na Rua 1º de Janeiro 228 apto 302 Casa Amarela, Recife-PE, CEP 520702-90 – Telefone (81) 99830 2040. e-mail carolina_cardoso_2008@hotmail.com. Podendo inclusive fazer ligações a cobrar. A mesma está sob a orientação da Prof. a Dra Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos, Residente à Rua Senador Pedro Correa 65, Aflitos Recife-PE CEP 52050-400, Telefone: (81)999046684, e-mail emr.vasconcelos@gmail.com.

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensíveis, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde com a realização do estudo pedimos que rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Caso não concorde, não haverá penalização, bem como será possível retirar o consentimento a qualquer momento, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Tendo como objetivo: Investigar a representação social da qualidade de vida de idosos com DPOC. Trata-se de uma pesquisa descritiva de abordagem qualitativa baseada num encontro pesquisador-interlocutor guiado por uma entrevista semi-estruturada. O paciente será encaminhado a uma sala do ambulatório de pneumologia do HC-PE, onde, neste ambiente, de forma individualizada, será realizada a entrevista com o pesquisador responsável. A participação do voluntário será em um único encontro.

Por se tratar de análise das respostas da entrevista realizada e não trazer informações pessoais da identificação do indivíduo, as margens de riscos são mínimas. No que diz respeito ao constrangimento de relatar suas fragilidades e compreensões sobre doença, daremos a segurança da individualidade e privacidade durante todo o processo. O principal benefício é poder, a partir deste estudo, identificar a representação social da qualidade de vida desses indivíduos com DPOC, já que é escassa a investigação desta temática.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa serão sob a forma de gravações e entrevistas, ficarão armazenados

em pastas de arquivo no computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador no endereço acima informado, pelo período de no mínimo 5 anos.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).**

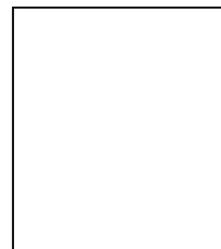
(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo Representação social da qualidade de vida de idosos com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento).

Recife, de de 2016

Assinatura do participante

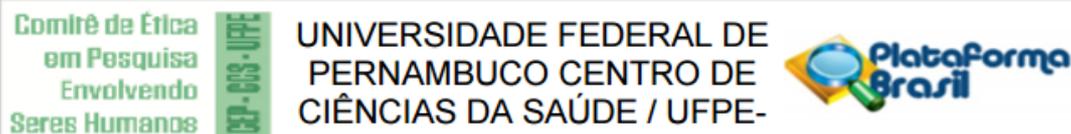


Testemunhas:

Primeira testemunha

Segunda testemunha

ANEXO A- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

Pesquisador: MARIA CAROLINA DA SILVA CARDOSO NANQUE

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 60993416.8.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.814.770

Apresentação do Projeto:

Este é um projeto de mestrado apresentado ao Programa de Pós-graduação em Gerontologia do Centro de Ciências da Saúde e pretende explorar, por meio de métodos qualitativos, as representações sociais sobre qualidade de vida de idosos com doença pulmonar obstrutiva crônica. O estudo será realizado no Ambulatório de Pneumologia do Hospital das Clínicas de Pernambuco. O ambulatório dispõe de atendimento médico especializado para pacientes com a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica com uma rotina regular de atendimentos na frequência de 3 vezes por semana para a população em foco.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral da pesquisa é investigar a representação social da qualidade de vida de idosos com doença pulmonar obstrutiva crônica.

Não são arrolados no projeto objetivos específicos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O único risco envolvido na pesquisa é o fato dos entrevistados poderem sentir algum desconforto na descrição das situações envolvendo sua patologia. Para minimizar esse desconforto, a pesquisadora garante a realização da entrevista em situação de privacidade, o anonimato e o adequado tratamento das informações prestadas.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS

Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600

UF: PE **Município:** RECIFE

Telefone: (81)2126-8588

E-mail: cepccs@ufpe.br

Comitê de Ética
em Pesquisa
Envolvendo
Serres Humanos

CEP - CCS - UFPE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



Continuação do Parecer: 1.814.770

Quanto aos benefícios, o conhecimento claro das representações dos idosos pode vir a auxiliar na elaboração de novos protocolos de atendimento ao tipo de paciente em foco na pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O critério de definição do tamanho da amostra de entrevistados será a saturação de dados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram incluídos de maneira adequada.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Tendo em vista o exposto, recomenda-se a aprovação do projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Protocolo foi avaliado na reunião do CEP e está APROVADO para iniciar a coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio da Notificação com o Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via "Notificação", pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link "Para enviar Relatório Final", disponível no site do CEP/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética, relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

O CEP/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do/a pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.740-600

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2126-8588

E-mail: cepccs@ufpe.br

**Comitê de Ética
em Pesquisa
Envolvendo
Serres Humanos**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-**



Continuação do Parecer: 1.814.770

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_797679.pdf	14/10/2016 11:08:18		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclecarol.docx	14/10/2016 11:07:07	MARIA CAROLINA DA SILVA CARDOSO NANQUE	Aceito
Outros	termoconfidencialidade.pdf	14/10/2016 10:35:41	MARIA CAROLINA DA SILVA CARDOSO NANQUE	Aceito
Outros	cartaanuencia.pdf	14/10/2016 10:34:14	MARIA CAROLINA DA SILVA CARDOSO NANQUE	Aceito
Outros	autorizacaousodados.pdf	14/10/2016 10:32:46	MARIA CAROLINA DA SILVA CARDOSO NANQUE	Aceito
Folha de Rosto	folharostocomite.pdf	14/10/2016 10:29:54	MARIA CAROLINA DA SILVA CARDOSO NANQUE	Aceito
Outros	latteslianepdf.pdf	13/10/2016 13:38:09	MARIA CAROLINA DA SILVA CARDOSO NANQUE	Aceito
Outros	meulattespdf.pdf	13/10/2016 13:35:47	MARIA CAROLINA DA SILVA CARDOSO NANQUE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetocomitecarol.docx	13/10/2016 13:31:20	MARIA CAROLINA DA SILVA CARDOSO NANQUE	Aceito
Outros	roteiroentrevista.docx	11/10/2016 11:19:01	MARIA CAROLINA DA SILVA CARDOSO NANQUE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 09 de Novembro de 2016

Assinado por:

**Gisele Cristina Sena da Silva Pinho
(Coordenador)**

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS

Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600

UF: PE **Município:** RECIFE

Telefone: (81)2126-8588

E-mail: cepccs@ufpe.br