



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
Centro de Educação e Saúde
Unidade Acadêmica de Enfermagem
Curso de Bacharelado em Enfermagem

Michele Caliane Fernandes de Medeiros

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE QUEDAS CONSTRUÍDAS POR IDOSOS:
UM ESTUDO NO CURIMATAÚ OCIDENTAL PARAIBANO**

Cuité – PB
2015

Michele Caliane Fernandes de Medeiros

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE QUEDAS CONSTRUÍDAS POR IDOSOS:
UM ESTUDO NO CURIMATAÚ OCIDENTAL PARAIBANO**

Monografia apresentada à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande – Campus Cuité, como requisito obrigatório da disciplina TCC II, bem como à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. MSc. Matheus Figueiredo Nogueira

Cuité – PB
2015

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

M488r Medeiros, Michele Caliane Fernandes de.

Representações sociais sobre quedas construídas por idosos: um estudo no Curimataú Ocidental Paraibano. / Michele Caliane Fernandes de Medeiros. – Cuité: CES, 2015.

68 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2015.

Orientador: Matheus Figueiredo Nogueira.

1. Idoso - quedas. 2. Acidentes por quedas. 3. Atenção integral à saúde. I. Título.

CDU 613.98

Michele Caliane Fernandes de Medeiros

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE QUEDAS CONSTRUÍDAS POR IDOSOS:
UM ESTUDO NO CURIMATAÚ OCIDENTAL PARAIBANO**

Monografia apresentada à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande – Campus Cuité, como requisito obrigatório da disciplina TCC II, bem como à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Banca examinadora:

Prof. MSc. Matheus Figueiredo Nogueira
Orientador – UFCG

Profa. MSc. Bernadete de Lourdes André Gouveia
Membro – UFCG

Profa. MSc. Heloisy Alves de Medeiros
Membro – UFCG

Cuité – PB, 11 de novembro de 2015

Dedico este trabalho a Deus, pelo seu amor incondicional, e aos meus pais e irmãos que estiveram comigo todo o tempo, em meio às adversidades e alegrias para que eu pudesse alcançar a vitória.

AGRADECIMENTOS

A Deus inicialmente, por ter concedido o dom da vida, e por toda a sabedoria e inteligência que me proporcionou nessa trajetória; pelo Seu amor incondicional, pois tudo o que adveio foi Sua permissão. Em todos os momentos difíceis, tristezas, desânimos e incertezas o Senhor me sustentou. Eu te agradeço, meu Deus, pelo teu cuidado em minha vida, que toda honra e glória sejam a Ti, Jesus.

Ao meu orientador, MSc. Matheus Figueiredo Nogueira, que para mim é um exemplo de vida, de coragem, perseverança, inteligência e muita dedicação em tudo o que faz. Agradeço-te em especial por ter dedicado uma parte do seu tempo construindo um sonho na realização da monografia, com muito amor e cuidado. Você me fez amar mais ainda o idoso em sua totalidade, por isso só tenho a agradecer. Muito obrigada de coração.

Aos demais mestres pelos riquíssimos ensinamentos repassados em salas de aula e estágios, em especial os que aceitaram o convite de compor a minha banca avaliadora. Às Professoras Bernadete de Lourdes André Gouveia e Heloisy Alves de Medeiros, o meu agradecimento.

À mestranda e amiga Aparecida Costa, que tem tido todo o cuidado, auxiliando na correção do meu trabalho. Com cautela e paciência tem tido um papel importantíssimo no meu crescimento no âmbito acadêmico.

Aos funcionários da UFCG, em especial o Sr. Vital que sempre esteve com aquele sorriso estampado no seu rosto para nos ajudar no que fosse preciso, e aos demais que de forma direta ou indiretamente contribuíram para o meu avançar como acadêmica.

Aos meus pais, Genival Xavier de Medeiros e Marinete Cosme Fernandes de Medeiros, pelo amor, força, orações, conselhos e a preocupação em me oferecer o melhor ensinamento e a crescer sendo uma pessoa de bom caráter. Vocês são os meus exemplos de fé e perseverança, minha fortaleza, porto seguro e dedico minha vitória a vocês dois. Muito obrigada por tudo!

Aos meus dois irmãos, Genivaldo Fernandes de Medeiros e Gildson Fernandes de Medeiros, que sempre estiveram presentes na minha vida. Vaval, como o chamo, é o meu segundo pai, desde a aprovação no vestibular até agora tem contribuído muito para o meu avanço como

pessoa e profissionalmente, através das suas experiências e inúmeros ensinamentos transferidos com amor.

A gratidão ao meu noivo, que todo o tempo se preocupa comigo, dando-me forças diante das dificuldades. Obrigada, meu amor, por sua amizade, companheirismo, carinho, atenção e o amor que é o que destaca mais. Te amo!

Ao meu avô Manuel Cosme Fernandes (*in memoriam*), que com suas sábias palavras transmitia paz e muitas alegrias. Suas peculiaridades me fizeram ficar extremamente encantada pela pessoa idosa. Ele me incentivava sempre para continuar a lutar e conseguir o alvo tão almejado na carreira profissional. Vovô, sei o quanto estaria feliz se estivesse vivo hoje, ao ver a realização de um sonho profissional. Saudades eternas!

Aos demais familiares, que de alguma forma contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional.

Aos idosos que contribuíram de maneira significativa na realização desse trabalho, enriquecendo-o através de seus relatos de experiência vivenciados na melhor idade. E às equipes da UBS que contribuíram para o encontro dos idosos.

Às minhas eternas amigas que a Universidade me presenteou, em especial Izaura Nunes, pessoa que Deus colocou em minha vida. Uma irmã que posso contar sempre. Muito obrigada pela sua amizade e companheirismo. Às amigas Elayne, Cíntia, Liandra e Heloisa, que estiveram dispostas a ajudar quando precisei e pelos inúmeros momentos de muita diversão que vivenciamos juntas. Vocês são especiais para mim!

À minha turma 2010.2 pelos momentos de muito aprendizado e conquistas, os quais foram únicos e ficarão guardados sempre em minha memória, além de todas as amizades cultivadas. Obrigada, meninas, pela amizade e companheirismo.

Aos amigos que estiveram comigo durante toda a minha trajetória acadêmica e aos demais de quem tive a honra de receber valiosas contribuições no desenvolvimento deste trabalho. Muito obrigada a todos!

“Não repreendas ao homem idoso; antes, exorta-o como a pai; aos moços, como a irmãos; as mulheres idosas, como as mães; as moças, como as irmãs, com toda a pureza.”

(1 Timóteo 5:1-2)

RESUMO

Nas últimas décadas a população de idosos no Brasil vem aumentando significativamente. Com o comprometimento da capacidade de resposta do idoso secundária às alterações intrínsecas ao envelhecimento, as quedas passam a evidenciar um verdadeiro problema de saúde pública, seja pela elevada prevalência, consequências decorrentes ou altos custos assistenciais. Para a execução de práticas de atenção à saúde eficazes diante da problemática dos episódios de quedas, emerge a necessidade de compreender a percepção subjetiva que os idosos têm acerca desse evento. Dessa forma, objetivou-se neste estudo conhecer as representações sociais sobre quedas construídas por idosos; descrever a caracterização socioeconômica e demográfica dos participantes do estudo; e propor ações de Enfermagem no âmbito da educação em saúde para idosos vulneráveis à ocorrência de quedas e àqueles outrora acometidos. Consta de estudo exploratório-observacional de natureza qualitativa desenvolvido com amostra de 444 idosos domiciliados em cinco municípios do Curimataú ocidental paraibano. Para a coleta de dados utilizou-se uma entrevista semiestruturada e o Teste de Associação Livres de Palavras (TALP) por meio do estímulo indutor “*queda*” e analisado pelo *software* EVOC, com vistas à construção da análise e discussão. Os resultados apontam que as representações sociais evidenciadas pelos idosos sobre queda, elencadas no núcleo central, se estruturam por meio de elementos como *dor* (F=146 e OME=1,856), *fratura* (F=83 e OME=2,024), *medo* (F=140 e OME=1,814) e *sofrimento* (F=68 e OME=2,294). As representações identificadas no núcleo periférico foram: *adoecer, cirurgia, dependência, ferimento, fraqueza, gastos, limitação, médico, perigo, problemas, espiritualidade e remédio*, denotando uma percepção predominantemente negativa e exigindo intervenções que permitam a prevenção deste evento e conseqüentemente a desconstrução e reconstrução desse pensamento social. Nessa lógica, é essencial a execução de estratégias que assegurem uma assistência integral e humanizada, sobretudo pela equipe de enfermagem, a todos idosos – vítimas ou não de quedas – envolvendo a promoção, proteção, tratamento e reabilitação da saúde, no âmbito individual e coletivo, com a finalidade de orientá-los quantos aos potenciais fatores predisponentes para quedas e aos cuidados fundamentais cotidianos, preservando, por conseguinte, sua saúde e qualidade de vida.

Descritores: Idoso. Acidentes por quedas. Atenção integral à saúde.

ABSTRACT

In the last decades the population of elderly in Brazil is increasing significantly. With the commitment of senior responsiveness intrinsic changes secondary to aging, falls now show a real public health problem, the high prevalence, consequences or high welfare costs. For the implementation of effective health care practices on the issue of episodes of falls, emerges the necessity of understanding the subjective perception that older people have about this event. Thus, the objective of this study meet the social representations about falls built for seniors; describe the socio economic and demographic characterization of the participants of the study; and propose actions in the context of nursing health education for the elderly vulnerable to occurrences of falls and those formerly involved. It consists of exploratory study of qualitative observational nature developed in 444 elderly domiciled in 5 municipalities of Curimataú, Brazil. For data collection used a semi-structured interview and free association of Words (TALP) through the inductor stimulus "Fall" and analyzed by software to build the EVOC analysis and discussion. The results show that the social representations highlighted by the elderly on fall in central core structure listed through elements such as pain (F = 146 and OME = 1.856), fracture (F = 83 and OME = 2.024), fear (F = 140, and OME = 1.814) and suffering (F = 68 and OME = 2.294). The representations are identified in the core were peripheral: sick, surgery, injury, dependency, weakness, spending, limitation, doctor, danger, trouble, spirituality and medicine, denoting a predominantly negative perception and demanding interventions that enable the prevention of this event and consequently the deconstruction and reconstruction of this social thought. In this sense, it is essential to the implementation of strategies to ensure a full and humanized assistance, especially by nursing staff, all elderly people-victims of crashes-involving the promotion, protection, treatment and rehabilitation of health, individual and collective scope in order to guide them as to potential predisposing factors for falls and fundamental care everyday, preserving, therefore, your health and quality of life.

Descriptors: Elderly. Accidents by falls. Integral attention to health.

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1 - Perfil socioeconômico e demográfico de idosos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família do Curimataú Ocidental Paraibano | 37 |
|--|----|

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|--|----|
| Figura 1 - Pirâmide etária da população brasileira por sexo | 40 |
| Figura 2 - Representatividade espacial da população por cor ou raça segundo as Unidades da Federação- Brasil 2010 | 41 |
| Quadro 1 - Identificação dos elementos do núcleo central e periférico das representações sociais sobre <i>queda</i> | 48 |

LISTA DE SIGLAS

AIVD (Atividades instrumentais da vida diária)

AVD (Atividade de vida Diária)

CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnologia)

ESF (Estratégia de Saúde da Família)

GEPISE (Grupo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Saúde e Enfermagem)

HUAC (Hospital Universitário Alcides Carneiro)

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística)

NEPEQ (Núcleo de Estudos e Pesquisa sobre Envelhecimento e Qualidade de Vida)

OME (Ordem média de evocação)

PB (Paraíba)

PNSPI (Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa)

QV (Qualidade de Vida)

RS (Representações Sociais)

SMS (Secretaria Municipal de Saúde)

SUS (Sistema Único de Saúde)

TALP (Teste de Associação Livre de Palavras)

TCLE (Termo de Consentimento Livre Esclarecido)

TNC (Teoria do Núcleo Central)

TRS (Teoria das Representações Sociais)

UBS (Unidade Básica de Saúde)

UFCG (Universidade Federal de Campina Grande)

SUMÁRIO

| | | |
|------------|--|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 14 |
| 1.1 | Objetivos | 17 |
| 2 | REVISÃO DA LITERATURA | 18 |
| 2.1 | Processo de envelhecimento | 19 |
| 2.2 | Qualidade de vida do idoso vítima de queda | 22 |
| 2.3 | Assistência de enfermagem e rede de atenção ao idoso vítima de queda | 25 |
| 2.4 | Teoria das Representações Sociais | 28 |
| 3 | METODOLOGIA | 30 |
| 3.1 | Tipo de estudo | 31 |
| 3.2 | Local do estudo | 31 |
| 3.3 | População e amostra | 32 |
| 3.4 | Instrumento para coleta de dados | 33 |
| 3.5 | Procedimentos para coleta de dados | 34 |
| 3.6 | Análise dos dados | 35 |
| 3.7 | Aspectos éticos | 36 |
| 4 | ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS | 37 |
| 4.1 | Caracterização socioeconômica e demográfica dos participantes | 38 |
| 4.2 | Representações sociais sobre quedas construídas por idosos e o impacto na qualidade de vida | 48 |
| 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 60 |
| | REFERÊNCIAS | 63 |

APÊNDICES

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Apêndice B – Declaração de compromisso do pesquisador responsável

Apêndice C – Roteiro de entrevista semiestruturada

ANEXOS

Anexo A – Questionário de coleta de dados

Anexo B – Teste de Associação Livre de Palavras

Anexo C – Termo de Autorização Institucional

Anexo D – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

Nos últimos anos, a população de idosos no Brasil vem aumentando significativamente. Estima-se que em 2025 haverá cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais idade no País. Esse fenômeno é decorrente, sobretudo, da expressiva redução da taxa de fecundidade e melhoria da medicina preventiva, concorrendo para a ampliação da longevidade e gerando uma modificação na estrutura etária da população (BRASIL, 2010; FREITAS et al., 2011). De acordo com Rezende (2012) é notório que o Brasil está se tornando mais maduro e deixando de ser predominantemente jovem, visto que esse aumento de idosos tem sido evidenciado por meio da pirâmide demográfica brasileira, demonstrando, assim, uma maior precisão de novas políticas públicas que contemplem as reais necessidades da população idosa.

A transição do padrão demográfico proporcionou um aumento da expectativa de vida do ser humano, bem como a transição epidemiológica, caracterizada pela mudança do perfil de morbidade e de mortalidade de uma população, ocorrendo uma redução progressiva das mortes por doenças infectocontagiosas e o aumento das mortes por doenças crônicas e outros agravos à saúde como, por exemplo, a queda (BRASIL, 2010).

A queda pode ser definida como um deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial com incapacidade de correção em tempo hábil, podendo ser determinada por circunstâncias multifatoriais e assim comprometer a estabilidade do indivíduo (REZENDE, 2012). Do ponto de vista epidemiológico, a queda está entre as causas mais frequentes de traumas na população idosa, justificada pelos fatores extrínsecos como o ambiente em que o idoso está situado, a iluminação inadequada, falta de corrimão nas escadas, pisos lisos, tapetes não aderentes, objetos em lugares impróprios. Há também a presença de fatores intrínsecos que estão associados a modificações fisiológicas voltadas para o processo de envelhecimento, tais como a capacidade funcional, o uso de polifarmácia, depressão, idade avançada, algumas doenças crônicas, diminuição cognitiva, comprometimento visual, labirintite, sedentarismo e sexo feminino, cujos fatores contribuem para a ocorrência de quedas (ROCHA, 2011).

É nítido, portanto, que dentre as principais causas de quedas em idosos, as modificações fisiológicas do envelhecimento têm significativa representatividade. Essas alterações ocorrem logo após a maturação sexual e posteriormente comprometem a capacidade de respostas dos sujeitos ao estresse causado pelo ambiente e a manutenção da homeostasia. Nesse sentido, percebe-se que o envelhecimento é um fator predisponente à queda, onde há manifestação de alguns sinais evidentes de fragilidade óssea, instabilidade

postural e imobilidade, contribuindo significativamente para o declínio funcional (FREITAS et al., 2011; BRASIL, 2006).

Por mais que esse evento seja comum na terceira idade, a queda é um problema de saúde pública, pois além de causar muitas fraturas, gera também diversas consequências futuras no idoso, causando neste o medo de andar em sua própria residência ou até mesmo na rua, a perda da capacidade de efetivações de atividades de vida diária, além de configurar uma das evidentes causas de hospitalizações e óbito em idosos (REZENDE, 2012). Para Fachine; Trompieri, (2012), a queda pode provocar mudanças na rotina, imobilizações, lesões, decúbito de longa duração e outras consequências, o que pode resultar em importante impacto na qualidade de vida da pessoa idosa.

A Organização Mundial de Saúde (WHOQOL GROUP, 1995, p. 1405) conceitua a qualidade de vida como a “percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Tendo em vista que a queda traz consequências como a perda da autonomia, do comprometimento da vida social e psicológica, o relacionamento interpessoal e familiar, a participação em atividades comunitárias, prejuízos na mobilidade, pode gerar, portanto, influência na percepção da qualidade de vida pelo idoso (FREITAS, 2011).

Assim, considerando que a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) instituída pela Portaria GM/MS nº 2.528 de 2006 aponta para a garantia de atenção adequada aos idosos, com o desígnio de proporcionar um envelhecimento saudável, conservando sua capacidade funcional, autonomia e mantendo a qualidade de vida, é urgente a necessidade de atender para a problemática da queda, tanto por parte dos profissionais de saúde, como pela gestão. Ademais, as diretrizes norteadoras desta política ressaltam as ações do setor da saúde, a promoção do envelhecimento ativo e saudável; a atenção integral à saúde do idoso; estímulo às ações intersetoriais com vistas à integralidade da atenção; e o mantimento de recursos capazes de assegurar a qualidade de atenção à saúde do idoso (FERNANDES; SOARES, 2012).

Diante do exposto, justifica-se a importância de analisar como as quedas são representadas socialmente pelos idosos, tendo em vista a necessidade de conhecer a subjetividade imbicada nesta percepção e qual seu impacto da queda na qualidade de vida dos idosos, sobretudo pelos elevados índices de ocorrência de quedas nos idosos no país. De acordo com Moscovici (1961), as representações sociais assinalam uma maneira de conhecimento socialmente organizado e partilhado, colaborando para a construção de uma

realidade comum a um grupo social, podendo designar-se como saber de senso comum ou ainda saber natural.

A Teoria das Representações Sociais (TRS) reconhece o valor da dimensão subjetiva e esclarece como se dá o processo de assimilação dos fatos que ocorrem no meio, como os mesmos são compreendidos pelos indivíduos e grupo, e como o conhecimento sobre estes fatos são expressos por meio de sua comunicação e em seus comportamentos (MARTINS; CAMARGO; BIASUS, 2009). Assim, conhecer as representações sociais de quedas enunciadas pelos idosos é apreender amplamente a forma pela qual são percebidas e vivenciadas.

Assim, a partir desse conhecimento poderão ser sugeridas, planejadas e implementadas estratégias de cuidado integral à pessoa idosa que sofreu a queda, bem como medidas de promoção e proteção à saúde que minimizem a possibilidade de sua ocorrência. Isso proporcionará plausível desenvolvimento de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e reabilitação junto com a equipe multidisciplinar, todas focadas na prorrogação da vida do idoso com qualidade, saúde e sem acarretar em outras quedas.

Com base nos relevantes dados epidemiológicos associados às quedas e nas consequências físicas, emocionais e sociais decorrentes destas, surgiram alguns questionamentos os quais deverão ser respondidos ao longo desta investigação, a saber: Como as quedas são representadas socialmente pelos idosos? Qual o impacto da queda na qualidade de vida do idoso? Que ações de Enfermagem podem ser executadas diante de idosos vulneráveis à ocorrência de quedas? Essas questões nortearam os objetivos deste estudo, descritos a seguir.

1.1 Objetivos

- Conhecer as representações sociais sobre quedas construídas por idosos
- Descrever a caracterização socioeconômica e demográfica dos participantes do estudo
- Propor ações de enfermagem no âmbito da educação em saúde para idosos vulneráveis à ocorrência de quedas e àqueles outrora acometidos.

2.1 Processo de envelhecimento

O processo de envelhecimento fisiológico faz parte da vida de todos os seres vivos. É um processo natural e progressivo, apresentando-se sutil no início, mas no decorrer do tempo vai se tornando progressivo e inflexível. Ainda não se sabe como esse processo se desenvolve e evolui nos diversos órgãos, tecidos e células e em todo o organismo de cada indivíduo. Há, portanto, uma demonstração de que o envelhecimento depende de fatores genéticos, nos quais ocorrem alterações em nível celular e molecular, que, por sua vez, implicará em aceleração ou até mesmo a desaceleração do organismo. Nesse sentido, há redução de toda a capacidade operacional das áreas afetadas, sobrecarregando em menor ou maior grau a situação do controle homeostático (CAMARANO; KANSO, 2011).

De acordo com Amendola (2012), o envelhecimento é um processo que provoca diversas mudanças na vida humana, tanto morfológicas quanto funcionais, fazendo o indivíduo perder sua capacidade de adequação ao ciclo natural da vida, tornando-se mais vulnerável a processos patológicos posteriores. Designa-se como um processo dinâmico, progressivo e até irreversível, interligado intensamente a fatores biológicos, psíquicos e sociais, compondo todo o desenvolvimento humano. Todavia, há peculiaridades próprias e, por ser multideterminado, o envelhecimento pode ser avaliado por distintas maneiras, como a biológica, psicológica, social, econômica, funcional e cronológica, estando associado aos conceitos negativos e positivos de cada ser humano. Em termos físicos, o envelhecimento é visto como um declínio diferenciado do número ou da capacidade das células que são necessárias para o funcionamento normal do ciclo vital.

Diante desses fatos, o corpo, em sua composição normal, vai se modificando a partir dos 40 anos de vida. Ocorre a diminuição da estatura corporal com a diminuição de cerca de um centímetro por década. Este centímetro reduzido advém das alterações dos discos intervertebrais que compõem a coluna vertebral. A pele torna-se mais áspera e espessa pela diminuição das glândulas sebáceas e as papilas dérmicas menos profundas, levando, assim, a uma menor conexão entre a epiderme e a derme, o que facilita o desenvolvimento de bolhas e a predisposição de lesões na pele. A derme torna-se mais fina, identificando-se em uma menor quantidade de fibras elásticas e colágenos, o que acarreta na perda da resistência e no desenvolvimento de rugas (RODRIGUES; CIOSAK, 2012; SMELTZER; BARE, 2010).

No sistema cardiovascular, as alterações significativas estão ligadas aos fatores comportamentais na saúde do idoso. No decorrer da vida há uma perda da capacidade do coração funcionar de forma eficaz, ocasionando uma diminuição no tônus miocárdico e o

aumento da força dos batimentos, reduzindo a frequência cardíaca em repouso. O aumento da resistência vascular é comum com o envelhecer, trazendo como consequência a elevação da pressão arterial sistêmica. Ocorre também a perda tecidual nas paredes dos vasos e uma maior rigidez, denominada como arteriosclerose. Nessa lógica, torna-se necessário o cuidado com as pessoas idosas que apresentem alguma alteração cardiovascular, pois são mais propensas à ocorrência de dispneia ou até mesmo outros sintomas associados a cardiopatias (FECHINE; TROMPIERI, 2012; SMELTZER; BARE, 2010).

No sistema respiratório, determinadas modificações estão presentes, tanto no envelhecimento da arquitetura desse sistema quanto na própria função pulmonar. Os pulmões, que configuram um dos principais órgãos da respiração humana, sofrem algumas alterações significativas com o avançar da idade, tornando-se maiores; os ductos e os bronquíolos se dilatam, e os alvéolos se tornam flácidos, com perda do tecido septal, diminuindo a área de troca de ar para a superfície. Entretanto, as alterações fisiológicas na senescência no pulmão do idoso podem ser ocasionadas pelas combinações entre alterações anatômicas e a reorientação das fibras elásticas. Do ponto de vista fisiológico, há susceptibilidade de modificações na diminuição da elasticidade pulmonar, além da redução da capacidade da difusão do oxigênio, redução dos fluxos expiratórios e acréscimo da complacência pulmonar (MENDONÇA; SQUASSONI; ZANNI, 2010; ROACH, 2003).

O sistema musculoesquelético do idoso possui algumas alterações que são evidenciadas pela diminuição da densidade óssea, acarretando a perda de mobilidade, o decréscimo da massa muscular, a deterioração das fibras musculares e membranas celulares, além de gerar disfunções na eficácia das articulações. A perda excessiva de densidade óssea resulta na ocorrência da osteoporose, cuja enfermidade pode gerar eventos de quedas, sendo mais frequentes as fraturas de quadril e as vertebrais, comprometendo potencialmente a vida do idoso (SMELTZER; BARE, 2010).

No processo de envelhecimento, o sistema nervoso apresenta um dano regular dos neurônios, tanto no cérebro quanto na medula espinhal. Há diminuição no número de neurônios e na velocidade de condução nervosa, na intensidade dos reflexos, restrição das respostas motoras, do poder de reações e da capacidade de coordenações, reduzindo as fibras de condução nervosa e a perda neural em alguns locais. Além desses fatores, observam-se modificações no sistema nervoso central, nos nervos periféricos e da musculatura, com a perda do controle postural. As alterações neurológicas podem ainda afetar a marcha e o equilíbrio, provocando episódios de quedas nos idosos, levando ao comprometimento da mobilidade e da segurança (SMELTZER; BARE, 2010; ROACH, 2003).

O sistema geniturinário permanece com o funcionamento adequado nos idosos, apesar da existência de um declínio na massa renal, especialmente por causa de uma perda de néfrons. Aproximadamente um terço da população idosa não apresenta alterações na função do sistema geniturinário. Desse modo, as transformações na função renal podem ser uma combinação do envelhecimento e condições patológicas, em que há algumas mudanças mais comumente observadas, tais como a taxa de filtração diminuída, função tubular reduzida com menor eficiência na reabsorção e concentração de urina, e uma restauração mais lenta do equilíbrio acidobásico em resposta ao estresse no idoso (SMELTZER; BARE, 2010).

Com o processo de envelhecimento, o aparelho digestório proporciona transformações estruturais, ocorrendo uma diminuição na sensação do olfato em decorrência das alterações neurológicas e dos fatores ambientais. Há também a lentificação da motilidade gástrica, que ocorre em consequência do envelhecimento natural, a dificuldade na deglutição, ou disfagia nos idosos, causada pela interrupção das vias neurais, como também pode ocorrer uma disfunção dos músculos estriados e lisos do trato gastrointestinal. Por outro lado, a constipação está relacionada às alterações ocorridas no sistema, sendo uma condição patológica (FECHINE; TROMPIERI, 2012; SMELTZER; BARE, 2010).

Envelhecer independentemente do aparecimento de determinadas doenças crônicas é uma realidade constante, a qual necessita ser vista pela equipe de saúde que lida com a população de idosos. Em razão disso, deve-se evitar olhar o idoso de maneira superficial ou até mesmo associá-lo a doenças ou fragilidades, e sim considerá-lo em sua completude, tendo em vista que mesmo com algumas doenças crônicas a pessoa senil pode conduzir sua própria vida e encaminhar o seu dia a dia de maneira funcional, criativa e independente. Sob esse enfoque, a pessoa idosa necessita ser compreendida em sua amplitude e totalidade, visto que a velhice é um fenômeno biológico e universal, com consequências psicológicas, sociais, culturais e espirituais (MENDONÇA; SQUASSONI; ZANNI, 2010).

Nesse contexto, a compreensão das alterações decorrentes do processo de envelhecimento populacional é fundamental por parte dos profissionais de saúde, em particular o enfermeiro, para que não ocorram equívocos assistenciais, no tocante ao reconhecimento e avaliação dos sinais e sintomas próprios da senescência durante a realização de exames e tratamentos, pois o envelhecimento vem acontecendo de forma rápida e provocando diversos problemas na saúde da população idosa. Assim, à medida que o indivíduo aumenta a sua idade, há uma maior probabilidade de riscos quanto ao aparecimento de doenças crônicas degenerativas e deficiências que afetam a capacidade de sujeitos idosos (SMELTZER; BARE, 2010).

2.2 Qualidade de vida do idoso vítima de queda

A expressão Qualidade de Vida (QV) foi usada pela primeira vez pelo então presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, no ano de 1964, que declarou que os objetivos não podem ser medidos por meio do balanço dos bancos, só podendo ser mensurados através da qualidade de vida que proporciona às pessoas. Neste caso, a expressão foi empregada como um fator ligado à economia. No decorrer dos anos, os termos “padrão de vida” e “qualidade de vida” foram compartilhados por filósofos, políticos e cientistas sociais. Porém, a expressão QV ampliou-se e começou a envolver outras áreas, inclusive a da saúde. Ultimamente, a preocupação com o conceito de qualidade de vida faz referência às ciências humanas e biológicas com vistas à valorização dos parâmetros mais vastos que o controle de sintomas e o aumento da expectativa de vida ou a diminuição da taxa de mortalidade (WHOQOL GROUP, 1998a).

O termo Qualidade de Vida (QV) é explicado em diversos significados para diferentes pessoas, em locais e ocasiões distintas. Cada indivíduo entende a QV de uma forma diferenciada por se tratar de uma expressão singular e por alterar-se ao longo dos anos, como decorrência do estado emocional de cada indivíduo e o aparecimento de eventos cotidianos, sócio-históricos e ecológicos. A variedade dos conceitos é esclarecida de forma tão heterogênea que, por vezes, impede comparações (FREITAS et al., 2011).

Apesar de não haver um significado consensual para a QV, tem-se uma concordância acerca da temática, que a considera multidimensional, dinâmica e subjetiva. Quanto à primeira propriedade, a mesma está relacionada ao fato de que a vida abrange diversas dimensões, tais como a social, mental, física, material, culturais e econômicas; a dinâmica, por sua forma inconstante no tempo e no espaço; e subjetiva, devido à seriedade e percepção dos significados que cada ser atribui às experiências vivenciadas de forma coletiva ou até mesmo pessoal (PASCHOAL, 2011; INOUE; PEDRAZZANI; PAVARINI, 2010).

Para tentar definir a QV nos idosos, Lima, Lima e Ribeiro (2010), enfatizam que há uma variabilidade e subjetividade de conceitos, os quais envolvem inúmeras definições, haja vista que existem as ideias que enfatizam o bem-estar físico, emocional, social, econômico, contentamento com a vida e também as adequadas condições de saúde, educação, moradia, transporte, lazer e o desenvolvimento individual da pessoa idosa. Uma vez somados, esses fatores dispõem, nos idosos, a capacidade de autodeterminação de suas vontades, desejos, necessidades e a direção da própria vida.

Diante disso, o Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde conceitua a QV como “a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL GROUP, 1995, p. 1405). Dessa forma, observa-se que o termo QV abarca múltiplos fatores inerentes aos anseios e necessidades de cada indivíduo. Entretanto, o aprimoramento da QV está relacionado tanto às expectativas quanto aos objetivos traçados, bem como com a concretização dos mesmos.

Há uma grande discussão com relação QV dos idosos, pois existe uma elevada preocupação em manter a saúde e o bem-estar integral desses indivíduos, a fim de que possam, assim, envelhecer com dignidade. Desse modo, explicar a QV nos idosos é algo complexo, pois envolve uma série de questões como o bem-estar físico, emocional, familiar, a capacidade funcional, espiritualidade, respeito social, sexualidade e ocupação. Quando esses fatores estão interligados, mantêm a pessoa idosa em equilíbrio consigo mesma e com o ambiente no qual está inserida (HEINOMEN et al., 2004).

Para a avaliação da QV do idoso, Ribeiro et al., (2013) afirmam que essa avaliação pode ser idealizada no aspecto social com parâmetros objetivos, devendo-se ter a real satisfação das necessidades básicas e designadas pelo nível de desenvolvimento econômico e social da coletividade; e os parâmetros subjetivos, como o bem-estar, felicidade, amor, prazer, realização particular e o bem-estar coletivo. Ao analisar a qualidade de vida, deve-se também considerar os fatores políticos e de desenvolvimento humano.

Complementando esse raciocínio, a QV da pessoa idosa é mencionada de acordo com o seu tempo de vida, considerando-se o local em que o idoso vive. Nesse sentido, deve-se procurar manter os idosos nos seus próprios lares, onde cada um habitualmente reside, no qual possam desempenhar um papel que lhes permitam se sentirem úteis, com sua devida importância, como ser único, capaz de exercer suas atividades de vida diárias sem o auxílio de outrem. Além disso, uma boa qualidade de vida pode ser elucidada pela aptidão que a pessoa idosa pode apresentar ao desempenhar as atividades cotidianas de maneira acessível (LIMA; LIMA; RIBEIRO, 2010; FREITAS, 2011).

Entre os instrumentos genéricos ordenados e validados para a mensuração da QV, são utilizados alguns, a saber: o *Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey* (SF-36), e os instrumentos desenvolvidos pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde, o WHOQOL-100 e o WHOQOL-Bref. Como instrumentos específicos, podem ser citados o WHOQOL-Old, o WHOQOL-HIV e o *Diabetes-Specific Quality-of-life*

Scale (DSQOLS), os quais são usados de modo específico para avaliação da QV de idosos, portadores de HIV/Aids e pacientes acometidos pelo Diabetes Mellitus, respectivamente.

No que se refere especificamente à ocorrência de queda nos idosos, esse fenômeno vem se apresentando como algo muito preocupante e que merece destaque nas discussões científicas, uma vez que é considerado um problema de saúde pública. Nesse contexto, a queda é responsável pelo declínio da capacidade funcional e da QV dos idosos, por apresentar um aumento na frequência na morbidade e mortalidade advindas desse evento, provocando altos índices de institucionalização, que, por sua vez, aumenta ainda mais os riscos do aparecimento de outras doenças, bem como os altos gastos sociais e econômicos decorrentes das lesões provocadas. Por esta razão, os familiares e/ou cuidadores são responsáveis por assumir a rotina do lar e realizar os cuidados de maneira adequada, em função da reabilitação do idoso após a queda, despertando uma atenção cautelosa em todos os aspectos ao indivíduo (CRUZ et al., 2014).

Diante dessa compreensão, a QV dos idosos vitimados por quedas apresenta múltiplos impactos, incluindo a morbidade que é marcante, a mortalidade, a hospitalização, o desgaste funcional, o elevado número de institucionalização e a constante procura de serviços sociais e de saúde. Somados a esses fatores, ainda há as diversas consequências acarretadas pelo evento da queda, que provoca a restrição das ocupações diárias do idoso, devido ao aparecimento de dores musculares, inaptidões, medo de cair, atitudes protetoras dos familiares e cuidadores ou até mesmo por orientações oriundas de profissionais da área de saúde, que recomendam a não realização das atividades normais por parte do idoso em situação pós-queda (RIBEIRO et al., 2013).

É notório que a velhice traz modificações significativas na QV do indivíduo, e, ao sofrer uma queda, essas modificações são influenciadas de forma ainda mais acentuada, pois há perda no equilíbrio e alterações na massa muscular e óssea desses sujeitos, alterações anatômicas e fisiológicas, tornando o idoso mais frágil e susceptível a sofrer recorrentes quedas no ambiente em que está residindo (GONÇALVES, 2008).

De acordo com Freitas (2011), a QV do paciente idoso vítima da queda pode ser bastante comprometida, como também a sua independência, pois apresenta uma série de diminuições das funções fisiológicas normais e o aumento da exposição aos fatores extrínsecos, acarretando, assim, na ocorrência de novas quedas e, dependendo da lesão, pode haver um desgaste de todos os envolvidos.

Diante do exposto, o acompanhamento desses pacientes é imprescindível, exigindo-se, para tanto, uma conduta multidisciplinar, com o envolvimento da família e/ou cuidadores com

vistas a um bom resultado de um plano terapêutico. As questões relacionadas à assistência ao idoso acometido por episódios de quedas serão discutidas no capítulo seguinte.

2.3 Assistência de Enfermagem e Rede de atenção ao idoso vítima de queda

A assistência de enfermagem frente aos idosos acometidos por queda é de grande valia, sobretudo pelo fato de que necessitam de uma investigação detalhada das circunstâncias que ocasionaram a queda, incluindo todos os detalhes das informações no que diz respeito às origens e pistas de fatores contribuintes. Nesses casos, é imprescindível estabelecer se a queda foi ocorrida devido a um evento neurológico ou cardiovascular, para, assim, encaminhar a vítima ao serviço de saúde mais adequado. O idoso que sofreu a queda deve ser questionado sobre a perda de consciência, tonturas, palpitações ou sensação de síncope, podendo sugerir hipotensão postural ou arritmias, como também as doenças agudas e crônicas, e mudanças nas dosagens de algumas medicações que podem contribuir para episódios de quedas. Desse modo, deve-se averiguar as vítimas no seu estado geral após a queda, para atendê-las na sua totalidade e encaminhá-las até o serviço de saúde mais adequado para a ocasião (FREITAS, 2011).

Por mais que seja um assunto abordado na atualidade, ainda se desconhece a dimensão das consequências que o problema da queda pode trazer aos idosos. Em alguns estados da América, estima-se que a cada 18 segundos um idoso de 65 anos ou mais sofre alguma lesão decorrente do evento da queda e é atendido nos serviços de emergência. Com relação às lesões apontadas pelas quedas, dados de internações hospitalares para a população brasileira indicaram que cerca de 70% dessas lesões causam fraturas, especialmente as do fêmur (GAWRYSZEWSKI, 2010).

Nessa perspectiva, as quedas são consideradas eventos comuns na população idosa, cujo problema não recebe a devida atenção, a não ser em casos que geram lesões significativas. Com o avançar da idade, idosos de ambos os sexos ficam mais susceptíveis a quedas, sendo o episódio mais comum entre as mulheres. Esse fato representa um terço da metade dos idosos que residem em comunidade e nos asilos, respectivamente, consistindo, assim, em acidentes mais comuns entre idosos hospitalizados. Além disso, há o aumento de traumas e riscos de morte nessa população, o que leva à restrição das atividades de sua vida diária, à decadência na qualidade da saúde, à incapacidade funcional e ao aumento das internações em instituições de longa permanência, como os asilos. Outra consequência é o

aumento dos custos nos níveis terciários (serviços especializados) e a frequência de internações hospitalares (MACIEL, 2010).

Diante disso, os cuidados de saúde aos idosos constituem, em sua grande maioria, um elevado e excessivo custo para os atendimentos nos serviços de saúde, sejam públicos ou privados, principalmente aqueles que apresentam doenças crônicas e não têm recursos financeiros suficientes. Dados mostram que a população idosa representa 13% desse total de pacientes, consumindo mais de 33% dos gastos de cuidados à saúde, com maior frequência no último ano de vida. Os idosos ocupam aproximadamente metade dos leitos hospitalares que são destinados para os adultos, utilizando mais de dois terços dos serviços prestados pela saúde, além do que decorre três vezes mais no número de dias em hospitais e 30 vezes mais em instituições de cuidados de longa permanência em relação às pessoas mais jovens (SMELTER; BARE, 2010).

Em face dessa realidade, a rede de atenção à saúde do idoso tem como porta de entrada o nível primário, centro organizador da rede, que vem proporcionando uma assistência por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) apoiado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Consiste na oferta de serviços de baixa densidade tecnológica e que possibilita o encaminhamento para os níveis secundário e terciário, incluindo os hospitais gerais, os centros de referência, policlínicas, hospitais especializados. Estudos mostram que dos idosos que sofreram quedas 55% procuraram os serviços de saúde, dentre os quais 30% recorreram à rede básica de atenção à saúde (nível primário), 10% obtiveram alguma resolutividade no serviço em que foi atendido e 20% foram referenciados para outros serviços hospitalares (nível secundário) da rede do SUS e o nível terciário são serviços de referência, de alta complexidade, no qual os idosos são destinados com menos frequência (VERAS, 2009).

Sob esse enfoque, o reconhecimento e o enfrentamento das reais necessidades de saúde estão atreladas a princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS), em particular as considerações de integralidade e equidade, os quais estabelecem às equipes de saúde o empenho de tradução e atendimento dessas necessidades, exigindo ações articuladas e complementares, no cuidado de cada profissional, da equipe e a rede de serviços de saúde que, por sua vez, depende de informações atualizadas, sólidas e exclusivas dos diversos segmentos da comunidade. Dessa forma, a facilitação do acesso da população idosa aos serviços de saúde é indispensável, principalmente tendo como porta de entrada a atenção básica representado pela ESF, considerando as limitações de indivíduos dessa faixa etária, que deve ser a preocupação dos profissionais da área da saúde no geral (CIOSAK, 2011).

Considerando que as quedas entre os idosos merecem um enfoque maior por ser considerado um problema de saúde pública haja vista sua elevada frequência, é oportuno destacar que a morbimortalidade tende a ocorrer devido ao evento desencadeado, sendo os custos sociais e econômicos bastante elevados, apesar de serem passíveis de prevenção. Assim, esses eventos são responsáveis pelo declínio da capacidade funcional e da qualidade de vida dos idosos e pelo aumento do risco de institucionalização, exigindo, portanto, um serviço especializado e/ou até mesmo um acompanhamento domiciliar. O programa Melhor em Casa, também integrante da rede de atenção, de acordo com a portaria 1.208 de 18 de junho de 2013 integra os programas Melhor em Casa e SOS Emergências, permite que cada hospital do SOS Emergências apresente uma equipe multiprofissional de Atenção Domiciliar, com intuito principal de prestar uma assistência de qualidade ao idoso que necessita de cuidados na sua própria residência, com a ajuda dos familiares, que assumem nova rotina e cuidados especiais em função da reabilitação ou adaptação do indivíduo após a queda (CRUZ et al., 2012; BRASIL, 2012).

No entanto, com o processo de envelhecimento e a concernente proteção legal para a população idosa no Brasil, foram propostas políticas públicas de enfrentamento desta questão, em que os relevantes dispositivos legais foram estabelecidos no âmbito de proteção social ao idoso a nível mundial. Diante disso, o Brasil, passou a ter conquistas na Constituição Federal de 1988, onde se deu origem a um artifício de revisão da base legal que culminou com a publicação da Portaria GM/MS nº 399 de 22 de fevereiro de 2006, que notifica o Pacto pela Saúde, consentindo as diretrizes operacionais, dentre elas: a promoção do envelhecimento ativo e saudável; a atenção integral a saúde do idoso; a fundação do serviço de atenção domiciliar; o amparo preferencial na unidade de saúde, respeitando assim todo o critério de risco, formação e educação permanente dos profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), na área do idoso; divulgação da informação necessária a respeito da política nacional de saúde da pessoa idosa para profissionais da área de saúde, gestores e os usuários do SUS, onde a mesma assegura ser a saúde do idoso uma de suas prioridades principais (BRASIL, 2012).

Portanto, a enfermagem tem um papel fundamental nas redes de atenção ao idoso seja ela em nível primário, secundário e terciário, priorizando a real necessidade de cada paciente idoso, onde vai ser preciso traçar um plano de cuidados, estabelecer metas e colocá-las em práticas, com foco nas intervenções mais apropriadas para a melhoria da saúde dos idosos que sofreram a queda. Nesse contexto, os profissionais que estão envolvidos na ação devem ser capacitados para lidar com esse público, utilizando todos os equipamentos necessários para a

implementação das intervenções, sendo indispensável a presença do enfermeiro e toda a equipe de enfermagem para que possam estabelecer as ações e estratégias voltadas à prevenção de outras quedas no indivíduo idoso, podendo essas estarem hospitalizadas, institucionalizadas ou mesmo domiciliadas (FREITAS et al., 2011).

2.4 Teoria das Representações Sociais

A Teoria das Representações Sociais (TRS) configura-se, na atualidade, como um campo teórico pluridisciplinar. Inicialmente descrito em 1961, e depois amplamente revisado em 1976, sendo traduzido para o português do Brasil em 1978, o estudo de Serge Moscovici discute como a ciência vira senso comum a partir da análise do saber psicanalítico, que, ao penetrar em contextos distintos daqueles que originalmente o produziram, acaba se transformando. Isto porque o conhecimento do senso comum é analisado por meio de um olhar psicossocial comprometido com o social e o individual (SOUSA et al, 2011).

A TRS é um tipo de pensamento social, chamada de senso comum, com uma finalidade prática que implica em uma série de funções interligadas, dentre as quais estão: a comunicação, apreensão, controle do meio social, cognitiva, proteção e legitimação dos grupos sociais. Enquanto sistema de interpretação da realidade, as representações sociais organizam as relações do indivíduo com o mundo e orientam as suas condutas e comportamentos no meio social. Tal sistema de interpretação é solidificado nas formas de comunicação social, possibilitando que os sujeitos ao permitirem interiorizar suas experiências, práticas sociais e os modelos de conduta adotados, possam se apropriar dos objetos ou fenômenos socializados (MOSCOVICI, 1961).

Quatro funções compõem a TRS: a formação de condutas, a orientação das comunicações sociais, a identitária e a justificadora, as quais promovem a interpretação das relações do indivíduo com o mundo e suas reações frente às mais diversas situações, orientando e organizando as suas formas de comunicação e conduta. Dessa forma, pode-se dizer que as representações sociais possibilitam a reconstrução da realidade, a partir da interpretação de elementos construtivos do meio ambiente (MOREIRA; JESUÍNO, 2003).

As representações sociais exprimem conhecimentos socialmente preparados, produzidos por grupos de indivíduos para se comunicar e entender aquilo que lhe é estranho. Sob outra ótica, na Teoria, não há separação entre o universo externo e interno do sujeito, ou seja, o indivíduo não reproduz passivamente um dado objeto, ele o reconstrói e, assim, firma-se como sujeito situado no universo social e material. Ressalta-se, nesta lógica, que as

representações sociais não são meras opiniões ou imagens, são teorias coletivas sobre o real, com lógica e linguagem características; uma estrutura de implicações fundamentadas em valores e conceitos, determinando um campo de comunicações passíveis de valores ou de opiniões repartidas pelos grupos, regendo condutas desejáveis ou admitidas (ALVES-MAZZOTTI, 2008).

Com base nesses argumentos, a TRS pode ser utilizada para identificar os variados aspectos psicossociológicos, biológicos e culturais do envelhecimento humano, considerando, principalmente, a sua diversidade, assim como questões voltadas às condições de vida, vivências psicossociais dos idosos na comunidade e estado de saúde, enquanto variáveis de produção de conhecimentos de sujeitos particulares. Nesta perspectiva, avaliar a percepção de idosos sobre o episódio de quedas com o suporte das representações sociais pode tornar real um fenômeno antes não apreendido, assim como sentimentos, crenças, pensamentos, percepções, experiências vivenciadas e compartilhadas em relação à vida dos idosos (MOSCOVICI, 2003).

O estudo permitindo a associação entre as representações sociais e o fenômeno da queda pode materializar as subjetividades dos pensamentos e a objetividade das enunciações das ações e vivências dos idosos. A interpretação dos significados subjetivos sobre a queda emitidos pelos participantes da pesquisa concorrerá para o estudo específico da sua influência na qualidade de vida dos mesmos, uma vez que a sintonia entre a pesquisa em qualidade de vida e o interesse em estudar variáveis da vida humana, a exemplo da queda, é incontestável.

3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de estudo transversal exploratório-observacional de natureza qualitativa. O estudo exploratório tem como finalidade principal desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias para a formulação de abordagens posteriores. Desse modo, visa proporcionar uma visão aproximativa de um determinado fato, possibilitando a formulação de problemas mais precisos ou a criação de hipóteses que possam ser pesquisadas por estudos posteriores. Já a natureza observacional consiste em uma técnica de coleta de dados para conseguir informações e utiliza os sentidos na obtenção de determinados aspectos da realidade. Ajuda o pesquisador a identificar e obter provas a respeito de objetivos sobre os quais os participantes do estudo não têm consciência, sendo o ponto de partida da investigação social (GIL, 2010; MARCONI; LAKATOS, 2010).

O estudo qualitativo é um método que implica na compreensão e interpretação, além disso, há uma explicação de uma escolha consciente e resolvida, perceber o que é necessário na compreensão e interpretação nas ciências sociais e sentimentais (GOMES; MARTIN; SILVEIRA, 2014). Para Bartunek (2002), a pesquisa qualitativa possui um método proveitoso e necessário de identificar e descobrir as definições dos fenômenos explorados e as interações que estabelecem, permitindo a estimulação do desenvolvimento de novas compreensões sobre a diversidade e a profundidade dos fenômenos igualitários.

A Teoria das Representações Sociais, proposta por Serge Moscovici, permite a análise do senso comum por meio de um olhar psicossocial interligado ao social e individual. É tida como um sistema de interpretação da realidade, organizando as relações do indivíduo com o mundo e orientando as suas condutas e comportamentos no meio social (ALVES-MAZZOTI, 2008). Sendo assim, o estudo obteve informações de aspectos da realidade vivida por idosos, servindo como o ponto de partida da investigação social.

3.2 Local do estudo

O estudo foi realizado na microrregião do Curimataú Ocidental situado na mesorregião do Agreste no estado brasileiro da Paraíba (PB). As cidades componentes da referida microrregião são: Algodão de Jandaíra, Arara, Barra de Santa Rosa, Cuité, Damião, Nova Floresta, Olivedos, Pocinhos, Remígio, Soledade e Sossego. Com vistas à otimização e viabilização do desenvolvimento da pesquisa foram selecionados cinco destes municípios: Barra de Santa Rosa, Cuité, Nova Floresta, Remígio e Sossego, haja vista a aproximação

geográfica com o município sede do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (Campus Cuité). Foram utilizadas como referência as Unidades de Saúde da Família (USF's) vinculadas às Secretarias Municipais de Saúde (SMS), todas localizadas na zona urbana. O cadastro na Estratégia Saúde da Família norteou o encontro dos possíveis participantes do estudo.

3.3 População e amostra

Conforme dados censitários do IBGE publicados no ano de 2010, os cinco municípios possuem um total de 9.606 habitantes com idade igual ou superior a 60 anos, distribuídos da seguinte forma: Barra de Santa Rosa (2001), Cuité (3.040), Nova Floresta (1.576), Remígio (2.614) e Sossego (375). Este número consiste no universo populacional para este estudo. A amostra probabilística do tipo aleatória simples, calculada com base em uma prevalência estimada de qualidade de vida satisfatória de 50% e considerando o erro amostral de 5%, nível de confiabilidade de 95% e acréscimo de 20% para possíveis perdas, foi composta por 444 idosos, sendo 92 de Barra de Santa Rosa, 140 de Cuité, 73 de Nova Floresta, 122 de Remígio e 17 de Sossego. Gil (2008) conceitua amostra como sendo um subconjunto da população, a partir da qual são estabelecidas características referentes à população.

Sendo este estudo norteado por um desenho qualitativo, é oportuno destacar que a existência de um cálculo amostral probabilístico justifica-se pelo fato deste consistir em um recorte adaptado de um projeto universal intitulado “Qualidade de vida de idosos e a diversidade de vivenciar o envelhecimento: um estudo no Curimataú Ocidental paraibano” que também tem uma perspectiva quantitativa.

Após a identificação do número de USF's que fariam parte do estudo, foi feita uma divisão igualitária do número de participantes para cada área de abrangência das USFs, de modo a permitir o equilíbrio amostral entre os diferentes cenários selecionados para o desenvolvimento da pesquisa. Frente a esta distribuição, os participantes foram selecionados conforme o critério da acessibilidade, o qual *“constitui o menos rigoroso de todos os tipos de amostragem. Por isso é destituído de qualquer rigor estatístico. O pesquisador seleciona os elementos a que tem acesso, admitindo que estes possam de alguma forma representar o universo”* (MARCONI; LAKATOS, 2010, p. 147).

Crêterios de inclusão e exclusão

Para a inclusão dos sujeitos na amostra da pesquisa foram respeitados os seguintes critérios:

- ✓ Ter idade igual ou superior a 60 anos;
- ✓ Ter sido vítima de pelo menos uma queda e concordar em participar da entrevista (para participa o específica da entrevista);
- ✓ Ser devidamente cadastrado e acompanhado na Estratégia Saúde da Família;
- ✓ Não possuir deficiência cognitiva;
- ✓ Aceitar livremente em participar da pesquisa;
- ✓ Assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A).

Seriam excluídos os usuários que manifestassem a qualquer momento o desejo de não mais participar do estudo ou que não estivessem em condi es de participar da pesquisa. Todavia, não houveram perdas amostrais. No aspecto qualitativo da pesquisa (realiza o da entrevista), participaram 13 idosos.

3.4 Instrumentos de coleta de dados

Questionário para coleta de dados (Anexo A)

Trata-se de um instrumento de coleta de dados composto por 02 se es, sendo estas descritas como A e B.

- ✓ Se o A (Informa es Pessoais): para contemplar esta se o foram coletadas as seguintes informa es pessoais: idade; sexo; cor da pele; estado civil; local de moradia; número de moradores na casa; vínculo de moradia; responsável pelo domicílio; arranjo familiar, filhos próprios e adotivos vivos; presença ou ausência de cuidador; religião; e tipo de serviço de saúde utilizado.
- ✓ Se o B (Perfil Social): a averigua o do perfil social foi composta pelos seguintes itens: escolaridade; renda mensal do idoso e da família que mora com o idoso; origem de renda; autoavalia o da situa o econ mica; autoavalia o da memória; atividades anterior e atualmente desenvolvidas; e caracteriza o da moradia.

Entrevista: Teste de Associação Livre de Palavras – TALP (Anexo B)

Foi utilizado um Teste de Associação Livre de Palavras (TALP) com a palavra indutora “*queda*” para assim apreender as representações sociais dos idosos participantes. O TALP consiste na preposição de palavras indutora, e se pede a evocação de três a cinco palavras ou expressões.

Roteiro de entrevista (Apêndice C)

Foi utilizado no terceiro momento um roteiro com três questionamentos, solidificando assim o segmento qualitativo desta investigação. Utilizou-se o padrão de entrevista estruturada. O motivo da padronização foi obter dos entrevistados respostas às mesmas perguntas, permitindo assim que todas sejam comparadas e que as diferenças devem refletir divergências entre os respondentes e não nas perguntas. Nesse tipo de entrevista o pesquisador não é livre para adaptar suas perguntas à determinada situação, de alterar a ordem dos tópicos ou de fazer outras perguntas (MARCONI; LAKATOS, 2010).

Os questionamentos realizados foram: 1. Como aconteceu a sua queda? Conte-me como tudo ocorreu; 2. O que mudou na vida do (a) Sr (a) depois que o (a) Sr (a) caiu?; e 3. Como o (a) Sr (a) avalia a sua qualidade de vida após a queda?

3.5 Procedimento de coleta de dados

Considerando que o projeto original em que este foi embasado já obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, a coleta de dados foi realizada a partir da aplicação dos instrumentos (questionário, TALP e entrevista) entre os meses de novembro de 2014 a março de 2015. Após a identificação das Unidades de Saúde da Família e o contato com a equipe multiprofissional, em particular o enfermeiro e os agentes comunitários de saúde, foram elencados os possíveis idosos participantes e estes foram selecionados conforme a acessibilidade e interesse em participar do estudo. Quando o idoso aceitava participar do estudo, estando em acordo com os critérios de inclusão, a equipe de pesquisadores procediam à coleta das informações, seja no domicílio ou na Unidade de Saúde da Família. Anteriormente ao preenchimento do questionário, os pesquisadores apresentam o TCLE e informam os objetivos da pesquisa, sendo este assinado em duas vias (ficando uma via com o participante e a outra arquivada com o pesquisador).

A equipe de pesquisadores foi composta pelo pesquisador responsável (Professor do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande e Doutorando pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRN), cinco enfermeiros egressos do Centro de Educação e Saúde e 13 alunos regularmente matriculados no Curso de Bacharelado em Enfermagem. Todos estes são membros efetivos/colaboradores do Núcleo de Estudos e Pesquisa sobre Envelhecimento e Qualidade de Vida (NEPEQ) vinculado ao Grupo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Saúde e Enfermagem (GEPISE) cadastrado no Diretório dos Grupos de Pesquisa no Brasil do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

3.6 Análise dos dados

Com o levantamento dos dados, procedeu-se à interpretação e à análise dos resultados, para posteriormente sumarizar os desfechos e fornecer as respostas ao problema da pesquisa.

A análise dos dados socioeconômicos e demográficos foi descritiva, que, conforme Gil (2008), tem o intuito de caracterizar isoladamente o comportamento de cada uma das variáveis no conjunto das observações. Foram utilizados recursos proporcionados pela estatística descritiva, chamada de análise univariada, que possibilitaram caracterizar o que é típico no grupo, indicar a variabilidade dos indivíduos no grupo e verificar como os indivíduos se distribuem em relação a determinadas variáveis.

Os resultados alcançados nas entrevistas a partir do TALP foram organizados em um banco de dados a partir da elaboração de um dicionário de vocabulários considerando a palavra usada como um estímulo indutor <<queda>>. Para o processamento da análise alguns passos foram seguidos: 1) digitação no programa Excel versão 2010 de todas as evocações em sua forma bruta; 2) correção ortográfica das palavras e termos evocados e a redução de frases que aparecem nos questionários; 3) padronização das palavras e termos evocados, para que haja homogeneização de conteúdos; e 4) transformação do arquivo em formato “somente texto” para serem processados pelo EVOC.

O *software* EVOC tem por função calcular e informar a frequência simples de ocorrência de cada palavra evocada, realizando cálculos estatísticos e construindo matrizes para interpretar as evocações, assim como a estruturação do núcleo central e periférico das representações sociais. Embora procedimentos quantitativos sustentem o processamento do EVOC, a análise da interpretação dos resultados norteada pela Teoria das Representações Sociais envolve uma discussão qualitativa. Ademais, as respostas emitidas diante da

entrevista estruturada foram utilizadas apenas como “depoimentos” para respaldar os achados do TALP, sem uso de técnica de análise específica.

3.7 Aspectos Éticos

De modo a cumprir as exigências éticas em pesquisas, todos os procedimentos para o desenvolvimento desta investigação tiveram como base as diretrizes da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que aprova as normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

Baseando-se nessa Resolução, foi garantido o anonimato dos participantes da pesquisa, bem como o sigilo das informações por estas prestadas. A autonomia de desistir do estudo em qualquer etapa também foi um direito dos participantes, sem que nenhum prejuízo a estas fosse acarretado. Foi utilizado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), para que os participantes pudessem se familiarizar com a proposta evidenciada na pesquisa e consentir que estavam participando, sem riscos previsíveis, de um estudo com finalidade de engrandecimento do conhecimento científico.

A presente pesquisa foi enviada ao comitê de ética em pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) da UFCG e devidamente aprovado pelo mesmo, sob parecer nº 844.702 em 28 de outubro de 2014 (Anexo D).

4 Análise e Discussão dos Resultados

O presente capítulo apresenta informações relativas às representações sociais sobre quedas e o impacto destas na qualidade de vida de idosos cadastrados e acompanhados na Estratégia Saúde da Família da microrregião do Curimataú Ocidental do Estado da Paraíba, de acordo com os 05 (cinco) municípios selecionados para a pesquisa, a saber, Barra de Santa Rosa, Cuité, Nova Floresta, Remígio e Sossego.

De acordo com a amostra composta por 444 participantes, os dados foram obtidos diretamente de pessoas idosas no âmbito das Unidades de Saúde da Família ou nos seus próprios domicílios, por meio da aplicação dos seguintes instrumentais de pesquisa: I) Questionário de Coleta de Dados (Anexo A); II) Teste de Associação Livre de Palavras – TALP (Anexo B); e III) Entrevista estruturada (Apêndice B).

Para uma melhor sistemática de apresentação e compreensão dos resultados, foram estruturados dois sub-tópicos neste capítulo: I) Caracterização socioeconômica e demográfica dos participantes; e II) Representações sociais sobre quedas construídas por idosos e o impacto na qualidade de vida

4.1 Caracterização socioeconômica e demográfica dos participantes

Com relação ao perfil socioeconômico e demográfico dos participantes, a Tabela 1 demonstra os resultados descritivos (medidas de frequência absoluta, frequência relativa, média, desvio padrão, mínima e máxima) obtidos considerando-se as seguintes variáveis: sexo, faixa etária, cor/raça, estado civil, arranjo familiar, responsabilidade pelo domicílio, presença de cuidador, identificação do cuidador, religião, serviço de atenção à saúde utilizado como primeira escolha, alfabetização funcional, escolaridade e renda familiar.

Tabela 1 – Perfil socioeconômico e demográfico de idosos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família do Curimataú Ocidental Paraibano (n=444).

| Variável | Categorias | Idosos pesquisados | |
|----------------------------|-----------------------|--------------------|--------------|
| | | f | % |
| Sexo | Masculino | 195 | 43,9% |
| | Feminino | 249 | 56,1% |
| Faixa etária | 60 a 74 | 282 | 63,5% |
| | 75 a 89 | 146 | 32,9% |
| | Acima de 90 | 16 | 3,6% |
| Medidas descritivas | Média = 72,19 | | |
| | Desvio padrão = 8,343 | Mínima = 60 | Máxima = 103 |
| Cor/Raça | Branca | 206 | 46,4% |
| | Parda | 166 | 37,4% |
| | Amarela | 06 | 1,4% |

| | | | |
|---|--------------------------------|-----|-------|
| | Preta | 64 | 14,4% |
| | Indígena | 02 | 0,5% |
| Estado civil | Solteiro | 44 | 9,9% |
| | Casado | 254 | 57,2% |
| | Divorciado | 19 | 4,3% |
| | Separado | 06 | 1,4% |
| | Viúvo | 113 | 25,5% |
| | União consensual | 08 | 1,8% |
| Arranjo familiar | Sozinho | 61 | 13,7% |
| | Somente com o cônjuge | 124 | 27,9% |
| | Cônjuge e filhos | 103 | 23,2% |
| | Cônjuge, filhos, genro ou nora | 19 | 4,3% |
| | Somente com os filhos | 40 | 9,0% |
| | Arranjos trigeracionais | 51 | 11,5% |
| | Arranjos intrageracionais | 09 | 2,0% |
| | Somente com os netos | 07 | 1,6% |
| | Não familiares | 05 | 1,1% |
| | Outros arranjos | 25 | 5,6% |
| Responsabilidade pelo domicílio | Próprio idoso | 316 | 71,2% |
| | Cônjuge | 94 | 21,2% |
| | Filho(s) | 25 | 5,6% |
| | Outro familiar | 08 | 1,8% |
| | Não familiar | 01 | 0,2% |
| Presença de cuidador | Sim | 177 | 39,9% |
| | Não | 267 | 60,1% |
| Identificação do cuidador | Cônjuge | 54 | 12,2% |
| | Cônjuge e filhos | 19 | 4,3% |
| | Cônjuge, filhos, genro ou nora | 3 | 0,7% |
| | Somente os filhos | 72 | 16,2% |
| | Outro idoso | 04 | 0,9% |
| | Cuidador particular | 15 | 3,4% |
| | Outros | 10 | 2,3% |
| | Não tem cuidador | 267 | 60,1% |
| Religião | Católica | 368 | 82,9% |
| | Evangélica | 56 | 12,6% |
| | Espírita | 01 | 0,2% |
| | Nenhuma | 19 | 4,3% |
| Serviço de atenção à saúde de primeira escolha | Sistema Único de Saúde | 326 | 73,4% |
| | Convênios de saúde | 32 | 7,2% |
| | Serviços privados | 74 | 16,7% |
| | Farmácias | 11 | 2,5% |
| | Benedeiras | 1 | 0,2% |
| Alfabetização funcional | Sim | 241 | 54,3% |
| | Não | 203 | 45,7% |
| Escolaridade | Não alfabetizado | 203 | 45,7% |
| | 01 a 04 anos estudados | 106 | 23,9% |
| | 05 a 08 anos estudados | 105 | 23,6% |
| | 09 a 11 anos estudados | 11 | 2,5% |
| | Acima de 12 anos estudados | 19 | 4,3% |
| Medidas descritivas | <i>Média = 3,07</i> | | |

| | | <i>Desvio padrão = 3,909</i> | <i>Mínima = 0</i> | <i>Máxima = 25</i> |
|------------------------------|----------------------------------|------------------------------|------------------------|--------------------|
| <i>Renda Familiar</i> | | | | |
| <i>Medidas descritivas</i> | <i>Média = 1.789,09</i> | | | |
| | <i>Desvio padrão = 1.086,856</i> | <i>Mínima = 600</i> | <i>Máxima = 12.000</i> | |
| Total | | 444 | 100% | |

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Conforme a Tabela 1, os resultados demonstram que a maioria dos participantes do estudo é do sexo feminino (56,1%) e de idosos jovens – com idade entre 60 e 74 anos – (63,5%), considerados ativos dentro do seu contexto social. Dados semelhantes foram apresentados por Pacheco e Santos (2004), os quais relatam que há uma maior prevalência do sexo feminino nos idosos, que, por sua vez, apresentam mais cuidado com sua saúde, de maneira ativa, e sempre nas buscas por serviços de atenção à saúde nas Unidades de Saúde da Família.

Nesse contexto, a “feminilização na velhice” tem sido notória na sociedade brasileira, dando realce ao crescimento mais rápido das mulheres do que os homens e, provavelmente, pelo índice de mortalidade no sexo masculino, o que gera uma maior perspectiva de vida da população citada (PAPALÉO, 2011). Martins, Camargo e Biasus (2009) mostram que o termo “feminilização da velhice” é determinado pelo crescimento acelerado da população idosa feminina, quando são comparadas com a masculina, tendo em vista que as mulheres acabam ficando viúvas mais cedo do que os homens e normalmente ficam sozinhas após a morte de seu companheiro.

Em contrapartida, Braga e Lautert (2004) e Santos et al. (2002) expõem que o número maior de mulheres com relação aos homens se dá em função de determinados fatores, como, por exemplo, a proteção cardiovascular presente nos hormônios femininos; o cuidado maior no seu contexto de trabalho, no qual se expõem a menos riscos; a inserção de comportamentos menos agressivo no seu dia a dia; além de ter uma maior atenção com relação à sua saúde.

A Figura 1 mostra a população brasileira em conformidade com a demonstração feita pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BRASIL, 2010), cujos dados apontam o um aumento na expectativa de vida ao longo das décadas. Nesse sentido, observa-se a ocorrência de um aumento significativo dos idosos, com prevalência das mulheres, conforme os motivos já mencionados.

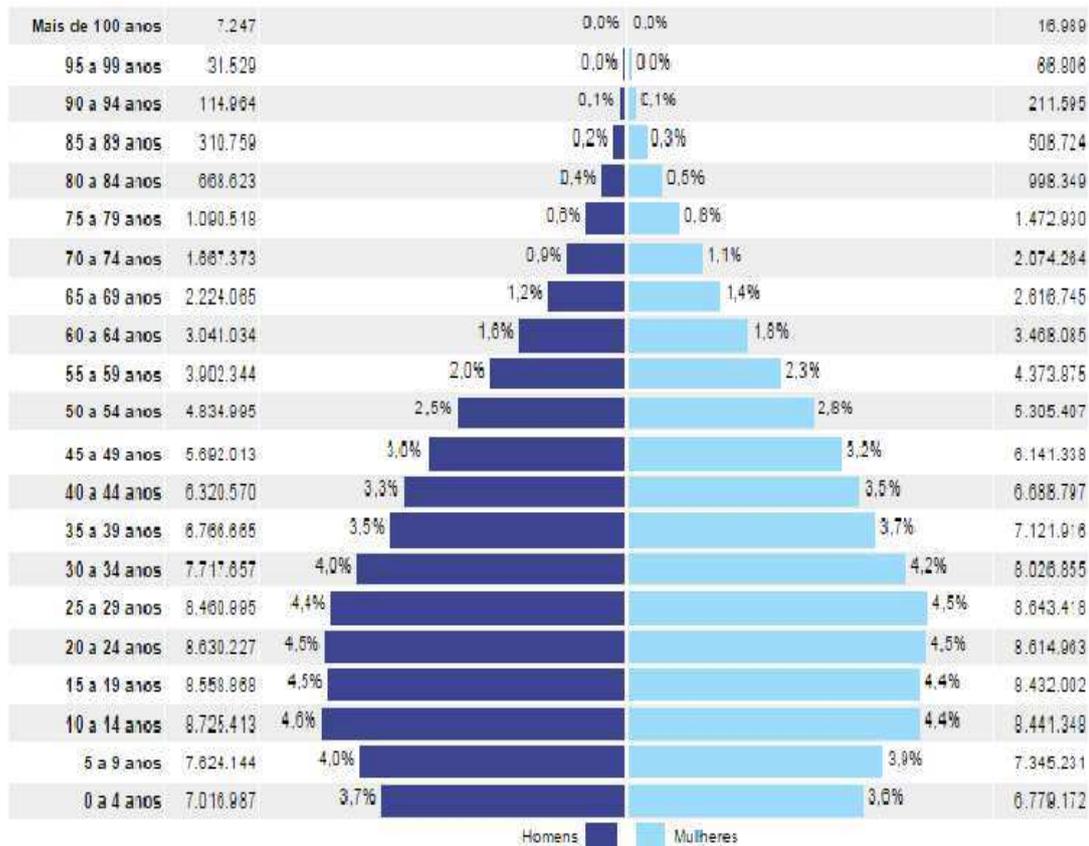


Figura 1 - Pirâmide etária da população brasileira por sexo.
Fonte: BRASIL, 2010.

Na pesquisa realizada no Curimataú Paraibano verificou-se que não tem sido muito diferente do restante da realidade brasileira: a idade variou de 60 a 103 anos, sendo a média de 72,19 e desvio padrão de 8,34 anos. As faixas etárias que concentraram o maior número de idosos foram a de 60 a 74 anos (63,5%). A maioria desses participantes é do sexo feminino, com 56,1 %, enquanto os homens representam 43,9% desse percentual.

Nesse contexto, as mudanças ocorridas na conjuntura do perfil demográfico e na estrutura etária populacional que o Brasil tem vivenciado se devem à elevação da expectativa de vida, culminando no envelhecimento da população. As tecnologias têm contribuído para um avanço significativo na área da saúde, além das melhorias da atenção primária, o desenvolvimento e execução de políticas públicas saudáveis direcionadas aos idosos e a promoção da saúde, resultando em diversas variáveis que contribuem para que as pessoas envelheçam com mais qualidade, prolongando a sua expectativa de vida (PILGER; MENON; MATIAS, 2011).

Em termos práticos, esse é um avanço notório para a população brasileira, embora ainda se deva haver uma grande responsabilidade com o público senil no tocante à área da saúde. Nessa perspectiva, uma população mais envelhecida tem maior probabilidade de

desenvolver doenças crônico-degenerativas e ter um declínio funcional em maior proporção do que o adulto jovem, tornando-se de extrema necessidade a atuação de profissionais comprometidos com a melhoria da qualidade de vida dos idosos, no sentido de realizar acompanhamentos regulares a fim de atendê-los na sua integralidade, visto que na velhice ocorrem diversas modificações de natureza física, psíquica e social. No tocante à parte física, denota-se que há a diminuição da eficácia no aparelho músculo-esquelético/locomotor, acarretando em futuras quedas, o que tem causado diversos danos na velhice ou até mesmo levando a óbito.

Quanto à variável cor/raça dos participantes desta pesquisa, as categorias *brancas, pardas e pretas* representam a maioria étnica apresentada entre os idosos circunscritos no Curimataú Paraibano, sinalizando uma diversidade significativa nessa faixa etária. Os resultados demonstram que 46,4% são de cor branca, ao passo que a cor parda equivale a 37,4% dos participantes e a cor preta soma 14,4%. De acordo com o IBGE (BRASIL, 2010) a cor predominante no Brasil é a cor branca, seguida da parda e da cor preta, respectivamente. Desse modo, na figura 2 denota-se que cada região possui as suas prevalências de cor e raça, visto que o Brasil é um país portador de uma grande variedade de etnias.

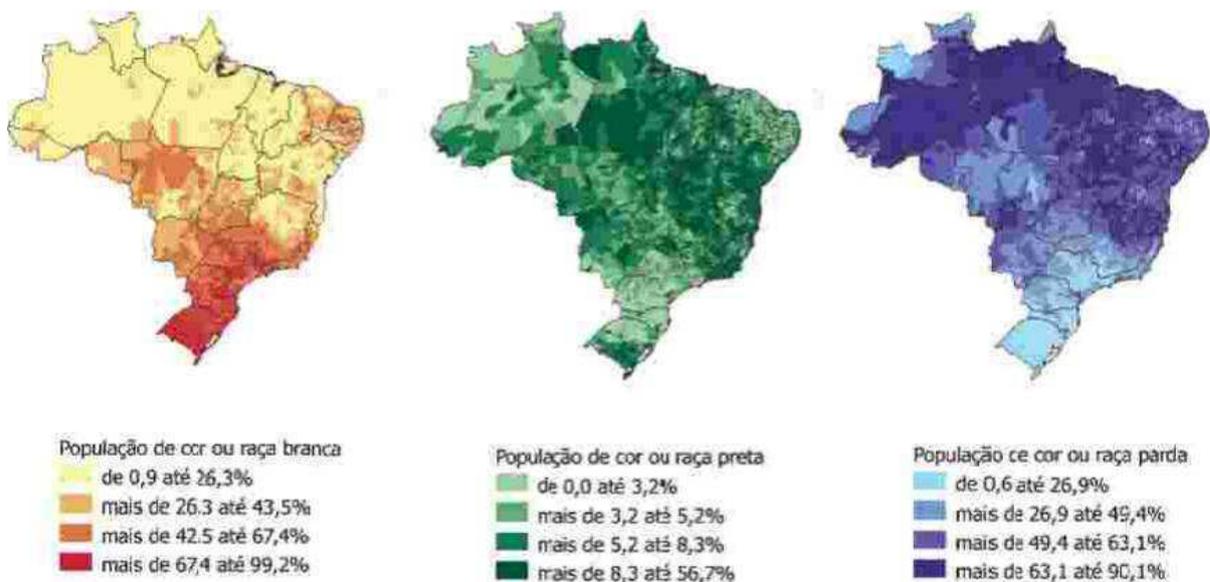


Figura 2 - Representatividade espacial da população por cor ou raça segundo as Unidades da Federação- Brasil -2010.

Fonte: BRASIL, 2010.

Nesse contexto, percebe-se que as melhorias econômicas, políticas e de saúde existentes no País ainda não aboliram as desigualdades nas condições de vida e no âmbito da

saúde dos grupos raciais dos idosos brasileiros. A presença de desigualdades raciais sugere a difícil interação da cor/raça entre os idosos, com marcadores de caráter social que refletem na distribuição desigual de fatores de risco, amparo e de futuros agravos à saúde, que se perpetuam desde o início da vida até a velhice. Os idosos pardos e pretos, conseqüentemente, sofrem deficiência de equidade, nas mais agravantes situações socioeconômicas e com a necessidade em saúde superior aos demais grupos de pessoas (OLIVEIRA; THOMAZ; SILVA, 2014).

No tocante à relação conjugal observada na vivência dos idosos da região do Curimataú, a maioria é de participantes casados, com 57,2 %, seguida de viuvez, com 25,5%. No interior da Paraíba, contexto geográfico da presente pesquisa, observa-se uma acentuada carência de ordem afetivo-familiar em muitos idosos, especialmente quando viúvos, pois muitos deles tiveram filhos que moram fora, ocasionando solidão e isolamento. É interessante pontuar que os resultados obtidos com relação ao estado civil dos idosos da pesquisa contrapõem os dos estudos desempenhados por Santos et al. (2002), no município de João Pessoa - PB, com total de 128 idosos, mostrando que 39,8% destes são casados e 41,4% são viúvos. Já para o estudioso Victor et al. (2009), os dados mais próximos localizados na pesquisa atual relatam que dos 214 idosos pesquisados no município de Fortaleza - CE, 49,5% eram casados e 31,7% viúvos. Isso pode justificar-se como um viés amostral devido à proposta da acessibilidade para a seleção dos sujeitos.

Levando em conta o arranjo familiar, boa parte vive/mora somente com o cônjuge (27,9%), que possivelmente é outro idoso, ao passo que outra parte significativa reside com o cônjuge e filhos (23,2%). Esta pesquisa favorece bastante os idosos, pois suaviza os riscos apresentados pelos problemas de saúde causadores de transtornos como a depressão, ou outros agravos agudos ou crônicos. Sozinho, o idoso não tem o apoio necessário para executar as atividades de vida diárias (AVD); já com a presença do cônjuge, transtornos de ordem diversa são amenizados em função da ajuda oferecida em muitos aspectos. O cuidado familiar pode consolidar uma influência positiva diante do fenômeno da senilidade.

Corroborando a pesquisa de Pedrazzi et al. (2010), observa-se uma maior predominância de idosos que carecem de um companheiro ou cônjuge, de modo a contribuir para a melhoria da qualidade de vida de ambos. Nesse sentido, o envelhecimento será vivenciado de forma prazerosa e, diante da necessidade de um auxílio afetivo, físico ou financeiro, possibilitar um suporte básico.

No que diz respeito à variável da responsabilidade pelo domicílio, a Tabela 1 mostra que a grande maioria dos participantes é responsável pelo domicílio (71,2%), revelando que

mesmo com o avançar da idade os idosos apresentam autonomia no âmbito da sua residência e também autonomia financeira, sinalizando que o idoso ainda se encontra ativo e em condições de assumir suas próprias responsabilidades.

Considerando-se o impacto causado nas políticas públicas geradas com base no envelhecimento da população, o governo brasileiro tem demonstrado uma maior preocupação com essa faixa etária, aprovando dispositivos legais direcionados para o envelhecimento ativo e saudável. Com esse intuito, foram criados subsídios como a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), que tem como uma de suas finalidades a promoção da autonomia, independência, integração e participação ativa do idoso na sociedade, com vistas ao aprendizado da cidadania e ao acolhimento de suas necessidades básicas específicas, nos variados níveis de atenção provenientes do SUS (BRASIL, 2006). Por essa razão, faz-se necessário que qualquer política designada à população idosa leve em conta a necessidade de preservação de sua autonomia, propiciando uma vida independente (VERAS, 2009).

Nesse sentido, a autonomia é uma vertente fundamental para se ter um envelhecimento saudável e promove-la em idosos, para a garantia do direito de ter a sua autodeterminação, conservando a sua dignidade, integridade e livre-arbítrio de escolha, é fundamental para contribuir em prol do progresso da sua qualidade de vida (BRASIL, 2006). Essa autonomia evidenciada no item responsabilidade pelo domicílio, reflete, inclusive, na independência cotidiana, e assim não exigir um cuidador para satisfazer parcial ou totalmente as suas necessidades diárias. De acordo com os resultados deste estudo, 60,1% dos idosos relataram que não têm a presença do cuidador em suas residências.

Durante as conversas com os colaboradores da pesquisa, foi possível perceber que muitos deles moravam na companhia de outros idosos ou com familiares, sendo poucos os que tinham a presença de um cuidador externo. Esses idosos ainda relataram não disporem de condições financeiras para pagarem a um cuidador, cujos profissionais exigem bons salários por esse tipo de serviço. Tal fato desvela uma maior preocupação por parte dos profissionais de saúde, pois os idosos são mais suscetíveis à ocorrência de quedas e, não havendo um cuidador pronto para auxiliá-los, fica mais fácil ocorrer eventos dessa natureza, comprometendo ainda mais o quadro de saúde e a sua qualidade de vida.

Sob esse enfoque, a população idosa brasileira vem apresentando relevante crescimento no quesito tempo de vida, demandando mais atenção nas suas atividades diárias, o que desperta para a necessidade de alguém que possa colaborar junto aos idosos na execução dessas ações em sua residência, sobretudo no auxílio às necessidades básicas

(físicas ou afetivas). É nesse contexto que se evidencia a figura do cuidador informal, que normalmente é um familiar ou algum particular (PEDRAZZI et al., 2010).

Ainda com relação a esse aspecto, 16,2% dos idosos reconhecem ter um cuidador, representado pela figura dos filhos ou do cônjuge, considerado um processo “natural”. Coelho Filho e Ramos (1999) elucidam que a maioria dos idosos reside em domicílios de duas gerações, de forma que os cuidadores são os próprios filhos e até mesmo o cônjuge, quando estes estão ativos e aptos a se responsabilizarem um pelo outro. Esse cuidado se reflete no auxílio das necessidades físicas, afetivas ou financeiras, cuja falta lhes limitam a viver de forma independente, precisando de alguém que possam ajudá-los (PEDRAZZI et al., 2010).

Quando se trata dos cuidados prestados pelos filhos aos pais idosos, o cuidado é muitas vezes efetivado de maneira obrigatória, com responsabilidade pelo idoso que está em dependência parcial ou integral (LEITE, 2000). A Constituição Federal de 1988, em seu Art. 229 (BRASIL, 1988, p. 7), dispõe que: *os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidades*. Esse documento, em seu Art. 230, determina ainda que a família, a sociedade e o Estado têm a obrigação de amparar as pessoas idosas (BRASIL, 1988).

No que se refere à opção religiosa, o catolicismo apresenta uma maior predominância na região, demonstrando um expressivo resultado com 82,9% dos idosos que são adeptos da fé católica. A religião evangélica aparece em segundo lugar, com 12,6%.

Sabe-se que o envelhecimento ocasiona várias modificações na saúde do idoso, provocando sequelas físicas e/ou emocionais que se perpetuam por um longo período de tempo. Com base nessa realidade, muitos idosos acabam procurando um amparo maior em um Ser Supremo representado pela religião, através da prática da oração e de outras formas de devoção, confiando que irá ter uma melhoria na saúde e em outros aspectos da vida. A religião, portanto, é adotada como marco de apoio na velhice, ajudando-os a encontrar um sentido diante das situações de conflito e dificuldades. Na fase da velhice, a religiosidade fortalece a fé na crença de dias melhores (FREITAS, 2011). Souza (2011) traz à tona a discussão de práticas religiosas como um sentimento de perdão, na interação com o próximo, proporcionando ao idoso um suporte emocional capaz de ajudá-lo a encontrar meios de amenizar o sofrimento que lhe aflige.

Ainda no que diz respeito ao cuidado para com a saúde dos idosos, o segmento de Saúde pública do Brasil criou o Sistema Único de Saúde (SUS) com a finalidade de atenuar as mudanças nas desigualdades na assistência à saúde da população em geral, tornando obrigatório o atendimento público a todos os cidadãos. Esse sistema é procurado e utilizado

pela grande maioria dos idosos, por ser um serviço gratuito e fornecido para todos. Dentre a população idosa pesquisada, 73,4% afirmam que esse serviço configura a primeira opção na busca por cuidados da saúde. Isso se justifica por ser praticamente a única opção oferecida à população no cenário pesquisado e, em um pensamento político-social mais amplo, pelo fato de que o Estado tem o dever de assumir a responsabilidade no financiamento dos serviços de saúde designados a toda população, inclusive ao segmento idoso.

Em diversos casos os idosos apresentam um perfil de morbidade elevado, em decorrência, muitas vezes, da presença de doenças crônico-degenerativas e também devido à alta taxa de internações hospitalares causada pelas quedas, levando a imobilidades e dependência do serviço público de Saúde. Desse modo, considera-se de grande relevância a construção de políticas públicas para a garantia dos direitos que assegurem às pessoas idosas o cuidado e a participação nos serviços de saúde, reduzindo assim as internações e mortalidade.

A esse respeito, a Política Nacional do Idoso (Lei nº 8.842/94 e Decreto nº 1.948/96) assegura os direitos sociais à pessoa idosa, e o Estatuto do Idoso (Lei nº 1.0741/2003) reafirma os direitos provenientes na área da saúde e garante a atenção integral nesse segmento por intermédio do SUS. Apesar das deficiências do serviço, pode-se afirmar que os idosos são subsidiados legalmente para o atendimento às suas necessidades.

No decorrer desta pesquisa, observou-se que muitos dos usuários idosos, diante da necessidade de atendimento médico especializado, procuram os serviços públicos de saúde, sobretudo os que se encaixam no perfil socioeconômico de baixa renda. Isso se dá porque a maioria desses idosos não possui condições favoráveis para pagar um serviço privado ou dispor de um plano de saúde, ainda que a expensas de familiares, tendo que recorrer ao SUS para prover suas necessidades em situações de enfermidade. O Estado da Paraíba, especificamente na região do Curimataú, não está distante da realidade do restante do País, no qual o SUS tem sido o principal meio de assistência à saúde do brasileiro.

No que se refere à formação educacional, o Brasil tem demonstrado uma melhoria com relação à alfabetização funcional e os resultados encontrados no estudo realizado confirmam esse panorama: 54,3% dos idosos entrevistados afirmam saber ler e escrever. Quanto à escolaridade, 45,7% dos participantes se consideram não alfabetizados. No caso desta pesquisa, isso significa dizer que muitos desses idosos iniciaram os estudos, mas não concluíram a etapa de ensino ou não iam com frequência às aulas.

Uma parcela desses idosos aprendeu a ler e a escrever com seus filhos e netos, ou através de alguma pessoa próxima de suas residências; alguns relataram ainda que passaram

por muitos empecilhos para estudar, porque tinham que trabalhar para ajudar seus pais ou manter seus familiares, além da falta de incentivo e a dificuldade de acesso, visto que, em tempos passados, frequentar a escola era privilégio de poucos, pois a falta de oportunidade de escolarização e o início precoce das atividades laborais com ênfase na agricultura selavam essa realidade.

Corroborando esse fato, Reis *et al.* (2008) relatam que há um grande número de pessoas com escasso ou nenhum grau de escolaridade, evento marcante na realidade dos países em desenvolvimento como o Brasil, especificamente quando se trata de senis que viveram uma infância em cuja época o ensino não era prioridade.

Ao verificar a renda familiar dos idosos, identificou-se uma média salarial mensal de R\$ 1.789,09, o que aproximadamente equivale a dois salários mínimos, correspondendo a um salário para cada idoso no caso de cônjuges. Essa renda, proveniente da aposentadoria ou advinda de algum benefício social do Governo Federal, geralmente é utilizada para suprir as necessidades básicas da família. Clares *et al.* (2015) afirmam que a renda configura-se como um fator diretamente relacionado às condições de saúde da pessoa idosa, priorizando a aquisição de bens como a alimentação, medicamentos, boas condições de moradia, além de outros cuidados voltados à própria saúde. Nos casos em que a renda mensal é abaixo da ideal para suprir essas necessidades, pode resultar em situações de maior vulnerabilidade para os idosos.

Ainda no quesito renda, é oportuno destacar que o adoecimento gera uma grande preocupação nos idosos, por desestabilizar o seu orçamento familiar mensal, levando muitos idosos a procurarem outros meios para suprir suas necessidades, como adesão a empréstimos, cujos valores são descontados em suas aposentadorias, restando mensalmente um quantitativo inferior ao necessário para solucionar os problemas e cumprir com suas responsabilidades. Esta questão foi posta no decorrer da pesquisa, em que muitos idosos falaram sobre os empréstimos realizados, pensando que resolveriam seus problemas, quando na realidade resultou no aumento da dívida e na limitação de recursos financeiros. Surge, portanto, uma preocupação diante desse cenário, pois a grande maioria dos idosos expôs que a renda familiar não atendia, em alguns casos, de maneira satisfatória às suas necessidades humanas básicas.

Apesar dessas ocorrências, os idosos têm buscado cada vez mais os seus direitos, no intuito de gozarem de uma velhice digna e com boa qualidade de vida. Lebrão e Laurenti (2005) mostraram em seus estudos que os baixos salários recebidos pelos idosos restringem o acesso a bens de serviços e consumos, como uma moradia e alimentação favoráveis, sobretudo nos casos em que os próprios idosos são os provedores dos seus lares. Portanto, é

de extrema necessidade ofertar um cuidado integral aos idosos, vê-los em sua totalidade, desde o acolhimento aos serviços de saúde até o processo da reabilitação, para que estes possam desfrutar de uma velhice da melhor forma possível. Em particular, reconhecendo-se que nesta idade muitos idosos são acometidos por doenças crônicas que levam a uma diminuição em sua estabilidade musculoesquelética e à ocorrência de quedas, eleva-se a importância da prestação dos cuidados à pessoa idosa.

4.2 Representações sociais sobre quedas construídas por idosos

A partir desta seção, serão explicitados os elementos referentes ao Teste de Associação Livre de Palavras (TALP), obtidos por meio do estímulo indutor “*queda*” e analisado pelo *software* EVOC, com vistas à construção da análise e discussão da presente pesquisa. Os indicadores utilizados para organizar os dados evidenciados pelas representações foram as seguintes: a frequência do item evocado, a média de frequência da evocação e a importância do item para o participante da pesquisa.

Ao processar os dados no *software* EVOC de acordo com os indicadores citados, foram aliadas duas classes, a saber, o núcleo central e o núcleo periférico, embasados na Teoria do Núcleo Central referida como uma abordagem complementar à Teoria das Representações Sociais sugerida por Moscovici em 1961. No dizer de Jodelet (2001, p. 22), a representação social significa um meio de chegar ao conhecimento, socialmente elaborada e dividida, com um propósito prático.

A Teoria do Núcleo Central (TNC) foi sugerida por Jean Claude Abric (1998) em 1976. Através dessa teoria, o autor traz a hipótese de que toda representação social está diretamente fundada em torno de um núcleo central e um sistema periférico, em que o núcleo central está voltado à memória coletiva com relação à significação, integração e conservação à representação, sendo, portanto, constante e pouco suscetível a mudanças (MACHADO; ANICETO, 2010).

Já os autores como Abric (1994), explica que o núcleo central das representações envolve os elementos consensuais que determinam a representação e estabelecem os demais subsídios. Dessa forma, tais elementos são geralmente mais contemplativos, visto que o núcleo central tende a permanecer estável, e uma mudança nesse sistema provoca uma mudança maior na representação social.

Com base nesse fundamento teórico, adotou-se o conceito de que o núcleo central configura-se como a representação social consolidada pelos participantes do estudo,

mostrando as ideias mais concretas relacionadas à expressão indutora “*queda*”. Na relação com o núcleo periférico, conforme Abric (1994) elucidada, surgem os pensamentos individualizados, muitas vezes flexíveis e apontados no contexto imediato, ao mesmo tempo em que se distinguem as representações sociais.

Para a melhor compreensão dos resultados obtidos na pesquisa acerca das representações sociais dos idosos sobre queda, apresenta-se abaixo o Quadro 1 com os resultados alcançados. De acordo com os dados da pesquisa, o termo indutor *queda* estimulou um total de 1073 evocações e a análise dessas evocações, realizada por meio da frequência simples de cada uma delas, apontou 65 palavras distintas, correspondendo à média de 2,3 evocações por sujeito.

Ao denotar as representações sociais sobre a queda, o Quadro 1 mostra o núcleo central e o núcleo periférico, mencionados a partir da frequência intermediária e da média ponderada da ocorrência dos termos produzidos. Vale salientar que a frequência está relacionada ao número de vezes que a palavra foi evocada, e a média ponderada refere-se à ordem de evocação estabelecida pelos sujeitos no processo cognitivo de hierarquização. A frequência (*F*) e a ordem média de evocação (*OME*) calculadas e informadas pelo software foram 68 e 2,3, respectivamente.

| NÚCLEO CENTRAL | | | | | | | | |
|----------------------------------|----------|------------|----------------------------------|----------------------------------|------------|--|----------|------------|
| <i>F</i> ≥ 68 e <i>OME</i> < 2,3 | | | | <i>F</i> ≥ 68 e <i>OME</i> ≥ 2,3 | | | | |
| | <i>F</i> | <i>OME</i> | | <i>F</i> | <i>OME</i> | | <i>F</i> | <i>OME</i> |
| Dor | 146 | 1,856 | Hospital | 106 | 2,689 | | | |
| Fratura | 83 | 2,024 | | | | | | |
| Medo | 140 | 1,814 | | | | | | |
| Sofrimento | 68 | 2,294 | | | | | | |
| <i>F</i> < 68 e <i>OME</i> < 2,3 | | | | NÚCLEO PERIFÉRICO | | | | |
| | <i>F</i> | <i>OME</i> | <i>F</i> < 68 e <i>OME</i> ≥ 2,3 | | | | | |
| Acamado | 32 | 2,250 | Adoecer | 16 | 2,500 | | | |
| Cair | 24 | 1,583 | Cirurgia | 8 | 3,250 | | | |
| Cuidado | 13 | 2,154 | Dependência | 53 | 3,151 | | | |
| Minha-queda | 44 | 1,000 | Ferimento | 19 | 2,579 | | | |
| Morte | 23 | 2,130 | Fraqueza | 7 | 2,714 | | | |
| Recuperação | 6 | 2,167 | Gastos | 13 | 3,615 | | | |
| Risco | 8 | 1,375 | Limitação | 41 | 2,780 | | | |
| Ruim | 34 | 1,500 | Médico | 8 | 3,125 | | | |
| Tristeza | 9 | 2,222 | Perigo | 14 | 2,429 | | | |
| | | | Problemas | 13 | 2,308 | | | |
| | | | Espiritualidade | 22 | 2,773 | | | |
| | | | Remédio | 41 | 3,488 | | | |

Quadro 1 - Identificação dos elementos do núcleo central e periférico das representações sociais sobre *queda*.

Fonte: Teste de Associação Livre de Palavras, 2015.

Os achados apresentados no Quadro 1 foram expostos de acordo com os dados obtidos, enfatizando a realidade coletiva dos participantes dessa pesquisa. Por parte do núcleo central há uma denotação no quadrante superior esquerdo, no qual estão situados os elementos com frequência (F) igual ou maior a 68 e ordem média de evocação (OME) abaixo da média, ou seja, menor que 2,3, pois são as evocações expressadas rapidamente. Concernente às demais características, foram identificados elementos como *dor* (F=146 e OME=1,856), *fratura* (F=83 e OME=2,024), *medo* (F=140 e OME=1,814) e *sofrimento* (F=68 e OME=2,294).

Dessa maneira, a palavra indutora *queda* obtida nas evocações agrupadas no núcleo central reflete o que os idosos afirmam a respeito da sensação de *dor*, que tem sido marcante após a queda e durante o tratamento, ocasionando a ingestão de inúmeros medicamentos para amenizar essa percepção dolorosa; no tocante à *fratura*, é vista como uma consequência da queda, provocando diversos traumas físicos psíquicos e até mesmo sociais, dado que os idosos, na sua grande maioria, acabam passando por cirurgias e ficando hospitalizados por um longo período de tempo; o *medo* tem relação com a lembrança do acontecimento que gerou desconforto e desgastes na vida dos idosos, e o pavor de cair novamente ou pela primeira vez; e o *sofrimento* está vinculado a aspectos traumáticos na trajetória da vida dos idosos após o evento da queda, cuja lembrança se perpetua por muitos anos na mente destes, ou ainda por viver algo semelhante quando ocorrido com alguém do seu convívio.

A queda, quando representada socialmente pelos idosos como *dor*, está diretamente associada como um grave problema de saúde, uma vez que existe o temor de sua ocorrência, sobretudo por conta das possibilidades de novos transtornos físicos e emocionais, trazendo consigo o desconforto. Nesta pesquisa, esse termo foi bastante pronunciado pelos idosos, diante da realidade de muitos que sofreram queda, evocado de diversas maneiras (*aflição*, *angústia*, *amargura*), provocando o experimentar da sensação dolorosa derivada da queda. Assim, mesmo quando medicados, ainda havia nesses idosos a presença de dores nos locais afetados.

Além das inúmeras causas diretas da queda, os idosos diminuem suas atividades rotineiras devido às dores, que são fortes e constantes, incapacitando-os de realizar os movimentos físicos elementares do dia a dia, podendo se estender do local afetado para todo o corpo (RIBEIRO *et al.*, 2013). Esses achados concretizam-se a partir das falas de alguns idosos após o episódio da queda, os quais relatam que esses acontecimentos estão centrados no que eles pensam sobre o assunto e o que a queda modificou em suas vidas.

[...] estava indo para um barzinho na minha bicicleta, não vi a pedra, a bicicleta derrapou quando caí, a minha vida mudou completamente, porque quando eu caí fiquei três meses sem andar. Fiz cirurgia na perna, fiquei com uma ferida enorme, e até hoje sinto muita dor, principalmente no local, cansa, dói o dedo, sinto uma queimação na perna, tá sendo difícil. (Idoso 03)

[...] Eu me levantei de manhãzinha, coloquei um tamborete em cima do outro e subi para ajeitar umas telhas, pisei em falso e caí, fui para o hospital, engessou o braço e não deu certo, com 15 dias fui para Campina e operaram. Na minha vida após a queda, mudou muita coisa, que eu fiquei doente e não podia fazer nada com as dores no braço, sofri demais, quando a gente quebra um braço sofre muito, pois fiquei sem poder fazer as coisas de casa. (Idoso 04)

Mediante os depoimentos sobre dor, os idosos também descreveram que a queda representava socialmente a *fratura*. A esse respeito, alguns autores exemplificaram, a partir de um estudo realizado com idosos no Rio de Janeiro, que do quantitativo de cinquenta pacientes 28% faleceram por implicações diretas da queda. Entre as sequelas mais graves, estão as fraturas que levam os idosos a uma debilidade funcional, causando perda do equilíbrio e flexibilidade do corpo, deixando-os mais suscetíveis a outras doenças. Isso mostra que o evento queda gera inúmeras consequências, sendo uma delas a fratura, a qual se trata de um assunto sério que demanda um tratamento adequado, com suporte de uma equipe multiprofissional para acompanhar a reabilitação desses idosos, ajudando-os no retorno de suas atividades costumeiras (RIBEIRO *et al.*, 2013; FABRÍCIO *et al.*, 2004).

Diante da evocação *medo*, os idosos demonstraram no núcleo central um valor bem considerável, seguido da dor, em cujo contexto o medo da ocorrência do episódio ou da reincidência do evento futuro é o grande dilema, dado que o receio fica guardado em suas memórias, requerendo cuidado e preocupação quanto a esse aspecto. Segundo Menezes e Bachion (2008), a velhice traz consigo as suas fragilidades e a queda é uma das complicações mais incapacitantes que provoca uma diminuição da mobilidade nos indivíduos, aumentando a sensação de inutilidade e a dependência de serviços sociais e de saúde.

Frente ao exposto, os estudiosos relatam que o medo de cair novamente se caracteriza pela ansiedade ao caminhar ou preocupação exagerada em cair, fato esse que pode contribuir para que o idoso perca a aptidão de caminhar, desencadeando transtornos como a depressão, sentimentos de abandono, afastamento social e modificações comportamentais que prejudicam a mobilidade funcional, o que provoca dependência física e até a institucionalização precoce de muitos senis (ANTES *et al.*, 2013).

A representação da queda apontada como *sofrimento* tem causado angústia em muitos idosos, ao reconhecer-se diante de um momento delicado na recuperação da saúde, e sua conseqüente dependência por parte dos familiares, amigos e/ou cuidador. O sofrimento vem à tona por inúmeras questões: o fato de não estar bem de saúde, devido à queda ocorrida; a condição de estar acamado; a dependência de outras pessoas, dentre outros fatores.

Apesar desses contratemplos, os idosos idealizam uma velhice com saúde e uma boa qualidade de vida, porém, quando acontece o evento queda, dá-se início a um processo de desgaste físico, psíquico e social. Assim, a parte mais estudada e que mais se intervém diante dos idosos é provavelmente a sua capacidade funcional. Isso ocorre pelo fato de que, além do sofrimento individual e familiar, esse processo aumenta a procura pelos serviços médicos e sociais, que apresentam custos elevados. A incapacidade funcional ocasiona dificuldades que levam os idosos a necessitarem de ajuda nas realizações de atividades da vida diária (AVD) e/ou atividades instrumentais da vida diária (AIVD) (COSTA *et al.*, 2010), conforme explicitam os depoimentos a seguir:

[...] quando veio a chuva eu fui pegar as roupas que tava no varal e a minha chinela ficou presa e eu caí. Caí lá debaixo do pé de manga do muro. Em minha vida houve diversas mudanças, eu não tinha muleta, mas andava escorada em um cabo de vassoura, passei num sei quantos meses nessa situação. Fui ao médico, ele passou vários remédios, um raio-x, fiquei péssima da perna, não quero nem me lembrar do quanto eu sofri, com dois meninos pequenos, meus netos, que a mãe tinha morrido e eu para tomar de conta deles, foi muito horrível, até hoje está sendo de muito sofrimento para mim. (Idoso 05)

[...] eu escorreguei na calçada e um amigo telefonou para meu filho, ele veio buscar em uma moto, mas estava com a perna quebrada, e fui direto pra Campina, lá sofri demais. Ocorreram muitas mudanças na minha vida, eu gostava muito de andar, caminhar e já faz mais de um ano que eu estou nessa situação, mas não tenho o que fazer. Ficou ruim, andava nos sítios mais meus filhos, e hoje só vivo dentro de casa, a mulher é quem faz tudo por mim, minhas filhas, e vou vivendo desse jeito que eu acho que não melhora. (Idoso 12)

Levando em consideração o sistema periférico, este se refere aos aspectos mais peculiares da representação, de forma que os elementos sociais isolados se adequam às situações específicas da vida cotidiana. Nessa perspectiva, trata-se de dados que abordam os aspectos mais individualizados, conduzidos pela estrutura central, além de funcionarem como esquemas de ação, norteados diretamente as práticas sociais (FLAMENT, 1994).

Considerando que as palavras evocadas são as representações no contexto individualizado, desta forma é necessário que sejam propostas e implementadas alterações no quesito das intervenções, de maneira que desconstruam o meio como estão sendo reveladas as representações sociais da queda. Dentre os dados levantados e estudados, evocações como: *adoecer, cirurgia, dependência, ferimento, fraqueza, gastos, limitações, médicos, perigo, problemas, espiritualidade e remédios* estão diretamente relacionados à questão. Desse modo, volta-se a pontuar a associação existente entre o risco de queda e suas complicações, requerendo cuidados específicos e um tratamento contínuo adequado.

O acometimento por doenças crônicas acarreta uma forte influência na capacidade funcional do idoso, favorecendo a incapacidade parcial ou total desse sujeito, além de diversos danos tanto para a família quanto para a comunidade e o próprio sistema de saúde. O processo de *adoecer* na vida do idoso pode gerar inúmeras fragilidades que comprometem a sua saúde, levando ao sentimento de dependência, frustração e impossibilidade das realizações pessoais (VERAS, 2009). A queda, por sua vez, implica em uma condição de adoecimento ainda mais preocupante para os idosos, o que justifica a referência à evocação.

Em face dos dados avaliados na pesquisa e sabendo-se da importância de cada palavra evocada, a queda é representada pela palavra *cirurgia*, evidenciada na fala de muitos idosos, por ser o procedimento mais utilizado no tratamento das fraturas que são causadas pelas quedas. Em outra percepção, a cirurgia é representada socialmente para os idosos como o principal desfecho diante de um episódio de queda, pois significa o que eles têm visto em seu cotidiano ou já experienciaram o processo operatório.

Louvison e Rosa (2010) pontuam que os casos mais comuns são as fraturas de fêmur e outros locais que provocam lesões e necessitam de cirurgia de emergência, pois se trata de um evento catastrófico que pode modificar a qualidade de vida por contribuir na diminuição da capacidade funcional, na perda de autonomia e de independência, enfim, acarretando em inúmeras consequências tais como a internação, institucionalização e à morte prematura. A fratura de fêmur é uma incidente causa que leva a internações hospitalares pelo SUS, e sucede em quase ¼ das fraturas pós-quedas e geralmente cerca de 30% dos idosos caem ao menos uma vez ao ano; sendo idosos acima de 80 anos, essa proporção aumenta para aproximadamente 50% da ocorrência novos eventos de queda.

[...] Eu ia saindo do banheiro, aí cáí. O foi sofrimento grande, fracturei o fêmur, e fiz a cirurgia em Campina Grande, mas não valeu de nada, porque não voltei ao normal, só ando com a ajuda do andajá, minha vida ficou pior, porque eu não ando, fico pedindo favor a um e a outro, dependo do povo. (Idoso 14)

Há de se considerar ainda que, com relação ao período pós-operatório, é fundamental um trabalho de acompanhamento junto aos pacientes em idade avançada, evitando futuras complicações. Por se tratar de um período prolongado, exige-se dos familiares e/ou cuidadores uma atenção redobrada a fim de evitar a reincidência de problemas de saúde semelhantes (MONTEIRO; FARO, 2006). Nesse contexto, serviços de intervenção nesses idosos devem ser realizados da melhor forma possível, acelerando o processo de cicatrização nos casos de cirurgia, e, por estarem sujeitos a complicações, os idosos devem respeitar o tempo de repouso e os procedimentos normalmente recomendados após a cirurgia. Como resultado da observância irrestrita a esses aspectos, o paciente idoso logo estará apto a realizar suas atividades e sentir-se-á seguro no retorno das habilidades motoras (MENEZES; BACHION, 2008).

Os idosos do estudo constituem, em sua grande maioria, indivíduos saudáveis com uma vida independente. Em contraponto, com o aumento da expectativa de vida, há uma elevação na incidência e prevalência das doenças crônicas degenerativas e uma maior tendência a quedas, levando-os a se tornarem *dependentes* de outras pessoas, que podem ser familiares ou cuidadores. Essa problemática já se consolida na representação que o idoso tem sobre queda, uma vez que uma das suas principais consequências refere-se à limitação de movimentos e/ou imobilização, o que suscita uma dependência parcial ou total de outrem. Dessa forma, é necessária uma avaliação adequada no cuidado e no autocuidado desses idosos, vislumbrando a melhoria na manutenção da saúde e eficácia na qualidade de vida.

Levando em consideração o episódio da queda, os idosos são susceptíveis a apresentarem ferimentos nos locais afetados, de modo que a presença desses *ferimentos* requerem cuidados diários eficazes na prevenção de infecções que possam complicar a saúde. Maia et al. (2012) elencam as principais consequências que a queda traz, a saber: feridas, fraturas, entorses, contusões, lesões musculares e neurológicas, alterações no comportamento, reabilitação, o medo de cair novamente, a perda da autonomia, dentre outros, que, se não tratados adequadamente, podem levar à morte. Por essa razão, os idosos necessitam ser acompanhados por uma equipe de saúde capacitada para realizar os curativos diários em ambientes que sejam mais cômodos para o idoso, visando à preservação da sua qualidade de vida.

[...] Saí na rua de moto, aí bati em um rapaz, fui para a cidade de Picuí tirar um raio-x, descobriram que meu pé estava quebrado. De lá fui para Campina Grande fazer a cirurgia. Passei muito tempo sem conseguir andar, colocaram pinos, no local saia muito sangue, e fazia os curativos no pé, aí colocaram gesso na minha perna porque tava ficando preta. Não posso mais fazer muitas

coisas, não tenho mais resistência no pé, dói muito, tive que mudar um monte de coisa, o trabalho tem que ser mais maneiro, porque se não o pé incha bastante. (Idoso 13)

Além da existência dos ferimentos por causa da queda, o idoso demonstra ter *fraqueza física*, em decorrência tanto da idade avançada quanto das fragilidades ósseas, de lesões na musculatura e do rebaixamento a nível postural. Para Ribeiro et al. (2008), a estabilidade do corpo depende da recepção apropriada de informações por meios de elementos sensoriais e cognitivos, através do sistema nervoso central e musculoesquelético de maneira agregada. Existindo interferência nessa recepção, a exemplo das alterações relacionadas à idade avançada e doenças crônico-degenerativas, haverá significativa influência no aparecimento da fraqueza muscular no idoso, predispondo ainda mais a novos acidentes por queda.

Com os dados avaliados na pesquisa, as representações sobre os *gastos* gerados provenientes da queda trouxeram diversas evocações. A queda entre pessoas idosas constituem um dos principais problemas nos setores público e privado de saúde, devido à sua alta incidência e às subsequentes complicações para a saúde e aos altos custos assistenciais (CARVALHO; GARCIA, 2002). Dessa forma, pode-se afirmar que na grande maioria das vezes, a ocorrência de quedas requer um elevado suporte financeiro para o idoso e a família, além das esferas de governo federal, estadual e municipal, e, nos casos em que o idoso adere aos serviços privados de saúde, ocorre a subtração de seu próprio sustento no intuito de suprir o dispêndio com o tratamento e ter uma melhoria na qualidade de vida. Diante disso, infere-se que a redução de quedas é um fator determinante na diminuição dos gastos voltados à assistência da pessoa idosa.

No tocante a esse princípio, dados do Ministério da Saúde (2006) revelam que os gastos realizados após os longos períodos de hospitalização e reabilitação dos idosos acometidos pelas quedas ultrapassam cifras astronômicas. Com relação às políticas setoriais de saúde, no ano de 1989 o Ministério da Saúde já normatizava o funcionamento das Instituições destinadas ao Atendimento ao Idoso (Portaria GM 810/89), mas foi em 1998 (Portaria GM/MS n. 2.413, 2.414 e 2.416/1998) que foram adicionados os procedimentos de atendimento a pacientes sob cuidados prolongados, sendo ele de internações hospitalares com o acompanhamento geriátrico e de Internação Domiciliar juntamente com toda a equipe.

Nesse contexto, a queda tem sido algo muito enfatizado nos gastos hospitalares, suscitando a importância na prevenção da ocorrência com base no que prevê o Pacto pela Saúde do SUS. Dentre seus indicadores, vê-se como prioridade a monitorização das

internações por fratura de fêmur em idosos com mais de 60 anos, ressaltando a precisão de ações voltadas, sobretudo da prevenção para a diminuição de quedas nos idosos (LOUVISON; ROSA, 2010).

Diante das representações sociais construídas por idosos, perifericamente destaca-se ainda a evocação *limitação* como uma das percepções individualizadas da queda pelos idosos. Nessa lógica, pontua-se que as quedas entre idosos constituem um problema que pode ser irreversível caso ocorram fraturas graves. De acordo com Moura *et al.* (2009), as limitações provocadas pela queda podem afetar diretamente a qualidade de vida dos idosos por causar imobilidade, dependência, isolamento social e depressão, levando a inúmeras limitações no indivíduo idoso.

Para que as necessidades de saúde dos idosos sejam atendidas de forma eficaz, é fundamental uma avaliação bem efetuada, capaz de conter um plano de cuidados específicos para cada idoso, com a equipe de enfermagem e com o auxílio de outros profissionais de saúde, amenizando as limitações desses pacientes e contribuindo para a sua reinserção na sociedade. É importante, pois, preservar a sua independência a partir do uso de estratégias de proteção da saúde, prevenção de complicações, tratamento e reabilitação.

Dentro do sistema periférico pode-se destacar nas representações dos idosos a presença dos *médicos*, cujos profissionais têm um papel fundante no diagnóstico e tratamento dos indivíduos que sofreram queda. Hamra *et al.* (2007) mencionam que os idosos têm se automedicado e acabam por não procurar com muita frequência os serviços de saúde, especificamente o médico. Assim, acabam por desconhecer os efeitos adversos e colaterais dos medicamentos, buscando auxílio médico somente nos serviços de emergência, o que dificulta o acompanhamento rigoroso durante o tratamento. Com relação a esse aspecto, a presente pesquisa mostrou que boa parte dos idosos relata a procura de médicos após a queda e realizam o tratamento até a recuperação, quando então podem retomar as suas atividades.

Reafirmando os dados da pesquisa, a palavra *perigo* também foi citada pelos idosos entrevistados. O perigo de subsequentes quedas é demonstrado por muitos idosos do Curimataú paraibano, devido terem passado pelo longo processo de cuidados na recuperação, e outros por ainda estarem acamados até hoje em função da queda. Desse modo, verifica-se que os cuidados provenientes de redes informais de apoio instituem um suporte significativo junto à pessoa idosa, em especial a figura do cuidador, que fornece o auxílio contra os perigos das rotinas diárias (MONTEIRO; FARO, 2006).

Mediante as representações dos idosos, os *problemas* foram elencados quando ocorre o evento queda. Nesse contexto, o cuidado aos idosos e a atenção minimizam futuros

problemas que possam causar danos na sua saúde e qualidade de vida. Estudos realizados por Monteiro e Faro (2006) referem que se o cuidador ou a família não cuidarem devidamente do idoso, inúmeros problemas de saúde podem surgir, quais sejam: pneumonia, tromboembolismo, úlceras por pressão, cálculo renal, constipação e contraturas, além de outros, o que requer cuidados específicos por parte dos familiares e/ou cuidadores na prevenção de complicações na saúde da pessoa idosa.

[...] Aconteceu em uma cadeira de balanço. Caí de costa. Que queda foi essa que ainda hoje estou sofrendo muito. A minha vida mudou, hoje eu não posso tomar de conta da minha casa, faço só algumas coisas a força, porque surgiram vários problemas de saúde e posso dizer que me sinto péssima, depois da queda não posso costurar, que era o que mais gostava de fazer. (Idoso 10)

Levando em consideração a importância da *espiritualidade* no tratamento à pessoa idosa, esse segmento é visto como algo que favorece positivamente a esse grupo etário, pois é considerada como um ponto de sustentação a partir da crença em um Ser Supremo. Com base nessa forma de crença, os idosos confiam que podem ser curados e que voltarão a desfrutar da liberdade de antes, em face da autonomia que lhes permite a retomada das atividades rotineiras (MACHADO; ANICETO, 2010).

[...] sofri uma queda simples, mas que mudou muita coisa na minha vida. Era super ativa, mas hoje não faço mais nada do que fazia antes, gostava de ficar em frente de casa, e não posso mais, a minha qualidade de vida não é das piores, mas mudou bastante, não saio mais na rua, gostava demais de ir a missa rezar por todo mundo, mas não posso mais fazer nada disso, as pessoas que vem até aqui. A vida é assim mesmo, cheia de coisas boas e ruins, minha filha é quem cuida da casa e de mim. (Idoso 09).

Percebe-se no relato de cada idoso entrevistado a capacidade de enxergar não só as coisas que se limitam à vida terrena, mas as que transcendem a matéria, evidenciada na crença de dias melhores e no desejo de proteção contra situações dolorosas e a própria perda da saúde física. Diante desse contexto, as diversas dificuldades causadas pelo envelhecimento trazem à tona o fato de que os idosos apresentam-se agradecidos por terem vencido as dificuldades vivenciadas nas muitas etapas da vida e terem conseguido, afinal, chegar à fase da velhice (SANTOS; ABDALA, 2014).

Considerando os dados dos autores supracitados, a religiosidade e a espiritualidade são fatores que contribuem para a melhoria do bem-estar, de angústia e depressão. O bem-

estar espiritual passou a ser considerado como condição de saúde, junto a extensões psíquicas, sociais e corporais. Por essa razão, a religiosidade vem exercendo um papel importante frente aos eventos adversos da vida, como momentos de irritabilidade, aborrecimentos derivados do convívio com outras pessoas e estresse crônico advindo da queda. Além disso, as mudanças biopsicossociais comuns entre os idosos geram ocasiões de perdas, declínio da saúde e restrição total das atividades de vida diária, sinalizando que determinados momentos de desânimo na vida do sujeito idoso podem ser minimizados por meio das crenças espirituais e práticas religiosas. Todos esses fatos são condizentes com os idosos da pesquisa.

Diante das particularidades das representações sociais expostas pelos idosos estudados no Curimataú Paraibano, os *remédios* são ingeridos em casos de traumas provocados pela queda. Estudos evidenciam que os medicamentos mais utilizados quando ocorre o evento queda são: sedativos, antipsicóticos, antidepressivos, anticonvulsivantes, anticolinérgicos, antiarrítmicos, diuréticos e hipoglicemiantes. Além desses medicamentos, alguns idosos associam seu uso combinando até quatro tipos de fármacos, conceituado como *polifarmácia*, o que pode vir a prejudicar o tratamento dos idosos, ao passo que a suspensão dessas medicações resulta na redução da taxa de quedas (MONTEIRO; FARO, 2006). Para evitar essa prática, deve-se haver a orientação de forma simples e correta aos idosos por parte de médicos e profissionais especializados, esclarecendo suas dúvidas, visto que a ingestão indevida de medicamentos pode trazer inúmeras sequelas ao quadro de saúde desses pacientes.

No tocante a essas questões, verifica-se que os idosos carecem de um maior amparo nos serviços de saúde, envolvendo todos os profissionais. Partindo desse pressuposto, a atenção integral à saúde do idoso é a proposta idealizada para se ter uma redução das quedas causadoras de diversos traumas que têm levado muitos idosos a óbito. O enfermeiro, especialmente aquele atuante na atenção primária, deve fortalecer o vínculo com família da sua área, trabalhando junto com sua equipe na prevenção de futuras quedas em idosos.

Há uma necessidade no quesito da promoção de saúde, pois na maioria das vezes quando o idoso sofre a queda, acarreta em várias complicações subsequentes. Por esta razão a equipe da ESF tem que fazer busca ativa dos idosos que sofreram a queda, para que possam realizar o acompanhamento junto aos profissionais de saúde. Dentro dessa realidade, a realização da educação em saúde voltada a esses idosos é uma estratégia muito eficaz. Orientar a pessoa idosa e a família, dando a ênfase na prevenção de outras quedas, trabalhar em cima dos fatores de risco que predispõem a queda e operacionalizar as políticas públicas

na melhoria da qualidade de vida alicerçam fundamentalmente a prestação do cuidar de Enfermagem de forma integral.

A colaboração de todos é fundamental para que pacientes em idade avançada possam confiar nos serviços prestados à população, favorecendo-lhes mais independência e funcionalidade no âmbito social. Levando em consideração que a queda gera inúmeras modificações na vida do idoso, as estratégias no cuidado após a queda devem ser implantadas e realizadas de maneira gradativa, gerando vida com qualidade que permita aos idosos a realização de atividades de forma prazerosa e autônoma.

5 Considerações Finais

O presente estudo buscou conhecer as representações sociais sobre quedas construídas pelos idosos da região do Curimataú ocidental paraibano, além de descrever as características socioeconômicas e demográficas dos participantes e propor ações de enfermagem para os idosos mais vulneráveis a ocorrência de quedas, com a finalidade de viabilizar uma melhoria na qualidade de vida na plenitude da velhice.

No tocante aos dados socioeconômicos alcançados na pesquisa por parte dos idosos, os que mais preponderaram foram os participantes do sexo feminino (56,1%), sendo eles com idades entre 60 a 74 anos (63,5%), de cor/raça branca (46,4%), casados (57,2%), morando somente com o cônjuge (27,9%), responsáveis pelo domicílio (71,2%), adeptos à religião católica (82,9%), que utilizam os serviços de saúde do SUS como primeira escolha (73,4%), alfabetizados funcionalmente (54,3%), com escolaridade referida como não alfabetizado (45,7%) e com renda familiar mensal média de R\$ 1.789,00.

No contexto da teoria das representações sociais, buscou-se capturar as representações que foram vivenciadas pelos idosos por meio dos relatos de suas experiências diárias, evidenciando como tudo ocorreu após a queda. Os resultados obtidos foram bem expressivos e demonstraram uma diversidade de palavras relacionadas à queda, permeadas por conteúdos de teor negativo, como dor, fratura, medo e sofrimento.

Com base nos resultados, observou-se que, quando interrogados, os idosos que já sofreram queda transparecem aflição e angústia em suas palavras, em decorrência das inúmeras consequências no seu bem-estar biopsicossocial. Conformou-se, então, o núcleo central das representações a partir das assertivas consolidadas pelos idosos como a dor sendo uma consequência em destaque, por provocar o experimentar da sensação dolorosa derivada da queda. Também foi mencionada a fratura, entendida como sendo umas das sequelas mais graves que podem levar os idosos a uma debilidade funcional, perda do equilíbrio e flexibilidade corporal, suscetibilizando-os a outras doenças e perda da autonomia.

O medo dos idosos de depender de terceiros, de cair novamente e de não mais poder realizar suas atividades de vida diárias foi muito evidenciado pelos idosos. Boa parte dos entrevistados relatou que era difícil voltar a fazer suas atividades rotineiras, pois o medo provocado pela queda casou traumas e também sofrimentos, sobretudo pela mudança de vida, no contexto pessoal e social, deixando a saúde bem fragilizada. Viu-se ainda que sofrimento tem causado angústia em muitos idosos, ao reconhecer-se diante de um momento delicado na recuperação da saúde, e sua consequente dependência por parte dos familiares, amigos e/ou cuidador.

As representações sociais evidenciadas pelos idosos sobre queda elencadas no núcleo periférico estão arraigadas ao pensamento cultural socialmente adquirido e internalizado por cada idoso ao longo da vida. Entre essas representações, observou-se a recorrência dos seguintes termos: adoecer, cirurgia, dependência, ferimento, fraquezas, gastos, limitações, médicos, perigo, problemas, espiritualidade e remédios, todas ditas pelos idosos participantes deste estudo, denotando-se a relevância dos profissionais da área da saúde, em especial do enfermeiro, o qual deve estar presente nos momentos em que o idoso necessita de auxílio especializado.

Os resultados deste estudo apontam ainda para a necessidade de um maior empenho por parte dos profissionais de saúde no tocante à atenção direcionada à queda e aos seus mecanismos preventivos, desmistificando os conceitos em volta desse evento por meio da correta educação em saúde. Nesse sentido, a ênfase deve estar voltada para a prevenção de outras quedas, por meio de ações simples que vão desde a retirada do tapete liso e do uso de sandálias apropriadas, àquelas de maior complexidade, como a adoção de banheiros adequados ao uso do idoso para o banho e acesso ao vaso. Além disso, deve-se haver empenho por parte desses profissionais quanto à retirada de dúvidas apresentadas pelo público senil, o repasse aos cuidados prioritários dessa faixa etária, a realização de curativos quando necessários, dentre outras ações.

Ademais, é essencial a proposição de estratégias eficazes que garantam uma melhor assistência gerontológica oferecida pela equipe de enfermagem, de maneira que a saúde do idoso vítima de acidentes por queda seja prioridade nos serviços públicos. Dessa forma, os profissionais devem promover ações em saúde na comunidade de forma efetiva e com a finalidade de educá-la e orientá-la quanto à compreensão da real necessidade de cuidados que evitem novas incidências de quedas, efetuadas na atenção básica.

Essas ações devem estar interessadas na realização de atividades educativas que favoreçam a inserção social do idoso, a sua autonomia e o bem-estar psicossocial, visando sempre à prevenção de episódios de quedas capaz de amenizar complicações futuras. O cuidado ao idoso deve ser contemplado na sua totalidade e de forma humanizada, uma vez a queda precisar ser vista como algo sério, que leva a traumas marcantes, e que, quando não tratada de maneira adequada, pode levar o idoso ao óbito, o que demanda uma atenção especial desde o acolhimento ao tratamento e reabilitação do paciente senil, com o objetivo principal de garantir-lhe uma qualidade de vida digna.

AMENDOLA, F. **Construção e Validação de um índice de Vulnerabilidade de Famílias e incapacidades e dependentes**. Tese de doutorado, v. 22, p. 34-36, 2012. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-25052012-093437/pt-br.php>>. Acesso em: 18 set. 2014.

ANTES, DanielleLedur et al. **Medo de queda recorrente e fatores associados em idosos de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.29, n.4, p.758-768, abril, 2013.

ALMEIDA, A. K.; MAIA, E. M. C. Amizade, idoso e qualidade de vida: revisão bibliográfica. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 15, n. 4, Dez., 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141373722010000400010&lng=en&nm=iso>. Acesso em: 12 jan. 2015.

ALVES-MAZZOTTI, A. J. Representações Sociais: aspectos teóricos e aplicações à educação. **Revista Múltiplas Leituras**. 2008; 1(1):18-43.

ARBIC, J. C. **Pratiques sociales et representations**. Paris: Presses Universitaires de France; 1994.

BARTUNEK, J. M. & SEO, M. Qualitative research can add new meanings to quantitative research. *Journal of Organizational Behavior*, v. 23, n.2, mar., 2002.

BRAGA, C.; LAUTERT, L. Caracterização sociodemográfica dos idosos de uma comunidade. **Rev. Gaúcha Enfer**, Porto Alegre, v. 25, n. 1, p. 44-45, 2004. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/23538/000439857.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 10 de Julho/ 2015.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasil, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>>. Acesso em: 30 out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Brasília; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília; 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).

BRUCKI, M.D et al. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arq Neuropsiquiatr**. 2003; 61(3-B):777-81.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: Elisabete Viana de Freitas; Lígia Py. (Org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3 ed. Rio de Janeiro: Grupo Editora Nacional/Guanabara Koogan, 2011, p. 58.

CARVALHO, J. A. M. de.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n.19, v. 3, 2002.

CIOSAK, S. I. et al. Senescência e senilidade: novo paradigma na Atenção Básica de Saúde. **Revista Esc Enfermagem**, São Paulo, v. 45, n. 2, p.1763-8, 2011. Disponível em: <file:///C:/Users/Michele/Downloads/40902-48831-1-PB.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2015.

COELHO FILHO, J. M.; RAMOS, L. R. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n.5, 1999.

COSTA, M. F. B. N. A.; CIOSAK, S. I. Atenção integral na saúde do idoso no Programa Saúde da Família: visão dos profissionais de saúde. **Rev Esc. Enferm USP**, São Paulo. v.44, n.2, p.437 – 444, 2010.

CRUZ, D. T. et al. Prevalência de quedas e fatores associados em idosos. **Revista Saúde Pública**, v. 46, n.1, p. 138-46, 2012. Disponível em:<<http://www.revistas.usp.br>>. Acesso em: 13 nov. 2014.

ENGELHARDT, E. et al. Idosos Institucionalizados: rastreamento cognitivo. **Revista Psiquiátrica Clínica**, 1998. 25(2). Disponível em: <<http://urutu.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol25/n2/arti252b.htm>>. Acesso em: 10 out. 2014.

FABRÍCIO, S. C. C. et. al. Causas e Conseqüências de quedas em idosos atendidos em hospital público. **Revista Saúde Pública**, v. 38, n. 1, p. 93-99, 2004.

FECHINE, B.R.A; TROMPIERI, N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **Rev. Científica Internacional. ISSN**, v. 1, n. 7, p. 106-194, 2012. Disponível em: <http://ucbweb2.castelobranco.br/webcaf/arquivos/15482/10910/envelhecimento.pdf>>. Acesso em: 03 nov. 2014

FERNANDES, M. T. O; SOARES, S. M. O desenvolvimento de políticas públicas atenção ao idoso no Brasil. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 6, p.1494-1502, 2012. Disponível em: <www.ee.usp.br/reeusp>. Acesso: 18 out 2014.

FLAMENT, C. Aspects périphériques des représentations sociales. **In: GUIMELLI, C.(org.)**. Structures et transformations des représentations sociales. Lausanne: Delachaux et Niestlé, p. 85-118, 1994.

FREITAS M. C; QUEIROZ T.A; SOUSA J.A.V. O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. **Rev Esc Enferm USP**, v.44, n. 2, p. 407-12, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/24.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2014.

FREITAS, E. V. et.al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

GAWRYSZEWSKI, V. P. A importância das quedas no mesmo nível entre idosos no estado de São Paulo. **Rev Assoc Med Bras**, São Paulo, v. 56, n. 2, p. 162-7, 2010.

GIL, A. C. **Como elaborar Projeto de Pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas; 2010.

GOMES, M.H.A.; MARTIN, D.; SILVEIRA, C. Comentários pertinentes sobre usos de metodologias qualitativas em saúde coletiva. **Comunicação saúde educação**, São Paulo, v. 18, n. 50, p. 469-77. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/icse/v18n50/1807-5762-icse-1807-576220140271.pdf>>. Acesso em: 9 jan. 2015.

GONÇALVES, L. G. et al. Prevalência de quedas em idosos asilados do município de Rio Grande, RS. **Rev Saúde Pública**, Rio Grande do Sul, v.42, n. 5, p. 938-45, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102008000500021&script=sci_arttext>. Acesso em: 16 jan. 2015.

HEINOMEN, H. et al. Is the evaluation of the global quality of life determined by emotional status? **Quality of Life Research**, v. 13, n. 8, p. 1347-56, 2004.

INOUE, K.; PEDRAZZANI, E. S.; PAVARINI, S. C. I. Implicações da doença de Alzheimer na qualidade de vida do cuidador: um estudo comparativo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 891-899, mai. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2010000500011&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 8 dez. 2014.

JODELET, Denise (Org.) Representações Sociais: Um domínio em expansão: In: **As Representações Sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, 2001. Tradução.

LEBRÃO, M. L.; LAURENTI, R. Saúde, bem estar e envelhecimento: O estudo SABE no município de São Paulo. **Rev Bras Epidemiol**. v. 8, n. 2, p. 127-141, 2005.

LEITE, M. T. **Cuidando do idoso hospitalizado: a experiência do familiar**. Rio de Janeiro: Ed. UNIJUÍ, 2000.

LIMA, D. L; LIMA, M.A.V.D; RIBEIRO, C.G. Envelhecimento e qualidade de vida de idosos institucionalizados. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 7, n. 3, p. 346-356, set./dez. 2010. Disponível em: <[file:///C:/Users/Michele/Downloads/782-8744-2-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Michele/Downloads/782-8744-2-PB%20(2).pdf)>. Acesso em: 18 nov. 2014.

LOUVINSON, M.P.; ROSA, T. E. C. Vigilância e prevenção de quedas em idosos em pessoas idosas. Secretaria da Saúde. São Paulo: 2010. 11p.

MACHADO, L.B.; ANICETO, R. A. Núcleo central e periferia das representações sociais de ciclos de aprendizagem entre professores. **Pol. Públ. Educ**, Rio de Janeiro, v. 18, n.67, p.345-364, 2010.

MACIEL, V.S.S.S.et al. Perfil Epidemiológico das quedas em idosos residentes em capitais brasileiras utilizando o Sistema de Informação Sobre Mortalidade. **Revista AMRIGS**. v. 54,

n.1, p.25-31, 2010. Disponível em: <http://amrigs.com.br/revista/54-01/09-470_perfil_epidemiologico.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2014.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Fundamentos da Metodologia Científica**. 7 ed. São Paulo: Atlas; 2010.

MARTINS, C. R; CAMARGO, B. V; BIASUS, F. Representações sociais do idoso e da velhice de diferentes faixas etárias. **Universitas Psychologica**, v. 8, n. 3, p. 831-847, 2009.

MENDONÇA, M. P.; SQUASSONI, C. E.; ZANNI, K. P. Envelhecer e aprender: um modelo de atuação com enfoque na educação em saúde. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 15, n. 1, p. 99-115, 2010. Disponível em: <<file:///C:/Users/Ana%20Carolina/Downloads/11437-66453-1-PB.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2014.

MENEZES, R. L.; BACHION, M. M. Estudo da presença de fatores de riscos intrínsecos para quedas, em idosos institucionalizados. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 13, n. 4 1218, 2008.

MONTEIRO, C. R.; FARO, A. C. M. O cuidador do idoso e sua compreensão sobre a prevenção e o tratamento cirúrgico das fraturas de fêmur. **Estud. interdiscip. envelhec**, v. 10, p. 105-121, 2006.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais**: investigação em psicologia social. Petrópolis: Vozes, 2003.

MOSCOVICI, S. **La psychanalyse, son image et son public**. Paris: PUF, 1961.

OLIVEIRA, B. L. C. A.; THOMAZ, E. B. A. I.; SILVA, R. A. Associação da co/raça aos indicadores de saúde para idosos no Brasil: Um estudo baseado na pesquisa Nacional por Amostra Domicílios (2008). **Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 30, v. 7. p. 1-15, 2014.

OLIVEIRA, D. C. et al. Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: Moreira ASP et al. (Org). **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: Ed. Universitária UFPB, 2012.

PANZINI, R.G. et al. Espiritualidade/Religiosidade e Qualidade De Vida. In Fleck, M. P e col. **A avaliação de qualidade de vida, guia para profissionais de saúde**, Porto Alegre: Artmed, 2008, p. 178-96.

PAPALÉO. N. M. O estudo da velhice: histórico, definição de campo e termos básicos. In: FREITAS, E.V.F, Py L (Org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.

PASCHOAL, S. M. P. Qualidade de vida na Velhice. In: ELISABETE, V. F.; LIGIA, P. (Org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3 ed. Rio de Janeiro: Grupo Editora Nacional/Guanabara Koogan, 2011, p.100.

PEDRAZZI, E. C. et al. Arranjo domiciliar dos idosos mais velhos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v.18, n.1, p.08, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/pt_04.pdf>. Acesso em: 22 de Março/2015.

PILGER, C; MENON, M. H; MATHIAS, T. A. F. Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.19, n.5. São Paulo, set/out, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt_22.pdf> Acesso em: 28 julho 2015.

REZENDE, C. P.; GAEDE-CARRILLOL, M. R.G.; SEBASTIÃO, E. C. O. Queda entre idosos no Brasil e sua relação com o uso de medicamentos: revisão sistemática. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.12,p.2223-2235, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n12/02.pdf>>. Acesso em 09 jan. 2015.

REIS, L. A; TORRES, G. V; SILVA, J.P.A; SAMPAIO, L.S, REIS, L.A. Perfil epidemiológico de idosos institucionalizados no Município de Jequié/BA. **Rev Enfermagem Atual**. 2008;46:19-23.

RIBEIRO, A. P. et al. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1265-1273, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232008000400023&script=sci_arttext>. Acesso em: 25 jan. 2015.

RIBEIRO, D. L. et al. Medo de queda recorrente e fatores associados em idosos de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. **Revista Saúde Pública**, v. 29, n. 4, p. 758-768, 2013.

RIBEIRO, A.P. et al. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1265-1273, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232008000400023&script=sci_arttext>. Acesso em: 25 de jan/2015.

RIZOLLI, D.; SURDI, A. C. Percepção dos idosos sobre grupos de terceira idade. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 13, n. 2, p. 225-233, 2010. Disponível em:<<http://revista.unati.uerj.br/pdf>>. Acesso em: 26 jan. 2015.

ROACH, S. S. **Introdução à enfermagem gerontológica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

ROCHA, A .C. A. L. **A espiritualidade no manejo da doença crônica do idoso**. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011. Disponível em: <<http://revista.unati.uerj.br/pdf/rbgg/v14n1/v14n1a16.pdf>>. Acesso em: 02 dez. 2014.

RODRIGUES, C. L. et al. Fatores associados à queda em idosos atendidos em hospital da região sul da cidade de São Paulo. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, São Paulo, v. 11, n. 36, abr/jun 2013. Disponível em:<http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/1768>. Acesso em: 18 nov. 2014.

RODRIGUES, J.; CIOSAK. S. I. Idosos vítimas de trauma: Análise de fatores de risco. **Rev. Esc. Enferm USP**, 2012. v. 46, n. 46, p. 1400-5. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/17.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2014.

SANTOS, S. R. et al. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da Escala de Flanagem **Relativa-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 10, n. 6, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n6/v10n6a2.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2015.

SANTOS, N. C; ABDALA, G. A. Religiosidade e qualidade de vida relacionada à saúde dos idosos em um município na Bahia, Brasil. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, n. 17, v.4, p.795-805, 2014.

SMELTZER, C. S.; BARE, B. G. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; v.1 e v.2., 2010.

SOUZA, S. et al. Polimedicação em doentes idosos: adesão à terapêutica. **Rev Port Clin Geral**. V. 27, p. 176-82, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpcg/v27n2/v27n2a05.pdf>>. Acesso em: 13 de agosto/ 2015.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 43, nº. 3, p. 548-54, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489102009005000025&script=sci_arttext>. Acesso em: 11 dez. 2014.

VICTOR, J. F.; et. al. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos atendidos em unidade básica de saúde da família. **Acta Paul Enferm**, v. 22, n. 1, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n1/a08v22n1.pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2015.

WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality Of Life Assessment (WHOQOL): Position Paper from The World Health Organization. **Soc. Sci. Med**, v. 41, p. 10, 1995.

WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality Of Life Assessment (WHOQOL): Versão em Português dos Instrumentos de Avaliação de Qualidade de Vida. 1998a. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol.html>> Acesso em: 10 jan. 2015.

APÊNDICE A
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE – CES
NÚCLEO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM ENVELHECIMENTO E QUALIDADE DE VIDA

Esclarecimentos

Este é um convite para participar da pesquisa “Qualidade de vida de idosos e a diversidade de vivenciar o envelhecimento: um estudo no curimataú ocidental paraibano”, que tem dentre seus objetivos: construir um diagnóstico da qualidade de vida de idosos da microrregião do curimataú ocidental paraibano. Trata-se de um estudo exploratório-observacional, sendo coordenado pelo Professor do Curso de Bacharelado em Enfermagem da UFCG (Campus Cuité) Matheus Figueiredo Nogueira.

O estudo é relevante porque fornecerá subsídios para implementação de estratégias de atendimento voltadas às necessidades da população idosa, com programas de intervenção nos diferentes níveis de atenção em vista da promoção da sua qualidade de vida.

A participação é voluntária, o que significa que o (a) Sr (a) poderá desistir de participar a qualquer momento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo. Caso decida aceitar o convite irá responder a um questionário e a uma entrevista, com questões abertas e fechadas, apresentados pelo próprio pesquisador. Não haverá pagamento pela participação na pesquisa, mas poderá haver ressarcimento caso haja alguma despesa para sua participação.

Não se espera que haja riscos em consequência da realização da pesquisa, porém esta pode oferecer desconforto devido ao tempo investido para a realização da entrevista e risco de constrangimento diante das questões abordadas e a tensão em tornar a participação na pesquisa obrigatória intencionalmente. Para evitar essas situações adotaremos o cuidado do agendamento prévio das entrevistas de acordo com a sua disponibilidade e a mesma será conduzida no ritmo e tempo mais adequados possível.

Os dados serão guardados no Núcleo de Estudos e Pesquisas em Envelhecimento e Qualidade de Vida, localizado no Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande e a divulgação dos resultados será feita sem nenhum tipo de identificação dos voluntários.

O (A) Sr (a) ficará com uma cópia deste Termo e qualquer dúvida que tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente aos responsáveis, no endereço: Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, Sítio Olho D’água da Bica, Cuité – PB, pelo telefone (83) 3372-1900.

Consentimento Livre e Esclarecido – Eu, _____, declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos e concordo em participar voluntariamente.

_____ - PB, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Matheus Figueiredo Nogueira
Pesquisador Responsável

IMPRESSÃO
DACTILOSCÓPICA

Endereço do pesquisador responsável:

Centro de Educação e Saúde - Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité.

Sítio Olho d’água da Bica, Cuité – PB.

Telefone: (83) 3372 1900.

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa:

CEP/ HUAC - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n, São José. Campina Grande- PB.

Telefone: (83) 2101-5545.

APÊNDICE B

DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Declaro que os resultados da pesquisa intitulada “Representações sociais sobre quedas construídas por idosos: um estudo no Curimataú ocidental paraibano” serão anexados à Plataforma Brasil, garantindo assim o sigilo relativo às propriedades intelectuais.

Para tanto, asseguramos respeitar as diretrizes regulamentadoras pela Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas Complementares, outorgada pelo Decreto nº 93833, de 24 de Janeiro de 1987, que garantem os direitos e deveres da comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.

Cuité – PB, 10 de dezembro de 2014.

Prof. Matheus Figueiredo Nogueira
Universidade Federal de Campina Grande
(Pesquisador responsável)

APÊNDICE C

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

1. Como aconteceu a sua queda? Conte-me como tudo ocorreu.
2. O que mudou na vida do (a) Sr (a) depois que o (a) Sr (a) caiu?
3. Como o (a) Sr (a) avalia a sua qualidade de vida após a queda?

ANEXO A

QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO E DEMOGRÁFICO

| Seção A: Informações Pessoais | | CODIFICAÇÃO |
|--------------------------------------|--|---|
| A1 | Idade: _____ (anos completos) Data de nascimento: ____/____/____. | <i>AIDADE:</i> _____ <i>ADATA:</i> _____ |
| A2 | Sexo (1) Masculino (2) Feminino | <i>ASEXO:</i> _____ |
| A3 | Qual é a cor da sua pele? (1) Branca (2) Parda (3) Amarela (4) Preta (5) Indígena (99) NS/NR | <i>ACOR:</i> _____ |
| A4 | Qual seu estado civil? (1) Solteiro (a) (2) Casado (a) (3) Divorciado (a)/desquitado(a) (4) Separado (a)(5) Viúvo (a) (6) União consensual (99) NS/NR | <i>AESTCIV:</i> _____ |
| A5 | Quantas pessoas moram na casa atualmente, incluindo o (a) Sr (a)? Nº de pessoas: _____. | <i>ANCASA:</i> _____ |
| A6 | 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> _____ |
| A7 | Quem é o (a) chefe ou o responsável do domicílio? (1) Próprio idoso (2) Cônjuge (3) Filho (a)(4) Outro familiar (5) Não familiar(99) NS/NR | <i>ACHEFE:</i> _____ |
| A8 | Quantos filhos próprios e adotivos estão vivos? Nº de filhos: _____(99) NS/NR | <i>AFILHOP:</i> _____ |
| A9 | O (A) Sr (a) tem cuidador? (1) Sim (2) Não | <i>ACUID:</i> _____ |
| A10 | Quem é o seu cuidador? (1) Cônjuge (2) Cônjuge e filho (s) (3) Cônjuge, filho(s), genro ou nora (4) Somente com o(s) filho(s) (5) Outro idoso(6) Cuidador particular (7) Outros (especifique) _____(99) NS/NR | <i>AQCUID:</i> _____ |
| A11 | Qual é a sua religião? (0) Nenhuma(1) Católica (2) Protestante ou Evangélica (3) Espírita (4) Judaica (5) Outra (especifique) | <i>ARELIG:</i> _____ |

| | | |
|-------------------------------|---|---|
| | _____ | |
| | (99) NS/NR | |
| A12 | Quando o (a) Sr (a) necessita de atenção para acompanhar sua saúde qual o tipo de serviço o (a) Sr (a) utiliza como primeira opção? (1) Sistema Único de Saúde(2) Convênio de saúde (3) Particular (4) Farmácia(5) Benzedeira (6) Outro (especifique) _____ (88) Não se aplica (99) NS/NR | ASERATS: _____ |
| Seção B: Perfil Social | | CODIFICAÇÃO |
| B1 | a) O (A) Sr (a) sabe ler e escrever? (1) Sim (2) Não (99) NS/NR b) Escolaridade: Quantos anos o (a) Sr (a) frequentou a escola? Nº de anos: _____ (Se nenhum, colocar "0") | BLERES: _____ BESCOL: _____ |
| B2 | Qual é a renda mensal em Reais: Idoso: _____ Família (incluir idoso): _____ (99) NS/NR | BRENDI: _____ BREFN: _____ |
| B3 | Qual(is) dessas rendas o (a) Sr(a) tem? (Pode ter mais de uma opção) (1) Não tem (2) Tem (99) NS/NR B3a) Aposentadoria: _____ B3b) Pensão: _____ B3c) Aluguel: _____ B3d) Trabalho Próprio: _____ B3e) Doações (família, amigos, instituições) : _____ B3f) Outras _____ | BAPOS: _____ BPENS: _____ BALUGUEL: _____ BTRAPO: _____ BDOA: _____ BOUTR: _____ |
| B4 | No seu entender de acordo com sua situação econômica atual de que forma o(a) Sr (a) avalia suas necessidades básicas (como: alimentação, moradia, saúde, etc). (1) Muito boa (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Péssima (99) NS/NR | BNECBAS: _____ |
| B5 | Em geral, em comparação com a situação econômica de outras pessoas de sua idade, diria que sua situação econômica é: (1) Melhor (2) Igual (3) Pior (99) NS/NR | BECONCOMP: _____ |
| B6 | Como o (a) Sr (a) avalia sua memória atualmente? (1) Excelente(2) Muito Boa (3) Boa (4) Regular (5) Ruim (6) Péssima (99) NS/NR | BAVEMEM: _____ |
| B7 | Comparando com um ano atrás, o (a) Sr (a) diria que agora sua memória está... (1) Melhor(2) Igual (3) Pior (99) NS/NR | BMEMPOS: _____ |
| B8 | O Sr (a) desenvolvia alguma atividade? (na fase adulta) | BNENHU: _____ |

| | | |
|----|--|---|
| | <p>(1) sim (2) não (99) NS/NR</p> <p>B8a) Nenhuma: _____ B8b) Atividades domésticas: _____</p> <p>B8c) Esporte/dança: _____ B8d) Trabalho voluntário/comunitário: _____</p> <p>B8e) Trabalho remunerado _____</p> <p>B8f) Outros: Quais? _____</p> | <p><i>BATVDOM:</i> _____</p> <p><i>BESPD:</i> _____</p> <p><i>BTRABVOL:</i> _____</p> <p><i>BTRABREM:</i> _____</p> <p><i>BOUTR:</i> _____</p> |
| B9 | <p>Atualmente o Sr (a) desenvolve alguma atividade? (atualmente)</p> <p>(1) sim (2) não (99) NS/NR</p> <p>B9a) Nenhuma: _____ B9b) Atividades domésticas: _____</p> <p>B9c) Esporte/dança: _____ B9d) Trabalho voluntário/comunitário: _____</p> <p>B9e) Trabalho remunerado: _____</p> <p>B9f) Outros: Quais? _____</p> | <p><i>NENHUM:</i> _____</p> <p><i>BATVDOME:</i> _____</p> <p><i>BESPDAN:</i> _____</p> <p><i>BTRABVOLU:</i> _____</p> <p><i>BTRABREMU:</i> _____</p> <p><i>BOUTR:</i> _____</p> |

ANEXO B

TESTE DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS (TALP)

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 o (a) Sr (a) 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.

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

Assinale com um X a palavra que considera mais importante.

ANEXO C

TERMOS DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE REMÍGIO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Francisco Tonel, 74 - Centro- Remígio - PB. CEP 58398-000
Tele fax: (83) 3364 – 1566 C.N.P.J. Nº. 11.376.311/0001-76
sms.remigio@bol.com.br



TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTUTUCIONAL

Eu, Alane Lima de Freitas Souto, Coordenadora da Estratégia Saúde da Família do município de Remígio, estado da Paraíba, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada “ *Qualidade de vida de idosos e a diversidade de vivenciar o envelhecimento: um estudo no Curimataú ocidental paraibano*”, nos meses de julho a setembro de 2014, que terá como cenário as unidades de saúde da Família deste município. O responsável direto pela pesquisa é Matheus Figueiredo Nogueira (Pesquisador responsável, Professor do curso de Bacharelado em Enfermagem na Universidade Federal de Campina Grande – Campus Cuité e Doutorando em saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio grande do Norte).

Cuité, 12 de junho de 2014.

PREFEITURA M DE REMÍGIO


Alane L. de Freitas Souto,
Coord. De Atenção Básica

Alane Lima de Freitas Souto

Coordenadora da Estratégia da Saúde da Família

Remígio - PB

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, Marileuza F. Lima Castro, Coordenadora da Estratégia Saúde da Família do município de Nova Floresta, estado da Paraíba, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada “*Qualidade de vida de idosos e a diversidade de vivenciar o envelhecimento: um estudo no Curimataú ocidental paraibano*”, nos meses de julho a setembro de 2014, que terá como cenário as Unidades de Saúde da Família deste município. O responsável direto pela pesquisa é Matheus Figueiredo Nogueira (Pesquisador responsável, Professor do Curso de Bacharelado em Enfermagem na Universidade Federal de Campina Grande - Campus Cuité e Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte).

Cuité, 12 de junho de 2014.



Marileuza F. Lima Castro
Coordenadora da Estratégia da Saúde da Família
Nova Floresta – PB

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, Vanusa da Paz Medeiros, Coordenadora da Estratégia Saúde da Família do município de Sossego, estado da Paraíba, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada “*Qualidade de vida de idosos e a diversidade de vivenciar o envelhecimento: um estudo no Curimataú ocidental paraibano*”, nos meses de julho a setembro de 2014, que terá como cenário as Unidades de Saúde da Família deste município. O responsável direto pela pesquisa é Matheus Figueiredo Nogueira (Pesquisador responsável, Professor do Curso de Bacharelado em Enfermagem na Universidade Federal de Campina Grande - Campus Cuité e Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte).

Cuité, 12 de junho de 2014.



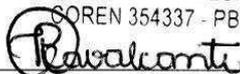
Vanusa da Paz Medeiros
Coordenadora da Estratégia da Saúde da Família
Sossego – PB

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, Joseane da Rocha Dantas Cavalcante, Coordenadora da Estratégia Saúde da Família do município de Cuité, estado da Paraíba, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada “*Qualidade de vida de idosos e a diversidade de vivenciar o envelhecimento: um estudo no Curimataú ocidental paraibano*”, nos meses de julho a setembro de 2014, que terá como cenário as Unidades de Saúde da Família deste município. O responsável direto pela pesquisa é Matheus Figueiredo Nogueira (Pesquisador responsável, Professor do Curso de Bacharelado em Enfermagem na Universidade Federal de Campina Grande - Campus Cuité e Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte).

Cuité, 12 de junho de 2014.

Joseane da Rocha Dantas Cavalcanti
Coordenadora da ESF
COREN 354337 - PB

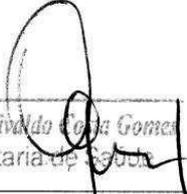


Joseane da Rocha Dantas Cavalcante
Coordenadora da Estratégia da Saúde da Família
Cuité – PB

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, Cícero Erivaldo Costa Gomes, Secretário de Saúde do Município de Barra de Santa Rosa, Estado da Paraíba, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada **“Qualidade de vida de idosos e a diversidade de vivenciar o envelhecimento: um estudo no Curimataú Ocidental Paraibano”**, nos meses de agosto a dezembro de 2014, que terá como cenário as Unidades de Saúde da Família deste município. O responsável direto pela pesquisa é Matheus Figueiredo Nogueira (Pesquisador responsável, Professor do Curso de Bacharelado em Enfermagem na Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité e Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte).

Cuité, 22 de julho de 2014.


Cícero Erivaldo Costa Gomes
Secretaria de Saúde

Cícero Erivaldo Costa Gomes
Secretário Municipal de Saúde
Barra de Santa Rosa – PB

ANEXO D

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ALCIDES CARNEIRO /
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS E A DIVERSIDADE DE VIVENCIAR O ENVELHECIMENTO

Pesquisador: MATHEUS FIGUEIREDO NOGUEIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 34715614.5.0000.5182

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 844.702

Data da Relatoria: 28/10/2014

Apresentação do Projeto:

ANÁLISE DA SEGUNDA VERSÃO APÓS SOLICITAÇÃO DE ADEQUAÇÕES PELO RELATOR:

Trata-se de um estudo exploratório-observacional, de natureza quanti-qualitativa, subsidiado pelo aporte estrutural da Teoria das Representações Sociais, que será realizado na microrregião do Curimataú Ocidental situado na mesorregião do Agreste no estado brasileiro da Paraíba (PB), especificamente nos seguintes municípios: Cuité, Nova Floresta, Barra de Santa Rosa, Sossego e Remígio, a partir da aplicação dos seguintes instrumentos: Questionário de Coleta de Dados; Entrevista; Questionários de Whoqol-Old e Whoqol-Bref. Em seguida, os dados serão organizados nos bancos de dados preparados especificamente para cada etapa do instrumento e analisado por meio dos softwares EVOC e IBM-SPSS Statistics 20.0.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Construir um diagnóstico da qualidade de vida de idosos da microrregião do Curimataú Ocidental Paraibano. E como objetivo secundário: caracterizar o perfil social e de saúde física e mental de idosos da microrregião do Curimataú Ocidental Paraibano; conhecer as

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

Bairro: São José

CEP: 58.107-670

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)2101-5545

Fax: (83)2101-5523

E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

Continuação do Parecer: 844.702

Representações; Sociais construídas por idosos acerca da qualidade de vida e do envelhecimento; e explorar a relação entre qualidade de vida, diversidade de vivenciar o envelhecimento e representações sociais de idosos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Vale lembrar que esta pesquisa apresenta riscos considerados “mínimos”, pois os (as) participantes podem ficar inibidos (as) no momento da aplicação dos questionários ou sentirem-se desconfortáveis devido ao tempo investido. Os riscos se justificam, pois, mesmo ficando, inicialmente inibido (a) com a presença do pesquisador, o (a) participante terá a oportunidade, em querendo, de tirar suas dúvidas a respeito de dita matéria, conforme aponta a Resolução 466/12 do CNS

E como benefícios: o estudo poderá fornecer subsídios para implementação de estratégias de atendimento voltadas às necessidades da população idosa, com programas de intervenção nos diferentes níveis de atenção em vista da promoção da sua qualidade de vida.

Comentário: Rever no item dos riscos no ponto referente a "tensão em tornar a participação na pesquisa obrigatória intencionalmente" e incluir a forma como será minimizado essa condição. SOLICITAÇÃO ATENDIDA

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Além dos comentários já descritos, foram observados também as seguintes inadequações e com suas respectivas sugestões:

O cronograma encontra-se desatualizado e diferente o período de realização do projeto com o apresentado na Plataforma Brasil; SOLICITAÇÃO ATENDIDA

O projeto se caracteriza como multicêntrico, portanto, sugiro o preenchimento correto na plataforma; DESCONSIDERO SOLICITAÇÃO

Não apresentou a hipótese no projeto; SOLICITAÇÃO ATENDIDA

Não foi apresentado detalhadamente a previsão orçamentária, sendo assim, sugiro que detalhe todos os gastos que terão com a pesquisa. SOLICITAÇÃO ATENDIDA

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos obrigatórios foram apresentados na Plataforma Brasil, mas só estava presente no projeto de pesquisa o TCLE e o mesmo não estava devidamente assinada.

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

Bairro: São José

CEP: 58.107-670

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)2101-5545

Fax: (83)2101-5523

E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ALCIDES CARNEIRO /
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 844.702

Comentário: Incluir os termos no projeto de pesquisa e apresentar o TCLE assinado. SOLICITAÇÃO ATENDIDA

Recomendações:

Realizar ou justificar as sugestões feitas nos itens anteriores, a saber:

Rever o item riscos;

Atualizar cronograma na plataforma e no projeto de pesquisa;

Incluir os termos obrigatórios no projeto de pesquisa;

Assinar e Incluir o TCLE;

Rever o orçamento na plataforma.

Comentários: Todas as solicitações acima foram atendidas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando que as solicitações foram atendidas, somos de parecer favorável a execução dessa pesquisa.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

A partir do parecer da relatoria o protocolo foi considerado aprovado ad referendum. Coordenação do CEP/HUAC

CAMPINA GRANDE, 24 de Outubro de 2014

Assinado por:
Maria Teresa Nascimento Silva
(Coordenador)

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

Bairro: São José

CEP: 58.107-670

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)2101-5545

Fax: (83)2101-5523

E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br