

---

## REPRESENTAÇÕES DE FRAGILIDADE PARA IDOSOS NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

*Luciane Paula Batista Araújo de Oliveira<sup>1</sup>, Rejane Maria Paiva de Menezes<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Mestre em Enfermagem. Professora Assistente da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: lucianeoliveira@facisa.ufrn.br

<sup>2</sup> Doutora em Enfermagem. Professora Associado do Departamento de Enfermagem da UFRN. Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: rejemene@terra.com.br

**RESUMO:** Este estudo objetivou analisar representações sociais de idosos domiciliados acerca da fragilidade, conforme definição do Ministério da Saúde, e identificar a atuação da equipe de Saúde da Família na visão do idoso. Estudo descritivo, qualitativo e fundamentado na Teoria das Representações Sociais. Teve como cenário o domicílio de idosos em área adscrita de Unidade de Saúde da Família, de Natal-RN. Participaram 10 idosos, sendo a escolha intencional, considerando a saturação das informações. Utilizou-se entrevista semiestruturada e observação participante. Embora muitos apresentassem aspectos da fragilidade, a maioria dos idosos tinha dificuldade para defini-la. Com a análise de conteúdo foram alcançadas seis categorias temáticas que, de modo geral, indicaram que as representações de fragilidade, para esses idosos, estavam relacionadas à presença de doenças, às mudanças na vida diária, à fraqueza e ao risco de sofrer quedas. Concluiu-se que conhecer a fragilidade é fundamental na avaliação da saúde do idoso na atenção básica.

**DESCRIPTORIOS:** Envelhecimento. Idoso fragilizado. Enfermagem. Saúde da família.

---

## REPRESENTATIONS OF FRAILTY FOR ELDERLY WITHIN THE FAMILY HEALTH STRATEGY CONTEXT

**ABSTRACT:** This study aimed to analyze social representations among elderly who live with frailty, as defined by the Brazilian Ministry of Health, as well as to identify the role of the Family Health Team, according to the elderly. This qualitative, descriptive study was based on the Theory of Social Representations and took place in the homes of elderly people enrolled in the Family Health Unit in Natal, RN, Brazil. A total of 10 elderly participated in this study, considering intentional choice and the saturation of information. Semi-structured interviews and participant observation were used to collect data. Although many of subjects presented aspects of frailty, the majority of the elderly had difficulty defining it. Through the content analysis, six themes were achieved that in general indicated that the representations for frailty given by these elderly people were related to the presence of disease, changes in daily life, weakness, and risk of falling. It was concluded that understanding frailty is fundamental to assessing elderly health in primary care.

**DESCRIPTORS:** Aging. Frail elderly. Nursing. Family health

---

## REPRESENTACIONES DE LA FRAGILIDAD DE LOS ANCIANOS EN EL CONTEXTO DE LA ESTRATEGIA DE SALUD FAMILIAR

**RESUMEN:** Los objetivos del presente estudio son: analizar las representaciones sociales de ancianos residentes en sus hogares, acerca de su fragilidad, según lo definido por el Ministerio de Salud, e identificar el papel del equipo de Salud Familiar desde la perspectiva del anciano. Es un estudio descriptivo, cualitativo, basado en la Teoría de las Representaciones Sociales, desarrollado en las residencias de los ancianos en el área adscrita a la Unidad de Salud Familiar, en la ciudad de Natal-RN. Participaron 10 ancianos elegidos intencionalmente, teniendo en cuenta la saturación de las informaciones. Se utilizaron entrevistas semiestructuradas y observación participante. Aunque muchos ancianos presentaron aspectos de fragilidad, la mayoría tenía dificultad para definirla. El análisis de contenido reveló seis categorías temáticas, indicando que las representaciones de fragilidad estaban relacionadas a la presencia de enfermedades, cambios en la vida diaria, debilidad y al riesgo de sufrir caídas. Se concluyó que conocer la fragilidad es fundamental para la evaluación de la salud del anciano en la atención básica.

**DESCRIPTORIOS:** Envejecimiento. Anciano frágil. Enfermería. Salud de la familia

## INTRODUÇÃO

No decorrer do século XX, a população brasileira passou por várias transformações, entre elas a mudança no perfil de morbidade e mortalidade da população, o que resultou em um crescimento no número de pessoas idosas e, em especial, no segmento que se encontra acima dos 80 anos de idade, alterando a composição interna do próprio grupo.

A população muito idosa, ou seja, o grupo com 80 anos ou mais, é a que apresenta as maiores taxas de crescimento.<sup>1</sup> Essa caracterização favorece o surgimento de novos problemas de saúde nessa fase avançada da vida. Dentre esses, uma das condições comumente observada tem sido a chamada síndrome da fragilidade, de causa multidimensional – pois envolve fatores biológicos, psicológicos e sociais do indivíduo –, que tem como consequência, maior vulnerabilidade a desfechos clínicos adversos.<sup>2</sup>

Exemplos de idosos com problemas crônicos de saúde e incapacidades são encontrados pelos profissionais de saúde nos diversos níveis de atenção à saúde e, quando identificados tardiamente, dificultam a aplicação de intervenções que possam subvertê-los ou minimizá-los.

Compreende-se ainda que, de um modo geral, o avanço da idade está associado ao maior risco de ocorrência da síndrome da fragilidade, tornando prioritário o desenvolvimento de ações que possam prevenir e assistir esse grupo mais efetivamente. Portanto, partindo da conceituação do Ministério da Saúde, o presente estudo considera como idoso frágil, ou em situação de fragilidade, aquele que: vive em Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI); encontra-se acamado; esteve hospitalizado recentemente por qualquer razão; apresente doenças sabidamente causadoras de incapacidade funcional (acidente vascular encefálico, síndromes demenciais, outras doenças neurodegenerativas, etilismo, neoplasia terminal, amputações de membros); encontra-se com, pelo menos, uma incapacidade funcional básica ou viva situações de violência doméstica.<sup>3</sup>

Apesar das políticas nacionais enfatizarem a importância do atendimento ao idoso no âmbito do domicílio, os serviços de atenção básica ainda não oferecem uma assistência voltada para as questões do idoso frágil. Por outro lado, considera-se igualmente importante que haja compreensão acerca da fragilidade e suas representações sobre o “ser frágil” por parte do próprio idoso que viven-

cia esse processo. Pressupõe-se que a identificação de mudanças advindas da fragilidade em idosos domiciliados, possa favorecer o desenvolvimento de ações capazes de postergar a sua instalação.

Este estudo destina-se a encontrar respostas para os seguintes questionamentos: qual a representação de “ser frágil” para os idosos deste estudo? Quais as dificuldades enfrentadas por esses idosos e seus familiares no processo de instalação de fragilidade? Como os idosos e/ou familiares deste estudo identificam a atenção recebida pelo enfermeiro(a) no atendimento aos seus problemas de saúde?

A partir desses questionamentos, o estudo teve como objetivos: analisar representações sociais de idosos sobre sua situação de fragilidade em domicílio e identificar como a atuação da enfermagem é percebida pelo idoso, no contexto de atenção em domicílio, na Estratégia de Saúde da Família (ESF).

## MÉTODOS

É um estudo do tipo descritivo e de natureza qualitativa, fundamentado em princípios teórico-metodológicos da Teoria das Representações Sociais.<sup>4</sup> Teve como cenário o domicílio de idosos residentes em área adscrita de uma Unidade de Saúde da Família (USF), da zona administrativa leste do Município de Natal-RN.

O estudo contou com 10 participantes idosos. Essa escolha foi intencional, conforme critérios estabelecidos: ter 60 anos ou mais; ser residente na área adscrita da USF Passo da Pátria; apresentar pelo menos uma das características de fragilidade<sup>3</sup>; apresentar funções físicas, sensoriais e cognitivas que possibilitasse responder aos instrumentos de pesquisa; e ser voluntário. Também foi levada em consideração a necessidade de visita domiciliária da USF, num determinado período de tempo, bem como o processo de saturação das informações.

Os dados foram coletados no período de julho a setembro de 2008, obedecendo aos preceitos éticos estabelecidos pela resolução nº 196/96,<sup>5</sup> tendo sido aprovado pelo Parecer nº 172/2008, do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Todos os participantes foram esclarecidos quanto ao anonimato (os idosos são identificados nas falas com nomes de pedras preciosas) e tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Logo, os procedimentos de coleta somente foram aplicados aos que concordaram com os termos da pesquisa.

Como procedimentos de coleta, foram utilizadas: a entrevista semiestruturada acompanhada de formulário e a observação participante. O formulário de entrevista constituiu-se de questões referentes à: percepção do estado de saúde, atenção recebida pela equipe da ESF e representação do idoso acerca da fragilidade. Já o roteiro de observação, incluiu aspectos do ambiente residencial (condições de moradia e riscos ambientais) e do contexto familiar (como por exemplo, se o idoso morava sozinho ou com familiares, e se era o responsável pelo domicílio).

Para que a análise fosse válida, foram obedecidas regras para se chegar às categorias de fragmentação de comunicação, as quais devem ser homogêneas, exaustivas, exclusivas, objetivas, adequadas ou pertinentes.<sup>6</sup> A análise de conteúdo temática foi realizada em três etapas, a saber: pré-análise (leitura flutuante, constituição do corpus, formulação de hipóteses e objetivos), exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.<sup>7</sup>

Realizadas as etapas da análise de conteúdo, buscou-se alcançar os processos de ancoragem e objetivação, elementos importantes na construção das representações que os idosos desse estudo têm sobre “ser frágil”, do ponto de vista conceitual e metodológico da Teoria das Representações Sociais. As técnicas de análise empregadas procuraram de alguma forma desvendar a associação de ideias subjacentes.<sup>8</sup>

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os idosos desse estudo tinham entre 62 e 88 anos, sendo que três participantes tinham mais de 75 anos – uma das características definidoras de fragilidade, segundo o conceito do Ministério da Saúde. Quanto ao sexo, sete participantes eram mulheres e três eram homens. De acordo com o estado civil, três idosos eram casados, cinco eram viúvos, um separado e outro solteiro. Com exceção de um participante, todos tiveram filhos; em vários casos, o idoso residia com seus filhos ou netos.

Dos dez idosos, seis possuíam renda familiar de um Salário Mínimo (SM); dois recebiam dois SM; e os outros dois recebiam entre dois e três SM. Nestes últimos, a renda familiar correspondia à soma de sua aposentadoria e dos rendimentos de outro membro da família. Quanto à escolaridade, entre todos os idosos, seis deles nunca frequentaram a escola. Em relação à procedência, observa-se que, com exceção apenas de um idoso, todos eram

oriundos de zona rural e vieram para a capital almejando emprego e, conseqüentemente, melhoria na condição de vida.

Os resultados obtidos indicam que a maioria dos participantes se expressava com dificuldades para falar ou dar significado aos termos fragilidade e ser frágil, mesmo considerando que a sua maioria (oito idosos) apresentava um ou mais dos aspectos da fragilidade. Por um lado, este fato pode ser atribuído à escassez de repertório para este termo, na atual linguagem popular, o que pode ser percebido, até mesmo, por parte de alguns profissionais da ESF.

À luz da Teoria das Representações Sociais, inferiu-se que a representação social do ser frágil está ancorada no contexto domiciliar, na realização das atividades da vida diária (AVD), nas alterações fisiológicas do envelhecimento e nas dificuldades com as quais se deparam o idoso e seus familiares, pois é através desses atributos que o termo que inicialmente pode ser considerado estranho para os idosos, torna-se algo familiar. Ao mesmo tempo, fragilidade e “ser frágil” são objetivados como adoecimento, fraqueza e risco de sofrer quedas. Assim, com o processo de objetivação, um termo complexo como “fragilidade”, torna-se simples para esses idosos.

Nesse estudo, a utilização da análise de conteúdo temática, na vertente da elaboração das representações, foi centrada na totalidade do discurso dos chamados “sujeitos genéricos” que, quando devidamente contextualizados, são capazes de representar o grupo no indivíduo.<sup>9</sup>

A partir da análise de conteúdo das falas das pessoas idosas participantes deste estudo, foram alcançadas as seguintes categorias: fragilidade como doença e doença como envelhecimento; o envelhecimento e a fragilidade como causas de mudanças e dificuldades na vida diária; a presença de familiares na vida da pessoa idosa frágil; fragilidade como fraqueza e o risco para quedas; a percepção do “ser frágil” como uma pessoa diferente; e a ausência da fragilidade na vida do idoso.

### **Fragilidade como doença e doença como envelhecimento**

A maioria dos idosos descrevem suas queixas relacionadas à atual condição de saúde, referindo Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT), tais como Hipertensão Arterial, Artrose, Déficit Visual, Diabetes *Mellitus*, Doença de Parkinson, Hipertireoidismo, Tuberculose Pulmonar, Osteo-

porose, Sequelas de Acidente Vascular Encefálico (AVE) e Depressão.

Quase todos apresentam uma ou mais condição crônica de saúde, com exceção apenas de uma idosa que afirma ter adquirido uma doença infecciosa (neste caso, Tuberculose Pulmonar), e outro idoso que referiu não apresentar nenhuma doença. Influenciados pela presença dessas patologias ou por outros fatores, como o próprio contexto domiciliar e algumas mudanças advindas do processo de envelhecimento, os idosos apresentam queixas diversas com relação à sua saúde. Assim, algumas falas se caracterizaram pela linha tênue que relaciona a presença de doenças ao processo de envelhecimento:

[...] *eu vivo muito adoentada; tem a idade também. Estou com 71 anos, não tenho mais saúde que preste!* (Turmalina).

À medida que a população envelhece, aumenta a incidência das DCNT, e estas podem ser evitadas em grande parte, já que seus determinantes não se referem apenas aos fatores genéticos e/ou mudanças da idade, e sim, a fatores de risco ambiental e comportamental.<sup>10</sup>

Outros idosos investigados nesse estudo demonstram não estarem satisfeitos com sua atual condição de saúde e afirmam que apesar da terapêutica medicamentosa, não observam melhora, dizendo que estão piores agora quando comparado ao momento antes do tratamento.

O avanço da idade tem sido relacionado, por parte dos próprios idosos, como sinônimo de doença, e indica que, nessa população, possui um caráter crônico, envolve gastos com os quais a pessoa idosa nem sempre pode arcar, gerando ainda mais desconforto e insatisfação.

Em estudo baseado na Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios, a percepção da própria saúde como ruim foi relatada por 10,5% dos idosos entrevistados, e a pior percepção da saúde aumentou com a idade entre os homens, mas não entre as mulheres; os idosos que relataram ter pelo menos uma doença crônica corresponderam a 69,0%, sendo esta proporção maior entre mulheres (74,5%) do que entre os homens (62,2%).<sup>11</sup>

No presente estudo, houve um entrevistado que não se queixou de problemas de saúde, o Sr. Ônix, de 84 anos – sexo masculino, casado, que não possui doença causadora de incapacidade diagnosticada – afirma não ter do que reclamar, pois dificilmente sente algum incômodo ou adocece. Tal depoimento nos induz a dizer que nem sempre o

fato de ser idoso muito idoso esteja associado à presença de doenças incapacitantes, mostrando que esta fase da vida pode ser saudável, desde que adaptações sejam feitas às limitações existentes.

Segundo a Teoria das Representações Sociais, as pessoas idosas entrevistadas podem ser vistas como atores sociais e, por isso, acabam construindo teorias de senso comum, as quais, em parte, servem para explicar esses fenômenos por eles representados e, de outra, podem sustentar suas práticas sociais em relação a como permanecer saudável na velhice.<sup>12</sup>

### **O envelhecimento e a fragilidade como causas de mudanças e dificuldades na vida diária**

Os idosos entrevistados vivenciam o processo de envelhecimento de forma variável, influenciados pelo contexto em que vivem e pelos múltiplos fatores – biológicos, psicológicos e sociais – o que pôde ser demonstrado através das falas nas entrevistas e observação de campo.

Considerando as mudanças físicas e fisiológicas advindas do envelhecimento, alguns idosos referem que as mesmas relacionam-se com as dificuldades na sua vida cotidiana enfrentadas por eles e os seus familiares. Estes expressam que existem mudanças na sua saúde que implicam em dificuldades para a sua vida diária, como o fato de não deambular e ter déficit visual, dizendo que, devido a esses fatores, não pode fazer nada, pois com saúde poderia ajudar suas filhas com os cuidados domésticos e reflete dizendo que antes era uma pessoa diferente da que é atualmente.

Sobre as mudanças próprias do envelhecimento vividas, o Senhor Citrino fala que costumava se movimentar, fazer serviço pesado e ser uma pessoa ativa e, assim, sentia-se bem e tinha o sono preservado; atualmente não tem feito caminhada devido à perda visual consequente do Diabetes e pela dificuldade de deambulação, por isso, sempre que sai de casa precisa que alguém o acompanhe.

O Diabetes *Mellitus* constitui uma das principais causas de cegueira, amputação de membros inferiores, insuficiência renal e doenças cardiovasculares, com impacto significativo na qualidade de vida das pessoas acometidas. Por isso, é imprescindível que os profissionais de saúde a detectem precocemente e expliquem ao idoso e sua família a importância do tratamento.<sup>10</sup>

Para a pessoa idosa, a realização das Atividades da Vida Diária (AVDs) aparece como algo presente e necessário para sua sobrevivência,

de forma natural em seu dia a dia, mantendo-o participativo tanto na gestão e nos cuidados com a própria saúde, como no desenvolvimento de tarefas domésticas.

As condições crônicas tendem a se manifestarem de forma simultânea e com maior expressão nos idosos. Embora não sejam fatais, tais condições podem comprometer, de forma significativa, a qualidade de vida. Como resultado, pode surgir um processo incapacitante pelo qual uma determinada condição (aguda ou crônica) afeta a funcionalidade dos idosos e, conseqüentemente, o desempenho das atividades cotidianas.<sup>13</sup>

Em situação na qual o idoso apresenta alguma limitação funcional, como por exemplo, dificuldade em deambular, obviamente haverá maior dependência para a realização das AVDs, podendo necessitar do auxílio dos familiares ou vizinhos quando dispostos a ajudar. A importância de identificar-se quais idosos não realizam as AVDs, possibilita a identificação dos que necessitam de ajuda para a sua realização diária.

A maioria das pessoas idosas entrevistada apresenta-se com boa capacidade funcional e autonomia, e com a condição de realizar suas AVDs de forma independente, necessitando de ajuda somente para algumas Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs), como o preparo dos alimentos, a realização das compras de alimentos e o uso de medicamentos, de transportes, a limpeza da casa e controle das finanças.

Nesse contexto, vê-se a importância da utilização de uma avaliação funcional que busque verificar em que nível as doenças ou agravos impedem que os idosos o desempenhem suas atividades cotidianas de forma autônoma e independente. Um dos instrumentos mais utilizados para avaliação funcional em gerontologia tem sido o índice de Independência nas AVDs desenvolvido por Sidney Katz, na década de 1960.<sup>13</sup>

Embora a aplicação desse tipo de avaliação não tenha sido objeto do presente estudo, durante a observação de campo pôde ser percebido que apenas nos idosos que apresentam incapacidade funcional instalada se observa dependência de familiares ou cuidadores com os quais convivem, no auxílio ou mesmo ajuda para a realização das suas AVDs.

Observa-se que no desenvolvimento das AVDs ou AIVDs por parte desses idosos, há certa indisposição para a realização das atividades domésticas e, neste caso, naquelas que despendam de mais esforço físico, como a limpeza da casa e a

lavagem da roupa, em geral, sendo realizadas por um familiar da casa.

A fadiga na realização das AVDs não só é um forte fator de predisposição de incapacidade e mortalidade, como também é um mediador nos efeitos da comorbidade e na capacidade de realizar exercícios que exigem esforço físico, configurando-se então como uma medida subjetiva válida para identificar sinais de vulnerabilidade à fragilidade em idosos, mostrando a necessidade de estratégias de prevenção.<sup>14</sup>

Compreende-se ser importante a manutenção da capacidade funcional e autonomia dos idosos e, para tanto, deve-se estimular a promoção, a prevenção e o controle dos fatores de risco que evitam o surgimento da condição de fragilidade nos idosos. Entretanto, o fato desses problemas serem comuns no dia-a-dia dos idosos nem sempre impedem que os mesmos realizem as suas AVDs e AIVDs.

### **A presença de familiares na vida da pessoa idosa frágil**

Para alguns idosos, os aspectos vivenciados no contexto domiciliar com outros familiares influenciam na sua condição de tranquilidade, tornando-os algumas vezes temerosos e inseguros diante da própria família. Em alguns casos, observa-se que a convivência cotidiana entre idosos e familiares pode contribuir para a instalação do processo de fragilidade no idoso ou pode influenciar para a elaboração dessa representação social no idoso.

A vida familiar constitui um espaço importante para a elaboração de um destino comum, para o amadurecimento de um saber sobre o espaço, o tempo, a memória, a transmissão de conhecimentos e informações, a compensação da pouca escolarização com outros aprendizados transmitidos oralmente e por contato direto.<sup>15</sup>

Neste estudo foram entrevistados idosos que nunca tiveram filhos ou não mantêm nenhum contato com eles e procuram apoio em outros familiares ou amigos que possam ajudá-los. Compreende-se que a velhice é uma fase de dificuldades entre os idosos na qual o indivíduo pode necessitar de mais cuidados e apoio da sua família. O processo de cuidar da pessoa idosa depende da integração das relações familiares, da disponibilidade de recursos pessoais e externos em diferentes momentos e situações, e da história anterior de relacionamento com o idoso.<sup>16</sup>

Uma das participantes do estudo, Senhora Pérola, pensava que chegaria à terceira idade com uma vida sossegada, mas diante da relação de conflito com um de seus filhos – usuário de drogas e autor de assaltos na comunidade –, fala não sentir mais vontade de viver e descreve as vezes que seu filho chega em casa bastante agressivo e discutindo com ela, fatos que a fazem considerar ser esse filho “*a cruz mais pesada que carrego*”. Atualmente, a violência familiar parece ser frequente no cotidiano de alguns idosos e influencia diretamente sobre os seus sentimentos ou, pelo menos, de algumas idosas desse estudo.

As violências contra pessoas mais velhas precisam ser vistas sob, pelo menos, três parâmetros: demográficos, sócioantropológicos e epidemiológicos. Embora a vitimação dos velhos seja um fenômeno cultural de raízes seculares e suas manifestações, facilmente reconhecidas, desde as mais antigas estatísticas epidemiológicas. Esse problema não tem se apresentado como algo relevante para a sociedade.<sup>17</sup>

No caso do Brasil, as violências contra a pessoa idosa se expressam em tradicionais formas de discriminação, tratando-as como pessoas “descartáveis” e “peso social”; por parte do Estado, a pessoa idosa hoje é responsável pelo custo insustentável da Previdência Social.<sup>17</sup>

Neste estudo surgiram situações em que os familiares não permitem que o idoso participe de atividades domésticas, e que o fazem por acreditar que essa seja uma forma de proteger o idoso ou cuidar de sua saúde. Esse fato é relatado pelos familiares e pelos próprios idosos. Considerando a importância de manter-se ativo durante o processo de envelhecimento como forma de prevenir a instalação de incapacidades e dependência, considera-se que tais atitudes devam ser discutidas cuidadosamente.

Com todo um conjunto de limitações que se instala em seu organismo, o idoso sente-se desconfortável, pois gostaria de ajudar seus familiares e participar mais ativamente das tarefas cotidianas, como relata a Senhora Esmeralda, dizendo que, pelo fato de não deambular e ter déficit visual, não pode fazer nada, pois com saúde poderia ajudar suas filhas com as tarefas domésticas.

O papel do idoso sofreu modificações substanciais, através do tempo, no âmbito familiar e social. Perdeu o protagonismo, que constituía uma referência fundamental e ao qual o idoso ainda amarra seu sentimento de pertencimento e autoestima. Por isso, a retirada dos investimentos traz

ainda como consequência sentimentos de desamparo, abandono, solidão, depressão e pode levar a processos de perdas cognitivas como decorrência de abalos vinculares extremos.<sup>18</sup>

Faz-se necessária uma mudança do comportamento atual centrado nos cuidados especializados realizados em instituições, visto que para atender a população mais idosa, são necessárias medidas que visem proporcionar condições de manter estes idosos, o maior tempo possível, em seus lares e ter a família como sustentação, para a manutenção tanto física como social deste grupo fragilizado.<sup>19</sup>

A atenção ao idoso está intimamente relacionada à presença do cuidador, ou melhor, da pessoa que, no espaço privado doméstico, realiza ou ajuda o idoso a realizar suas atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária, com o objetivo da preservação de sua autonomia e de sua independência.<sup>19</sup>

### **Fragilidade como fraqueza e o risco para quedas**

Uma representação social é um modo de pensamento sempre ligado à ação, à conduta individual e coletiva, uma vez que ela cria ao mesmo tempo as categorias cognitivas e as relações de sentido que são exigidas.<sup>20</sup>

Para alguns idosos, o “ser frágil” adquire materialidade em algo “que quebra”, em um estado de fraqueza, de ser fraco e que, para eles, é uma consequência da idade avançada.

Em algumas situações, “ser frágil” foi relacionado ao risco de sofrer quedas e, por isso, à necessidade de ajuda, de outras pessoas para realizar suas atividades. Ao referir-se à necessidade de ajuda percebe-se que, por parte dos idosos, há uma preocupação em depender de outras pessoas para realizar atividades e em não poder fazer o que fazia antes:

[...] *é cair? [...] Eu penso assim, que é a pessoa que não tem condições, não tem condições de andar, vive assim, com ajuda dos outros, e é muito doloroso isso (Rubi).*

Considerando o envelhecimento, a queda pode representar um problema que compromete a capacidade funcional do cliente, tornando-o dependente de assistência, limitando sua autonomia.<sup>21</sup>

As quedas, em idosos, têm como consequências, além de possíveis fraturas e risco de morte, o medo de cair, a restrição de atividades, o declínio

na saúde e o aumento do risco de institucionalização. Assim, o envelhecimento populacional e o aumento da expectativa de vida demandam ações de prevenção e reabilitação no sentido de diminuir os fatores de risco para quedas, como o comprometimento da capacidade funcional, a visão deficiente e a falta de estimulação cognitiva.<sup>22</sup>

### A percepção do “ser frágil” como uma pessoa diferente

O processo de envelhecimento e a presença de fatores que caracterizam o idoso como uma pessoa frágil, pode despertar sentimentos que faz o idoso se perceber como alguém diferente daquele que costumava ser em tempos passados. Essa percepção é descrita pelo idoso através do repertório que possui para representar a fragilidade ou o ser frágil como algo que o torna diferente.

*Não tenho vergonha de mentir, às vezes choro [...]. Choro, mas é o jeito. Quem era eu, e [quem] eu sou hoje (Esmeralda).*

As falas dos idosos demonstram sentimentos de tristeza e um pensamento saudoso com relação à sua própria vida no passado, fazendo com que a pessoa idosa intuitivamente perceba que com a velhice vieram também algumas perdas. Em geral, as pessoas idosas desse estudo tendem a comparar outras fases de sua vida com o presente e relatam que algumas funções e atividades encontram-se prejudicadas, como por exemplo, dificuldades de deambulação, as quais implicam em déficit no desempenho, tanto das AVDs, como das AIVDs.

### Ausência da fragilidade na vida do idoso

Entre os vários dizeres sobre a velhice, que circulam no meio social, existem discursos claramente marcados pela negação, em que se destacam os sujeitos posicionados discursivamente para recusar a velhice, quando fazem referência a si mesmos.<sup>23</sup>

Uma das idosas entrevistadas, a Senhora Pérola, apesar de queixar-se de situações de conflito familiar e de dificuldades de enfrentar o envelhecimento, vivendo com uma baixa renda familiar e dificuldades de acesso a saúde, vê a fragilidade como algo distante de sua realidade, pois para ela há uma interpretação de que ser frágil é ser acamado, e esta é uma situação que não faz parte de sua vida:

*[...] graças a Deus não vivo acamada. Tenho disposição para tudo (Pérola).*

Dessa forma, percebe-se tanto uma visão distorcida daquilo que hoje se entende por fragilidade,

como também a negação da velhice e de uma condição de fragilidade, onde a própria idosa apresenta critérios para ser classificada como “frágil”, considerando a delimitação do Ministério da Saúde.

Embora essa negação tenha aparecido explicitamente na fala de apenas uma participante, considera-se esse resultado relevante, por tratar-se de dado valioso para se entender a representação da fragilidade do idoso e, sendo um estudo de natureza qualitativa, o aspecto quantidade não pretere a qualidade dessa informação.

O indivíduo não se reconhece velho e, à medida que envelhece, tende a fixar em idades cada vez mais avançadas aquela que marca a entrada na última fase do ciclo vital.<sup>24</sup>

### O IDOSO E A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Sobre a atenção recebida pela equipe de Saúde da Família e pelo (a) enfermeiro (a), na visão dos idosos, estes ainda não aparecem como profissionais presentes e atuantes, embora os idosos entrevistados frequentemente façam menção à atuação do Agente Comunitário de Saúde (ACS). Quanto à atenção da equipe da ESF dada aos idosos e, segundo estes, observa-se uma ênfase para as ações desenvolvidas pelo ACS que os visitam com frequência e sempre os ajudam, dando-lhes às informações da USF ou, fazendo agendamento de consultas.

A atual Política Nacional de Atenção Básica descreve que a realização do cuidado em saúde da população idosa de área adscrita à ESF, se dá tanto no âmbito da unidade de saúde quanto no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), e que a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporciona atendimento humanizado e viabiliza o estabelecimento do vínculo, e estão entre as atribuições que são comuns a todos os membros da equipe de Saúde da Família.<sup>25</sup>

Segundo alguns idosos entrevistados, é raro se receber uma visita da equipe da ESF, mas compreendem o fato pois reconhecem que os profissionais tem muito trabalho a fazer na unidade de saúde. Por isso, só procuram atendimento na unidade quando realmente percebem que precisam de assistência:

*[...] esse pessoal do posto [...] é difícil eles virem aqui em casa [...] eles também não podem sair do lugar pra ir em outro canto né? Enquanto aguentar, eu não vou lá [...] (Ônix).*

Entende-se que a visita evita ou deve evitar que aquele que tem uma dada necessidade precise se deslocar até a USF para ser atendido, em situações em que a pessoa se vê e/ou está impossibilitada de se deslocar pela doença, por falta de tempo, por uma deficiência, em uma situação de desconforto, ou em casos considerados de urgência.<sup>26</sup>

A técnica e a padronização no atendimento a população não impõem a reflexão sobre o objeto de trabalho, onde o parcelamento das tarefas implica também na fragmentação das relações. Para os autores, a falta de qualificação especializada para o cuidado integral da pessoa idosa interfere nas práticas de cuidar em saúde, pois em estudo recente, observaram que o conhecimento sobre o envelhecimento entre os profissionais de saúde ainda é conceitual, ou encontra-se no domínio dos universos consensuais, pois os elementos desse conhecimento não estão integrados à realidade social.<sup>27</sup>

Na construção da realidade social, concorrem universos de pensamento classificados como reificados e consensuais. Nos universos reificados se produzem e circulam as ciências e o conhecimento técnico. Já os consensuais correspondem àqueles onde, a partir da reificação e dos processos de ancoragem e objetivação, são elaboradas as representações sociais.<sup>28</sup>

Assim, enquanto o conhecimento reificado do profissional de saúde sobre o envelhecimento enfatiza a promoção da saúde e a prevenção, sua prática diária ainda é focalizada nas ações curativas; portanto, sugere-se que para haver um redirecionamento de políticas de saúde e educação, os universos consensuais e reificados devam ser integrados.<sup>27</sup>

Sobre a atenção recebida pela (o) profissional enfermeira (o), de acordo com alguns idosos, não parece estar claro para os mesmos, sobre as funções deste profissional, fato observável quando, ao falarem das visitas que recebem, sempre relacionam ao profissional que apenas verifica a pressão arterial ou, que foi em lugar do médico quando este não pode realizar a visita. Assim, na maioria das vezes, confunde-se o enfermeiro com o profissional técnico de enfermagem ou o ACS. Compreende-se que tanto o enfermeiro como os outros profissionais da ESF necessitam desenvolver mais ações no domicílio, principalmente, com um atendimento mais focado na pessoa idosa.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Além das diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde sobre a fragilidade, considera-

se que também devam ser analisados aspectos subjetivos da pessoa idosa em razão de ser esta quem enfrenta no seu dia-a-dia, o processo de fragilidade em seu organismo, tendo assim, maior propriedade para falar sobre o que sente e para melhor vivenciá-lo.

Para entender a fragilidade no idoso, faz-se necessário que o enfermeiro esteja atento não só às alterações físicas e fisiológicas advindas do processo de envelhecimento, mas também para possíveis alterações da dinâmica familiar e de como o idoso se sente dentro do seu contexto, visto que uma situação de dependência e redução da capacidade funcional tem grande repercussão na vida das pessoas, por envolver questões de natureza não só biológica ou física, mas também emocional e social.

Inferiu-se também que, através dos processos de objetivação e ancoragem, “ser frágil” transforma-se em algo familiar e concreto, mostrando que, além da definição científica encontrada nos universos reificados, a fragilidade pode ser ressignificada e construída dentro de universos consensuais. Para os idosos desse estudo, fragilidade representa, de modo geral, uma condição relacionada à presença de doenças, às mudanças na vida diária, à fraqueza e ao risco de sofrer quedas.

Portanto, considerando o contexto onde esse estudo foi desenvolvido, a noção do que significa fragilidade e “ser frágil”, para a pessoa idosa, surge como de grande importância, podendo ser incorporado à avaliação em saúde realizada pelo enfermeiro nas visitas domiciliares e, no momento das consultas na USF, torne-se algo importante para que este profissional que atua em nível de atenção básica na ESF conheça esses aspectos que nem sempre são abordados em sua formação.

## REFERÊNCIAS

1. Camarano AA. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML, organizadores. Tratado de geriatria e gerontologia. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2006. p. 88-105.
2. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol Med Sci.* 2001 Mar; 56(3):146-56.
3. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Portaria no 2.528 de 19 de outubro de 2006. Brasília (DF): MS; 2006.

4. Moscovici S. Prefácio. In: Guareschi P, Jovchelovitch S, organizadores. *Textos em representações sociais*. 10ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2008. p.7-16
5. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução No 196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): MS; 1996.
6. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa (PT): Edições 70; 1977.
7. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2004.
8. Moscovici S. *A representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro (RJ): Zahar Editores; 1978.
9. Spink MJ. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais. In: Guareschi P, Jovchelovitch S, organizadores. *Textos em representações sociais*. 10ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2008.
10. Lebrão ML, Duarte YAO. *O Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2003.
11. Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saúde Pública*. 2003 Jun; 19(3):735-43.
12. Teixeira MCTV, Nascimento-Schulze CM, Camargo BV. Representações sociais sobre a saúde na velhice: um diagnóstico psicossocial na rede básica de saúde. *EPSIC*. 2002 Jul-Dez; 7(2):351-9.
13. Duarte YAO, Andrade CL, Lebrão ML. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Rev Esc Enferm USP*. 2007 Jun; 41(2):317-25.
14. Schultz-Larsen K, Avlund K. Tiredness in daily activities: a subjective measure for the identification of frailty among non-disabled community-living older adults. *Arch Gerontol Geriatr*. 2007 Jan-Feb; 44(1):83-93.
15. Vasconcelos EM. A priorização da família nas políticas de saúde. *Saúde em debate*. 1999 Set-Dez; 23(53):6-19.
16. Torres SVS, Sé EVG, Queros NC. Fragilidade, dependência e cuidado: desafios ao bem-estar dos idosos e de suas famílias. In: Diogo MJD'E, Neri AL, Cachioni M, organizadores. *Saúde e qualidade de vida na velhice*. 2ª ed. Campinas (SP): Alínea; 2006.
17. Minayo MCS. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. *Cad Saúde Pública*. 2003 Mai-Jun; 19(3):783-91.
18. Goldfarb DC, Lopes RGC. Avosidade: a família e a transmissão psíquica entre gerações. In: Freitas EV, Py L.; Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML, organizadores. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2006.
19. Mazza MMPR, Lefevre F. Cuidar em família: análise da representação social da relação do cuidador familiar com o idoso. *Rev Bras Cresc Desenv Hum*. 2005 Abr; 15(1):1-10.
20. Herzlich C. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. *Physis: Rev Saúde Coletiva*. 2005; 15(Supl): 57-70.
21. Fabrício SCC, Rodrigues RAP. Percepção de idosos sobre alterações das atividades da vida diária após acidentes por queda. *Rev Enferm UERJ*. 2006 Dez; 14(4):531-7.
22. Perracini MR, Ramos LR. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. *Rev Saude Publica*. 2002 Dez; 36(6):709-16.
23. Silva Sobrinho HF. A negação da velhice: uma discursividade ancorada na memória. *Est. líng*. 2005; 34(Esp): 241-6.
24. Neri AL. Feminização da velhice. In: Neri AL, organizadores. *Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade*. São Paulo (SP): Fundação Perseu Abramo, Edições SESC; 2007.
25. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília (DF): MS; 2006b.
26. Mandú ENT, Gaíva MAM, Silva MA, Silva AMN. Visita domiciliar sob o olhar de usuários do programa saúde da família. *Texto Contexto Enferm*. 2008 Jan-Mar; 17(1):131-40.
27. Comerlato BEM, Guimarães I, Alves ED. Tempo de plantar e tempo de colher: as representações sociais de profissionais de saúde e idosos sobre o processo de envelhecimento. *Rev Eletr Enf [online]*. 2007 Set [acesso 2010 Jun]; 9(3):736-47. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a13.htm>.
28. Sá CP. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: Spink MJP, organizadora. *O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social*. São Paulo (SP): Brasiliense; 1993.