

Qualidade de vida de idosos com doenças crônicas e suas representações sociais
Quality of life for the aged with chronic diseases and their social representations
Calidad de vida de los ancianos con enfermedades crónicas y sus representaciones
sociales

Recebido: 07/07/2020 | Revisado: 29/07/2020 | Aceito: 31/07/2020 | Publicado: 09/08/2020

Margarete Tereza Machado Ulrichsen Sardinha

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5706-4281>

Universidade Salgado de Oliveira, Brasil

E-mail: margo_tereza@hotmail.com

Selma Petra Chaves Sá

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9878-7179>

Universidade Federal Fluminense, Brasil

E-mail: selmapetrasa@gmail.com

Josélia Braz dos Santos Ferreira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7695-8598>

Universidade Federal Fluminense, Brasil

E-mail: joseliabraz42@yahoo.com.br

Mirian da Costa Lindolpho

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2503-4827>

Universidade Federal Fluminense, Brasil

E-mail: profmirianlindolpho@yahoo.com.br

Ana Maria Domingos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1316-3397>

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: anamaria_domingos@yahoo.com.br

Vangelina Lins Melo

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7862-3724>

Universidade Federal Fluminense, Brasil

E-mail: vanjalins@yahoo.com.br

Resumo

O objetivo deste estudo foi propor uma tecnologia educacional em forma de oficina, a partir das representações sociais dos idosos acerca de qualidade de vida e de dados objetivos da escala SF-36. Pesquisa metodológica com abordagem quanti-qualitativa, apoiada no referencial das representações sociais, segundo Serge Moscovici. Utilizou-se a escala SF-36, a técnica de discussão de grupo e a entrevista semiestruturada junto aos 30 participantes da pesquisa no Centro de Atenção à Saúde do Idoso e Cuidador, em Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. Utilizou-se o programa *Microsoft Excel*. A análise quantitativa estatística dos dados foi realizada pelo programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 22.0, e os qualitativos pela análise de conteúdo de Bardin. A escala SF-36 demonstrou doenças crônicas mais frequentes: hipertensão com 80,0% e problemas osteoarticulares/musculares com 76,7%. Emergiram três categorias desvelando as representações sociais dos idosos participantes: 1ª- Qualidade de vida, aspectos inter-relacionais e estilo de vida do próprio idoso; 2ª- Qualidade de vida, aspectos espirituais; 3ª- Qualidade de vida, dimensões sociopolíticas e econômicas. Concluiu-se que as falas dos idosos expressaram suas representações referentes à qualidade de vida, conforme a temática emergida das respostas da escala SF-36 e da entrevista realizada. Percebeu-se ainda, a importância das representações sociais do idoso centrada na família e necessidade de políticas públicas eficazes, contribuindo para a enfermagem geriátrica, saúde coletiva e sociedade, visando melhorar a qualidade de vida dos idosos com doenças crônicas não transmissíveis.

Palavras-chave: Doença crônica; Idoso; Qualidade de vida; Percepção social; Políticas públicas de saúde.

Abstract

The objective of this study was to propose an educational technology in the form of a workshop based on the social representations of the elderly about quality of life and objective data on the SF-36 scale. Methodological research with quanti-qualitative approach, supported as a reference from the social representations, according to Serge Moscovici. It was applied a SF-36 scale, a technical group of discussion and a semi-structured interview with the 30 participants at the Health Care Center for the Elderly and Caregiver, in Niteroi, Rio de Janeiro, Brazil. It was applied a Microsoft Excel program the quantitative statistical analysis of the data was performed by the program – SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), version 22.0 and a the qualitative by the analysis of Bardin content. The scale SF36 displayed chronic diseases more frequent: hypertension with 80% and osseous-

articular/muscular problems with 76,7%. Three categories emerged revealing the social representations of the elderly participants: 1^a Quality of life, inter-relational aspects and life style of the elderly himself / herself; 2^a Quality of life, spiritual aspects; 3^a Quality of life, socialpolitics and economical dimensiones. It was concluded that the statements of the elderly expressed their representations regarding quality of life, according to the emerged thematic from the answers of SF- 36 scale and a performed intreview. It was also noticed the importance of social representations of the elderly centered on the family and the need for effective public policies, contributing to geriatric nursing, public health and society, aiming to improve the quality of life the elderly with chronic non-communicable diseases.

Keywords: Chronic disease; Aged; Quality of life; Social perception; Public health policy.

Resumen

El objetivo de este estudio fue proponer una tecnología educativa en forma de taller basado en las representaciones sociales de los ancianos sobre la calidad de vida y datos objetivos en la escala SF-36. Pesquisa metodológica com abordagem quanti-qualitativa basada en el referencial de las representaciones sociales, según Serge Moscovici. Se utilizo la escala SF-36, la técnica de discusión de grupo y la entrevista semiestructurada junto al 30 participantes en el Centro de Atención para Ancianos y Cuidadores, en Niterói, Río de Janeiro, Brasil. El análisis estadístico cuantitativo de los datos se realizó utilizando el programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versión 22.0 y los qualitativos por análisis, de contenido de Bardin. La escala (graduación) SF36 demostró enfermedades crónicas más frecuentes: hipertensión con 80% y problemas óseo-articular, muscular con 76,7%. Surgieron três categorías descubriendo las representaciones sociales de los ancianos participantes: 1^a- calidad de vida, aspectos inter-relacionales y estilo de vida del próprio anciano; 2^a- calidad de vida, aspectos espirituales; 3^a - calidad de vida dimensiones sociopolíticas y económicas. Se concluyó que las declaraciones de los ancianos expresaron sus representaciones con respecto a la calidad de vida, conforme la temática ocurrida de las respuestas de la escala SF-36 y de la entrevista ejecutada. También se observó la importancia de las representaciones sociales del anciano centrada en la familia y la necesidad de políticas públicas útiles, contribuyendo a la enfermería geriátrica, la salud pública y la sociedad, con el objetivo de mejorar la calidad de vida los ancianos con enfermedades crónicas no transmisibles.

Palabras clave: Enfermedad crónica; Anciano; Calidad de vida; Percepción social; Políticas públicas de salud.

1. Introdução

O envelhecimento populacional é uma realidade e inquietação mundial. Há estimativas, que o número de idosos com idade igual ou superior a 60 anos vai mais que dobrar no mundo, ultrapassando de 900 milhões em 2015 para cerca de dois bilhões em 2050 (Organização Mundial de Saúde, 2018). Nesta fase da vida, ocorre um conjunto de alterações fisiológicas e envolve aspectos biopsicossociais, podendo acontecer desequilíbrios no seu decorrer. Desta maneira, o idoso se torna mais vulnerável às Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), que abalam especialmente os idosos com mais idade, sendo causas de internações hospitalares na maioria das vezes.

As Doenças Crônicas não Transmissíveis são consideradas sérios problemas de Saúde Pública por apresentarem estados permanentemente longos, demandando de acompanhamentos constantes dos serviços de saúde e representando mais de 72% das causas de mortes no Brasil (Malta, *et al.*, 2019). Na maioria das vezes aparecem de modo silencioso, desenvolvendo-se ao longo da vida, produzindo graves complicações, na morbimortalidade e na qualidade de vida das pessoas atingidas, em especial os idosos, resultando em maior risco de morte prematura e efeitos econômicos adversos para as famílias, comunidades e sociedade em geral (*World Health Organization*, 2018).

As DCNT, predominantes segundo a Organização Mundial de Saúde (2012) e Ministério da Saúde (2011), são as doenças cardiovasculares, o diabetes, as neoplasias e as doenças respiratórias crônicas. Os fatores de risco predominantes para o seu desenvolvimento são: tabagismo, o sedentarismo, a alimentação inadequada e o consumo prejudicial do álcool, que devido às consequências emergenciais, podendo ocasionar maior procura pelos serviços de saúde, acarretando sofrimento, incapacidades, uso de medicamentos diversos entre outros. Tais problemas têm conduzido às políticas públicas em saúde, priorizando a promoção do envelhecimento saudável e ativo, investindo na autonomia e na independência das pessoas idosas, incentivando-as a adotarem comportamentos saudáveis, aderindo estratégias para seu enfrentamento (Martins *et al.*, 2020).

Portanto, mostra-se relevante para gerontologia, que os profissionais de saúde busquem conscientizar as pessoas com doenças crônicas sobre a importância de cuidarem de sua saúde. Os profissionais devem valorizar a vivência dos idosos com suas doenças crônicas, incentivando-os no conhecimento sobre suas DCNT, contribuindo para o seu autocuidado, melhorando seu entendimento sobre o tratamento e controle junto aos profissionais de saúde, visando alcançar melhor qualidade de vida (QV). Uma das propostas mencionadas pela

Política Nacional do Idoso (PNI) é investir em sua QV, tratando-se de ação governamental que incentiva e cria programas de lazer, esporte e atividades físicas que proporcionem melhoria da qualidade de vida para o idoso e estimulem sua participação na comunidade (Alcântara, *et al.*, 2016).

Notou-se na pesquisa realizada, que o relacionamento familiar positivo é valorizado muito mais pelos idosos do que as medicações, exames, consultas médicas e isto nem sempre é considerado importante pelo profissional ou pensado como elemento importante da qualidade de vida do idoso. Outro fato observado é que os idosos sem vínculos afetivos têm um comprometimento muito maior da sua qualidade de vida, se apresentam muito mais ao serviço de saúde, às vezes são de difícil aceitação das orientações dos profissionais de saúde, com distúrbios de humor e outras dificuldades na sua saúde.

Assim sendo, o envelhecimento apresenta uma representação para a sociedade, além da qualidade de vida constituir um assunto veiculado na sociedade. O envelhecimento e a qualidade de vida estão no senso comum, mostrando o que as pessoas pensam acerca dos assuntos da atualidade, configurando-se deste modo em objeto que pode ser estudado pelas representações sociais, no sentido de desvelar os pensamentos e concepções do idoso acerca de suas vivências, experiências e expectativas, valorizando seus conhecimentos sobre qualidade de vida, podendo gerar melhores e maiores benefícios para o próprio idoso (Moscovici, 1978; Oliveira, 2004).

Qualidade de vida é ter alegria na vida, amor, amizade, saúde, independência, atividades intelectuais, bom relacionamento com a família, boas condições financeiras, realizar atividades físicas, dieta equilibrada, conviver com a natureza, ser generoso e solidário (Irigaray & Trentini, 2009). Portanto, é um conjunto de conceitos e valores que influenciam diretamente a vida das pessoas e necessita de inúmeras ações, principalmente quando se considera sua contribuição para a vida da pessoa idosa.

A partir das considerações acima, a QV é um assunto que deve ser discutido com os idosos tendo em vista a sua importância e representação, tanto individualmente quanto para a sociedade. Tais discussões com os idosos podem ser feitas a partir de tecnologias educativas (TE), em forma de oficina, grupos, atividades diversas realizadas pelos profissionais de saúde, entre eles o enfermeiro, para que a qualidade de vida dos idosos obtenha padrões considerados dignos.

Ressalta-se que as TE não devem apenas ser elaboradas com as perspectivas dos profissionais, mas também contemplar assuntos relacionados aos interesses do idoso, que venham ao encontro da subjetividade do sujeito. Destarte, entende-se a relevância desta

temática, que envolve desde os riscos à saúde, às possibilidades de mudanças na qualidade de vida de idosos com DCNT, requerendo dos profissionais de enfermagem e multiprofissional, um olhar diferenciado diante desta clientela.

Assim, as questões que norteiam este estudo são: Quais os elementos importantes para elaboração de uma tecnologia educativa a partir das representações sociais dos idosos sobre qualidade de vida e levantadas por escala de qualidade de vida?

Deste modo, o objetivo deste estudo consiste em propor uma tecnologia educacional em forma de oficina a partir das representações sociais dos idosos acerca de qualidade de vida e de dados objetivos da escala SF-36.

2. Metodologia

Trata-se de uma pesquisa metodológica com abordagem quanti-qualitativa. A pesquisa metodológica usa sistematicamente os conhecimentos disponíveis além de propiciar a elaboração e/ou melhora de um instrumento, dispositivo ou de um método, trabalhando as representações, os pensamentos e a subjetividade dos sujeitos (Prates *et al.*, 2015). Utilizou-se a entrevista com discussão em grupo, para captar as representações sociais (RS) conforme abordada por Serge Moscovici (1978), a partir das falas dos idosos, que foram gravadas em MP3 para futuras transcrições e análise, segundo o conteúdo de Bardin (2016).

Realizou-se também, entrevistas estruturadas, com a escala SF-36 e os dados sociodemográficos, contemplando a abordagem quantitativa e os aspectos objetivos avaliados pela mesma, identificando-se estatisticamente, os valores dos diversos domínios da escala (Pagano & Gauvreau, 2004).

O total de participantes ocorreu a partir de uma amostra por conveniência com um número de 30 idosos, sendo 25 mulheres (83,3%) e cinco homens (16,7%), selecionados através da busca aos prontuários para captação dos idosos (propensos participantes) e contatos telefônicos com todos e presencial.

Os critérios de inclusão foram: Idade igual ou superior a 60 anos, participante em qualquer atividade do Centro de Atenção à Saúde do Idoso e Cuidador (CASIC), como nas diversas consultas e oficinas, e não ser portador de demência de Alzheimer devido ao distúrbio cognitivo. Os critérios de exclusão: Foram os participantes com 20% de falta no momento da coleta de dados.

O campo da pesquisa foi o Centro de Atenção à Saúde do Idoso e Cuidador da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC), da Universidade Federal Fluminense

(UFF), Niterói, Rio de Janeiro, Brasil, entre 04 de julho e 10 de outubro de 2017, em grupo de 10 participantes, em oito encontros, durante duas horas, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Nesses encontros, ao ser lançada a pergunta, era colocada uma bola sobre a mesa e o idoso, ao pegar a bola, passava a ter a palavra. A partir desta etapa, começaram a serem coletadas as representações sociais com as seguintes perguntas: para o senhor/senhora, o que é ter QV? Para o senhor/senhora, o que é ter QV na velhice? O que o senhor/senhora considera necessário para ter QV na velhice?

Aplicou-se a escala SF-36 (*The Medical Outcomes Study 36 - item Short Form Health Survey*), trata-se de um instrumento desenvolvido pelos estudiosos Ware e Sherbourne em 1992, tendo sido traduzido e validado para a língua portuguesa e foi criado com a finalidade de ser um questionário genérico de avaliação de saúde de fácil administração e compreensão, porém sem ser tão extenso. É composto por 36 itens de autorresposta e mais uma questão comparativa entre a saúde atual e a de um ano atrás. Destinam-se a avaliar conceitos de saúde que representam valores humanos básicos relevantes à funcionalidade e ao bem-estar de cada um, subdivididos em oito dimensões: 1º - Capacidade funcional; 2º - Aspectos físicos; 3º - Aspectos emocionais; 4º - Dor; 5º - Estado geral; 6º - Vitalidade; 7º - Aspectos sociais; e 8º - Saúde mental. Os itens são avaliados, dando-se um resultado para cada questão, que são posteriormente transformados numa escala de 0 a 100, em que zero é considerado o pior e 100 o melhor estado (Ciconelli *et al.*, 1999).

Quanto ao tratamento e análise dos dados coletados a partir dos instrumentos da escala SF-36 foram dispostos em uma planilha eletrônica do programa *Microsoft Excel 2013*, construindo assim o banco de dados da pesquisa. A análise estatística dos dados foi feita através do programa *IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)*, versão 22.0. A análise descritiva dos dados teve como objetivo descrever os perfis característicos dos participantes e analisar seus escores da escala SF-36, sendo baseadas na construção de gráficos, distribuições de frequências e cálculo de estatísticas descritivas (proporções de interesse para todas as variáveis e cálculo de mínimo, máximo, média, mediana, desvio padrão, coeficiente de variação). A variabilidade da distribuição de uma variável quantitativa foi considerada baixa se, moderada se e alta se (Pagano & Gauvreau, 2004).

A associação entre duas variáveis quantitativas foi investigada por análise de correlação, pelo coeficiente de correlação de *Spearman*. A significância, pelo qual conclui-se que um coeficiente é significativamente não nulo se o *p*-valor do teste for menor que o nível de significância 0,05. A correlação foi considerada forte se o coeficiente de correlação

Spearman apresentasse valor absoluto maior que 0,7. Todas as discussões foram realizadas a partir do nível de significância máximo de 5% (0,05), ou seja, foi adotada a seguinte regra de decisão nos testes de significância estatística: rejeição da hipótese nula sempre que o p-valor associado ao teste foi menor que 0,05 (Pagano & Gauvreau, 2004).

Para análise dos dados verbais utilizou-se a análise de conteúdo segundo Bardin (2009), que possibilitou descobrir os núcleos de sentido, de acordo com a quantidade de vezes que o mesmo é mencionado, podendo significar algo que reflita no alcance de dados que contemplam o objeto de pesquisa. Os textos transcritos foram lidos exaustivamente, a fim de encontrar palavras ou frases que expressavam sentido homogêneo e que se repetiam. Cada palavra ou frase de sentido representativo ou semelhante foi considerada unidade de registro (UR), sendo contabilizadas e analisadas, dando origem às unidades temáticas, originando as três categorias do estudo. Categoria 1: Qualidade de vida, aspectos inter-relacionais e estilo/cotidiano do próprio idoso; Categoria 2: Qualidade de vida, aspectos emocionais e espirituais; e Categoria 3: Qualidade de vida, dimensões sociopolíticas e econômicas segurança e políticas públicas.

Quanto aos aspectos éticos e legais, a pesquisa iniciou após a apresentação do estudo e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes do estudo e da diretoria da instituição CASIC/UFF. Cumpriam-se os termos da Resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos. Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal Fluminense, via Plataforma Brasil e aprovação da pesquisa com o parecer nº 2.131.113.

3. Resultados e Discussão

O universo da pesquisa incluiu 30 idosos participantes, destes 83,3% do gênero feminino e 16,7% do gênero masculino, com idade entre 60 e 86 anos e média de 73,1 anos, mediana de 72,5 anos e desvio padrão de 6,6 anos, com coeficiente de variação igual a 0,09, evidenciando baixa variabilidade entre as idades dos participantes. O estudo aponta para um perfil sociodemográfico com predomínio de raça branca 66,7%; religião católica 60,0%, casados 33,3% ou viúvos 33,3%; ensino fundamental 73,3%; com média de duas a três patologias, sendo as mais frequentes, hipertensão com 80,0% e problemas osteoarticulares/musculares com 76,7%. Residiam em São Gonçalo 50%, em Niterói 40% e Itaboraí 10%, moravam com outro idoso 56,7% e possuíam renda de um a quatro salários

mínimos, com prevalência de um salário mínimo 53,3% dos idosos. Na distribuição de renda de homens e mulheres: a maior frequência foi de dois salários mínimos para 60% dos homens, enquanto para 60% das mulheres foi de um salário mínimo. Entretanto, tais diferenças não foram significativas sob o ponto de vista estatístico do teste de Mann-Whitney (Pagano & Gauvreau, 2004).

Porém, nota-se baixo nível de escolaridade e recursos financeiros, entre um e três salários mínimos, gastos com a manutenção de sua sobrevivência, que tais fatores não foram impedimento ao cuidado com a saúde, demonstrando serem estes motivos determinantes entre os usuários do SUS, a baixa renda e escolaridade (Lemos *et al.*, 2017).

Na Tabela 1, a seguir, observam-se os domínios da Escala SF-36, conforme as variáveis do estudo.

Tabela 1 – Distribuição dos domínios da escala SF-36 (capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, limitação por aspectos emocionais, saúde mental, segundo as principais estatísticas). CASIC/UFF, Niterói - RJ, Brasil, 2017.

Domínio	Média	Mediana	Mínimo	Máximo	DP	CV
Capacidade Funcional	62,5	57,5	20,0	95	24,0	0,38
Aspectos Físicos	65,0	62,5	25,0	100	34,0	0,52
Dor	66,6	67,0	10,0	100	26,0	0,39
Estado Geral de Saúde	49,6	45,0	20,0	80	18,0	0,36
Vitalidade	63,7	60,0	30,0	100	18,0	0,29
Aspectos Sociais	74,4	80,0	12,5	100	25,4	0,34
Aspectos Emocionais	75,6	100,0	33,0	100	31,0	0,42
Saúde Mental	67,2	72,0	16,0	100	21,0	0,32

Legenda: DP – Desvio Padrão; CV – Coeficiente de Variação.

Fonte: Dados da pesquisa. CASIC/UFF, Niterói - Rio de Janeiro, Brasil (2017).

Pelos coeficientes de variação verifica-se que em todos os domínios a variabilidade dos escores era moderada ou alta. Referentes aos valores médios e medianos demonstram-se que os participantes apresentaram maiores escores nos domínios: “limitação por aspectos

emocionais” e “aspectos sociais”. Obtiveram menores escores nos domínios “Estado Geral de Saúde” e “Capacidade Funcional” (Ciconelli *et al.*, 1999).

O quantitativo de participantes do gênero feminino foi de 83,3%, confirmado por outras pesquisas, que as mulheres têm maior interesse em cuidar de sua saúde e estão mais dispostas a participar de grupos. Esse protagonismo ocorre mesmo diante de um contexto social em que a mulher é considerada cuidadora da família, com pouca escolarização, baixa inserção no mercado de trabalho formal, baixa qualificação, bem como em uma circunstância sociocultural que prescreve um papel subalterno da mulher na sociedade, mas, apesar disto ela possui mais enfermidades que o homem e ela é a cuidadora, a mãe, a dona de casa, com desempenho diferente de papéis entre os gêneros feminino e masculino, revelados historicamente, justificando-se talvez, a ocorrência de menor procura pelos serviços de saúde pelos homens, pois apenas 16,7% demonstraram envolvimento com a prevenção e promoção da saúde, além de ter dificuldade em participar de grupos direcionados à saúde (López-Rincon *et al.*, 2010; Reis *et al.*, 2017).

Estudos comparativos têm demonstrado que os homens são mais vulneráveis às doenças do que as mulheres, especialmente às enfermidades crônicas e graves, e que morrem mais cedo (Lemos *et al.*, 2017). Apesar deste fato, já bem documentado, os homens não são captados pelos serviços de atenção primária.

A Tabela 2 que se segue, demonstram a distribuição dos domínios da Escala SF-36, de acordo com as variáveis: gênero, religião predominante, ao fato de morar ou não com outro idoso e as comorbidades dos participantes.

Tabela 2 – Distribuição dos domínios da **Escala SF-36**, segundo as variáveis: gênero, religião predominante (católica), ao fato de morar ou não com outro idoso e as comorbidades dos participantes. CASIC/UFF, Niterói - RJ, Brasil, 2017.

Domínio	p-valor do teste de Mann-Whitney						
	Gênero	Religião católica	Morar c/ idoso	DM	HAS	Cardiopatia	Problemas ost/art/mus.
Cap. Funcional	0,169	0,232	0,650	0,582	0,065	0,344	0,564
Aspectos Físicos	0,481	0,249	0,170	0,123	0,494	0,801	0,471
Dor	0,957	0,755	0,408	0,064	0,595	0,219	0,471
Est. Geral Saúde	0,746	0,723	0,934	0,966	0,082	0,565	0,631
Vitalidade	0,057	0,819	0,263	0,420	0,174	0,696	0,005
Aspectos Sociais	0,589	0,917	1,000	0,703	0,432	0,565	0,005
Asp. Emocionais	0,516	0,573	0,157	0,445	0,860	0,142	0,207
Saúde Mental	0,448	0,755	1,000	0,497	0,860	0,170	0,029

Legenda: DM – Diabetes *Mellitus*; HAS - Hipertensão Arterial Sistólica; Problemas ost/art/mus - Problemas osteoarticulares e osteomusculares.

Fonte: Dados da pesquisa, CASIC/UFF, Niterói - RJ, Brasil (2017).

Segundo os resultados do estudo, conforme apresentado na Tabela 2- acima, os maiores acometimentos foram hipertensão e os problemas osteomusculares, associado à artrose, como segundo problema. Os escores de todos os domínios da escala não estão associados à hipertensão, ou seja, não há diferença significativa entre os escores da escala SF-36 dos grupos que não apresentaram e que apresentaram hipertensão (todos os p-valores maiores que 5%). No entanto, o fato de o idoso apresentar mais de uma doença crônica (80% apresentaram hipertensão e 76,7% manifestaram problemas osteoarticulares/musculares), acarretando limitação, fragilidade e baixa funcionalidade, mostra-se um problema relevante no atendimento ao idoso impondo o uso da polifarmácia. Estas características podem dificultar a manutenção de outros gastos que favorecem sua qualidade de vida (Pereira *et al.*, 2017).

Quanto aos escores dos domínios vitalidade, aspectos sociais e saúde mental estão significativamente associados ao problema osteoarticular/muscular. Os participantes que

manifestaram problemas osteoarticulares/musculares denotaram escores dos domínios vitalidade, aspectos sociais e saúde mental significativamente menor do que os respectivos escores dos pacientes que não manifestaram problemas osteoarticulares/musculares.

Corroborando a importância desta pesquisa, segundo Martins *et al.* (2020) em seu estudo qualitativo, documental, exploratório-descritivo objetivando conhecer a produção científica brasileira da enfermagem acerca das Doenças Crônicas Não Transmissíveis faz menção em sua pesquisa, de lacuna do conhecimento encontrada por não haver abordagem de alguma doença como a osteoarticular, reumática e outras que fazem parte da subagenda 5, da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS). No entanto, esta foi à segunda DCNT encontrada nos participantes desta pesquisa, que são clientes atendidos por uma equipe multiprofissional no Centro de Atenção à saúde do Idoso e do cuidador (CASIC) da Universidade Federal Fluminense.

Verificou-se, que referente aos problemas de saúde, as patologias mais frequentes em ordem de incidência foram: Hipertensão Arterial Sistêmica, Artrite/Artrose/Osteoporose/Artrite reumatóide, Diabetes *Mellitus*, Lombalgia e Cardiopatia. Embora um número elevado de pessoas idosas seja portador de, pelo menos, uma doença crônica, nem todas ficam limitadas por elas, e muitas realizam diversas atividades cotidianas (Reis *et al.*, 2017). Analisando no contexto social e escore estado geral de saúde, as mulheres, mais do que os homens, consideravam-se com qualidade de vida, mesmo com doenças crônicas. Infere-se, que elas interpretaram sua QV, por estarem controlados em suas doenças e fazerem parte de grupos de apoio.

Na pesquisa, analisou-se a qualidade de vida como um fenômeno social que pode ter peculiaridades objetivas e também subjetivas, sendo influenciada pelos valores individuais e da sociedade, entendendo-se como um conjunto de conceitos e valores que influenciam diretamente a vida das pessoas e necessita de inúmeras ações, principalmente quando se considera sua contribuição para a vida da pessoa idosa (Oliveira, 2004).

Acerca da análise dos dados provenientes da técnica de discussão de grupo, conforme as entrevistas realizadas e utilizado os instrumentos, conforme detalhados na metodologia, buscou-se a obtenção das Representações Sociais da qualidade de vida dos idosos, após leitura das falas dos participantes, empregou-se as unidades de registros (UR), sendo agrupadas todas as palavras repetidas e de sentidos semelhantes: (amor, respeito, carinho, aceitação, gratidão a Deus, fé, paz, Deus, desafios da vida, força, igreja, autoestima, família, harmonia familiar, filhos netos, união, grupos, convivência familiar, relacionamentos, casamentos duradouros, amizade, tolerância, diálogo, amigos, ter saúde, passear, viajar,

alimentação saudável, atividade física, autocuidado, ter casa própria, dinheiro, aposentadoria, tratamentos, medicamentos saúde pública, políticas públicas, transporte gratuito), visando a análise e a elaboração das categorias para desvelar o pensamento do idoso e a representação social.

Desta forma, originaram-se três categorias. Categoria 1: Qualidade de vida, aspectos inter-relacionais e estilo cotidiano do próprio idoso; Categoria 2: Qualidade de vida, aspectos emocionais e espirituais; e Categoria 3: Qualidade de vida, dimensões sociopolíticas e econômicas, segurança e políticas públicas.

Nesta primeira categoria, percebe-se a importância referente às representações sociais do idoso acerca da Qualidade de Vida. A ênfase foi observada ao vínculo familiar e relacional como um alicerce fundamental de muitos idosos e também a preocupação com a saúde, conforme a fala:

[...] É caminhada, alimentação saudável, é ter a família perto [...] Só isso já é uma boa qualidade de vida [...] (E 29).

Portanto, a QV nos aspectos inter-relacionais e no cotidiano, um dado relevante é que são construídos laços de afetos e relacionamentos afins, estimulando-os a manterem-se ativos a partir de grupos que fazem parte e constroem sua qualidade de vida com representação central na família. Nota-se, que a maior longevidade possibilitou às mulheres viverem por mais tempo o papel de avós e de bisavós, demonstrando que as pessoas podem se beneficiar com apoio, proteção e aprendizagem mútua entre as diferentes gerações (Bitencourt, 2019).

Quanto à categoria qualidade de vida, nos aspectos emocionais e espirituais, os idosos inseridos em grupos e atividades sociais sentiam-se mais acolhidos, respeitados, aceitos, com melhor escore de qualidade de vida nos aspectos sociais, assim como melhores pontuações nos aspectos emocionais. Nesta pesquisa as mulheres demonstraram a valorização da saúde, liberdade e autonomia após os anos de dedicação à família, a casa e à criação dos filhos, sendo relevante nas falas das mulheres, que demonstraram mais cuidado consigo mesmas e dedicação ao lazer e atividades como grupos de apoio.

[...] e participo de grupos de igreja. [...] Agora, tenho tempo e eu quero isso pra minha vida. E sempre quis fazer aeróbica e agora eu posso [...] (E 10).

Também, considerou-se, que os idosos têm uma representação de fé e religiosidade atribuindo um caráter de triunfo sobre a própria idade e sua superação de limitações físicas e autonomia. Pode-se afirmar, conforme estudo realizado com 101 pacientes no Distrito Sanitário de Chambo-Riobamba, Equador, que as doenças crônicas representam as mudanças em sua vida pessoal, a capacidade individual de se adaptar à doença, as limitações para o desenvolvimento de atividades cotidianas, o descanso e os problemas financeiros estão entre as dimensões mais afetadas da qualidade de vida, que geram dificuldades no paciente para a manutenção de sua saúde (Villa *et al.*, 2020).

Demonstram a insatisfação relacionada à categoria dimensões sociopolíticas e econômicas segurança e políticas públicas. No entanto, percebe-se nas falas das participantes, a satisfação quanto aos atendimentos nos grupos de igreja e no CASIC, sendo esta, uma unidade, referência de estudo e pesquisa na atenção e cuidado ao idoso e de cuidadores, contando com uma equipe multidisciplinar, onde o cuidado e o atendimento são compartilhados com Niterói e municípios vizinhos, como São Gonçalo (48%) e Itaboraí (8%), conforme dados sociodemográficos. Neste local, o idoso é valorizado, percebendo um ambiente de cuidado, atenção e acolhimento para suas demandas de saúde e bem estar, já que há várias atividades em saúde para este público.

[...] Aqui está se fazendo uma família. Passamos o tempo descontraídos; é diferente, parece que a gente está mais forte quando sai daqui [...]. (E 04)

Referente à qualidade de vida e a importância e a necessidade de políticas públicas para o cuidado e o favorecimento de sua QV, entretanto, mesmo havendo tais políticas públicas para que os idosos tenham longevidade com qualidade, ainda se tem problemas com a efetivação e implementação desta. Uma crítica a considerar é que tais políticas podem não atender inteiramente às necessidades dos idosos, uma vez que a estes não foi dada voz no momento da elaboração. Portanto, quando o idoso desconhece seus direitos sociais, torna-se alienado de sua condição de agente produtor de saúde, necessitando superar as limitações às prescrições de hábitos de vida, com apelo à responsabilização individual, na direção de um debate mais amplo, que envolva a cidadania e as políticas públicas intersetoriais (Alcântara, *et al.*, 2016).

[...] A gente vai no posto, não tem médico, nem remédio, nem AAS tem no posto; e ainda é mal atendida.[...] Muito diferente do que a gente recebe nesse lugar aqui (E 03).

[...] Para ter mais qualidade de vida é preciso o governo fazer mais, porque escrever no papel é bonito, mas cumprir a lei é complicado. Não se tem o que está na lei [...]. (E 27)

Mesmo com a distância e dificuldades de transporte público e, muitas vezes, de autolocomoção, não houve impedimento para a adesão e frequência dos participantes que se sentiam acolhidos naquele espaço (CASIC), pois relataram que não só o cuidado prestado é importante, mas também o fato de ter um local de afetividade, de relações interpessoais estabelecidas nos grupos, fortalecendo os vínculos tanto de cuidados em saúde como de afetividade.

Neste estudo, utilizou-se a tecnologia leve, tratando-se de relações, acolhimento, gestão de serviços, que são propostas nas oficinas para idosos voltadas para as necessidades apresentadas pelos mesmos, a partir das representações sociais de qualidade de vida dos idosos, e também levantadas em escala própria para avaliação, a SF-36 (Ciconelli *et al.*, 1999). A partir dos resultados obtidos na pesquisa, nas entrevistas, nos levantamentos e análises realizadas, utilizando-se a SF-36, em sua aplicação instrumentalizou para elaboração de tecnologia educacional em forma de oficina, visando favorecer a qualidade de vida aos idosos, promover educação em saúde com abordagem desta temática, relacionando-a as suas representações sociais sobre os temas, a saber: diabetes; hipertensão; colesterol; depressão; ansiedade; risco de quedas; alimentação, lazer, direitos do idoso e outros, abordados neste estudo, com orientações necessárias pelos enfermeiros, estimulando os idosos à atuação do cuidado de si, sendo o idoso protagonista e transformador de práticas relacionadas à sua qualidade de vida.

4. Considerações Finais

A qualidade de vida (QV) na visão subjetiva dos idosos, suas percepções e vivências; bem como sua objetividade, podendo ser mensurada nos domínios da escala, a SF-36. Os idosos da pesquisa expressaram por QV o seu autocuidado, cuidado de si, envolvimento familiar, pertencer a um ou mais grupos de apoio, estarem controlados em suas doenças

crônicas, ter políticas públicas de saúde eficientes e eficazes, que possam impactar diretamente a qualidade de vida da pessoa idosa. Buscou-se identificar como esta clientela lida com as DCNT e suas complicações, no intuito de implementar uma tecnologia educacional em saúde em forma de oficina, onde os idosos poderiam participar aprendendo, expondo suas ideias, percepções tendo melhor esclarecimento no enfrentamento de sua vivência com a DCNT em oficinas específicas com equipe multiprofissional.

O estudo apresentou como limitação, o pouco tempo disponível para implementação das oficinas de qualidade de vida durante a pesquisa, porém há sugestões para uso nas oficinas do CASIC e encaminhamentos para a equipe multiprofissional, conforme a necessidade de cada participante. Ressalta-se, que a temática abordada apresenta características universais, havendo ainda, lacunas do saber referentes às DCNT em especial as doenças osteoarticulares/musculares, necessitando-se serem melhor exploradas no campo da enfermagem com novos estudos.

Espera-se que esta pesquisa possa contribuir para uma reflexão da atenção oferecida aos idosos, visando sua qualidade de vida, com discussões que promovam estratégias de cuidados multiprofissionais e de enfermagem a esta clientela.

Este trabalho se mostra relevante para a enfermagem geriátrica, para a saúde coletiva e para a sociedade como um todo, sugerindo-se novos estudos com esta temática, visando contribuir de forma efetiva, buscando novos investimentos, estratégias e ações eficazes junto aos idosos, que apresentam problemas osteoarticulares/musculares, hipertensivos e outros, no sentido de promover uma saúde com qualidade, proporcionando melhor qualidade de vida aos idosos com doenças crônicas não transmissíveis.

Referências

Alcântara, A. O., Camarano, A. A., & Giacomini, K. C. (Orgs.). (2016). *Política nacional do idoso: velhas e novas questões*. Rio de Janeiro: IPEA. Recuperado de <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2016/10/Pol%C3%ADtica-Nacional-do-Idoso-velhas-e-novas-quest%C3%B5es-IPEA.pdf>.

Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.

Bitencourt, S. M. (2019). Notas sobre o envelhecimento a partir de uma instituição de longa permanência em Cuiabá (MT), Brasil. *Revista Kairós-Gerontologia*, 22(1), 163-183. doi: <http://dx.doi.org/10.23925/2176-901X.2019v22i1p163-183>.

Brasil. (2020). Secretaria de Saúde do Estado do Tocantins. *Doenças crônicas não transmissíveis*. Recuperado de <https://saude.to.gov.br/vigilancia-em-saude/doencas-transmissiveis-e-nao-transmissiveis-/dant/doencas-cronicas-nao-transmissiveis/>. Acesso em: 06 maio 2020.

Ciconelli, R. M., Ferraz, M. B., Santos, W., Meinão, I., & Quaresma, M. R. (1999). Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Revista Brasileira de Reumatologia*, 39(3), 143-150.

Coelho, M. O., & Jorge, M. S. B. (2009). Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(Supl. 1), 1523-1531. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000800026>.

Irigaray, T. Q., & Trentini, C. M. (2009). Qualidade de vida em idosas: a importância da dimensão subjetiva. *Estudos de Psicologia*, 26(3), 297-304. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2009000300003>.

Lemos, A. P., Ribeiro, C., Fernandes, J., Bernardes, K., & Fernandes, R. (2017). Saúde do homem: os motivos da procura dos homens pelos serviços de saúde. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 11(Supl. 11), 4546-4553. doi: 10.5205/reuol.11138-99362-1-SM.1111sup201714.

López-Rincón, F. J., Morales-Jínez, A., Ugarte-Esquivel, A., Rodríguez-Mejía, L. E., Hernández-Torres, J. L., & Sauza-Niño, L. C. (2010). Comparación de la percepción de calidad de vida relacionada con la salud en hombres y mujeres adultos mayores. *Enfermería Global*, (54), 410-417. doi: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.2.331781>.

Malta, D. C., Andrade, S. S. C. A., Oliveira, T. P., Moura, L., Prado, R. R., & Souza, M. F. M. (2019). Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil

e regiões, projeções para 2025. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 22, e190030. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-549720190030>.

Martins, N. F. F., Abreu, D. P. G., Silva, M. R. S., & Lima, J. P. (2020). Produção científica da enfermagem acerca das doenças crônicas não-transmissíveis em pessoas idosas: relações com as necessidades de saúde, as prioridades de pesquisa no Brasil e o trabalho da enfermagem. *Research, Society and Development*, 9(3), e52932336. doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i3.2336>.

Moscovici, S. (1978). *A representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.

Oliveira, M. S. B. S. (2004). Representações sociais e sociedades: a contribuição de Serge Moscovici. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 19(55), 180-186. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-69092004000200014>.

Organização Pan-Americana da Saúde. (2018). *Brasil lança estratégia para melhorar vida de idosos com base em recomendações da OMS*. Recuperado de https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5625:brasil-lanca-estrategia-para-melhorar-vida-de-idosos-com-base-em-recomendacoes-da-oms&Itemid=820.

Pagano, M., & Gauvreau, K. (2004). *Princípios de bioestatística*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

Pereira, K. G., Peres, M. A., Iop, D., Boing, A. C., Boing, A. F., Aziz, M., & D'Orsi, E. (2017). Polifarmácia em idosos: um estudo de base populacional. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 20(2), 335-344. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700020013>.

Prates, L. A., Ceccon, F. G., Alves, C. N., Wilhelm, L. A., Demori, C. C., Silva, S. C., & Ressel, L. B. (2015). A utilização da técnica de grupo focal: um estudo com mulheres quilombolas. *Cadernos de Saúde Pública*, 31(12), 2483-2492. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00006715>.

Reis, L. A., Gomes, N. P., Menezes, T. M. O., Couto, T. M., Aguiar, A. C. S. A., Abreu, M. S. N., Reis, L. A. (2017). Persona mayor con limitaciones funcionales diarias. *Revista Cubana de Enfermería*, 33(1). Recuperado de <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1023/233>.

World Health Organization. (2018). *Non communicable diseases country profiles 2018*. Geneva: WHO. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274512>.

Villa, K. F., González, C. G., Rodríguez, M. P., Peña, E. B., Ríos, C. A. G., & Maygua, M. A. V. (2020). Dimensiones de calidad de vida afectadas en pacientes diabéticos. *Revista Cubana de Enfermería*, 36(1), e2610. Recuperado de <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2610>.

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Margarete Tereza Machado Ulrichsen Sardinha – 30%

Selma Petra Chaves Sá – 20%

Josélia Braz dos Santos Ferreira – 12,5%

Mirian da Costa Lindolpho – 12,5%

Ana Maria Domingos – 12,5%

Vangelina Lins Melo – 12,5%