



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**NÍVEL MESTRADO**

**PROBLEMAS DE SAÚDE AUTORREFERIDOS POR IDOSOS E  
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.**

**TATYANNI PEIXOTO RODRIGUES**

**JOÃO PESSOA - PB**

**2013**

**TATYANNI PEIXOTO RODRIGUES**

**PROBLEMAS DE SAÚDE AUTORREFERIDOS POR IDOSOS E  
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem – área de concentração: Enfermagem na Atenção à Saúde.

**ORIENTADORA: Profa. Dra. Antonia Oliveira Silva**

**JOÃO PESSOA - PB**

**2013**

**TATYANNI PEIXOTO RODRIGUES**

**PROBLEMAS DE SAÚDE AUTORREFERIDOS POR IDOSOS E  
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS**

Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Banca Examinadora

---

Profa. Dra. Antonia Oliveira Silva  
Orientadora

---

Prof. Dr. Luíz Fernando Rangel Tura (UFRJ)  
Membro

---

Profa. Dra. Valéria Peixoto Bezerra (UFPB)  
Membro

---

Profa. Dra. Maria Adelaide Silva Paredes Moreira (UFPB)  
Membro

R696p Rodrigues, Tatyanni Peixoto.  
Problemas de saúde autorreferidos por idosos e representações sociais/Tatyanni Peixoto Rodrigues.- João Pessoa, 2013.  
73f.  
Orientadora: Antonia Oliveira Silva  
Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCS  
1. Enfermagem. 2. Idosos - políticas de saúde. 3. Idosos - atenção à saúde. 4. Representações Sociais. 5. Envelhecimento e saúde.

Aos meus pais, Luiz e Luiza,  
por sempre me incentivar e acreditar  
em minha capacidade.

Ao meu noivo, Fernando e a minha filha Maria Luiza, por todo  
companheirismo, cumplicidade e Amor

À todos os idosos que participaram  
dessa pesquisa

DEDICO

## Agradecimentos

A DEUS, por ter me dado sabedoria, força, determinação, garra, persistência, e por não me ter abandonado nos momentos mais difíceis;

À Prof<sup>a</sup> Dra. Antonia Oliveira Silva, pela paciência, incentivo e cooperação para realização deste estudo. Obrigada de todo coração;

Aos Membros da Banca, por contribuírem com seus valiosos conhecimentos na consolidação desta etapa;

Aos idosos, participantes do estudo, que em muito colaboraram para o desenvolvimento dessa pesquisa, e pela confiança depositada em mim;

Essa pesquisa nunca teria sido possível sem a colaboração gentil de todos os senhores e senhoras que entrevistamos. Muito obrigada pelas suas valiosas palavras, por pensarem junto comigo e compartilharem a história de suas vidas;

Aos colegas da pós-graduação, em particular, minhas colegas de turma, pelo incentivo, amizade e companheirismo, especial reconhecimento à Adriana Smith, Sônia Gusmão e Luípa Michelle;

Aos meus amigos do Laboratório de Saúde, Envelhecimento e Sociedade (LASER), que me apoiaram e contribuíram para o desenvolvimento deste estudo;

Aos meus pais LUIZ e LUIZA, pelo amor, dedicação, alicerce e incentivo, nos momentos mais delicados de minha vida;

Às minhas irmãs Mércia e Luana, pelo fraterno apoio e presença constante, em mais uma longa e árdua conquista;

Ao meu noivo, Fernando Valadares e à minha filha Maria Luiza pelo incentivo e inspiração para seguir em frente;

E agradeço principalmente àqueles que sempre estiveram presentes, não por senso de dever, mas porque creram, amaram, e me sustentaram como pilares o que era até então um mundo desconhecido - queridos pais, esse sonho realizado é obra de vocês.

*“Não me neguei nada que os meus olhos desejaram;  
não me recusei a dar prazer algum ao meu coração. Na  
verdade, eu me alegrei em todo o meu trabalho; essa  
foi a recompensa de todo o meu esforço.”*

**(Eclesiastes 2:10)**

## SUMÁRIO

	Pg.
RESUMO	09
ABSTRACT	10
1 INTRODUÇÃO	11
1.1 OBJETIVOS	13
2. REVISÃO DA LITERATURA	14
3. MEDODOLOGIA	24
4. RESULTADOS	27
4.1 ARTIGO PUBLICADO	27
4.2 ARTIGO ENVIADO PARA PUBLICAÇÃO	36
4.3 ARTIGO PARA DEFESA A SER SUBMETIDO A PUBLICAÇÃO	53
CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
REFERÊNCIAS	68
APÊNDICES	70
ANEXO	75



## RESUMO

**RODRIGUES, T.P. Problemas de Saúde Autorreferidos por Idosos e Representações Sociais.** 2013. 75f. Dissertação (Mestrado). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

Evidenciar problemas relacionados ao envelhecimento envolve dimensões políticas e socio-econômicas, dentre estas, destacam-se segurança social e políticas de saúde com ênfase à saúde da pessoa idosa, embora uma e outra dimensão estejam profundamente interligadas. No tocante a saúde da pessoa idosa é importante se entender a interrelação entre a referida saúde e o envelhecimento tal como ela é representada e vivenciada pelos idosos constituindo o centro de interesse deste estudo. Para tanto este estudo tem os objetivos de conhecer as representações sociais sobre envelhecimento e saúde para idosos e identificar problemas autorreferidos por idosos. Trata-se de um estudo de abordagem mista (quantitativa e qualitativa) realizado com 714 idosos residentes no município de João Pessoa, Paraíba, Brasil. A coleta de dados foi realizada a partir de uma entrevista e do Teste da Associação Livre de Palavras, com o termo indutor: *envelhecimento* e *saúde*. Os dados obtidos da entrevista foram analisados estatisticamente a partir de uma análise bivariada dos dados; as informações coletadas pelo Teste da Associação Livre de Palavras foram organizadas em um *corpus* e analisadas com o auxílio do *software* Alceste, versão: 10. A população estudada caracteriza-se em ser de idosos jovens, predominantemente feminina, casadas, com renda mensal de um salário mínimo, com nível de escolaridade básica e frequentadora do Sistema Único de Saúde e os idosos com renda de um salário mínimo são funcionalmente independentes. A associação das doenças autorreferidas com o índice de Katz através da análise do teste do Qui-quadrado, revelou que a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) foi a variável de significância. Dessa forma, salienta-se que o aparecimento dessas doenças em idosos poderá estar relacionado às condições socioeconômicas, culturais e aos aspectos biológicos. Os mesmos representam envelhecimento e saúde com conteúdos mais negativos o que notadamente tem influenciado na adoção de práticas de saúde saudáveis. Os resultados reforçam a necessidade de uma atenção à população idosa, pautada nos princípios do Sistema de Saúde, visando a integralidade da assistência.

**Palavras-chave:** Envelhecimento; Saúde; Problemas de Saúde; Enfermagem.

## **ABSTRACT**

**RODRIGUES, T.P. Health problems and.** 2013. 75f. Dissertation (Masters). Center for Health Sciences, Federal University of Paraíba, João Pessoa.

Evidence problems related to aging involves dimensions and socio-economic policies, among them, contrasts out social security and health policies with emphasis of the health of the elderly, although one dimension and another are deeply interconnected. Regarding the health of the elderly, it's important to understand the interrelationship between this health and the aging as it is represented and experienced by the elderly constituting the center of interest of this study. Therefore this study has the objectives to know the social representations on aging and health problems for the elderly and identify self-reported by the elderly. This is a study of mixed approach (quantitative and qualitative) conducted with 714 elderly residents in the city of João Pessoa, Paraíba, Brazil. Data collection was conducted from an interview and tests of the Free Word Association with the inductive term: aging and health. Data obtained from interviews were statistically analyzed from a bivariate analysis of the data: information collected by Test Free Word Association was organized in a corpus and analyzed with the help of software Alceste: 10. The population studies is characterized in being mid-young , predominantly female, married, with a monthly income of a minimum wage, with the level of basic education and frequenter of the Health System and the elderly with incomes of minimum wage are functionally independent. The association of self-reported diseases with the Katz analysis by the chi-square test revealed that chronic obstructive pulmonary disease (COPD) was the variable of significance. Thus, it is showed that the onset of these diseases in the elderly may be related to socioeconomic, cultural and biological aspects. They represent aging and health with more negative contents which has notably influenced the adoption of health practices healthy. The results reinforce the need for special attention to the elderly population, based on the principles of the Health System, seeking comprehensive care.

**Keywords:** Elderly; Health; Health Problems; Nursing.

# 1 INTRODUÇÃO

A etapa da vida distinguida como velhice, só pode ser compreendida a partir da relação que se estabelece entre os diferentes aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais. Essa interação ocorre mediante condições de inserções socioculturais do sujeito/idoso nos seus grupos de pertencas. Neste contexto insere-se a pessoa idosa, em suas diferentes modalidades de interação histórica, política, econômica, geográfico e cultural como a inter-relação entre envelhecimento e saúde capaz de produzir representações sociais entre idosos.

Observa-se que o crescimento da população idosa é inegavelmente maior que o total da população em todo o mundo. A população de idosos, com 60 anos ou mais, cresceu 7,3 milhões entre 1980 e 2000, totalizando mais de 14,5 milhões em 2000. O Brasil, até 2025, será o sexto país em número de idosos (SHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

Por um lado, sabemos que o crescimento da população idosa é de fato um grande desafio para saúde pública, tendo em vista que se exige a real prática da estratégia de educação em saúde para tentar obter uma manutenção da saúde do idoso. Por outro lado, face ao crescimento demográfico e a expectativa de vida da população mundial, muitos países convivem com idosos de gerações diversas, os quais possuem necessidades variadas, exigindo políticas assistenciais distintas (SOUZA; FREITAS; QUEIROZ, 2007).

Alguns determinantes do envelhecimento de um país são fundamentalmente, ditados pelo comportamento de suas taxas de fertilidade e, em menor grau de importância, por suas taxas de mortalidade. Logo, ocorrendo uma queda de fertilidade, acontecerá o primeiro determinante responsável pelo envelhecimento de uma população, assim como, uma diminuição nos índices de mortalidade, fazendo com que

a população tenha maior longevidade, e o processo de envelhecimento de tal população torna-se ainda mais relevante (KALACHE, 1987).

Este cenário deixa evidenciar problemas envolvendo aspectos políticos e socio-econômicos - entre os quais se destaca a segurança social e as políticas de saúde – com ênfase a saúde da pessoa idosa embora um e outro aspecto estejam profundamente interligadas. No tocante a saúde da pessoa idosa é importante se entender a interrelação entre a referida saúde e envelhecimento tal como ela é representada e vivenciada pelos idosos é o centro de interesse deste estudo.

A saúde, no entanto, possibilita enfrentar novas situações e instituir vários olhares que se convencionou relacionar velhice com saúde/doença. São questões vinculadas à maneira como a pessoa idosa se relaciona com a sua condição de saúde as que particularmente estamos interessadas por ser nesta interrelação que se insere dimensões subjetivas sobre o envelhecimento em que os idosos elucidam a respeito de sua condição de saúde e o seu impacto na qualidade de vida da pessoa idosa.

Tais dimensões tem uma influência cultural frente a práticas de saúde saudáveis no envelhecimento, ou não, às práticas de saúde pelos idosos também se baseiam em valores e pensamentos elaborados e compartilhados socialmente relativos à saúde, práticas saudáveis de saúde e o próprio cuidado com esta.

A velhice é possuidora de uma representação consensual presente na população em geral e entre os profissionais de saúde. Este fato representa só por si, uma visão hegemônica na concepção teórica priorizada para explicar tanto a saúde quanto o envelhecimento que define o problema a ser investigado e por isso deve merecer atenção. Assim, por ser as representações de saúde e de envelhecimento não apenas algo exclusivo dos mais jovens, os idosos produzem representações as quais, supostamente, poderão justificar seus comportamentos por servirem de guias às suas práticas que são

ativadas de acordo com o contexto no qual os idosos interagem com saúde, em condições definidas. Assim, as formas de manifestação das representações sociais ocorrem não só nas falas dos idosos, mas na maneira como se comportam e como lidam com o fenômeno em questão.

Neste sentido, um estudo centrado na teoria das representações sociais (MOSCOVICI, 2012), pode contribuir significativamente com a adoção de novas práticas assistenciais de saúde para essa população e apontar pistas para um atendimento singular capaz de propiciar um cuidado humanizado dimensionado nas políticas públicas de saúde à pessoa idosa considerando dimensões subjetivas envolvidas no cuidado humanizado ao longo do fenômeno de envelhecer.

Consideramos que o presente estudo, subsidiado no aporte teórico das representações sociais permitirá se conhecer aspectos subjetivos relevantes à saúde e um envelhecimento ativo com qualidade fruto do pensamento social e de conhecimentos do senso comum no olhar de idosos.

A partir desses aspectos este estudo tem como objeto de estudo as *representações sociais sobre envelhecimento e saúde e os problemas de saúde autorreferidos por idosos*.

Neste sentido questiona-se: Quais as representações sociais sobre envelhecimento e saúde para idosos? Quais os problemas de saúde autorreferidos?

Para responder tais questões este estudo tem os seguintes **objetivos**:

- Conhecer as representações sociais sobre envelhecimento e saúde para idosos;
- Identificar problemas autorreferidos por idosos.

## **2. REVISÃO DA LITERATURA**

### **2.1 ENVELHECIMENTO E SAÚDE**

O envelhecimento populacional brasileiro vem se destacando em sua evolução nos últimos 100 anos. A expectativa de vida no início do século XX não passava dos 33,5 anos, e hoje o Brasil segue com uma média de 22 milhões de idosos, superando países como a Itália, França e Inglaterra. A esperança de vida da nossa população tem ênfase em idosos acima de 80 anos (MINAYO, 2012).

A realidade do envelhecimento populacional mundial vem refletindo no Brasil a partir do aumento significativo da população idosa anualmente. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, provenientes do censo populacional realizado em 2000, demonstra que o Brasil registrava 14.536.029 idosos e, na contagem populacional de 2007, esse número aumentou para aproximadamente 19 milhões. Na Paraíba, na contagem do ano de 2007, a população idosa era composta de 402.143 habitantes e, destes, 61.281 residiam no município de João Pessoa-PB (IBGE, 2007).

O Brasil, segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), tem a projeção de ser considerada a sexta nação mundial em número de idosos até 2025. Nos países desenvolvidos, o processo de envelhecimento ocorreu em cerca de um a dois séculos, no início do século XX, e de forma gradativa, em consequência de melhorias nas condições de vida, de trabalho, de educação e de saúde. Já nos países em desenvolvimento, como o Brasil, esse processo de envelhecimento tem ocorrido de forma abrupta, a partir de 1950, ou seja, em um período de cinquenta anos, demonstrando 50 anos de defasagem na percepção do envelhecimento para os países em desenvolvimento e, portanto, não havendo preparação por parte do governo quanto à melhoria da qualidade de vida para os idosos (PASCHOAL; FRANCO; SALES, 2007).

Tal fenômeno traz uma série de questões cruciais, tanto para os gestores e pesquisadores contemporâneos dos sistemas de saúde quanto para a sociedade como um todo. Não bastassem os problemas próprios do fenômeno epidemiológico, também é preciso levar em conta que as mudanças se dão num contexto nacional de acentuada desigualdade social, de pobreza e de fragilidade de instituições (VERAS, 2007).

O envelhecimento caracteriza-se tanto uma conquista, quanto um dos grandes desafios para os que estão vivenciando o processo de envelhecer e para os governantes acarretando implicações de ordem global capaz de aumentar o risco de adoecimento das pessoas idosas, e no aumento das demandas sociais e econômicas em todo o mundo (WHO, 2005).

Nesse sentido, o governo brasileiro alerta para o reconhecimento em atender às necessidades do idoso nos seus diversos contextos sociais, e a garantir os seus direitos fundamentais inerentes, quando criou o Estatuto do Idoso, a partir da aprovação da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, destinada a normatizar os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos (BRASIL, 2007).

Sendo que, ainda existe uma parte da população idosa sem fonte de renda, o que acaba limitando sua qualidade de vida e que os leva a conviver com vários problemas de saúde e algumas dependências. A maior preocupação dos especialistas é com idosos acima de 80 anos, que é quando a probabilidade de surgir doenças aumenta assim como a sua dependência física. Alguns gerontólogos afirmam ser difícil gerar uma boa qualidade de vida para essa população, porque o tratamento de um idoso requer o triplo de recursos financeiros e de cuidados humanos (MINAYO, 2012).

Um dado relevante, em relação às conquistas desse grupo populacional no Brasil, direcionadas à pessoa idosa, foi a aprovação da Portaria nº 2.528/06 do Ministério da Saúde, dentro das políticas públicas de saúde e dos direitos, necessidades,

preferências e habilidades das pessoas idosas. Essa portaria dispõe sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, com a finalidade de recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2006).

## **2.2 POLÍTICAS À PESSOA IDOSA E PROBLEMAS DE SAÚDE**

Atualmente, chegar à velhice é uma realidade populacional mesmo nos países mais pobres. Ainda que a melhora substancial dos parâmetros de saúde das populações observadas no século XX esteja longe de se distribuir de forma equitativa dos diferentes países e contextos socioeconômicos, envelhecer não é mais privilégio de poucos. Um dos resultados dessa dinâmica é a maior procura dos idosos por serviços de saúde. As internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior quando comparado a outras faixas etárias. Desta forma, o envelhecimento populacional se traduz em maior carga de doenças na polpação, mais incapacidades e aumento do uso dos serviços de saúde (VERAS 2009).

Um dos desafios diz respeito à maior demanda por serviços de saúde e o despreparo dos sistemas de atenção para lidar com essas mudanças. Populações envelhecidas apresentam maior carga de doenças e agravos não-transmissíveis assim como de incapacidades, resultando em maior e mais prolongado uso de sistemas de saúde.

A Política Nacional do Idoso (PNI) foi promulgada pela Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Essa lei assegura no artigo 1º os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Dentre outras regulamentações, cria o Conselho Nacional do Idoso.



Políticas de saúde para a população idosa devem se basear na promoção da saúde ao longo de todo o ciclo da vida e em políticas que atendam às necessidades específicas dessa população. Políticas de integração social e de conscientização da necessidade de um estilo de vida condizente com uma melhor saúde devem fazer parte de um *pacote de saúde* (COSTA, CAMARANO, 2008).

As diretrizes básicas da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa são bons exemplos das preocupações com a promoção do envelhecimento saudável, com a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, com a prevenção de doenças, com a recuperação da saúde dos que adoecem e com a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida (GORDILHO, et al 2000).

Constituem diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa: a) promoção do envelhecimento ativo e saudável; b) atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; c) estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; d) provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; e) estímulo à participação e fortalecimento do controle social; f) formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; g) divulgação de informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; h) promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e i) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Do ponto de vista de saúde pública, este conceito é o mais adequado para se estruturar e viabilizar uma política de atenção à saúde do idoso. Portanto, todas as iniciativas de promoção de saúde, de assistência e de reabilitação em saúde devem ter como meta aprimorar, manter ou recuperar a capacidade funcional do indivíduo pelo

maior tempo possível, valorizar a autonomia e a independência física e mental, excedendo um simples diagnóstico e tratamento de doenças específicas. (LOURENÇO, et al 2005).

A Portaria nº 687, de 3 de março de 2006, complementa as diretrizes do Pacto e aprova a Política de Promoção da Saúde. Esta portaria apresenta como objetivos a promoção da qualidade de vida e a redução das vulnerabilidades e dos riscos à saúde. O texto relaciona promoção da saúde a determinantes e condicionantes vinculados ao modo de viver e às condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura e acesso a bens e serviços essenciais. Apesar de citar especificamente a atenção à pessoa idosa, essa política preconiza os cuidados com a promoção da saúde de grupos mais vulneráveis. Nela, linhas de ação são estabelecidas para o enfrentamento das violências de forma mais ampliada e direcionada à adoção de uma cultura de paz, à prevenção de acidentes e ao uso abusivo de álcool e outras drogas (MINAYO, 2010).

Neste contexto, salientamos que a situação de saúde é geralmente descrita em termos da mortalidade e da morbidade de uma dada população. Assim, de maneira geral, em grandes inquéritos de base populacional, as condições de saúde são aferidas por meio da morbidade autorreferida. Os indicadores correspondentes referem-se ao estado geral de saúde e as condições específicas de saúde (doenças e condições relacionadas). Entre os indicadores gerais, destacam-se: auto avaliação da saúde; interrupção das atividades habituais por problemas de saúde; se encontrar acamado recentemente (considerar além do número de dias e a incapacidade devido a problemas físicos ou mentais). Os indicadores específicos incluem: doenças mais frequentes entre idosos, como, por exemplo, a hipertensão arterial e a artrite (COSTA, CAMARANO, 2008).

A hipertensão arterial constitui um dos problemas de saúde pública mais relevante neste país. As doenças cerebrovasculares constituem a causa mais frequente de mortalidade entre idosos brasileiros, superando a mortalidade devido a doenças isquêmicas do coração. Com relação às doenças cerebrovasculares destacam-se o controle precário da hipertensão arterial, em que se espera a substituição desta por doenças isquêmicas do coração, nas sociedades que alcançam um bom nível de Saúde Pública. As razões para um não tratamento e/ou para a interrupção do seu uso incluíam dificuldades de acesso aos medicamentos, redução da dose prescrita por razões econômicas e reinterpretação da informação prestada pelo médico, entre outros fatores. Essas observações são um bom exemplo de como é difícil a abordagem da hipertensão arterial entre idosos, na ausência de um efetivo programa de Saúde Pública para prevenção e controle da mesma (COSTA, CAMARANO, 2008).

### **2.3 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS**

O conceito de Representações Sociais surgiu a partir de duas problemáticas: uma específica e outra geral. A primeira diz respeito a como a teoria científica é apropriada, transformada e utilizada pelo homem comum; e a segunda retrata como se constrói um mundo significativo. As representações podem ser consideradas fatores constituintes do estímulo e modeladores da resposta, não sendo apenas mediadores entre os estímulos e as respostas. Uma vez constituída a representação, os indivíduos procurarão criar uma realidade que valide as previsões e explicações decorrentes dessa representação (VALA, 2002)

A Teoria das Representações Sociais (TRS) tem-se expandido e se mostrado ser de grande utilidade na análise de diversos fenômenos no campo da saúde e às políticas sociais e no planejamento de intervenções de âmbito social, em particular (TURA; MOREIRA, 2005), explicando fenômenos de caráter subjetivos determinantes de

comportamentos e práticas em saúde a partir de uma perspectiva coletiva, sem perder de vista a individualidade.

MOSCOVICI (2012) define as representações sociais como formas de conhecimentos que são construídas e compartilhadas socialmente por um determinado grupo. As mesmas são responsáveis pela comunicação intra e intergrupo, por comportamentos, valores, imagens e pela tomada de posição dos sujeitos frente ao objeto representado. O mesmo posicionou as representações sociais no campo dos sistemas cognitivos usuais, como um modo de conhecimento ou um saber prático do senso comum, que convive com outros saberes, como científico, produzido por *experts*.

Para o referido autor, as representações sociais são saberes utilizados pelos sujeitos em sua vida cotidiana e comportam visões compartilhadas pelos grupos, que determinam condutas desejáveis ou admitidas num campo de comunicações povoado de ideias e valores. Assim, a representação social é entendida como uma modalidade de conhecimento particular que tem, por função, a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos. Esta é formada em função da necessidade de decodificar o que é desconhecido transformando-o familiar a partir da comunicação considerada importante por permitir a formação das representações; esta ocorre ao possibilitar a reconstrução do real através da interpretação dos elementos componentes do meio ambiente, em uma sequência ordenada e significativa para os membros de um determinado grupo.

Para tanto, essa construção ocorre mediante dois processos: ancoragem e objetivação, centrais à formação do pensamento em que memória é considerada nas conclusões pré-estabelecidas predominado nos dois processos: ancoragem e objetivação.

Por um lado, no *processo de ancoragem*, em um primeiro momento tenta ancorar ideias estranhas e reluzi-las a categorias e imagens comuns, colocando-as em um contexto familiar. Desta forma, classifica-se e dar nomes ao fenômeno estranho, não classificado e que não possui nome, ainda é estranho, não existente e ao mesmo tempo ameaçador. Assim é atribuído ao fenômeno/objeto ou pessoa desconhecido, uma categoria preferida, rotulando-o com palavras que pertencem à rede de categoria: categorizar o que não está categorizado ou nomear o que não tem nome, assim representando-o. Logo, a lógica desse processo torna a neutralidade impossível, pois requer que a cada indivíduo ou objeto, seja atribuído um valor. Classificar algo significa que nós o confinamos a um conjunto de comportamentos e regras que estipulam o que é, ou o que não é permitido em relação a todos os indivíduos dessa classe. Então, categorizar alguém ou algum objeto significa escolher um dos paradigmas estocados na memória e estabelecer uma relação positiva ou negativa com ele (MOSCOVICI, 2012).

Por outro lado, acontece o *processo de objetivação* que é considerado muito mais atuante que o processo de ancoragem. A objetivação une a ideia de não familiaridade com a de realidade, visando esclarecer como se estrutura o conhecimento sobre o fenômeno ou objeto. O mesmo ocorre em três etapas: a primeira seleciona e descontextualiza elementos relacionados com o objeto a ser representado a partir de um enxugamento do excesso de informações sobre o mesmo, uma vez que não é possível lidar com o conjunto de informações transmitidas, ocorrendo aí, cortes baseados na informação prévia, na experiência e nos valores. Daí, uma vez feitos os recortes, recompõem-se os fragmentos em um esquema que se torna o núcleo figurativo das representações sociais. Desta forma, podemos dizer que a objetivação seria a transformação de um conceito, de uma ideia ou mesmo de uma opinião em algo concreto que se materializa a partir de um processo figurativo e social e passa a

constituir o núcleo central de uma determinada representação, como se fosse o real daqueles que a expressam. Objetivar é descobrir a qualidade icônica de uma ideia, ou ser impreciso, ele diz que é reproduzir um conceito em uma imagem e que para isso basta apenas compararmos, e dessa maneira iremos encher o que estava vazio de imagem, com substância (MOSCOVICI, 2003).

Para Sá (2000) os fenômenos das representações sociais são difusos e multifacetados por esta razão precisam ser derivados para objetos de pesquisa através de uma elaboração do universo reificado – que é o da ciência.

As representações sociais podem ser entendidas, portanto, como produtos de atividades psicossociais autônomas, próprias de uma sociedade e de determinada cultura; são modos de conhecimento e processos simbólicos estudados em relação com as culturas, nos quais os indivíduos são, direta ou indiretamente, produtos e produtores culturais (MOSCOVICI, 2003).

Para o referido autor, as funções psicossociais das representações sociais (orientação na comunicação, formação de condutas, identitária e justificadora), poderão influenciar na vida dos indivíduos/grupos implicados no fenômeno em foco. Desse modo, comunicações e comportamentos podem orientar o processo de interação social que transformam simbolicamente os objetos/fenômenos representados. Isso porque o atendimento em saúde oferecido aos idosos encontra-se inscrito num contexto ativo, dinâmico, que participam da vida em coletividade como prolongamento de seus comportamentos, tornando responsáveis pela qualidade de vida uns dos outros.

Além da função de orientação para a ação, já mencionada à qual se dá a partir da definição da finalidade da situação, a criação de um sistema de antecipações/expectativas e prescrição de condutas/práticas sociais à função identitária, define a identidade social e mantêm a especificidade dos grupos, incluindo, ainda, a

função de justificação, que fundamenta as tomadas de posição e conduta (MOSCOVICI, 2003).

Na formação de representações sociais, é importante salientar outras condições psicossociais que dizem respeito à distribuição demográfica do repertório simbólico referente ao objeto representado, segundo cada grupo e sociedade; ao grau de pressão social, interna e externa, sobre o indivíduo e grupo particular para produzir e comunicar um conhecimento/prática sobre o objeto; e, enfim, ao engajamento em relação à posição do grupo social na sociedade face ao objeto representado.

Desta forma, para se conhecer melhor a influência subjetiva do que pensam os idosos sobre envelhecimento e saúde é que se optou pelo aporte da Teoria das Representações Sociais (TRS), enquanto uma possibilidade de entendimento de teorias do senso comum frente a esta problemática, possibilitando apreender representações não apenas como um sistema de cognições, mas destacar o contexto no qual elas são produzidas, em particular, no âmbito do envelhecimento e sua interface com o risco de quedas.

A compreensão dessa realidade comum no grupo social a ser estudada (idosos e saúde) configura-se uma via de apreensão de uma realidade social singular que poderão servir de base para a realização de futuras estratégias de ação que visem à implementação de uma política institucional eficaz para o grupo estudado. Já para Arruda (2001), essa teoria é “boa para pensar” o cotidiano e, assim, dar respostas e apontar soluções para uma ação concreta.

Assim, Sá (2000) destaca a importância das representações sociais enquanto teorias do senso comum que são centradas na realidade social, que podem promover ações mais amplas e integrais, no nosso caso, direcionada a saúde da pessoa idosa.

### 3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, em uma abordagem mista: quantitativa e qualitativa, realizada no município de João Pessoa-Paraíba, Brasil, inserido nos Projetos: **Condições de Saúde, Qualidade de Vida e Representações Sociais de Idosos nas Unidades de Saúde da Família (261/09)** e **Tecnologias Assistivas para Idosos Atendidos em Unidades de Saúde da Família**, financiados pelo Fundo Nacional de Saúde – FNS/MS/Capes e CNPq.

A população do estudo foi composta por um total de 61.281 idosos, residentes no município de João Pessoa-PB, de acordo com a contagem censitária realizada em 2007, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (IBGE, 2007).

A amostra foi por conveniência constituída por 714 idosos, considerando os critérios: estar na faixa etária igual aos 60 anos ou mais de idade; residir no município de João Pessoa/PB; serem atendidos nas Unidades de Saúde da Família; possuir condições cognitivas (encontrar-se em condições de responder as questões sem ajuda) no momento da aplicação dos instrumentos e concordarem em participar do estudo.

A participação dos idosos (N=714) na pesquisa foi voluntária e atendeu à Resolução 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa e as Diretrizes e Normas, que regem a pesquisa, envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996). A presente proposta do estudo foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley-UFPB, e aprovada sob o número do protocolo 261/2009 (ANEXO A).

Na coleta de dados, utilizamos a técnica de multimétodo, a partir dos seguintes instrumentos:

- **Teste da Associação Livre de Palavras** – (APÊNDICE B), com o termo indutor: *envelhecimento e saúde*. Este teste permite a evocação de respostas, a partir de



estímulos indutores, permitindo se evidenciar grupos semânticos de palavras associadas ao estímulo abordado.

● **Entrevista Semiestruturada** (APÊNDICE C) constituída por três seções. A *primeira seção* contempla variáveis sobre informações pessoais; a *segunda* trata de questões sobre o Perfil Social; e a *terceira seção* trata dos Problemas de Saúde.

A coleta foi realizada no período de outubro a dezembro de 2010, na data previamente agendada com o idoso a ser entrevistado, com uma duração média de aplicação de aproximadamente 120 minutos.

Nesse momento, houve a apresentação do pesquisador aos sujeitos do estudo, dos objetivos da pesquisa, sendo esclarecido quanto ao respeito a seu anonimato e privacidade, bem como sua desistência em qualquer momento da pesquisa, conforme preconiza a Resolução 196/1996. Após os devidos esclarecimentos, houve o convite à participação, sendo concretizada pela assinatura, em duas vias, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A); no caso de o participante não ser alfabetizado, a leitura do referido Termo foi realizado pelo acompanhante.

Os dados coletados na entrevista semiestruturada foram organizados em um banco de dados preparado a ser utilizado pelo *software* Excel – 2003. As informações contidas no banco de dados foram transferidas para o pacote estatístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences) – versão 11.0, e as variáveis estudadas foram mensuradas nos níveis das escalas: nominal, ordinal e intervalar. Inicialmente, efetuou-se a codificação das variáveis pertinentes, e procedeu-se a consistência dos dados. A seguir, para o levantamento do perfil social dos idosos em relação às variáveis inerentes ao objeto de estudo, procedeu-se a análise estatística, através da construção de tabelas de frequências simples, medidas descritivas, cruzamentos de variáveis, sendo apresentadas em tabelas de frequências conjuntas e gráficos estatísticos pertinentes.

Os dados provenientes dos 714 **Testes da Associação Livre de Palavras** foram organizados em um *corpus*, em seguida submetidos ao *software* Alceste: 2010. Este programa informático é importante para auxiliar na análise de dados, principalmente quando se trata de grande quantidade de material textual, proveniente de entrevistas, questionário e de diferentes documentos escritos. Esse ainda faz análise acerca da classificação hierárquica descendente, além de permitir uma análise lexicográfica do material textual, e oferece contextos (classes lexicais) que são caracterizados pelo seu vocabulário e pelos segmentos de textos que compartilham este vocabulário (CAMARGO, 2005)

Com base no aporte teórico metodológico utilizado nesta pesquisa originaram-se três artigos:

### **3.1. Publicado:**

**Título:** Representações sociais de trabalhadores da atenção básica de saúde sobre envelhecimento

**Autores:** Cristina Kátya Torres Teixeira Mendes<sup>I</sup>; Maria do Socorro Costa Feitosa Alves<sup>II</sup>; Antonia Oliveira Silva<sup>III</sup>; Maria Adelaide Silva Paredes<sup>IV</sup>; Tatyanni Peixoto Rodrigues<sup>V</sup>

**Revista** Gaúcha de Enfermagem.

### **3.2. Artigo encaminhado para Publicação:**

**Título:** **Funcionalidade em idosos: produção de conhecimento na última década.**

**Autores:** Sônia Mara Gusmão Costa. Tatyanni Peixoto Rodrigues. Kiara Maria Vieira Pinto. Olívia Galvão Lucena Ferreira. Maria Adelaide Silva Paredes Moreira. Antonia Oliveira Silva.

**Revista:** REUOL

### **4.3 Artigo para defesa a ser Submetido à Publicação à REBEN**

**Título:** **Influência de Doenças nas Atividades Básicas da Vida Diária entre Idosos**

**Autores:** Tatyanni Peixoto Rodrigues<sup>1</sup>; Sônia Mara Gusmão Costa<sup>2</sup>; Adriana de Azevedo Smith Marques<sup>3</sup>; Maria Adelaide Silva Paredes Moreira<sup>4</sup>; Valéria Peixoto Bezerra<sup>5</sup>; Antonia Oliveira Silva<sup>6</sup>.

**Revista:** REEUSP.

## 4 RESULTADOS: Artigos Produzidos

### 4.1 ARTIGO PUBLICADO

#### **Representações sociais de trabalhadores da atenção básica de saúde sobre envelhecimento**

#### **Representación de los trabajadores sociales de la salud de atención primaria sobre el envejecimiento**

#### **Social representations on aging by primary care health workers**

**Cristina Katya Torres Teixeira Mendes<sup>I</sup>; Maria do Socorro Costa Feitosa Alves<sup>II</sup>; Antonia Oliveira Silva<sup>III</sup>; Maria Adelaide Silva Paredes<sup>IV</sup>; Tatyanni Peixoto Rodrigues<sup>V</sup>**

<sup>I</sup>Fisioterapeuta, Mestre em Enfermagem, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. Pesquisadora do Grupo Internacional de Estudos e Pesquisas em Envelhecimento e Representações Sociais

<sup>II</sup>Odontóloga, Prof.PhD do Departamento de Odontologia e Docente do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. Pesquisadora do Grupo Internacional de Estudos e Pesquisas em Envelhecimento e Representações Sociais

<sup>III</sup>Enfermeira, Prof.PhD do Departamento de Saúde Pública e Psiquiatria e Coordenadora-Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil. Líder do Grupo Internacional de Estudos e Pesquisas em Envelhecimento e Representações Sociais

<sup>IV</sup>Fisioterapeuta, Mestre em Engenharia de Produção, Doutora em Ciências da Saúde, Pós-Doutorando em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil. Pesquisadora do Grupo Internacional de Estudos e Pesquisas em Envelhecimento e Representações Sociais

<sup>V</sup>Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil. Estudante do Grupo Internacional de Estudos e Pesquisas em Envelhecimento e Representações Sociais

Endereço da autora

#### **RESUMO**

Este estudo teve o objetivo de conhecer as representações sociais sobre envelhecimento construídas por trabalhadores de saúde da Atenção Básica. Trata-se de um estudo exploratório, com a participação de 204 trabalhadores da Atenção Básica em Saúde, do município de João Pessoa, Paraíba. Para coleta de dados, foi utilizada uma entrevista semiestruturada. Os dados obtidos das 204 entrevistas foram analisados com o auxílio do programa informático Alceste, versão 2010. Os resultados apontaram cinco classes ou categorias: visão sobre envelhecimento; dimensões psicossociais; tempo de dúvidas; envelhecimento como processo; envelhecimento versus doença, com conteúdos tanto positivos: alegria, atenção, filhos, aposentadoria, cuidador, direitos, maturidade e sabedoria, quanto negativos:

deficiências, decadência, esquecimento, fragilidade, limitação, rugas, dependência e doença. Observou-se que os sentidos associados ao envelhecimento mostram a necessidade de um cuidar integral e humanizado à pessoa idosa.

**Descritores:** Trabalhadores. Saúde. Envelhecimento. Enfermagem.

## RESUMEN

Este estudio tuvo por objetivo de conocer las representaciones sociales del envejecimiento construidas por los trabajadores de salud de la Atención Primaria. Es un estudio exploratorio con la participación de 204 trabajadores de la ciudad de João Pessoa, Paraíba. Para la recogida de datos se utilizó una entrevista semiestructurada. Los datos obtenidos de las 204 entrevistas fueron analizados con de la ayuda de software Alceste versión 2010. Los resultados mostraron cinco clases o categorías: visión sobre el envejecimiento, las dimensiones psicosociales, tiempo de dudas, el envejecimiento como un proceso, el envejecimiento versus la enfermedad. Los contenidos son tanto positivos: la alegría, la atención, los niños, la jubilación, los derechos de cuidador, la madurez y la sabiduría, como negativos: deficiencias, la decadencia, el abandono, la debilidad, la limitación, las arrugas, la adicción y la enfermedad. Hemos observado los sentidos asociados con el envejecimiento la necesidad de un cuidar pleno y humanizado a los ancianos.

**Descriptor:** Trabajadores. Salud. Envejecimiento. Enfermería.

## ABSTRACT

The objective of this study was to get to know the social representations on aging developed by Primary Care health workers. This is an exploratory study involving 204 Primary Health Care workers, in the city of João Pessoa, in the state of Paraíba. For data collection we used a semi-structured interview. The data obtained from 204 interviews was analyzed with the help of the Alceste software version 2010. The results indicated five classes or categories: vision of aging, psychosocial dimensions, a time of doubts, aging as a process, and aging versus disease, with positive content: joy, care, children, retirement, caregiver rights, maturity and wisdom, as well as negative factors: impairments, decadence, neglect, fragility, limitation, wrinkles, dependency and disease. It was observed that these meanings associated with aging express the need for total and humanized elderly care.

**Descriptors:** Workers. Health. Aging. Nursing.

## INTRODUÇÃO

O envelhecer é um fenômeno natural da vida de um indivíduo, ou seja, é um processo geral, dinâmico, progressivo, lento e gradual, para o qual concorre uma multiplicidade de fatores genéticos, biológicos, sociais, ambientais, psicológicos e culturais característicos da pessoa e a pressão do meio ambiente. Seus efeitos são dependentes da capacidade de substituição e de compensação da pessoa e das exigências do meio<sup>(1)</sup>.

Do ponto de vista demográfico e do plano individual envelhecer significa aumentar o número de anos vividos<sup>(1)</sup>. Paralela à evolução cronológica, coexistem fenômenos de natureza biopsíquica e social, importantes para a percepção da idade e do envelhecimento.

O envelhecimento nas sociedades desenvolvidas é o resultado da melhoria das condições de vida e dos progressos da ciência e da medicina que têm trazido um

aumento significativo dos índices de longevidade expresso na esperança média de vida que atinge números nunca antes registrados, mesmo com a drástica redução da mortalidade infantil, com a diminuição das taxas de fecundidade, aliada à maior longevidade, tem provocado uma profunda alteração na geometria das pirâmides populacionais<sup>(2)</sup>.

O mundo está a envelhecer, em que em todo o mundo estima-se que o número de pessoas com 60 e mais anos conheça um aumento na ordem de 85%. Com relação ao crescimento da população de idosos vem se observando que este ocorre de forma mais acentuada nos países em desenvolvimento, embora este contingente ainda seja proporcionalmente bem inferior ao encontrado nos países desenvolvidos. Em relação aos países da América Latina, o Brasil assume uma posição intermediária com uma população de idosos correspondendo a 8,6% da população total<sup>(3)</sup>.

Esse impacto marcará, sem dúvida, o processo de desenvolvimento econômico e social e representa um grande desafio em termos de sustentabilidade, quer do sistema de segurança social, quer do próprio modelo produtivo, mas como um repensar a ser feito no âmbito do respeito integral da pessoa humana em todas as suas dimensões<sup>(2)</sup>, gerando grandes desafios para essas sociedades, que precisam ser capazes de promover o envelhecimento saudável e ativo<sup>(4)</sup>.

O conceito de envelhecimento bem-sucedido envolve baixo risco de doenças e de incapacidades, funcionamento físico e mental excelente e envolvimento ativo com a vida. Depende da capacidade de adaptação às mudanças físicas, emocionais e sociais. Esta habilidade é o resultado da estrutura psicológica e de condições sociais construídas ao longo da vida<sup>(5)</sup>.

É importante se conhecer o que pensam os profissionais de saúde sobre envelhecimento para se trabalhar com aspectos específicos à saúde da pessoa idosa capaz de auxiliar na otimização do suporte familiar e comunitário, assim como no fortalecimento de vínculos de co-responsabilidade.

Enquanto fenômenos sempre ativados, as representações sociais constituem formas de conhecimentos/informações construídas e/ou atualizadas na vida social das pessoas. O estudo de tais fenômenos possibilita a apreensão de diferentes aspectos subjetivos envolvidos no cotidiano da organização de um saber próprio de uma realidade social. O conjunto desses componentes em processo configura uma totalidade significativa que, em relação com a ação<sup>(5)</sup>.

Assim sendo, nas sociedades contemporâneas, em particular nas sociedades dos países desenvolvidos, o envelhecimento das populações tem ganhado uma dimensão e uma complexidade<sup>(2)</sup>, assim como, nos países em desenvolvimento, ratificam profundas modificações do ponto de vista das implicações relacionadas com os cuidados de saúde, a organização social e familiar e da parte dos governos das mudanças das condições concretas de saúde e de vida, considerando além desses aspectos as dimensões subjetivas próprias do envelhecimento. Logo, este estudo tem o objetivo de conhecer as representações sociais sobre envelhecimento construídas por trabalhadores de saúde da Atenção Básica.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um recorte extraído da Tese de Doutorado<sup>(6)</sup> do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – RN, inserida na Pesquisa sobre Tecnologias Assistivas para Idosos Atendidos em Unidades de Saúde da Família no município de João Pessoa, Paraíba, financiada pelo Ministério da Saúde em convênio com o Programa de Pós-Graduação de

Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, subsidiada no aporte teórico das representações sociais<sup>(7)</sup>.

Participaram do estudo 204 (duzentos e quatro) profissionais de saúde, que trabalham nas Unidades de Saúde, escolhidos de forma aleatória, de ambos os sexos, que aceitaram participar do estudo, atendendo as recomendações previstas na Resolução 196/1996<sup>(8)</sup>, do Ministério da Saúde, sobre pesquisa envolvendo seres humanos, após aprovação pelo comitê de ética em pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB (Protocolo CEP/HULW nº. 261/09, fr: 294027).

A coleta de dados foi realizada a partir do Teste da Associação Livre de Palavras, formado na primeira por uma questão única, com o termo indutor «envelhecimento» e a segunda, contemplou as variáveis: sexo, idade e tipo de profissional.

Os dados empíricos coletados a partir das respostas evocadas pelos profissionais foram organizados em um banco de dados que foi submetido a uma análise de conteúdo textual com o auxílio do programa informático Alceste (Análise Lexical Contextual de um Conjunto de Segmentos de Texto) versão 2010, que utiliza a linguagem escrita ou transcrita, como: material escrito da mídia; falas de entrevistas; depoimentos; relatos; documentos e textos produzidos de diferentes técnicas para coleta. Este programa realiza uma análise de classificação hierárquica descendente e lexicográfica do material textual, oferecendo contextos ou classes/categorias que são caracterizados pelo seu vocabulário e pelos segmentos de textos que compartilham do vocabulário<sup>(9)</sup>.

Esse procedimento possibilitou para o estímulo envelhecimento o delineamento de cinco classes em função da ocorrência e co-ocorrência das palavras contidas no vocabulário e da sua contextualização dentro dos segmentos de textos articulados para um corpus formado por 204 Unidades de Contextos Iniciais (UCI's) ou 204 testes da Associação Livre de Palavras, correspondente as entrevistas, com um aproveitamento de 82,84% do corpus submetido ao Alceste após análise, posteriormente foi interpretado a luz da teoria das representações sociais.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Participaram do estudo 178 mulheres (87,25 %) e 26 homens (12,75%), que trabalham nas Unidades de Saúde da Família do município de João Pessoa, em sua maioria estão na faixa etária entre 40-49 anos de idade (28,92%), e possuem curso superior (81,86 %) (Tabela 1).

As representações sociais sobre envelhecimento elaboradas pelos 204 trabalhadores definidas a partir de um corpus constituído por 206 palavras diferentes, com frequência igual ou inferior a quatro, responsáveis pela formação das cinco classes ou categorias semânticas: a) visão sobre envelhecimento; b) dimensões psicossociais; c) tempo de dúvidas; d) envelhecimento como processo; e) envelhecimento versus doença. Para essa pesquisa considerou-se para interpretação as palavras com frequência mínima correspondente a dez.

Visão sobre envelhecimento (classe 1) e as dimensões biopsicossociais do envelhecimento (classe 2).

Essas duas classes apresentam a visão dos profissionais sobre o envelhecimento e as dimensões biopsicossociais do envelhecimento, respectivamente com conteúdos positivos e negativos em que os profissionais atribuem dimensões psicossociais para falarem sobre envelhecimento no olhar dos profissionais de saúde (Tabela 2).

A tabela 2, apresenta as duas primeiras classes (1 e 2) em que na classe 1 - visão sobre o envelhecimento, em que se pode identificar uma visão positiva dos trabalhadores ao associarem ao envelhecimento dimensões como: alegria, atenção, filhos, aposentadoria, cuidador, direitos, maturidade e sabedoria; enquanto a visão negativa é representada por: decadência, esquecimento, fragilidade, limitação e rugas. Essas mostram características referentes ao status tanto positivo como negativo das pessoas idosas em quatro áreas: biológica, psíquica, sociológica e econômica<sup>(10)</sup>. Na classe 2, dimensões biopsicossociais do envelhecimento, os profissionais atribuem ao envelhecimento sentimentos de: abandono, angústia, desprezo, dor, solidão e tristeza (TABELA 2).

Verificou-se que os profissionais de saúde conhecem as síndromes geriátricas, e os múltiplos problemas e a importância do processo de envelhecimento com ênfase no conhecimento da rede de suporte social indisponível.

As alterações funcionais próprias do envelhecimento associadas à maior prevalência de doenças crônicas que podem levar à deterioração da habilidade de manutenção da independência<sup>(11)</sup>.

Tempo de dúvidas (classe 3) e envelhecimento enquanto processo (classe 4).

Na classe três, tempo de dúvida, se destacam conteúdos significativos como: acompanhamento, convivência, dúvida, obstáculos e tempo, como um determinante do futuro da pessoa que entra no processo do envelhecimento (Tabela 3).

Este olhar reflete uma forma de avaliação do envelhecimento frente ao idoso associadas às relações familiares confirmadas nas falas dos profissionais como, família, netos e filhos. Essa classe ainda nos mostra a capacidade que os profissionais de saúde têm de identificar os fatores determinantes da fragilidade e da qualidade de vida da pessoa idosa, em seu contexto familiar e social, bem como compreender o sentido da responsabilização compartilhada como base para o desenvolvimento das ações que contribuem para o alcance de uma vida saudável<sup>(12)</sup>.

O envelhecimento enquanto processo - classe quatro (TABELA 3) é visto pelos profissionais de saúde como modificações, adaptação e amadurecimento. Para além das alterações visíveis no corpo, o envelhecimento proporciona ao ser humano uma série de mudanças psíquicas, que pode resultar na dificuldade de se adaptar a novos papéis; falta de motivação e de dificuldade de planejar o futuro; necessidade de trabalhar as perdas orgânicas, afetivas, e sociais; dificuldade de se adaptar a mudanças rápidas, que podem ser dramáticas; alterações psíquicas que requerem tratamento especializado; imagens negativas e baixa autoestima<sup>(11)</sup>.

É necessário deixar claro que mesmo o idoso portador de doença poderá sentir-se saudável, ativo em seu meio e ter boa qualidade de vida, uma vez que para tanto, a sua manutenção está intimamente vinculada a autonomia e independência, que são bons indicadores de saúde para a população idosa<sup>(12)</sup>.

Envelhecimento versus doença (Classe 5)

Os sentidos associados ao envelhecimento pelos trabalhadores de saúde versus doença (TABELA 4).

**Tabela 4 – Palavras associadas significativamente à classe 5. João Pessoa, PB, 2011**

CLASSE 5	
Envelhecimento versus doença	
Palavras	F
Bengala	10
Carinho	10
Dependência	22
Doença	150
Experiência	86
Limitação	30
Solidão	58

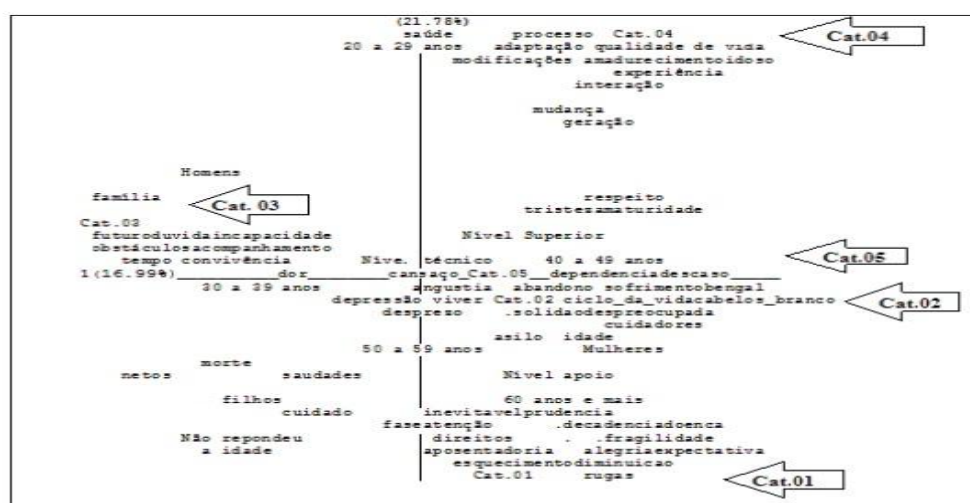
Fonte: Pesquisa do MS, 2011.

Eles descrevem por um lado, aspectos associados às dimensões que impedem o envelhecimento ativo como: limitação bengala e dependência; por outro, apontam a doença capaz de leva-los a solidão. Tais aspectos são informações importantes sugestivas de inclusão nas ações para atendimento a pessoa idosa nos trabalhos em grupo e nas atividades profissionais e práticas de saúde.

Observa-se nas falas dos profissionais uma ênfase para os aspectos relacionados com o idoso em que é percebido como portador de uma diminuição da capacidade funcional, retratadas nos elementos já mencionados, como: cansaço físico, células morrendo, limitação e solidão mostrando assim a importância da atividade física para a prevenção e promoção da saúde<sup>(13)</sup>.

O envelhecimento no olhar dos profissionais de saúde aponta dimensões subjetivas importantes na constituição das representações sociais, com conteúdos positivos e negativos.

Os sentidos associados ao envelhecimento são objetivados em imagens ou no campo de representação dimensionadas nas cinco classes ou categorias contemplando imagens positivas e negativas, além de um posicionamento favorável e desfavorável sobre o envelhecimento e um conhecimento com conteúdos técnicos predominantes como: envelhecimento como processo; qualidade de vida; maturidade; modificações; geração; dependência; incapacidade; doença; interação; entre outros. (Fig. 1).



**Figura 1 – Objetivação ou campo de representação do envelhecimento segundo trabalhadores de saúde. João Pessoa, PB, 2011**

Fonte: Pesquisa do MS, 2011.



O envelhecimento é objetivado em imagens dimensionadas pelas cinco classes ou categorias contemplando uma visão negativa e positiva do envelhecimento; dimensões biopsicossociais do envelhecimento; tempo de dúvidas e o envelhecimento como processo e como doença.

As imagens associadas ao envelhecimento (Fig.1) pontuam dimensões subjetivas importantes a serem consideradas pelos profissionais de saúde por ocasião do atendimento a pessoa idosa e na elaboração de estratégias para um atendimento mais efetivo em que considere a realidade social em que se encontram para trabalharem. As dimensões psicossociológicas evidenciadas apontam ainda à necessidade de se considerar o idoso como coadjuvante no processo de manutenção de sua capacidade funcional e no processo de promoção de seu bem-estar, para que possa tornar realidade à prática baseada na concepção de um envelhecimento ativo<sup>(14)</sup> contextualizado socialmente.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo procurou conhecer as representações sociais sobre envelhecimento no olhar de trabalhadores de saúde. Observou conteúdos positivos e negativos associados ao envelhecimento pelos profissionais de saúde mostrando a necessidade de um cuidar de uma forma integral e humanizada à pessoa idosa.

O envelhecimento está diretamente associado às condições e a qualidade de vida dos indivíduos. Sua avaliação para pessoa idosa implica a adoção de múltiplos critérios de natureza biológica, psicológica e socioculturais, pois vários elementos são apontados como determinantes ou indicadores de bem-estar na velhice como: longevidade, saúde biológica, saúde mental, satisfação, controle cognitivo, competência social, produtividade, atividade, eficácia cognitiva, status social, renda, continuidade de papéis familiares, ocupacionais e continuidade de relações informais com amigos<sup>(15)</sup>.

Espera-se que este estudo contribua no campo da saúde pelo seu caráter interdisciplinar em que o mesmo não se limita apenas a ela, mas a todas as áreas do conhecimento, seja pela globalização ou pela necessidade de se conhecer dimensões subjetivas sobre saúde e do processo de envelhecimento, contextualizados socialmente.

Em relação à formação do profissional de saúde, o ensino e a pesquisa têm merecido destaque, assim como, os cursos de graduação e de especialização, com um crescimento significativo, além de eventos que abordam a temática do envelhecimento, agregando profissionais com o objetivo de conscientização para a referida problemática.

As limitações da presente investigação podem ser exploradas em pesquisas futuras para um atendimento humanizado em que a conscientização da fragilidade da pessoa idosa seja considerada na atenção ao idoso como forma de minimizar os problemas próprios do envelhecimento com um pronto atendimento.

## **REFERÊNCIAS**

1 Carvalho Filho ET, Netto MP. Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2007. [ Links]

2 Moreira A, Vilar ER, Mota I, Antunes JL, Silva AC, Matos M, *et al.* Fórum Gulbenkian de Saúde sobre o Envelhecimento 2008/2009: o tempo da vida. Cascais: Principia; 2009. [ Links]

- 3 Carvalho JAM, Andrade FCD. Envejecimiento de la población brasileña: oportunidades y desafíos. In: Anales del 1º Encuentro Latinoamericano Y Caribeño Sobre Las Personas de Edad; 1999 sep 8-10; Santiago, Chile. Santiago: Cepal; 2000. p. 81-102. (Seminarios y Conferencias - CEPAL, 2). [ Links ]
- 4 Linck CL, Crossetti MGO. Fragilidade no idoso: o que vem sendo produzido pela enfermagem. Rev Gaúcha Enferm.2011;32(2):385-93. [ Links ]
- 5 Assis M. Promoção da Saúde e Envelhecimento: avaliação de uma experiência no ambulatório do Núcleo de Atenção ao Idoso da UnATI / UERJ [tese]. Rio de Janeiro: ENSP; 2004. [ Links]
- 6 Mendes CKTT. **Representações sociais dos trabalhadores de saúde da atenção básica sobre envelhecimento e a atendimento ao idoso** (tese simplificada). Natal: Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2011. [ Links ]
- 7 Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. Petrópolis, RJ: Editora Vozes; 2003. [ Links ]
- 8 Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 16 de outubro de 1996: aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília (DF); 1996 [citado 2009 jan 20] Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html> [ Links]
- 9 Moreira AOSP, Camargo BV, Jesuíno JC, Nóbrega SM. Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais. João Pessoa: Ed. Universitária- UFPB; 2005. [ Links ]
- 10 Moranas RM. Gerontologia social: envelhecimento e qualidade de vida. São Paulo: Paulinas; 2004. [ Links ]
- 11 Papaléo Netto M. Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu; 2002. [ Links ]
- 12 Ministério da Saúde (BR). Envelhecimento e saúde da pessoa idosa., Brasília(DF); 2006. (Cadernos de Atenção Básica n.19) [ Links ]
- 13 Zermerman GI. Velhice e aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: Artmed; 2000. [ Links ]
- 14 Freire Jr RC, Tavares MFL. A Saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: Conhecendo e Valorizando sua opinião. Interface. 2005;9(16):147-158. [ Links ]
- 15 Gordilho A, Nasimento JS, Ramos LR, Freire MPA, Espinola N, Maia R, *et al.* Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso. Rio de Janeiro: UnATI/UERJ; 2000. [ Links ]

**Endereço da autora**

Cristina Katya Torres Teixeira Mendes  
Rua Fernando Henrique dos Santos, 1346, ap. 402, Bessa  
58037-050, João Pessoa, PB

E-mail: [cristinakatya@bol.com.br](mailto:cristinakatya@bol.com.br)

Recebido em: 02.12.2011

Aprovado em: 01.02.2012

Pesquisa de Doutorado com apoio financeiro do Ministério da Saúde, 2011

## **4.2 ARTIGO ENCAMINHADO PARA PUBLICAÇÃO:**

**Revista: REUOL**

**Funcionalidade em idosos: produção de conhecimento na última década**

**Functionality in the elderly: knowledge production in the last decade**

**Funcionalidad en las personas mayores: la producción de conocimiento en  
la última década**

Sônia Mara Gusmão Costa. Fisioterapeuta. Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. UFPB. Integrante do Grupo Internacional de Estudos e Pesquisas sobre Envelhecimento e Representações Sociais-GIEPERS. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: sonia.gusmaocosta@yahoo.com.br

Rua: Joaquim Carneiro de Mesquita nº114 apt.201. Bairro: Manaíra. João Pessoa (PB), Brasil. CEP:58038560. Tel: (083) 88118301.

Tatyanni Peixoto Rodrigues. Enfermeira. Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. UFPB. Integrante do GIEPERS. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: tatchy.rodrigues@hotmail.com

Kiara Maria Vieira Pinto. Fisioterapeuta. Especialista. Integrante do GIEPERS. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: kiaravieira@dr.com

Olívia Galvão Lucena Ferreira. Fisioterapeuta. Docente Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba. Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. UFPB. Integrante do GIEPERS. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: oliviaglf@hotmail.com

Maria Adelaide Silva Paredes Moreira. Fisioterapeuta. Doutora. Professora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem. UFPB/PNPD/Capes. Integrante do GIEPERS. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: jpadelaide@hotmail.com

Antonia Oliveira Silva. Enfermeira. PhD. Professora e coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. UFPB. Líder do GIEPERS. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: alfaleda@hotmail.com

## RESUMO

**Objetivo:** discutir a produção científica na área da saúde acerca da capacidade funcional de idosos, através de uma revisão integrativa da literatura dos últimos dez anos. **Método:** foi utilizada a revisão integrativa, visto que este método permite a busca, a avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis do tema investigado, sendo o seu produto final o estado atual desse conhecimento, bem como a identificação de lacunas que direcionam para o desenvolvimento de futuras pesquisas. **Resultados:** partindo do processo de definição dos descritores, utilizou-se o operador “terminologia em saúde” onde se identificou termos relevantes para os estudos como os descritores: Funcionalidade e Idoso. Podendo-se selecionar 13 artigos que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão. **Conclusão:** pela caracterização das publicações analisadas, consideramos que os artigos brasileiros, na área da saúde que pontuam a Funcionalidade em Idosos nas atividades cotidianas, demonstram que este campo ainda não está saturado.

**Descritores:** Idoso; Saúde; Funcionalidade.

## ABSTRACT

**Objective:** To discuss the scientific production in health about the functional capacity of the elderly through an integrative literature review of the last ten years. **Method:** integrative review was used, since this method allows for searching, critical evaluation and synthesis of the available evidence from research theme, and its final product the current state of knowledge and identifying gaps that drive development future research. **Results:** starting the process of defining descriptors, we used the operator "health terminology" where he identified terms relevant to their studies as descriptors: Functionality and Elderly. Being able to select 13 articles that met the inclusion and exclusion criteria. **Conclusion:** the characterization of the reports analyzed, we believe that the Brazilian articles on health that punctuate

Functionality in the Elderly in daily activities, demonstrate that this field is not yet saturated.

**Keywords:** Elderly, Health, Functionality.

### **Resumen**

**Objetivo:** analizar la producción científica en salud sobre la capacidad funcional de las personas mayores a través de una revisión integradora de la literatura de los últimos diez años. **Método:** revisión integradora fue utilizado, ya que este método permite la búsqueda, evaluación crítica y síntesis de la evidencia disponible de tema de investigación, y su producto final, el estado actual del conocimiento y la identificación de los vacíos que impulsan el desarrollo futuras investigaciones. **Resultados:** al iniciar el proceso de definición de descriptores, se utilizó el operador "salud terminología" donde identificó términos relevantes para sus estudios como descriptores: <<Funciones Ancianos>> Ser capaz de seleccionar 13 artículos que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. **Conclusión:** la caracterización de los informes analizados, creemos que los artículos brasileños en la salud que marcan la funcionalidad de las personas mayores en las actividades diarias, demuestran que este campo aún no está saturado.

**Palabras clave:** Edad avanzada, Salud, Funcionalidad.

### **Introdução**

O envelhecimento é um processo particular que envolve fatores hereditários, ação do meio, dieta, tipo de ocupação e estilo de vida, assim como o contexto social. É um fenômeno evolutivo, marcado por mudanças específicas, correlacionadas com a passagem do tempo.<sup>1,2</sup>

Com a chegada da velhice, ocorrem alterações, entre elas, o enfraquecimento do tônus muscular e da constituição óssea, o que pode levar

à mudança na postura do tronco e dos membros inferiores, acentuando ainda mais as curvaturas da coluna torácica e lombar. Além disso, as articulações ficam mais enrijecidas, reduzindo os movimentos e produzindo alterações no equilíbrio e na marcha.<sup>3</sup> Ocorrem também alterações nos reflexos de proteção e no controle do equilíbrio, prejudicando assim, a mobilidade corporal e, com isso, predispondo a ocorrência de quedas e riscos de fraturas, ocasionando graves consequências sobre o desempenho funcional.<sup>3,4,5</sup>

A capacidade funcional se refere à potencialidade para desempenhar as atividades de vida diária (AVD) ou para realizar determinado ato sem necessidade de ajuda, abrangendo dois tipos de atividades, a básica e a instrumental.<sup>5</sup> Possuir ou não capacidade funcional influi, completamente na qualidade de vida do idoso.<sup>6</sup> O comprometimento da capacidade funcional do idoso tem implicações importantes para a família, a comunidade, para o sistema de saúde e para a vida do próprio idoso, pois esta ocasiona maior vulnerabilidade e dependência na velhice, contribuindo para a diminuição do bem-estar.<sup>3,6</sup>

As atividades básicas de vida diária (ABVDs) consistem nas tarefas de auto-cuidado, como tomar banho, vestir-se e alimentar-se e se baseiam no índice de Katz.<sup>6</sup> Essa medida reflete um substancial grau de incapacidade.<sup>6</sup> Em geral, quanto maior o número de dificuldades que uma pessoa tem com as ABVDs, mais severa é a sua incapacidade.<sup>6,7</sup> A prevalência de dificuldade ou necessidade de ajuda em realizar ABVDs é inferior à prevalência das demais medidas de incapacidade funcional.<sup>7</sup>

As atividades instrumentais de vida diária (AIVDs) são as habilidades do idoso para administrar o ambiente em que vive, incluindo preparar refeições,

fazer tarefas domésticas, lavar roupas, manusear dinheiro, usar o telefone, tomar medicações, fazer compras e utilizar os meios de transporte.<sup>8</sup>

No entanto o termo funcionalidade engloba todas as funções do corpo e a capacidade do indivíduo de realizar atividades e tarefas relevantes da rotina diária, bem como sua participação na sociedade.<sup>9</sup>

Partindo dessas considerações justifica-se o nosso interesse em desenvolver uma revisão integrativa sobre a produção científica na área da saúde acerca da capacidade funcional de idosos nos últimos dez anos, para conhecermos o perfil dessas publicações. Uma vez que o estado de saúde do idoso não tem sido mais avaliado apenas pela presença ou ausência de doença, mas, também, pelo grau de preservação de sua funcionalidade.<sup>10</sup>

### **Metodologia**

Optou-se para a realização do presente estudo a utilização do método revisão integrativa, visto que este permite a busca, a avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis do tema investigado, sendo o seu produto final o estado atual desse conhecimento, bem como a identificação de lacunas que direcionam para o desenvolvimento de futuras pesquisas<sup>11</sup>.

Para a elaboração de uma revisão integrativa devem-se seguir etapas de forma criteriosa, são elas: 1. seleção de hipóteses; 2. seleção das pesquisas que irão compor a amostra da revisão; 3. definição das características das pesquisas primárias que compõem a amostra da revisão; 4. interpretação dos resultados; 5. relato da revisão proporcionando um exame crítico dos achados<sup>11,12</sup>.

O levantamento bibliográfico desta revisão foi realizado no mês de Dezembro de 2012 pela internet, na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS- BRASIL),

nos bancos de dados da fonte ciências da saúde em geral como (LILACS) Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, Scientific Electronic Library Online (SCIELO).

Partindo do processo de definição dos descritores, utilizou-se o operador “terminologia em saúde” onde se identificou termos relevantes para os estudos como os descritores: *Funcionalidade* e *Idoso*. Os critérios de inclusão utilizados para a seleção das amostras foram: texto na íntegra; em português; publicados entre os anos de 2001/2011; publicados nas bases de dados citadas. Os critérios de exclusão contemplaram: trabalhos que não envolvem idosos; trabalhos que não tinham como foco a temática “funcionalidade em idosos”; estudos que não foram conseguidos na íntegra; artigos de revisão integrativa e sistemática.

Foi desenvolvido e aplicado um instrumento de coleta de dados denominado Formulário de Registro, que foi preenchido para cada artigo da amostra final do estudo, permitindo a obtenção de tais informações: (1) ano de publicação; (2) região onde ocorreu o estudo; (3) tipo de estudo; (4) objetivo do estudo; (5) área de atuação e (6) tema abordado. Em seguida, procedeu-se a análise quantitativa dos dados, que foram organizados em planilhas no Programa Microsoft Office Excel 2007. Os resultados foram expressos por representações numéricas, seguindo a distribuição sistemática por frequência simples, por meio de valores absolutos e percentuais em tabela. A discussão dos resultados foi realizada à luz da literatura especializada.

Não foi necessário submeter o projeto de pesquisa ao Comitê de Ética e Pesquisa por terem sido utilizados dados secundários de domínio público.



## Resultados

Feita a pesquisa, foram encontrados 69 artigos fazendo uso do indicador booleano “and”, para a inclusão de todos os descritores: *Funcionalidade* and *Idoso*. Com a utilização dos critérios de inclusão e exclusão a pesquisa resultou um total de 13 artigos. Esse resultado destaca que os trabalhos científicos englobando a funcionalidade e os idosos possuem pouca representatividade nos bancos de dados LILACS e SCIELO.

Em relação à origem geográfica das produções científicas selecionadas, 100% foi realizada por pesquisadores brasileiros. O padrão de produção, conforme a região brasileira demonstrou maior concentração na região Sudeste do país, representada por 53,8%. As regiões Sul, Centro-Oeste e Nordeste apresentaram 15,34% das pesquisas, sendo observada ausência dessas pesquisas na região Norte, conforme apresentado na Tabela 1, a seguir.

**Tabela 1.** Produção do conhecimento acerca da capacidade funcional em idosos na última década, conforme regiões do país.

<b>Regiões do Brasil</b>	<b>n</b>	<b>f(%)</b>
Nordeste	2	15,34
Sudeste	7	53,8
Centro Oeste	2	15,34
Sul	2	15,34
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da pesquisa

No tocante ao quesito ano de publicação, nossa amostra é bastante atual. O critério de inclusão abrangeu artigos publicados desde 2001 até 2011.

Mas evidenciamos que 53,8% das publicações ocorreram no ano de 2010. Nos anos de 2007, 2009 e 2010 obtivemos 15,4% respectivamente.

Dentro da ciência da saúde, a área que mais publicou a respeito do tema estudado foi a Fisioterapia (38,46%), seguida da Enfermagem (23,07%), Gerontologia e Geriatria (23,07%), Terapia Ocupacional e Educação Física (7,7%) cada.

Em relação ao tema os autores dos artigos que compõe a amostra realizaram cruzamentos com o tema funcionalidade, entre eles os mais usados foram funcionalidade e institucionalização, funcionalidade e doenças (Alzheimer e diabetes) e com quedas. Os objetivos abordaram em sua grande maioria a avaliação da funcionalidade e capacidade funcional, do desempenho físico, da mobilidade e fatores que podem estar associados às alterações advindas ou não do processo de envelhecimento. A comparação e análise relacional, também foi um objetivo bastante utilizado. Quanto a metodologia o tipo de estudo mais encontrado foi o transversal. Como podemos ver exposto nos quadros 1 e 2.

**Quadro 1.** Distribuição dos artigos categorizados segundo: Tema, Objetivo e Metodologia. João Pessoa PB, 2011.

<b>Tema</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Metodologia</b>
Capacidade Física e Quedas	Avaliar o desempenho físico em idosos que praticam atividade física regularmente e em sedentários, comparando-se os grupos.	Corte transversal
Capacidade Funcional e Alzheimer	Avaliar capacidade funcional, mobilidade e função cognitiva de Idosos com Alzheimer.	Observacional
Cognição e Atividade Física	Verificar a correlação entre o tempo de reação e o estado cognitivo de idosas praticantes de atividades físicas.	Estudo de caso
Desempenho Funcional e	Comparar os parâmetros da marcha e o desempenho funcional de idosos	Estudo transversal

Artroplastia de quadril	com e sem artroplastia total de quadril.	
Funcionalidade e Diabetes	Comparar idosos com e sem diabetes tipo 2 quanto à mobilidade funcional, ao risco de quedas e à função executiva e verificar a correlação entre essas variáveis.	Estudo transversal, do tipo exploratório
Funcionalidade e Parkinson	Descrever as dificuldades de desempenho ocupacional do sujeito com Doença de Parkinson.	Estudo transversal
Capacidade Funcional	Avaliar a capacidade de idosos de desempenhar as atividades de vida diária e instrumentais.	Abordagem quantitativa, descritiva

**Quadro 2.** Distribuição dos artigos categorizados segundo: Tema, Objetivo e Metodologia. João Pessoa PB, 2011.

<b>Tema</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Metodologia</b>
Idoso Institucionalizado e Atividades Cotidianas	Avaliar os fatores associados às alterações na velocidade da marcha e força de preensão manual em idosos institucionalizados.	Estudo transversal
Avaliação Funcional e Promoção da Saúde	Desenvolver uma estratégia de rastreamento funcional da saúde de idosos oriundos da comunidade e subsequente direcionamento para os recursos de saúde preexistentes.	Coorte prospectiva
Institucionalização e Declínio Funcional	Relatar a evolução clínico-funcional de uma idosa residente em (ILPI)	Relato de caso

Funcionalidade	Traçar o histórico do desenvolvimento, evolução e correta utilização do Índice de Independência nas Atividades de Vida Diária de Katz, bem como as modificações e adaptações desenvolvidas.	Bibliográfica
Polifarmácia e Institucionalização <i>versus</i> Baixa Funcionalidade	Avaliar os fatores associados à presença de polifarmácia em pacientes idosos internados em ILP.	Estudo transversal, retrospectivo
Funcionalidade e Ambiente Familiar	Analisar a relação entre funcionalidade familiar e a capacidade funcional de idosos dependentes.	Transversal

### Discussão

A capacidade funcional do idoso, inclui a habilidade em executar tarefas físicas, a preservação das atividades mentais, e uma situação adequada perante a integração social.<sup>13</sup> Dessa forma a avaliação funcional busca verificar em que nível as doenças ou agravos impedem o desempenho das atividades cotidianas dos idosos de forma autônoma e independente, permitindo o desenvolvimento de um planejamento assistencial mais adequado. É um parâmetro que, associado a outros indicadores de saúde, pode ser utilizado para determinar a eficácia e a eficiência das intervenções propostas.<sup>14</sup>

Desvela-se, pois uma realidade crucial, a partir de uma concentração de maior população da região sudeste. Que se justifica por ser uma região que concentra os maiores centros urbanizados e industrializados do país, contendo uma proporção de idosos acima da média nacional, além os centros

de pesquisa biomédica e de saúde pública também se concentrarem na região sudeste do Brasil despertando maior interesse dos estudiosos da área da saúde.<sup>15</sup> Deixando explícita a necessidade de avanços na área da pesquisa na região Norte, Nordeste e Centro Oeste no que se refere a temática funcionalidade em idoso.

Dos treze artigos selecionados, com ano de publicação compreendido entre 2001 e 2011, tivemos sete pesquisas publicadas em 2010, duas em 2007, 2009 e 2011. Os resultados apontam que o assunto Capacidade Funcional vem despertando recentemente maior interesse por parte dos pesquisadores da área de saúde. Estudos enfatizam que a aprovação do Estatuto do Idoso no Brasil, em setembro de 2003, seguido da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), aprovada em 2006, que tem como foco central a promoção do envelhecimento saudável e a manutenção máxima da capacidade funcional, são marcos que impulsionaram o estudo nessa área.<sup>16,17</sup>

Entre as áreas de atuação profissional, a Fisioterapia deteve 38,46% das publicações da nossa amostra, 23,07% dos artigos fazem parte da área da Enfermagem e Gerontologia/Geriatria, 7,7% pertence à área da Educação Física e Terapia Ocupacional. Enquanto profissionais de saúde, devemos atuar frequentemente frente ao idoso nos hospitais, clínicas, na rede básica, instituições de longa permanência e grupos de terceira idade, tornando-se imperativo a necessidade dos profissionais de saúde ampliar seus conhecimentos sobre a capacidade funcional, através de pesquisas interdisciplinares.<sup>18,19</sup> Dessa forma confirma-se que, tanto no âmbito assistencial, quanto no científico a capacidade funcional é inter e multidisciplinar.

Nota-se no cômputo dos trabalhos aqui apresentados, que os temas que tiveram maior destaque foram a funcionalidade, capacidade funcional e institucionalização. Enquanto os objetivos mais freqüentes foram avaliar e/ou verificar (46,15%), seja a capacidade funcional ou o desempenho físico dos idosos. Uma pesquisa recente de revisão bibliográfica de estudos sobre envelhecimento destacou que o estado de saúde foi o tópico mais abordado, havendo ainda uma parcela de opções a serem exploradas dentro do assunto capacidade funcional<sup>16</sup>.

Em relação ao tipo de estudo 53,84% são do tipo transversal, que é apropriado para descrever características das populações no que diz respeito a determinadas variáveis e os seus padrões de distribuição. A pesquisa transversal pode ser de incidência e prevalência. A primeira investiga determinada doença em grupos de casos novos. É dinâmica, pois oscila ao decorrer do tempo e em diferentes espaços. A de prevalência estuda casos antigos e novos de uma nosologia num determinado local e tempo, é estática e, essencialmente, transversal<sup>20,21</sup>.

## **Conclusão**

Pela caracterização das publicações analisadas, consideramos que os artigos brasileiros, na área da saúde que pontuam a Capacidade Funcional em Idosos nas atividades cotidianas, demonstram que este campo ainda não está saturado.

A capacidade funcional surge, portanto, como um novo paradigma de saúde, particularmente relevante para a determinação da qualidade de vida da pessoa idosa. Entretanto, na perspectiva da condição de saúde, trabalho e

sobre a qualidade de vida são pouco explorados os estudos com o idoso no seu contexto sócio-interacional.

Frente a esse fato sugerimos aos profissionais da área da saúde que priorizem pesquisas que envolvam essa temática em regiões diversas do país para contribuir com a diversificação da população estudada. Destaca-se também a importância de estudos interdisciplinares, visto que o processo de envelhecimento é multisistêmico.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 60p. [online] 2005. Disponível em:[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_ativo.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf)
2. Nogueira SL, Ribeiro RCL, Rosado LEFPL, Franceschini SCC, Ribeiro AQ, Pereira ET. Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. Rev. bras. fisioter. [online]. 2010, [Citado em 13 maio 2012]; 14 (4): 322-329. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-3552010000400009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-3552010000400009)
3. Neri AL. Qualidade de vida na velhice e subjetividade. Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar. Campinas: Alínea, 2007.
4. Ferreira OGL, Maciel SC, Silva AO, Sá RCN da, Moreira MASP. Significados atribuídos ao envelhecimento. Psico-USF. [online]. 2010 [citado em 11 dezembro 2012], 15(3): 357-364. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psuf/v15n3/v15n3a09.pdf>

5. Risman A. Envelhecimento: um processo multideterminado e multideterminante? Rev. Portal Divulg. [online]. 2010 [citado em 16 Março 2012]; 1 (26). Disponível em: <http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/revista/index.php>
6. Alves LC, Leimann BCQ, Vasconcelos MEL, Carvalho MSC, Godo AG, Fonseca TCO, et al. Influência das Doenças Crônicas na Capacidade Funcional de Idosos. Cad. Saúde Pública. [online]. 2007, [citado em agosto, 2007]; 23(8):1924-1930. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v23n8/19.pdf>
7. Duarte YAO, Andrade CL, Lebrão ML. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. Rev. Esc. Enferm. Usp. [online]. 2007 [citado em 28 de maio 2012]; 41(2): 317-25. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n2/20.pdf>
8. Costa EC, Nakatani AYK, Bachion MM. Capacidade de Idosos da Comunidade para desenvolver Atividade de Vida Diária e Atividades Instrumentais da Vida Diária. Acta Paul Enferm. [online]. 2006 [citado em 19 outubro 2012]; 19(1):43-35. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n1/a07v19n1.pdf>
9. Sampaio RF, Mancini MC, Gonçalves GGP, Bittencourt NFN, Miranda AD, Fonseca ST. Aplicação da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF) na prática clínica do fisioterapeuta. Rev. bras. fisioter. [online]. 2005 [citado em 19 de 2012]; 9(2):129-136. Disponível em: [http://www.crefito3.com.br/revista/rbf/05v9n2/pdf/129\\_136\\_cif.pdf](http://www.crefito3.com.br/revista/rbf/05v9n2/pdf/129_136_cif.pdf)



10. Bonardi G, Souza VBA, Moraes JFD. Incapacidade funcional e idosos: um desafio para os profissionais de saúde. *Sci med.* [online]. 2007 [citado julho 2012]; 17(3):138-44. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewDownloadInterstitial/1647/7873>
11. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto contexto - enferm.* [online]. 2008 [citado março 2012]; 17(4):758-764. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072008000400018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018)
12. Lima TAS, Menezes TMO. Produção do conhecimento sobre idosos e centros de convivência. *Rev enferm UFPE.* [online]. 2012 [citado 16 março 2012];6(10):2505 Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/.../4586>
13. Montenegro SMRS, Silva CAB da. Os Efeitos de um Programa de Fisioterapia como Promotor de Saúde na Capacidade Funcional de Mulheres Idosas Institucionalizadas. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* [online]. 2007 [citado 17 outubro 2012]; 10(2): 161-178. Disponível em: [http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232007000200003&lng=pt](http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232007000200003&lng=pt)
14. Duarte YAO, Andrade CL, Lebrão ML. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Rev. Esc. Enferm. Usp.* [online]. 2007 [citado 28 abril 2012]; 41(2): 317-25. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n2/20.pdf>

15. Barreto ML, Teixeira MG, Bastos FI, Ximenes RAA, Barata RB, Rodrigues LC. Sucessos e fracassos no controle de doenças infecciosas no Brasil: o contexto social e ambiental, políticas, intervenções e necessidades de pesquisa. *The Lancet*. [online]. 2011 [citado 2 outubro 2012]; Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/geral/the\\_lancet\\_05\\_2011.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/geral/the_lancet_05_2011.pdf)
16. Bezerra FC, Almeida MI de, Therrien SMN. Estudos sobre envelhecimento no Brasil: revisão bibliográfica. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* [online]. 2012 [citado 2 outubro 2012]; 15(1):155-167. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v15n1/17.pdf>
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528 de 19 de Outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, 2006.
18. Rosa TEC, Benicio MHD, Latorre MRDO, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saúde Pública* [online]. 2003 [citado 17 de novembro 2012]; 37(1):40-8. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v37n1/13543.pdf>
19. Estudo transversal e/ou longitudinal. *Rev. Para. Med.* [online]. 2006 [citado em 09 Abril 2012]; 20(4): 5-5. Disponível em: [http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-59072006000400001&lng=pt](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-59072006000400001&lng=pt)
20. Nakatani AYK, Silva LB, Bachion MM, Nunes DP. Capacidade funcional em idosos na comunidade e propostas de intervenções pela equipe de saúde. *Rev. Eletr. Enf.* [online]. 2009 [citado em 3 de agosto 2012]; 11(1):144-50. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a18.htm>

21. Cano, MAT.; Ferriani, M das GC; Alves, AC; Nakata, CY. A produção do conhecimento sobre adolescência na enfermagem: período 1983 a 1996. Rev.latino-am.enfermagem, [online]. 1998 [citado em 10 janeiro 2012]; 6(1): 91-97. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n1/13925.pdf>

### 4.3 ARTIGO PARA DEFESA A SER SUBMETIDO PARA PUBLICAÇÃO - REEUSP

#### INFLUÊNCIA DE DOENÇAS NAS ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA ENTRE IDOSOS

#### INFLUENCE OF DISEASE ACTIVITY IN BASIC DAILY LIFE ELDERLY BETWEEN

#### INFLUENCIA DE LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD EN LA VIDA DIARIA ENTRE LOS ANCIANOS

Tatyanni Peixoto Rodrigues<sup>1</sup>, Mestranda – PPGENF/ UFPB; Sônia Mara Gusmão Costa<sup>2</sup>, Mestranda – PPGENF/ UFPB; Adriana de Azevedo Smith Marques<sup>3</sup>, Mestre – PPGENF/ UFPB; Maria Adelaide Silva Paredes Moreira<sup>4</sup>, PNPd- PPGENF/ UFPB; Valéria Peixoto Bezerra<sup>5</sup>, Professora da UFPB. Antonia Oliveira Silva<sup>6</sup>, Professora do PPGENF/ UFPB;

1. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde/UFPB – CEP 58059-900. João Pessoa - PB. (83)- 32167109. tatchy.rodriques@hotmail.com

**RESUMO:** O presente estudo objetivou averiguar se há influência das doenças autorreferidas por idosos nas suas atividades básicas de vida diária (ABVD's). Estudo transversal realizado na área urbana do município de João Pessoa – Paraíba. A análise estatística constou de análise bivariada dos dados. A população estudada tem por característica ser de idosos jovens, predominantemente feminina, casada com renda mensal de um salário mínimo, apresentando nível de escolaridade básica e frequentadora do Sistema Único de Saúde. Revela-se que os sujeitos com renda de um salário mínimo são funcionalmente independentes. A associação das doenças autorreferidas com o índice de Katz através da análise do teste do Qui-quadrado, revelou que a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) foi a variável que exibiu significância. Os resultados reforçam a necessidade de uma atenção à população idosa, pautada nos princípios do Sistema Único de Saúde, visando a integralidade da assistência.

**ABSTRACT:** The present study aimed to investigate whether there is influence of diseases autorreferidas by the elderly in their basic activities of daily living (ADL's). Cross-sectional study in an urban area of the city of João Pessoa - Paraíba. Statistical analysis was performed using the consisted of bivariate data. The study population is to be characteristic of younger elderly, predominantly female, married with a monthly income of a minimum wage, with basic schooling and frequenter of the Unified Health System is revealed that the young old with an income of a minimum wage are functionally independent. The association of disease with autoreferidas Katz index by analyzing the Chi-Square revealed that chronic obstructive pulmonary disease (COPD) was the variable that showed significance. The results reinforce the need for attention to the elderly population, based on the principles of the Health System, seeking comprehensive care.

**RESUMEN:** El presente estudio tuvo como objetivo investigar si existe influencia de autorreferidas enfermedades de las personas mayores en sus actividades básicas de la vida diaria (AVD). Estudio transversal en una zona urbana de la ciudad de João Pessoa - Paraíba. El análisis estadístico se realizó mediante en datos bivariados. La población de estudio es presentar las características de ancianos más jóvenes, en su mayoría mujeres, se casó con un ingreso mensual de un salario mínimo, con escolaridad básica y frecuentador del Sistema Único de Salud se revela que el viejo joven con un ingreso de un salario mínimo son funcionalmente independiente. La asociación de la enfermedad con autoreferidas índice de Katz mediante el análisis de la Chi-cuadrado reveló que la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) fue la variable que mostró significación. Los resultados refuerzan la necesidad de atención a la población de edad avanzada, basada en los principios del Sistema de Salud, en busca de una atención integral.

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é considerado um dos maiores desafios do setor saúde, principalmente nos países em desenvolvimento, pois esse processo ocorre de forma rápida, sem tempo ágil, para uma reorganização da área de saúde para atender de forma adequada as novas demandas <sup>(1-2)</sup>.

O fenômeno do rápido envelhecimento delinea uma gama de implicações sociais, culturais e epidemiológicas, uma vez que, nesse grupo etário, a prevalência de morbidades e incapacidades é maior<sup>(3)</sup>. Apesar das doenças crônico-degenerativas serem frequentemente encontradas entre os idosos, o processo de envelhecimento não está, necessariamente, relacionado a doenças e incapacidades <sup>(4)</sup>. Uma vez que a tendência atual é termos um contingente maior de indivíduos idosos e longevos apresentando maior número de condições crônicas, o bem-estar ou a saúde no seu sentido amplo é o resultado de equilíbrio entre várias dimensões <sup>(5)</sup>, que geralmente é expressa pela funcionalidade positiva na capacidade de executar atividades do cotidiano, como as Atividades de Vida Diária (AVDs) <sup>(6)</sup>. Estas compreendem uma série de atividades que, independente da idade e circunstâncias em que o indivíduo se encontra, fazem parte do complexo processo do "viver" <sup>(7)</sup>.

Dessa forma, a investigação da capacidade funcional é um dos grandes marcadores da saúde dos idosos, tornando-se pedra fundamental para a avaliação da saúde dos mesmos <sup>(2)</sup>. A capacidade funcional é conceituada como o grau de preservação no desempenho de determinadas atividades de vida diária ou pode ser vista como uma potencialidade para realizar determinado ato sem necessidade de ajuda <sup>(6)</sup>. Enquanto a incapacidade funcional pode ser definida como a dificuldade ou inabilidade de realizar tarefas do cotidiano que são indispensáveis para uma vida independente <sup>(4)</sup>.

Para investigar a capacidade funcional de um indivíduo, pode-se observar as atividades básicas de vida diária (ABVDs) e as atividades instrumentais de vida diária (AIVDs) <sup>(8)</sup>. As ABVDs, que serão enfocadas neste estudo, estão relacionadas na realização das tarefas de autocuidado, como tomar banho, alimentar-se, vestir-se, arrumar-se, mobilizar-se, manter controle sobre os esfíncteres, refletindo um grau mínimo de independência, as quais são avaliadas pelo Índice de Katz <sup>(8-9)</sup>.

As limitações funcionais no desempenho das tarefas básicas surgem como mediadores primários entre as deficiências e a incapacidade <sup>(10)</sup>. Assume-se então, que idoso dependente é aquele que experimenta dificuldades para a realização das atividades básicas da vida diária <sup>(10)</sup>. Estudos sobre o envelhecimento enfocam a morbidade como um dos principais indicadores de saúde analisados a partir das doenças, predispondo às limitações funcionais <sup>(3,11)</sup>.

Entende-se, que a avaliação funcional dos idosos possibilita identificar as limitações como também as potencialidades, para posteriormente, os profissionais de saúde tomarem as devidas medidas preventivas, terapêuticas e reabilitadoras <sup>(3,11)</sup>. Assim, o presente estudo objetivou averiguar se há influência das doenças autorreferidas por idosos nas suas atividades básicas de vida diária (ABVD's).

## **MÉTOD**

Estudo transversal desenvolvido com base em dados provenientes de uma pesquisa multidimensional financiada pelo Ministério da Saúde/MS, realizada na área urbana do município de João Pessoa – Paraíba, contemplando setores censitários e as Unidades de Saúde da Família.

O questionário utilizado foi dividido em seções e este estudo englobou as seções de informações pessoais, perfil social, problemas de saúde e atividades básicas de vida diária. Previamente a coleta de dados, realizou-se um estudo piloto, visando treinamento de entrevistadores e ajuste dos instrumentos de avaliação.

A entrevista ocorreu através de duas etapas distintas, a primeira compreendeu o período de Novembro de 2010 a Fevereiro de 2011 e o processo de amostragem foi probabilístico, por conglomerado, de duplo estágio contemplando 240 idosos em setores censitários. A segunda etapa ocorreu de Abril a Julho de 2011, a amostra foi de natureza não probabilística, por conveniência compreendendo 249 idosos atendidos em Unidades de Saúde da Família. Totalizando nossa amostra em 489 sujeitos, de um total de 61.281, de acordo com a estimativa do IBGE de 2007.

Após a aplicação dos questionários, estes foram revisados e codificados. Posteriormente, procedeu-se a digitação dupla independente utilizando o programa *Excel*. A análise estatística foi realizada através do *software* SPSS for Windows (Statistical Package for the Social Sciences), versão 20.0. Constando de análise bivariada dos dados, para verificar a associação entre as variáveis estudadas, empregou-se o teste do Qui-quadrado ( $\chi^2$ ), considerando como nível de significância valor de  $p \leq 0,05$ . A estimativa de efeito foi avaliada pelo cálculo da razão de prevalência, com intervalo de confiança de 95%.

A variável analisada é o Índice de independência nas atividades básicas de vida diária (ABVDs) desenvolvido por Sidney Katz<sup>(9,11)</sup>. Os idosos foram classificados como possuidores de Independência, Dependência Parcial e Dependência Total para as ABVDs. Para o julgamento na avaliação das ABVDs foi considerada dependência total quando o idoso alcançava score menor ou igual a dois, dependência parcial com score igual a quatro e independente com score igual a seis.

As covariáveis foram divididas em sociodemográficas englobando faixa etária, sexo, estado civil, escolaridade e tipo de serviço de saúde utilizado e em enfermidades autorreferidas relativas à presença de artrite, câncer, doença broncopulmonar, *diabetes mellitus*, acidente vascular cerebral, doença cardíaca, doença vascular periférica, doença neurológica, hipertensão arterial, osteoporose e problemas de coluna.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba HULW/UFPB. O número do protocolo da aprovação é o 0598; 26/2009. A participação dos sujeitos aconteceu por vontade própria, com as garantias de anonimato e o direito de desistir da pesquisa em qualquer momento de sua execução<sup>(12)</sup> através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido sendo informados sobre o desenvolvimento da pesquisa.

## RESULTADOS

A população estudada tem por característica ser de idosos jovens compreendendo a faixa etária de 60-79 anos, predominantemente feminina, casada com renda mensal de um salário mínimo, apresentando nível de escolaridade até 9 anos e frequentadora do Sistema Único de Saúde. Foi realizado o teste do Qui-quadrado entre as variáveis sociodemográficas e sexo os resultados que indicaram forte correlação ( $p \leq 0,05$ ) foram a faixa etária, renda mensal e escolaridade como mostra a Tabela 1.

**Tabela 1- Cruzamento das variáveis sócio demográficas com a variável sexo.**

Variável	Masculino		Feminino		TOTAL	p
	n	%	n	%		
<b>Faixa Etária</b>					<b>n (%)</b>	
60-79 anos	117	29,8	275	70,2	392	
80 anos ou mais	29	29,9	68	70,1	97	0,000*
<b>Estado Civil</b>						
Solteiro(a)	16	27,1	43	72,9	59	
Casado(a)	69	29,4	166	70,6	235	
Separado	4	40	6	60	10	-0,011
Divorciado(a)/desquitado(a)	9	40,9	13	59,1	22	
Viúvo(a)	48	29,6	115	70,4	163	
<b>Renda Mensal</b>						
Sem Renda	6	31,6	13	68,4	19	
Renda inferior a 1 salário mínimo	4	28,6	10	71,4	14	
1 salário mínimo**	74	31,1	164	68,9	238	0,002*
2 salários mínimos	21	25,6	61	74,4	82	
3 a 5 salários mínimos	17	25,8	49	74,2	66	
6 salários mínimos ou mais	17	37,8	28	62,2	45	
Não Informou	7	28	18	72	25	
<b>Escolaridade</b>						
Analfabeto	27	33,3	54	66,7	81	
Escolaridade básica (1 a 9 anos)	69	27,4	183	72,6	252	0,002*
Escolaridade média (10 a 12 anos)	23	33,8	45	66,2	68	
Escolaridade alta (13 ou mais anos)	27	30,7	61	69,3	88	
<b>Serviços de Saúde</b>						
SUS	98	29,5	234	70,5	332	
Convênio de Saúde	36	29,8	85	70,2	121	
Particular	9	32,1	19	67,9	28	-0,030
Farmácia	1	20	4	80	5	
Outros	1	50	1	50	3	
Não Informou	1	100	0	0	1	
<b>TOTAL</b>	<b>146</b>	<b>100</b>	<b>343</b>	<b>100</b>	<b>489</b>	

p: Teste  $\chi^2$ ; Nível de significância  $\alpha = 0,05$ . \* Estatisticamente significante

\*\* Salário mínimo no início da pesquisa: 510 reais



**Tabela 2- Correlação das variáveis sócio demográficas com o Índice de Katz.**

Variável	Independência		Dependência Parcial		Dependência Total		Total	P
	n	%	n	%	n	%		
<b>Faixa Etária</b>							<b>n (%)</b>	
60-79 anos	371	75,9	14	2,9	7	1,4	392(80,2)	0,000*
80-ou mais	69	14,1	15	3,1	13	2,7	97(19,8)	
<b>Sexo</b>								
Masculino	128	26,2	10	2,0	8	1,6	146(29,9)	0,496
Feminino	312	63,8	19	3,9	12	2,5	343(70,1)	
<b>Escolaridade</b>								
Analfabeto	75	15,3	4	0,8	2	0,4	81(16,6)	0,936
Escolaridade baixa (1 a 9 anos)	224	45,8	16	3,3	12	2,5	252(51,5)	
Escolaridade média (10 a 12 anos)	63	12,9	3	0,6	2	0,4	68(13,9)	
Escolaridade alta (13 ou mais anos)	78	16,0	6	1,2	4	0,8	88(18,0)	
<b>Renda Mensal</b>								
Sem Renda	15	3,1	0	0,0	4	0,8	19(3,9)	0,001*
Renda Inferior a 1 salário mínimo	12	2,5	2	0,4	0	0,0	14(2,9)	
1 salário mínimo	220	45,0	14	2,9	4	0,8	238(48,7)	
2 salários mínimos	77	15,7	2	0,4	3	0,6	82(16,8)	
3 a 5 salários mínimos	60	12,3	2	0,4	4	0,8	66(13,5)	
Acima de 6 salários	35	7,2	7	1,4	3	0,6	45(9,2)	
Não Informou	21	4,3	2	0,4	2	0,4	25(5,1)	
<b>Estado Civil</b>								
Solteiro	56	11,5	3	0,6	0	0,0	59(12,1)	0,166
Casado	206	42,1	16	3,3	13	2,7	235(48,1)	
Divorciado	22	4,5	0	0,0	0	0,0	22(4,5)	
Separado	8	1,6	0	0,0	2	0,4	10(2,0)	
Viúvo	147	30,1	10	2,0	5	1,0	162(33,1)	
Não informou	1	0,2	0	0,0	0	0,0	1(0,2)	
<b>Serviço de Saúde</b>								
SUS	301	61,6	21	4,3	10	2,0	332(67,9)	0,904
Convênio	107	21,9	6	1,2	8	1,6	121(24,7)	
Particular	24	4,9	2	0,4	2	0,4	28(5,7)	
Farmácia	5	1,0	0	0,0	0	0,0	5(1,0)	
Outros	3	0,7	0	0,0	0	0,0	3(0,7)	
<b>Total</b>							<b>489(100)</b>	

p: Teste  $\chi^2$ ; Nível de significância  $\alpha = 0,05$ . \* Estatisticamente significante

A associação das doenças autorreferidas com o índice de Katz através da análise do teste do Qui-quadrado, revelou que a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) foi a variável que exibiu significância. A hipertensão arterial, os problemas de coluna e a artrite foram às doenças que mediram maior grau de independência para as atividades básicas de vida diária, como apresenta a tabela 3.

**Tabela 3- Correlação das doenças autorreferidas com o Índice de Katz.**Teste  $\chi^2$ ; Nível de significância  $\alpha = 0,05$ . \* Estatisticamente significante

Variável	Independência		Dependência Parcial		Dependência Total		TOTAL	P
	n	%	n	%	n	%	n (%)	
<b>Artrite</b>								
Sim	163	<b>33,3</b>	11	2,2	10	2,0	184(37,6)	0,833
Não	276	56,4	18	3,7	10	2,0	304(62,2)	
<b>Câncer</b>								
Sim	13	2,7	0	0,0	2	0,4	15(3,1)	0,343
Não	424	86,7	29	5,9	18	3,7	471(96,3)	
<b>DPOC</b>								
Sim	9	1,8	1	0,2	0	0,0	10(2,0)	0,002*
Não	431	88,1	27	5,5	20	4,1	478(97,8)	
<b>Diabetes Mellitus</b>								
Sim	101	20,7	8	1,6	7	1,4	116(23,7)	0,706
Não	335	68,5	21	4,3	13	2,7	369(75,5)	
<b>Derrame</b>								
Sim	15	3,1	3	0,6	0	0,0	18(3,7)	0,319
Não	423	86,5	26	5,3	20	4,1	469(95,9)	
<b>Doença Cardíaca</b>								
Sim	88	18,0	10	2,0	1	0,2	99(20,2)	0,149
Não	350	71,6	19	3,9	19	3,9	388(79,3)	
<b>Doença Vascular Periférica</b>								
Sim								
Não	114	23,3	9	1,8	8	1,6	131(26,8)	0,679
<b>Doença Neurológica</b>	325	66,5	20	4,1	12	2,5	357(73,0)	
Sim								
Não								
Não Respondeu	2	0,4	0	0,0	0	0,0	2(0,4)	0,124
<b>Hipertensão Arterial</b>	437	89,4	28	5,7	20	4,1	485(99,2)	
Sim	1	0,2	1	0,2	0	0,0	2(0,4)	
Não								
Não Respondeu								
<b>Osteoporose</b>	287	<b>58,7</b>	20	4,1	9	1,8	316(64,6)	0,428
Sim	152	31,1	9	1,8	11	2,2	172(35,2)	
Não	1	0,2	0	0,0	0	0,0	1(0,2)	
Não Respondeu								
<b>Problemas de coluna</b>	118	24,1	6	1,2	9	1,8	133(27,2)	0,370
Sim	318	65,0	23	4,7	11	2,2	352(72,0)	
Não	4	0,8	0	0,0	0	0,0	4(0,8)	
Não Respondeu								
	224	<b>45,8</b>	9	1,8	10	2,0	243(49,7)	0,098
	214	43,8	19	3,9	10	2,0	243(49,7)	
	2	0,4	1	0,2	0	0,0	3(0,6)	
<b>Total</b>							<b>489(100)</b>	

## DISCUSSÃO

A amostra deste estudo, como característico da população brasileira, apresenta um maior percentual de mulheres. As estatísticas apontam que, em média, as mulheres brasileiras vivem oito anos mais que os homens, chamando a este fenômeno de feminização da terceira idade <sup>(13,14)</sup>. O Censo do IBGE revela, ainda, que, ao longo de cinco décadas, a razão entre homens e mulheres, passou de 99,8 homens para cada 100 mulheres para 96 homens <sup>(15)</sup>. O resultado decorre da superioridade da mortalidade masculina em relação à feminina <sup>(15)</sup>. Estudos afirmam que a proporção do número de idosas é mais expressiva quanto mais idosa for o contingente <sup>(16-18)</sup>. Portanto, as ações de saúde devem considerar o orbe feminino na terceira idade e suas peculiaridades e ao mesmo tempo estimular alternativas que atraiam os homens para tais.

Em nosso estudo houve maior concentração no grupo etário de 60 a 79 anos, consonante a média de idade de idosos do Brasil <sup>(15)</sup> seguindo a tendência de uma das características do processo de envelhecimento brasileiro <sup>(13)</sup>. É importante ressaltar que a faixa etária obteve significância com o Índice de Katz, apresentando 75,9% de idosos Independentes (tabela 2), devemos considerar que os idosos pertencentes a essa faixa etária em sua maioria participam do mercado de trabalho ou realizam atividades domésticas, retardando a perda da funcionalidade. Estudos mostram que indivíduos mais idosos têm apresentado menos independência <sup>(8,16)</sup>.

Quanto ao estado civil, cabe destacar a proporção de idosos casados, onde a presença do cônjuge pode ser muito importante para a estabilidade financeira e segurança afetiva dos idosos <sup>(13)</sup>, apresentando assim menor chance de se apresentarem com limitação funcional.

A desigualdade de renda é uma característica da população brasileira assim como a desigualdade de gênero, que coloca em desvantagem as idosas que tem como histórico a escassa participação no mercado de trabalho, com remunerações mínimas e aposentadoria de baixo valor <sup>(13,18)</sup>, estas por sua vez são inteiramente dependentes do sistema público de saúde, assim como mostra nossa amostra. Apesar dos avanços, a desigualdade de renda persiste entre os idosos brasileiros. No Nordeste, 68% dos idosos residem em domicílios com renda familiar menor que um salário mínimo e o Brasil situa-se em 11º lugar entre os países com mais alta concentração de renda <sup>(18)</sup>. A renda está associada com a independência, confirmando achados anteriores <sup>(19-21)</sup>.

No que se refere a escolaridade, o maior percentual de idosos estudou de 1 a 9 anos. A baixa escolaridade encontrada está de acordo com uma série de estudos de base populacional <sup>(13,20,21)</sup>. Há de se considerar o fato de que essa geração de idosos jovens cresceu num período em que havia grande dificuldade de acesso á educação, fato ainda existente atualmente na área rural da região nordeste, refletindo e contribuindo para os baixos níveis educacionais vigentes no Brasil <sup>(13)</sup>. Este baixo nível educacional associado a baixas remunerações e aposentadorias irrisórias compromete o acesso à educação em saúde, estratégia que possibilita a adoção de comportamentos saudáveis e a mobilização social para a melhoria das condições de vida <sup>(18)</sup>. Esse dado também nos chama atenção para as ações educativas que necessitam ter uma linguagem adequada ao nível de instrução e ao universo cultural <sup>(2)</sup>, pois tal fato será decisivo para o entendimento e aceitação de tratamentos e mudanças de hábitos favoráveis á saúde desse grupo.

À medida que ocorre o avanço da idade, as limitações físicas e orgânicas levam a uma alteração da função. Alguns sistemas orgânicos experimentam um declínio de função, embora muitas dessas alterações possuam poucos efeitos na realização das necessidades diárias, agravos a saúde podem colocar os indivíduos em risco de ter alguma restrição funcional <sup>(22)</sup>.

Outro resultado importante foi a associação entre as doenças autorreferidas e o índice de Katz que representa a descrição de um fenômeno observado em um contexto biológico e social é um dos instrumentos mais antigos e citados na literatura nacional e internacional <sup>(9)</sup>. A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) foi a que apresentou significância na funcionalidade das atividades de vida diária.

A DPOC inclui bronquite crônica e enfisema pulmonar, é progressivamente incapacitante, com múltiplos sintomas e freqüentes exacerbações que podem interferir na qualidade de vida das pessoas <sup>(24)</sup>, que podem determinar aumento do trabalho respiratório e falência respiratória, com necessidade da instituição de suporte ventilatório e internação em UTI <sup>(23,24)</sup>. Dessa forma as limitações trazidas para o cotidiano interferem nas atividades básicas de vida diária. A falta de energia para manter suas atividades tem forte impacto negativo na qualidade de vida das pessoas com DPOC <sup>(24)</sup>. Essa fadiga, ou falta de energia, influencia tanto no declínio gradual das atividades físicas, quanto causando irritabilidade, frustração e afastamento das atividades sociais <sup>(23)</sup>.

Das doenças autorreferidas o diabetes, o DPOC, as doenças cardiovasculares e o câncer são denominadas crônicas, pois a maioria delas não tem cura, mas podem ser prevenidas ou controladas por meio da detecção precoce, hábitos saudáveis, adoção de dieta e acesso a tratamento adequado <sup>(25,26)</sup>.

A manutenção da funcionalidade nas atividades básicas de vida diária sugere ter implicações para a qualidade de vida dos idosos, por estar relacionada com a capacidade do indivíduo de manter as funções básicas para uma rotina.

## CONCLUSÃO

A presente investigação buscou averiguar a influência das doenças autorreferidas por idosos nas suas atividades básicas de vida diária (ABVD's), juntamente com os fatores sócio demográficos em um município da região nordeste do Brasil. Dentre os resultados alcançados, destaca-se a predominância do sexo feminino; o predomínio da faixa etária de 60 a 79 anos; maior proporção de rendimento no valor de um salário mínimo; escolaridade básica; maior número de idosos casados e independentes para as atividades básicas de vida diária.

Os resultados reforçam a necessidade de uma atenção à população idosa, pautada nos princípios do Sistema Único de Saúde, visando a integralidade da assistência. Assim, qualquer política social e de saúde destinada aos idosos deve levar em conta a promoção da saúde e a manutenção da capacidade funcional. O retardamento de fragilidades e doenças em uma população mais velha, juntamente com ações preventivas e de manutenção da saúde, independência e autonomia são os maiores desafios relacionados à saúde.

Sugere-se a realização de novos estudos que abordem fatores de risco para a dependência durante o envelhecimento, em diferentes regiões do Brasil, de modo a facilitar o planejamento de estratégias de promoção de saúde e de prevenção das incapacidades.

## REFERENCIAS

1. KALACHE A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. *Cienc Saude Colet* 2008; 13(4): 1107-1111.
2. CLOSS, VE; SCHWANKE, CHA. A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* 2012; 15(3): 443-458.
3. ALMEIDA, MHM; LITVOC, J; PEREZ, MP. Dificuldades para atividades básicas e instrumentais de vida diária, referidas por usuários de um centro de

- saúde escola do município de São Paulo. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* 2012; 15(2): 187-200.
4. CARREIRA, L; RODRIGUES, RAP. Dificuldades dos familiares de idosos portadores de doenças crônicas no acesso à Unidade Básica de Saúde. *Rev. bras. enferm.* 2010; 63(6): 933-999.
  5. RAMOS LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(3):793-798.
  6. FONSECA FB, RIZOTTO MLF. Construção de instrumentos para avaliação sócio-funcional em idosos. *Texto Contexto Enferm* 2008; 17(2): 365-73.
  7. BEZERRA CP, PAGLIUCA LMF, GALVÃO MTG. Modelo de enfermagem baseado nas atividades de vida diária: adolescente diabética e deficiente visual. *Esc. Anna Nery.* 2009;13(4):842-848.
  8. GUEDES DV, SILVA KCA, BANHATO EFC, MOTA MMPE. Fatores associados á capacidade funcional de idosos da comunidade. *HU Rev.* 2007; 33(4): 105-111.
  9. DUARTE YAO, ANDRADE CL, LEBRÃO ML. O índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Rev Esc Enferm USP.* 2007; 41(2): 317-25.
  10. CAMARANO AA, PASINATO MT, LEMOS VR. Cuidados de longa duração para a população idosa. In: NERI AL. *Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar.* Campinas: Alínea; 2007.
  11. JÚNIOR JV, GUERRA RO. Fatores associados às limitações funcionais em idosos de baixa renda. *Rev Assoc Med Bras.* 2008; 54(5): 430-435.
  12. BRASIL, Ministério da saúde. Resolução nº 196/96. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF: CONEP, 1996.
  13. SOUSA AI, SILVER LD. Perfil sociodemográfico e estado de saúde auto-referido entre idosas de uma localidade de baixa renda. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2008; 12 (4): 706-16.
  14. NOBREGA SB, COSTA SMG, RODRIGUES TP, SILVA LM, QUEIROGA AQSG, SILVA AO. Sentidos atribuídos aos medicamentos genéricos por idosos. *Rev pesq.: cuid. Fundam. Online.* 2011; (Ed. Supl.): 37-44.
  15. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=2170&id\\_pagina=1](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=2170&id_pagina=1)> Acesso em: 01/10/2012.
  16. COSTA MFL, CAMARANO AA. Demografia e epidemiologia do envelhecimento no Brasil. In: MORAES EM. *Princípios básicos de geriatria e gerontologia.* Belo Horizonte: Coopmed; 2008.
  17. LEITE MT, et al. Caracterização e condições de saúde de idosos mais idosos residentes em um município do norte do Rio Grande do Sul. *RBCEH.* 2010; 7(Ed. Supl.1): 71- 79. Disponível em: <<http://www.upf.edu.br/seer/index.php/rbceh/article/view/1098/pdf>> Acesso em: 14/01/2013.
  18. GEIB LTC. Determinantes sociais da saúde do idoso. *Ciênc & Saúde Coletiva.* 2012; 17(1):123-133.

19. SANTOS KA, KOSZUOSKI R, COSTA JSD da, PATTUSSI MP. Fatores associados com a incapacidade funcional em idosos do Município de Guatambu, Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23(11):2781-2788.
20. BORGES PLC de, BRETAS RP, AZEVEDO SF de, BARBOSA JMM. Perfil dos idosos frequentadores de grupos de convivência em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24(12):2798-2808.
21. NAKATANI AYK, SILVA LB da, BACHION MM, NUNES DP. Capacidade funcional em idosos na comunidade e propostas de intervenções pela equipe de saúde. *Rev. Eletr. Enf.* [online] 2009. [citado 2012]; 11(1): 144-50. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a18.htm>.
22. MACIEL ACC, GUERRA RO. Influencia dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos residentes no nordeste do brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2007; 10 (2): 178-89.
23. SILVA, DMGV da, SOUZA, SS de, FRANCIONI, F.F, MEIRELLES, BHS. Qualidade de vida na perspectiva de pessoas com problemas respiratórios crônicos: a contribuição de um grupo de convivência. *Rev Latino-am Enfermagem* [online] 2005. [citado 2012]; 13(1):7-14. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n1/v13n1a02.pdf>>
24. PINCELLI MP, GRUMENN ACB, FERNENDES C, CAVALHEIRO AGC, HAUSSEN DAP, MAIA IS. Características de pacientes com DPOC internados em UTI de um hospital de referência para doenças respiratórias no Brasil. *J Bras Pneumol* [online] 2011. [ciatdo 2012]; 37(2):217-222. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v37n2/v37n2a12.pdf>>
25. SDRA S, MARIANNE L. Fadigue in chronic illness: the experience of individuals with chronic obstructive pulmonary disease and with asthmas. *J Adv Nurs* 1999; 30(2):469-78.
26. VERAS RP. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol* [online] 2011. [citado 2012]; 14 (4): 779-786. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php-pid=s1809-98232011000400017&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php-pid=s1809-98232011000400017&script=sci_arttext)>

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conhecer as representações sociais sobre envelhecimento e saúde construídas por idosos e identificar problemas autorreferidos por estes apontam comportamentos e práticas importantes a serem consideradas no atendimento a população idosa contribuindo para um envelhecimento ativo e saudável.

Esta pesquisa tem como produto três artigos: 01 publicado na revista gaúcha de enfermagem; 01 enviado para REUOL; 1 para defesa a ser enviado para REBEN.

Considerando os aspectos sociodemográficos do grupo (714 idosos) analisado, na faixa etária de 60 anos e mais, em média de 71,8 anos, sendo na sua maioria composto pelo gênero feminino (501 idosas), casados, com renda familiar variando de menos de 01 a 05 salários mínimos, sendo que 243 dos idosos possuem escolaridade alta de 9 anos ou mais de estudo.

No que se refere à doença mais autorreferida pelos idosos participantes do estudo, a “visão prejudicada” vem com 338 citações, seguido de “problemas de coluna” com 297, observa-se que estes se encontravam na faixa etária entre 71 e 76 anos são mulheres; casados ou viúvos, renda familiar variando de menos de 01 a 03 salários mínimos, e com menos de 05 anos de estudo.

A cor branca foi predominante entre as mulheres idosas (31,1%) e a cor parda entre os homens (12,3%). No que concerne ao estado civil a maior parte das mulheres é viúva (29,4%) e dos homens, casados (21,6%).

Os idosos entrevistados possuem renda equivalente a um salário mínimo, seguido de dois salários mínimos. E, a maior parte vive acompanhada em seu domicílio, seja com filhos e netos, com cônjuge e filhos ou só com o cônjuge. Dentre as variáveis sócio-demográficas as que apresentaram significância estatística foram estado civil, renda e com quem mora.



Dessa forma, salienta-se que o aparecimento dessas doenças em idosos poderá estar relacionado às condições socioeconômicas, culturais e aos aspectos biológicos. Os mesmos representam envelhecimento e saúde com conteúdos mais negativos, que notadamente tem influenciado sua saúde e a adoção de práticas saudáveis.

Tal situação ratifica a necessidade da elaboração de políticas públicas de saúde, bem como da sua efetiva implantação e implementação, para atender as desigualdades socioculturais que se apresentam no grupo, com a finalidade de viabilizar e facilitar os benefícios oferecidos aos idosos, e que, certamente, possam garantir um atendimento integral, capaz de minimizar os riscos à sua saúde. Dessa forma, o alcance do envelhecimento ativo, referenciado pela Organização Mundial da Saúde, tanto para países desenvolvidos quanto para países em desenvolvimento, seria uma possibilidade de concretização.

Salienta-se a relevância social, acadêmica/científico e cultural, que tratou apenas de aspectos pontuais do envelhecimento. Essa realidade identificada poderá corroborar para uma demanda maior de vontade e empenho, na elaboração de políticas de saúde para a pessoa idosa, ao mesmo tempo em que sugere um maior aprofundamento entre a avaliação das doenças autorreferidas, em relação aos aspectos sociodemográficos e as representações sociais de saúde.

Os resultados dessa pesquisa assinalam de forma relevante a necessidade da reorganização dos serviços de atendimento ao idoso, como base nos pressupostos da Política Nacional do Idoso. Acredita-se, ainda, que este estudo poderá agregar valor à produção do conhecimento na Enfermagem, principalmente, introduzindo novos modos de pensar no atendimento integral à pessoa idosa contextualizada socialmente, viabilizada pela teoria das representações sociais, por apontar diferentes modalidades de

conhecimentos responsáveis pela tomada de posicionamento dos profissionais, frente à pessoa idosa.

Por fim, espera-se abrir novas portas para outros estudos dessa natureza que busquem a visão que os idosos têm sobre esses eventos.

## REFERÊNCIAS

ARRUDA, ANGELA. Teoria das Representações Sociais e teorias de Gênero. Cadernos de pesquisa. 2001. p: 117, 127-147.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde – Resolução 1996. Disponível em <HTTP://www.sisnep.gov.br>. Acesso em julho de 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa, 1 ed. 1 reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério do desenvolvimento social e combate à fome. Estatuto do Idoso. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. 4 ed. Brasília, 2006.

CAMARGO, B. V. ALCESTE: Um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: Moreira et al. (Organizadores). Perspectivas Teórico- Metodológicas em Representações Sociais. João Pessoa, Ed. universitária, 2005.

COSTA, M. F. L.; CAMARANO, A. A. Demografia e Epidemiologia do Envelhecimento no Brasil. Princípios básicos de Geriatria e Gerontologia. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.

GORDILHO A, NASIMENTO JS, RAMOS LR, FREIRE MPA, ESPINOLA N, MAIA R. Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso. Rio de Janeiro: UnATI/UERJ; 2000.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo demográfico 2007. Rio de Janeiro: IBGE; 2000. Disponível em: [www. ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br). Acesso em: 06 Junho 2011.

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia. Contagem da população 2007. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 23/03/2011.

KALACHE, A. et al. O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. Rev. Saúde públ., S. Paulo, 21:200-10, 1987.

LOURENÇO, R.A.; MARTINS, C.S.F.; SANCHEZ, M.A.S.; VERAS, R.P. Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda. Rev Saude Publica. 2005;39(2):311-8.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O envelhecimento da população brasileira e os desafios para o setor saúde. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2012, vol.28, n.2, pp. 208-2102.

MOSCOVICI, S. A Psicanálise, sua Imagem e seu Público. Petrópolis (RJ): Vozes; 2012.451p.

MOSCOVICI, S. A. Representações sociais: investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes, 2003.

PASCHOAL, S.M.P; FRANCO, R.P; SALLES, R.F.N. Epidemiologia do envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, M. Tratado de Gerontologia. 2ª edição. São Paulo: Ed. Atheneu, São Paulo, 2007. p. 19-35.

SÁ, CELSO PEREIRA DE. A Construção do Objeto de Pesquisa em Representações Sociais. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2000.

SCHNEIDER, R. H.; IRIGARAY, T. Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estud. Psicol. (Campinas)* [online]. 2008.

SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S. Inserção do tema violência contra a pessoa idosa nas políticas públicas de atenção à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(6):2659-2668, 2010.

SOUZA, J. A. V.; FREITAS, M. C.; QUEIROZ, T. A. Violência contra os idosos: análise documental. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2007, vol.60, n.3, pp. 268-272.

TURA, L.F.R.; MOREIRA, A.S.P. (Org.) Saúde e Representações Sociais. João Pessoa: Editora Universitária-UFPB, V. 1,2005.

VALA, J; MONTEIRO, M. B. **Psicologia social**. 5 ed. Lisboa: Fundação Calauste Gulbenkian, 2002.

VERAS, Renato. Fórum. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2007, vol.23, n.10, pp. 2463-2466.

VERAS. R. Envelhecimento Populacional Contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev. Saúde Pública* 2009; 43(3): 548-54

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Envelhecimento ativo: uma política de saúde – tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

## APÊNDICE A



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos realizando uma pesquisa sobre “**Condições de Saúde, Qualidade de Vida e Representações Sociais de Idosos nas Unidades de Saúde da Família**”, financiada pelo Ministério da Saúde e pelo Programa Nacional de Cooperação Acadêmica (PROCAD/MS) em parceria do PPGENF/UFPB com a EERP/USP. É importante mencionar que não buscamos respostas certas ou erradas, mas sim a sua opinião sobre o assunto. Obrigado (a) pela sua participação como voluntário (a) em nossa pesquisa.

**a) Objetivo e justificativa da pesquisa:** O objetivo é compreender o que as pessoas pensam sobre os idosos na sociedade e o que pensam sobre essa etapa da vida.

**b) Procedimentos:** Realizaremos o teste de evocação livre de palavras seguida de uma entrevista. Posteriormente, faremos uma coleta dos dados de identificação e aplicação de questionários.

**c) Acesso às informações:** As informações obtidas de cada participante são confidenciais e somente serão usadas com o propósito científico. Os pesquisadores, o Comitê de Ética e Atividades reguladoras, terão acesso aos arquivos dos participantes, sem violar a confidencialidade. A pesquisa foi aprovada previamente pelo Comitê de Ética da Universidade Federal da Paraíba sob protocolo número 0598 e financiada pelo MS – 25000.174.897/2008-01. A assinatura desse consentimento formaliza a autorização para o desenvolvimento da pesquisa.

**d) Termo de Consentimento:** Declaro que, após ter lido e compreendido as informações contidas neste formulário, concordo em participar do estudo. Através deste instrumento e da melhor forma de direito, autorizo a professora Dr<sup>a</sup> Antonia Oliveira Silva e demais pesquisadores vinculados ao PROCAD/MS a utilizar as informações obtidas através do que for falado e escrito com a finalidade de desenvolver trabalho científico. Autorizo a publicação do referido trabalho, de forma escrita, podendo utilizar as respostas e os depoimentos. Concedo o direito de retenção e uso para quaisquer fins de ensino e divulgação em jornais e/ou revistas científicas do país e do estrangeiro,

desde que mantido o sigilo sobre minha identidade. Estou ciente que nada tendo a exigir a título de ressarcimento ou indenização pela minha participação na pesquisa. Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa pesquisa. Caso tenha qualquer dúvida pedimos que a esclareça conosco através dos telefones: (83) 321607109 – Programa de Pós Graduação em Enfermagem.

João Pessoa, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador

CPF: \_\_\_\_\_

De acordo,



\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) Participante da Pesquisa

## APENDICE B

### INSTRUMENTO DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Estamos realizando uma investigação sobre: **Condições de Saúde, Qualidade de Vida e Representações Sociais de Idosos nas Unidades de Saúde da Família**, e gostaríamos de contar com sua participação respondendo a este questionário. As respostas são anônimas e confidenciais e destinam-se exclusivamente para fins de investigação científica. Não há respostas certas ou erradas. Interessa-nos a sua opinião e resposta espontânea e individual.

**Muito Obrigada pela sua Colaboração.**

### INSTRUÇÕES PARA RESPONDER AS PRIMEIRAS QUESTÕES

Este questionário é constituído por uma questão em forma de “palavra estímulo”, que visa obter expressões ou palavras associadas à mesma. Assim, para ele você deverá escrever até cinco respostas que siga o critério estabelecido, isto é, considere pela ordem de evocação, ou seja, as primeiras que vêm a sua cabeça. Como sabe, não existem respostas certas ou erradas. O importante é que responda rapidamente a questão, a resposta solicitada e marque com um X a mais importante para si.

Tome como exemplo o seguinte estímulo: quando penso em «férias» lembro-me de:

Calor ( )

Mar ( )

Sol ( )

Céu Limpo ( )

Artesanato ( )

1 – Quando penso em «**Envelhecimento**», lembro-me de:

---



---



---



---



---

Assinale com um X a palavra que considera mais importante.

2 – Quando penso em «**Saúde**», lembro-me de:

---



---



---



---



---

Assinale com um X a palavra que considera mais importante.

## APÊNDICE C – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

### SEÇÃO A: INFORMAÇÕES PESSOAIS

A1) Idade _____ (anos completos) Data de nascimento ____/____/____	<i>AIDADE</i> ____ ____ <i>ADATA</i> ____/____/____
A2) Sexo (1) Masculino           (2) Feminino	<i>ASEXO</i> _____
A3) Qual a cor da sua pele? (1) Branca                           (4) Preta (2) Parda                           (5) Indígena (3) Amarela                       (99) NS/NR	<i>AESTCIV</i> _____
A4) Qual seu estado civil? (1) Solteiro (a) (2) Casado (a) (3) Divorciado (a)/desquitado(a) (4) Separado (a) (5) Viúvo (a) (99) NS/NR	<i>AESTCIV</i> _____
A7) Com quem o Sr (a) mora: (1) Sozinho (2) Somente com o cônjuge (3) Cônjuge e filho(s) (4) Cônjuge, filhos, genro ou nora (5) Somente com o(s) filho(s) (6) Arranjos trigeracionais (idoso, filhos e netos) (7) Arranjos intrageracionais (somente com outros idosos) (8) Somente com os netos (sem filhos) (9) Não familiares (10) Outros (especifique) _____ (99) NS/NR	<i>AMORA</i>

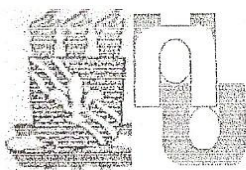
### SEÇÃO B: PERFIL SOCIAL

B1a) O Sr(a) sabe ler e escrever? (1) Sim           (2) Não           (99) NS/NR	<i>BLERES</i> _____
B1b) Escolaridade: Quantos anos você frequentou a escola? _____ ANOS (Se nenhum, colocar “0”)	<i>BESCOL</i> _____
B2) Qual é a renda mensal em reais: Idoso: _____	<i>BRENDI</i> _____

## SEÇÃO D: PROBLEMAS DE SAÚDE

O(a) Sr(a) no momento tem algum destes problemas de saúde?					
	Sim (nome comercial)	Não	NS/NR	Toma medicação prescrita pelo médico? QUAL?	Codificação
D1) Anemia	1	2	99		DANEM _____
D2) Ansiedade / transtorno do pânico	1	2	99		DANSI _____
D3) Artrite (reumatóide/osteoartrite /artrose)	1	2	99		DREUM _____
D4) Asma ou bronquite	1	2	99		DASMA _____
D5) Audição Prejudicada	1	2	99		DAUDP _____
D6) Câncer Qual ?	1	2	99		DQCANC _____
D7) DBPOC/enfisema (doença broncopulmonar)	1	2	99		DCANC _____
D8) Diabetes Mellitus	1	2	99		DDIAB _____
D9) Depressão	1	2	99		DDEPR _____
D10) Derrame	1	2	99		DDERRA _____
D11) Doença cardíaca	1	2	99		DCARDI _____
D12) Doença Gastrointestinal Alta (úlceras, hérnia, refluxo)	1	2	99		DGASTR _____
D13) Doença vascular periférica (varizes)	1	2	99		DCIRC _____
D14) Doença Neurológica (Parkinson/Esclerose)	1	2	99		DNEURO _____
D15) Hipertensão Arterial	1	2	99		DPRESS _____
D16) Incontinência urinária e/ou fecal	1	2	99		DINCUR _____
D17) Obesidade	1	2	99		DOBES _____
D18) Osteoporose	1	2	99		DOSTE _____
D19) Prisão de ventre	1	2	99		DPRISV _____
D20) Problemas de Coluna	1	2	99		DCOLU _____
D21) Visão prejudicada (catarata/glaucoma)	1	2	99		DCATAR _____
D22) Outras – Qual?	1	2	99		DOUTR _____



**ANEXO**

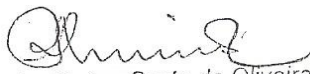
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA - UFPB  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY - HULW  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS - CEP

**CERTIDÃO**

Com base na Resolução nº 196/96 do CNS/MS que regulamenta a ética da pesquisa em seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley, da Universidade Federal da Paraíba, em sua sessão realizada no dia 29/09/2009, após análise do parecer do relator, resolveu considerar **APROVADO** o projeto de pesquisa intitulado **CONDIÇÕES DE SAÚDE, QUALIDADE DE VIDA E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE IDOSOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA.** Protocolo CEP/HULW nº 261/09, FR: 294027, da pesquisadora responsável prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> **ANTONIA OLIVEIRA SILVA.**

Solicitamos enviar ao CEP/HULW um resumo sucinto dos resultados, em CD, no final da pesquisa.

João Pessoa, 27 de abril de 2009.

  
Iaponira Cortez Costa de Oliveira  
Coordenadora do Comitê de Ética  
em Pesquisa - CEP

**Iaponira Cortez Costa de Oliveira**  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa-HULW