



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

Jussara Regina Martins

**PROCESSO DE ENVELHECIMENTO DA FASE ADULTA-
IDOSA: POLÍTICAS PÚBLICAS, REDES DE APOIO E
DEMANDAS DE CUIDADOS**

Juiz de Fora
Outubro- 2016

Jussara Regina Martins

**PROCESSO DE ENVELHECIMENTO DA FASE ADULTA-
IDOSA: POLÍTICAS PÚBLICAS, REDES DE APOIO E
DEMANDAS DE CUIDADOS**

Projeto de pesquisa apresentado ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, para aprovação da defesa.

Área de Concentração: “Processo do Envelhecimento no *Continuum* do Desenvolvimento Humano” e “Cultura e Comunicação em Saúde e em enfermagem”

Linha de Pesquisa: Tecnologia e Comunicação no Cuidado em Saúde e Enfermagem (TECCSE).

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Cristina Arreguy-Sena

**Juiz de Fora
Outubro- 2016**

Autorizo a reprodução total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Elaborado de acordo com o Guia de Apresentação de Trabalhos Acadêmicos da Universidade Federal de Juiz de Fora.

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Martins, Jussara Regina.

Processo de envelhecimento da fase adulta-idosa: políticas públicas, redes de apoio e demandas de cuidados / Jussara Regina Martins. -- 2016.

162 f.

Orientador: Cristina Arreguy-Sena

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós Graduação em Enfermagem, 2016.

1. Enfermagem. 2. Envelhecimento. 3. Diagnóstico da Situação de Saúde em grupos específicos. 4. Vulnerabilidade em Saúde. 5. Políticas Públicas de Saúde. I. Arreguy-Sena, Cristina, orient. II. Título.

Pesquisa desenvolvida no Núcleo de pesquisa “Tecnologia, cultura e comunicação em Saúde e em Enfermagem” – TECCSE – UFJF e inserida na linha “Inovações científicas e tecnológicas em saúde e em enfermagem”. No Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu*-Mestrado em Enfermagem da FACENF, essa investigação se insere na linha “**Fundamentos Teóricos, Políticos e Culturais do Cuidado em Saúde Enfermagem**”.

A mestrandia Jussara Regina Martins contou com bolsa da Fapemig no período de Agosto de 2015 a Agosto de 2016.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM ENFERMAGEM

TEL. (32) 2102-3297 – E-MAIL: mestrado.enfermagem@ufjf.edu.br



JUSSARA REGINA MARTINS matrícula: 102320068

PROCESSO DE ENVELHECIMENTO DA FASE ADULTA-IDOSA: POLÍTICAS PÚBLICAS, REDES DE APOIO E DEMANDAS DE CUIDADOS

Pesquisa apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, como um dos requisitos para o processo de defesa no Mestrado em Enfermagem.

Aprovado em: 10 de outubro de 2016

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra Cristina Arreguy-Sena- Orientadora
Universidade Federal de Juiz de Fora- FACENF

Profa. Dra. Márcia Assunção Ferreira- 1ª avaliadora
Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Paulo Ferreira Pinto- 2º Avaliador
Universidade Federal de Juiz de Fora- FAEFID

Suplente 1-Prof Dr. Pedro Miguel Dinis Parreira
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Suplente: Profa. Dra. Elenir Pereira de Paiva
Universidade Federal de Juiz de Fora- FACENF

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Universidade Federal de Juiz de Fora, à Pró-Reitoria de Pesquisa, à Faculdade de Enfermagem da UFJF, ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* Mestrado em Enfermagem e aos queridos professores deste programa que contribuem imensamente para meu crescimento profissional e pessoal.

Também gostaria de agradecer aos professores que participaram da banca examinadora de qualificação: Dra. Márcia Assunção Ferreira, Dr. Paulo Ferreira Pinto, Dr. Pedro Miguel Dinis Parreira e Dra. Hérica Dutra pelas considerações apresentadas.

E agradecer aos professores da banca examinadora de defesa: Dra. Márcia Assunção Ferreira, Dr. Paulo Ferreira Pinto, Dr. Pedro Miguel Dinis Parreira e Dra. Elenir Pereira de Paiva por disporem do seu tempo para leitura do trabalho e contribuição com suas considerações.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Agradeço a Deus por me proporcionar esta graça, por estar sempre ao meu lado e nunca me desamparar.

Um agradecimento especial à professora Cristina Arreguy-Sena, que é uma excelente professora e orientadora, uma pessoa especial, dedicada, correta, digna, cuidadosa com seus orientandos e que, durante todo esse período, proporcionou-me amor, carinho e atenção e compartilhou seus conhecimentos comigo para o meu aperfeiçoamento.

Agradeço ao professor Paulo a atenção, sempre disposto a nos ajudar e compartilhar seus conhecimentos.

Agradeço aos meus pais, Ana Lúcia e José Martins, o apoio, incentivo, amor, carinho, os valores ensinados, por eu ser a pessoa que me tornei, pois, se sou alguém hoje, eu agradeço a eles.

Agradeço ao meu marido, Luiz Fernando, a atenção, o amor, carinho, as palavras de apoio quando mais precisei, sempre me incentivando a estudar e aperfeiçoar meus conhecimentos, por abdicar muitas das vezes do tempo de estar comigo para que eu pudesse estudar.

Às minhas amigas intituladas irmãs do coração, Aline e Talyta, o meu agradecimento por toda paciência, pelo caminharem junto comigo, pelo apoio nos momentos de aflição, pelas alegrias, pelo amor e carinho.

Agradeço a todos os meus amigos e familiares o incentivo e apoio.

Agradeço à enfermeira Vanderléia Sueli de Barros Zampier o apoio na coleta de dados.

“Alguns homens veem as coisas como são e dizem ‘Por quê?’ Eu sonho com as coisas que nunca foram e digo ‘Por que não?’”

George Bernard Shaw

PROCESSO DE ENVELHECIMENTO DA FASE ADULTA-IDOSA: POLÍTICAS PÚBLICAS, REDES DE APOIO E DEMANDAS DE CUIDADOS

Jussara Regina Martins

Orientadora: Profa. Dra. Cristina Arreguy-Sena

MARTINS, J. R. **Processo de envelhecimento da fase adulta-idosa: políticas públicas, redes de apoio e demandas de cuidados.** [Dissertação] Juiz de Fora: Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós-graduação Stricto Sensu. Mestrado em Enfermagem. 2016, p.162.

Pesquisa delineada no método misto (*survey* e estudo das representações sociais). Objetivou-se compreender e analisar a autopercepção individual e grupal sobre rede de apoio construída/disponível no período de transição da fase adulta para a fase idosa entre pessoas de 40 a 64 anos. Foram referenciais: Teoria de Orem, rede de apoio social e processo de envelhecimento humano. Participaram pessoas com idade de 40 a 64 anos, adstritas a uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) de uma cidade de Minas Gerais, lúcidas e que possuíam convivência com pessoas com idade ≥ 65 anos. Amostra por tipicidade (*survey* $n=186$, abordagem estrutural da TRS $n=194$ e processual $n=46$, respectivamente). Instrumento de coleta de dados composto por: caracterização sociodemográfica, políticas/programas públicos, saúde e envelhecimento autopercebidos; escalas mensurativas para Lubben-18 e Jaeger; técnica de evocações a partir de termos indutores e entrevistas individuais a partir de questões norteadoras. Dados coletados no domicílio por entrevistas individuais realizadas entre fevereiro e julho de 2016. Utilizado programa *Open Data Kit* (ODK) para operacionalizar coleta de dados e SPSS, EVOC e Nvivo® para consolidação/ tratamento dos dados. Atendidos requisitos éticos e legais de pesquisa envolvendo seres humanos. Participaram 186 pessoas (*survey*): 74,7% eram mulheres, 63,4% declararam cor de pele branca, 61,8% tinham idade ≥ 50 anos e 40,8%, entre 8 e 12 anos escolaridade. Houve: desconhecimento das políticas/programas públicos e não utilização dos mesmos; autopercepção do processo de envelhecimento impactando as características pessoais quando avaliado na perspectiva dos anos decorridos e despreocupação para intensificação do risco para quedas. Evocações livres não hierarquizadas desencadeadas por termos indutores possibilitaram acessar os elementos simbólicos retratados como integrantes da rede de apoio social, sendo o cognema “família” o articulador do processo. Fragmentos de discursos corroboraram e enriqueceram o entendimento sobre a construção coletiva acerca de como o processo de envelhecimento ocorre entre os participantes (demonstrando presença de uma concepção tradicional de família) e concepção de envelhecimento identificada a partir do outro. Rede de apoio composta por lugares e objetos trouxe como cognemas “carinho-amor” e “pedir-receber-ajuda” e rede de apoio local, “casa”, “casa-lar” e “viagem”. Nas evocações, para o termo indutor “envelhecer”, identificaram-se os cognemas: “bom”; “medo”; “natural-processo-vida”; “ruim” e “saúde”; para o termo “envelhecer bem”: “atividade-física”, “boa-alimentação”, “bom”, “dinheiro”, “paz” e “saúde” e para “ter 40 a 64 anos”: “vitória”. Houve predominância do caráter negativo para o termo indutor envelhecer. Fragmentos de discursos captados na abordagem processual corroboraram os elementos simbólicos identificados na abordagem estrutural e no *survey*. A utilização do método misto possibilitou acessar respostas humanas e conhecer-compreender os elementos simbólicos que compõem a autopercepção individual e grupal de pessoas com 40 a 64 anos sobre a transição da fase adulta para a idosa na perspectiva da rede de apoio construída/disponível. Esse fato se traduziu em uma das contribuições para o direcionamento do cuidado de enfermagem na atenção primária à saúde. O diagnóstico situacional identificado evidenciou a descontinuidade no autocuidado que se traduziu pela fragmentação do acesso/reconhecimento de serviços e programas nesse período de transição da vida. O fato de a rede de apoio social ser alicerçada no núcleo familiar e de o processo de envelhecimento prever a redução desse núcleo alerta para a necessidade de se construir novos vínculos e de se divulgar outros tipos de rede de apoio (lugares e objetos) quando se pretende reduzir vulnerabilidades, promover a saúde e o bem-estar.

Descritores: Enfermagem; Envelhecimento; Diagnóstico da Situação de saúde em grupos específicos; Vulnerabilidade em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Políticas Públicas de Saúde.

ADULT-OLDER PHASE AGING PROCESS: PUBLIC POLICIES, SUPPORT NETWORKS AND CARE DEMANDS

Jussara Regina Martins

Orientadora: Profa. Dra. Cristina Arreguy-Sena

MARTINS, J. R. **ADULT-OLDER PHASE AGING PROCESS: PUBLIC POLICIES, SUPPORT NETWORKS AND CARE DEMANDS**. [Dissertação] Juiz de Fora: Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós-graduação Stricto Sensu. Mestrado em Enfermagem. 2016, p.162.

Research delineated in mixed method (Survey and study of social representations). From a perspective of to understand and analyze an Individual and group self-perception about support network constructed/available in the transition period from adult phase to the elderly phase among 40-64 year olds. Were used as referential: Orem's Theory, Social support network and human aging process. Participants included people aged 40 to 64 years, attached to a Primary Health Care Unit (UAPS) from a city of Minas Gerais, lucid and living together with people aged ≥ 65 years. Sample by type (survey $n=186$, structural approach to TRS $n=194$ and processual $n=46$, respectively). Instrument of data collection composed by: sociodemographic characterization, Public policies/programs, Self-perceived health and aging, Measuring scales for Lubben-18 e Jaeger, Technique of evocations from inductive terms and individual interviews based on guiding questions. Data collected at home by individual interviews held between February and July 2016. We have used the Open Data Kit (ODK) software to operationalize data collection, as well as SPSS, EVOC e Nvivo® for consolidation e treatment of data. Were achieved ethical and legal research requirements involving human beings. There were 186 people (survey): 74.7% were women, 63.4% declared white skin color, 61.8% were aged ≥ 50 years and 40.8%, between 8 and 12 years of schooling. It occurred: unfamiliarity of public policies and programs and Not use them; Self-perception of the aging process impacting personal characteristics when evaluate in a perspective of the years elapsed and lack of concern for the intensification of risk for falls. Non-hierarchical free evocations portrayed as members of the social support network being the cognema "family" the articulator of the process. Fragments of speeches corroborated and enriched the understanding of collective construction about how the aging process occurs among the participants (demonstrating the presence of a traditional family conception) and conception of aging identified from the other. Support network composed of places and objects brought as cognemas "Love-loving" and "ask-receive-help" and local support network "Home", "home-house" and "travel". In the evocations, for the term inducer to "aging" Were identified cognemas "good"; "fear"; "Natural-process-life"; "Bad" and "health"; For the term "aging well": "Physical activity", "good food", "good", "money", "peace" and "health" and to "being 40 to 64 years old "victory". There was predominance of the negative character for the term aging inducer. Fragments of speeches captured in the procedural approach corroborated the symbolic elements identified in the structural approach and in the survey. The use of the mixed method allowed access to human responses and know-understand the symbolic elements that make up the individual self-perception and group of people aged 40-64 years on the transition from adult to elderly in the perspective of the support network built/available. This fact has translated into one of the contributions for the direction of nursing care in primary health care. The situational diagnosis identified evidenced discontinuity in self-care which was translated into the fragmentation of access / recognition of services and programs in this transition period of life. The fact that the social support network is based on the family nucleus and the aging process anticipates the reduction of this nucleus. It warns the needed to build new links and to disseminate other types of support network to promote health and well-being.

Key-words: Nursing; Aging; Diagnosis of the Health Situation in Specific Groups; Vulnerability in Health; Primary Health Care; Public Health Policies.

PROCESO DE ENVEJECIMIENTO DE LA FASE ADULTA-ANCIANA: POLÍTICAS PÚBLICAS, REDES DE APOYO Y DEMANDAS DE CUIDADOS

Jussara Regina Martins

Orientadora: Profa. Dra. Cristina Arreguy-Sena

MARTINS, J. R. **Proceso de envejecimiento de la fase adulta-anciana: políticas públicas, redes de apoyo y demandas de cuidados.** [Dissertação] Juiz de Fora: Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós-graduação Stricto Sensu. Mestrado em Enfermagem. 2016, p.162.

Investigación delineada en el método mixto (*survey* y estudio de las representaciones sociales). Se objetivó comprender y analizar la autopercepción individual y grupal sobre una red de apoyo construida/disponible en el periodo de transición de la fase adulta a la fase anciana de personas de 40 a 64 años. Fueron referencias: Teoría de Orem, red de apoyo social y proceso de envejecimiento humano. Participaron personas con edad de 40 a 64 años, adjuntas a una Unidad de Atención Primaria a la Salud (UAPS) de una ciudad de Minas Gerais, lúcidas y que poseían convivencia con personas con edad de ≥ 65 años. Muestra por tipicidad (*survey* $n=186$, abordaje estructural de la TRS $n=194$ y procesal $n=46$, respectivamente). Instrumento de colecta de datos compuesto por: caracterización sociodemográfica, políticas/programas públicos, salud y envejecimiento autopercebidos; escalas mensurativas para Lubben-18 y Jaeger; técnica de evocaciones a partir de términos inductores y entrevistas individuales a partir de cuestiones orientadoras. Datos colectados en el domicilio por entrevistas individuales realizadas entre febrero y julio de 2016. Utilizado el programa *Open Data Kit* (ODK) para realizar la colecta de datos y SPSS, EVOC y Nvivo® para la consolidación/ tratamiento de los datos. Fueron atendidos los requisitos éticos y legales de investigación involucrando seres humanos. Participaron 186 personas (*survey*): el 74,7% eran mujeres, el 63,4% declararon color de piel blanca, el 61,8% tenían edad de ≥ 50 años y el 40,8%, entre 8 y 12 años de escolaridad. Hubo: desconocimiento de las políticas/programas públicos y la no utilización de los mismos; autopercepción del proceso de envejecimiento impactando las características personales cuando fue evaluado en la perspectiva de los años transcurridos y la despreocupación para la intensificación del riesgo de las caídas. Las evocaciones libres no jerárquicas desencadenadas por términos inductores posibilitaron acceder los elementos simbólicos retratados como integrantes de la red de apoyo social, siendo el cognema “familia” el articulador del proceso. Los fragmentos de discursos corroboraron y enriquecieron el entendimiento sobre la construcción colectiva acerca de cómo el proceso de envejecimiento ocurre entre los participantes (demostrando la presencia de una concepción tradicional de familia) y una concepción de envejecimiento identificada a partir del otro. La red de apoyo compuesta por lugares y objetos trajo como cognemas “cariño-amor” y “pedir-recibir-ayuda” y la red de apoyo local, “casa”, “casa-hogar” y “viaje”. En las evocaciones, para el término inductor “envejecer”, se identificaron los cognemas: “bueno”; “miedo”; “natural-proceso-vida”; “malo” y “salud”; para el término “envejecer bien”: “actividad-física”, “buena-alimentación”, “bueno”, “dinero”, “paz” y “salud y para “tener 40 a 64 años”: “triumfo”. Hubo predominancia de carácter negativo para el término inductor envejecer. Los fragmentos de discursos captados en el abordaje procesal corroboraron los elementos simbólicos identificados en el abordaje estructural y en el *survey*. La utilización del método mixto posibilitó acceder respuestas humanas y conocer-comprender los elementos simbólicos que componen la autopercepción individual y grupal de personas con 40 a 64 años sobre la transición de la fase adulta a la anciana en la perspectiva de la red de apoyo construida/disponible. Ese hecho se tradujo en una de las contribuciones para la dirección del cuidado de enfermería en la atención primaria a la salud. El diagnóstico situacional identificado evidenció la discontinuidad en el autocuidado que se tradujo por la fragmentación del acceso/reconocimiento de servicios y programas en ese periodo de transición de la vida. El hecho de que la red de apoyo social sea consolidada en el núcleo familiar y de que el proceso de envejecimiento prevenga la reducción de ese núcleo alerta la necesidad de construir nuevos vínculos y de divulgar otros tipos de red de apoyo (lugares y objetos) cuando se pretende reducir las vulnerabilidades, promover la salud y el bienestar.

Descriptor: Enfermería; Envejecimiento; Diagnóstico de la Situación de salud en grupos específicos; Vulnerabilidad en Salud; Atención Primaria a la Salud; Políticas Públicas de Salud.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | | |
|------------------|---|----|
| Figura 1 | Esquema dos determinantes e pilares do processo do envelhecimento ativo. | 12 |
| Figura 2 | Esquema sobre as grandes manifestações da síndrome geriátrica e seu surgimento na transição da fase adulta para a idosa. | 17 |
| Figura 3 | Atividades de Vida Diária. | 22 |
| Figura 4 | Estrutura conceitual para abordagem da rede de apoio entre pessoas em transição da fase adulta-idosa. | 24 |
| Figura 5 | Ilustração esquemática sobre a articulação da transição da fase adulta para a idosa à luz das políticas e programas públicos. | 30 |
| Figura 6 | Esquema da articulação entre as políticas públicas de abordagem do adulto e do idoso. | 39 |
| Figura 7 | Estrutura esquemática sobre o arcabouço conceitual da Teoria de Dorothea Orem. | 44 |
| Figura 8 | Ilustração esquemática da estrutura de método misto aplicado na investigação. | 49 |
| Figura 9 | Esquema explicativo do delineamento amostral. Juiz de Fora, Set/2016. | 53 |
| Figura 10 | Esquema utilizado para operacionalização do dicionário. | 58 |
| Figura 11 | Quadro esquemático contendo a representação gráfica e correlação de Pearson. | 61 |

LISTA DE QUADROS

| | | |
|-----------------|---|-----|
| Quadro 1 | Quadro de quatro casas obtido a partir do termo indutor “Precisar de alguém”. Juiz de Fora, Set/2016. | 69 |
| Quadro 2 | Fragments de discursos que implícita ou explicitamente contemplam os parentes citados no cognema família-descendente. | 74 |
| Quadro 3 | Fragments de discursos que implícita ou explicitamente contemplam os parentes citados no cognema família-contemporâneos. | 76 |
| Quadro 4 | Quadro de quatro casas gerado a partir do termo indutor “Precisar de alguma coisa”. Juiz de Fora, Set/2016. | 84 |
| Quadro 5 | Quadro de quatro casas com cognemas evocados a partir do termo indutor “Precisar de algum lugar”. Juiz de Fora, Set/2016. | 90 |
| Quadro 6 | Quadro de quatro casas com cognemas evocados a partir do termo indutor “Ter 40 a 64 anos”. Juiz de Fora, Set/2016. | 102 |
| Quadro 7 | Quadro de quatro casas com cognemas evocados a partir do termo indutor “Envelhecer”. Juiz de Fora, Set/2016. | 107 |
| Quadro 8 | Quadro de quatro casas com cognemas evocados a partir do termo indutor “Envelhecer Bem”. Juiz de Fora, Set/2016. | 109 |

LISTA DE TABELAS

| | | |
|------------------|--|-----|
| Tabela 1 | Caracterização dos 186 participantes segundo o gênero, idade, cor da pele, escolaridade, estado civil e quantidade de filhos, renda pessoal e familiar. | 65 |
| Tabela 2 | Distribuição das 186 pessoas segundo profissão e ocupação. | 67 |
| Tabela 3 | Perfil de saúde dos 186 participantes segundo medidas antropométricas e saturação de oxigênio não invasiva por oximetria de pulso. | 68 |
| Tabela 4 | Frequência com que os 186 participantes têm contato com familiares aferida pela Escala de Lubben. | 70 |
| Tabela 5 | Quantitativo de parentes com os quais os 186 participantes se sentem à vontade para estabelecer conversação íntima aferida na Escala de Lubben. | 71 |
| Tabela 6 | Quantitativo de parentes dos quais os 186 participantes têm notícias ou que veem pelo menos uma vez ao mês aferida na Escala de Lubben. | 72 |
| Tabela 7 | Quantitativo de parentes com os quais os 186 participantes se sentem à vontade o suficiente para pedir ajuda em caso de necessidade aferida na Escala de Lubben. | 75 |
| Tabela 8 | Frequência com que os 186 participantes conversam com parentes quando precisam tomar uma decisão importante aferido na Escala de Lubben. | 77 |
| Tabela 9 | Quantitativo de vizinhos dos quais os 186 participantes têm notícias ou que veem aferida na Escala de Lubben. | 78 |
| Tabela 10 | Quantitativo de vizinhos dos quais os 186 participantes têm notícias ou que veem, ou com os quais se sentem à vontade para falar de assuntos íntimos ou pedir ajuda aferido na Escala de Lubben. | 78 |
| Tabela 11 | Quantitativo de vizinhos com os quais os 186 participantes conversam para tomar decisão ou que estão disponíveis para essa finalidade aferido na Escala de Lubben. | 79 |
| Tabela 12 | Quantitativo de amigos com os quais os 186 participantes se sentem à vontade para falar de assuntos íntimos ou pedir ajuda aferido na Escala de Lubben. | 80 |
| Tabela 13 | Frequência com que os 186 participantes têm contato com amigos aferida pela Escala de Lubben. | 81 |
| Tabela 14 | Frequência com que os 186 participantes conversam com os amigos para tomar decisão ou que estão disponíveis para essa finalidade aferido na Escala de Lubben. | 81 |
| Tabela 15 | Rede de apoio social e suas dimensões segundo LSNs-18 | 83 |
| Tabela 16 | Políticas/programas públicos voltados para pessoas com 40 a 64 anos | 96 |
| Tabela 17 | Distribuição da saúde percebida em relação a ancestrais, contemporâneos e descendentes | 116 |
| Tabela 18 | Distribuição da autopercepção dos participantes para as potenciais situações vinculadas ao processo de envelhecimento humano. | 117 |
| Tabela 19 | Escala de Jaeger aplicada aos 186 participantes | 119 |
| Tabela 20 | Distribuição dos componentes da Escala Lubben 18 | 156 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|--------|--|
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| ASLR | Ambiência Sociocultural Linguística e Relacional |
| AVD | Atividade de Vida Diária |
| AVDA | Atividade de Vida Diária Avançada |
| AVDB | Atividade de Vida Diária Básica |
| AVDI | Atividade de Vida Diária Instrumental |
| DCNT | Doenças Crônicas Não Transmissíveis |
| DM | Diabetes Melitus |
| HAS | Hipertensão Arterial Sistêmica |
| IA | Incontinência Anal |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| ICS | <i>International Continence Society</i> |
| IST | Infecções Sexualmente Transmissíveis |
| IU | Incontinência Urinária |
| IUE | Incontinência Urinária de Esforço |
| IUM | Incontinência Urinária Mista |
| IUU | Incontinência Urinária de Urgência |
| MEEM | Mini Exame do Estado Mental |
| OME | Ordem Média de Evocação |
| ODK | <i>Open Data Kit</i> |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| PAISM | Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher |
| PCDT | Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas |
| PNAB | Política Nacional da Atenção Básica |
| PNAISH | Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem |
| PNAO | Política Nacional de Atenção Oncológica |

| | |
|--------|--|
| PnaPS | Política Nacional de Promoção da Saúde |
| PNI | Programa Nacional de Imunização |
| PNSPI | Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa |
| QID | Quadrante Inferior Direito |
| QIE | Quadrante Inferior Esquerdo |
| QSD | Quadrante Superior Direito |
| QSE | Quadrante Superior Esquerdo |
| RS | Representação Social |
| RFIS | <i>Revised faecal Incontinence Scale</i> |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TECCSE | Tecnologia, cultura e comunicação em Saúde e em Enfermagem |
| TRS | Teoria das Representações Sociais |
| UAPS | Unidade de Atenção Primária à Saúde |
| UPA | Unidade de Pronto-Atendimento |

SUMÁRIO

| | |
|--------------------------------|--|
| LISTA DE ILUSTRAÇÕES | |
| LISTA DE QUADROS | |
| LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS | |
| RESUMO | |
| ABSTRACT | |
| RESUMEN | |

APRESENTAÇÃO

| | | |
|-------|--|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 4 |
| 2 | OBJETIVOS | 8 |
| 2.1 | GERAIS | 8 |
| 2.2 | ESPECÍFICOS | 8 |
| 3 | MARCO TEÓRICO E METODOLÓGICO | 9 |
| 3.1 | REDES DE APOIO NA TRANSIÇÃO DA FASE ADULTA PARA A IDOSA: ALICERCES PARA UM ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL A PARTIR DOS 40 ANOS | 9 |
| 3.1.1 | Autonomia ou limitações: delineamento das necessidades de rede de apoio | 21 |
| 3.2 | TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E A TRANSIÇÃO DA FASE ADULTA PARA A IDOSA | 39 |
| 3.3 | REFERENCIAL TEÓRICO FILOSÓFICO DE DOROTHEA OREM | 43 |
| 4 | MÉTODOS E TÉCNICAS | 47 |
| 4.1 | DELINEAMENTO | 47 |
| 4.2 | CENÁRIO DA INVESTIGAÇÃO | 49 |
| 4.3 | PARTICIPANTES | 51 |
| 4.3.1 | Representação Social | 51 |
| 4.3.2 | Survey | 52 |
| 4.4 | INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS | 53 |
| 4.4.1 | Representação Social | 53 |
| 4.4.2 | Survey | 54 |
| 4.5 | PROCESSO DE COLETA DE DADOS | 54 |
| 4.5.1 | Representação Social | 55 |
| 4.5.2 | Survey | 56 |
| 4.6 | CONSOLIDAÇÃO, TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS | 57 |
| 4.6.1 | Representação Social | 58 |
| 4.6.2 | Survey | 62 |
| 4.7 | ASPECTOS ÉTICOS | 63 |
| 5 | RESULTADOS E DISCUSSÕES | 65 |
| 5.1 | CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES | 65 |
| 5.2 | REDE DE APOIO | 68 |
| 5.2.1 | Quadro de quatro casas “Precisar de alguém | 69 |

| | | |
|-------|--|-----|
| 5.2.2 | Quadro de quatro casas “Precisar de alguma coisa” | 83 |
| 5.2.3 | Quadro de quatro casas “Precisar de algum lugar” | 90 |
| 5.2.4 | Quadro de quatro casas “Ter 40 a 64 anos” | 102 |
| 5.2.5 | Quadro de quatro casas “Envelhecer” e “Envelhecer Bem” | 107 |
| 5.3 | <i>SURVEY</i> | 115 |
| 5.3.1 | Comparação de Saúde | 116 |
| 5.3.2 | Saúde Percebida | 116 |
| 6 | IMPLICAÇÕES DA REDE DE APOIO PARA O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO NA PERSPECTIVA DE UMA ABORDAGEM DE ENFERMAGEM | 122 |
| 7 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 124 |
| | REFERÊNCIAS | 127 |
| | ANEXOS E APÊNDICES | 147 |
| | ANEXO A— Representação Social | 148 |
| | ANEXO B — Abordagem Quantitativa: <i>Survey</i> | 151 |
| | ANEXO C — Escalas e Instrumentos | 153 |
| | ANEXO D — Aprovação no Comitê de Ética | 159 |
| | APÊNDICE A —Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (pessoas de 40 a 64 anos) | 161 |
| | APÊNDICE B —Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) | 162 |

APRESENTAÇÃO

Meu interesse pelo tema envelhecimento é antigo, desde antes da realização da Graduação em Enfermagem, quando acompanhei o processo de envelhecimento da minha avó. Então, na faculdade, resolvi investigar e esclarecer algumas indagações sobre o envelhecimento e ocorrência de quedas em idosos, por ter uma afeição pelo assunto.

Durante a minha atuação profissional como enfermeira, novamente presenciei o processo do envelhecimento em pessoas idosas internadas no setor no qual trabalhei e pude identificar que fatores como quedas, entre outros, influenciavam a qualidade de vida daquelas pessoas idosas, com reflexo na autonomia e na independência das pessoas com idade ≥ 65 anos.

Devido ao fato de o tema Envelhecimento estar presente em algumas etapas da minha vida, houve o interesse de continuar o estudo, as reflexões sobre ele. E uma forma de aprofundar o assunto foi a minha inserção nas atividades desenvolvidas no grupo de pesquisa intitulado “Tecnologia, Cultura e Comunicação em Saúde e em Enfermagem” (TECCSE), inscrito na Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) nas linhas do “Processo do Envelhecimento no *Continuum* do Desenvolvimento Humano” e “Cultura e Comunicação em Saúde e em enfermagem”. Minha integração no grupo de pesquisa possibilitou aproximações com professores pesquisadores em enfermagem e áreas afins, com residentes e acadêmicos de enfermagem e permuta de conhecimentos a ponto de aprofundar conteúdos e referenciais teóricos relacionados ao tema.

Pude perceber que o aumento da expectativa de vida e do número de pessoas com idade ≥ 65 anos intensificou a divulgação de estudos sobre o envelhecimento e houve um aprofundamento das questões, diretrizes e documentações que buscam novas metas para que o processo de envelhecimento ocorra de forma ativa.

A velocidade do processo de atualização do conhecimento nesta área despertou meu interesse em realizar uma investigação não sobre o envelhecimento propriamente dito, mas na perspectiva de como esse processo de envelhecimento ocorre em pessoas que transitam da fase adulta para a idosa.

Surgiram então algumas indagações: Como é transitar da fase adulta para a idosa? Quais as vulnerabilidades a que pessoas que se encontram neste momento da vida estão expostas? Qual a relação entre o processo do envelhecimento com as políticas de saúde pública, a acessibilidade e a resolubilidade do atendimento? Como é a rede de apoio que construíram, estão construindo ou com que podem contar em caso de surgimento de demandas? Como a enfermagem pode se inserir no cuidado de pessoas que transitam da fase adulta para a idosa e prevenir, simultaneamente, a ocorrência de perda de autonomia e qualidade de vida na fase idosa? Quais as representações sociais

que pessoas que transitam da fase adulta para a idosa fazem sobre esta fase e a rede de apoio que construíram ou com que poderão contar sendo idosas?

Então, ancoradas nesta trajetória de vida pessoal e profissional anteriormente mencionada, surgiram outras indagações: Será que características oriundas do processo de envelhecimento já podem ser percebidas por pessoas na fase de transição adulta/idosa? Quais as vulnerabilidades deste processo identificado nessas pessoas? As políticas de saúde contemplam a transitoriedade característica do processo de envelhecimento entre pessoas com 40 a 64 anos de idade? Ou elas perpetuam a dicotomia entre adulto e idoso? A enfermagem tem atuação efetiva nesta fase de transição? Como será a representação social de pessoas com 40 a 64 anos de idade acerca do processo de envelhecimento?

A presente investigação foi estruturada de forma processual em coerência com o preconizado quando se opta pela utilização do método misto, sendo composta de: 1) componentes representacionais (elementos, hierarquia e origem) a respeito do momento de vida de pessoas quando elas transitam da fase adulta para a idosa e 2) construção de um perfil para um grupo de pessoas com 40 a 64 anos, na perspectiva dos programas e políticas públicas, das demandas de cuidados de enfermagem e da existência/construção de uma rede de apoio que lhes possibilitará envelhecer de forma ativa.

Espera-se que, ao final desta investigação, seja possível reunir informações de forma articulada a ponto de compor um conjunto de conhecimentos que permitam verificar as necessidades de cuidados de um grupo de pessoas que possuem 40 a 64 anos de idade a partir de uma abordagem domiciliar. Estes poderão subsidiar reflexões sobre quais são as lacunas dos programas públicos acerca desta questão, quais as necessidades de cuidados reais, potenciais e de promoção de saúde que essas pessoas percebem e/ou necessitam ao transitarem da fase adulta para a idosa na perspectiva da concepção do envelhecimento ativo e qual seria o diagnóstico situacional sobre o contexto social em que estão inseridas.

Considerando a abrangência e profundidade pretendida na abordagem da presente investigação, foi necessário fazer seu delineamento no método misto. A princípio, o leitor encontrará a abordagem individual e coletiva do processo de transição pelo qual passam as pessoas ao saírem da fase adulta e adentrarem a fase idosa num contexto metodológico de pesquisa de delineamento misto.

Na abordagem qualitativa, optou-se pelo referencial teórico metodológico da Teoria das Representações Sociais. Buscaram-se em Abric fundamentos para a abordagem estrutural por se pretender obter os possíveis elementos representacionais e sua respectiva estrutura hierárquica dentro do sistema das representações e, de Moscovici, utilizou-se a abordagem processual por ela remeter à busca pela origem das representações.

Paralelamente a essa estrutura, a outra abordagem utilizada foi quantitativa estruturada em um delineamento do tipo *survey*. A aproximação das duas linhas conceituais distintas visou lançar luz, compreensão e análise sobre a temática da transição da fase adulta à idosa. Como a presente investigação está sendo conduzida dentro de uma instituição de formação de enfermeiros e pesquisadores, fez-se imprescindível aproximar as evidências obtidas das duas vertentes a partir de reflexões sobre quais são as consequências dessas informações para a formação, atuação assistencial, gerencial, educacional, investigativa e política do enfermeiro e dele junto a sua equipe de enfermagem e sua articulação com a equipe de saúde.

Tendo em vista a extensão desta investigação e do perfil dos participantes, foi necessário que o processo de coleta de dados fosse realizado em um número de encontros que atendesse à especificidade dos participantes, estimado em dois a três encontros.

Nesse sentido, espera-se responder a algumas das indagações iniciais e contribuir com conhecimentos que possam alicerçar a atuação do enfermeiro em bases científicas com repercussão ética, relacional, humanística e social.

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento de uma população caracteriza-se pelo aumento na quantidade de pessoas com idade ≥ 60 anos e a diminuição no número de crianças e jovens. O número de pessoas com mais de 80 anos atinge a 69 milhões no mundo, e a maioria delas vive em regiões desenvolvidas, sendo 1% da população mundial e 3% da população corresponde a regiões desenvolvidas¹.

Mundialmente, o número de pessoas com faixa etária ≥ 60 anos está em crescimento em comparação com outra idade. Até 2025, haverá um crescimento de 223% no número de pessoas idosas (aproximadamente 694 milhões)¹.

No Brasil, em 2010, a quantidade de brasileiros era de 190.755.799, sendo que 10,8% (20.590.599) desta população era considerada idosa².

Estimativas para 2025 preveem que o Brasil ocupará o sexto lugar¹ com 32 milhões de pessoas com idade ≥ 60 anos². Já em 2060, as crianças de 0 a 14 anos representarão 13% e os idosos, 33,7% da população total. Com isso, a expectativa média de vida aumentou consideravelmente no Brasil de 55,8 para 73,62 anos^{1; 3; 4}. Itens como redução da taxa de fecundidade, da taxa de mortalidade infantil e o aumento da expectativa de vida são determinantes da transição demográfica brasileira².

Os países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, consideram idosas pessoas com idade ≥ 60 anos. Já os países desenvolvidos, a partir de 65 anos. Com o envelhecimento da população, está ocorrendo uma transformação na forma da pirâmide populacional, tendo uma tendência a se transformar em uma pirâmide populacional cilíndrica em 2025¹. Essa mudança no perfil da pirâmide populacional deve-se à melhoria das condições, expectativa de vida da população, diminuição dos níveis de fecundidade e feminização como uma resposta às demandas sociais².

O Brasil está apresentando um perfil demográfico mais envelhecido, com uma transição epidemiológica que é responsável pelo surgimento de novas demandas de saúde, em que as doenças crônico-degenerativas são destaque. Essas doenças são chamadas de Doenças Não Transmissíveis (Doenças cardiovasculares, câncer, doença pulmonar obstrutiva crônica, doenças musculoesqueléticas, doenças mentais, cegueira, hipertensão, derrame e diabetes)¹.

A repercussão da transição epidemiológica pela qual passa o Brasil resulta em um aumento do uso dos serviços de saúde, da incapacidade e da mortalidade. Tal fato requer que sejam realizadas modificações nas políticas sociais, principalmente aquelas relacionadas à saúde, previdência e assistência social⁵.

Por conceber o envelhecimento como multifatorial, a proposta do envelhecimento ativo o aborda a partir de determinantes: culturais, de gênero, relacionados aos sistemas de saúde e serviço social (promoção da saúde e prevenção de doenças, assistência em longo prazo, serviço de saúde mental), fatores comportamentais (tabagismo, atividade física, alimentação saudável, saúde oral, álcool, medicamentos, iatrogenia), fatores relacionados a aspectos pessoais (biologia e genética), fatores psicológicos, fatores relacionados ao ambiente físico (moradia segura, quedas, entre outros), fatores relacionados ao ambiente social (apoio social, violência e maus-tratos contra o idoso, educação e alfabetização) e fatores econômicos (renda, proteção social e trabalho)¹.

Cabe mencionar que os dois primeiros determinantes (culturais e de gênero) são abordados de forma transversal¹, tendo em vista sua relevância na leitura para a realidade do processo de envelhecimento.

O investimento na melhora das condições dos determinantes é capaz de repercutir sobre o aumento na expectativa de vida saudável e na qualidade de vida para as pessoas, pois há um estímulo de se manterem ativas, participantes e integradas ao contexto social, econômico, relacional, cultural, espiritual e civil⁶.

O processo de envelhecimento traz como desafios: a carga tripla de doenças⁷, o maior risco de deficiência (visão e audição), a provisão de cuidado para populações em processo de envelhecimento, a feminização, a busca pela ética e a superação das iniquidades, a sustentabilidade econômica da população em processo de envelhecimento, a criação de um novo paradigma e a superação das situações de vulnerabilidade⁸.

Entre as vulnerabilidades a que estão expostas as pessoas à medida que os anos passam estão a queda, a ocorrência do câncer, a depressão, a alteração na autoimagem (agrisalhamento, surgimento de rugas e flacidez corporal), o embotamento emocional, o surgimento de Alzheimer, as falhas de vacinação, as doenças crônicas, as cargas medicamentosas, as limitações oculares, o enfrentamento do cotidiano de forma estressante, as alterações hormonais, entre outras⁹.

De acordo com critérios funcionais, há a possibilidade de analisar o processo de envelhecimento humano a partir de alguns parâmetros da idade cronológica que, embora não sejam absolutos para todas as pessoas, trazem como contribuição a possibilidade de identificar características comuns e suscetibilidades/vulnerabilidades a que estão expostas.

A faixa etária compreendida entre 40 e 65 anos corresponde à meia-idade, um período no qual ocorre o início do surgimento de declínios na funcionalidade dos principais sistemas biológicos¹⁰.

A idade dos 65 a 75 anos é considerada a fase inicial do processo de envelhecimento e, por isso, chamada de velhice. Essa fase compreende o momento em que haverá perda das funções iniciais, fato que permite contrastar esse momento com a fase hígida anteriormente vivenciada pela maioria das pessoas¹⁰.

A fase da velhice avançada corresponde ao período dos 75 a 85 anos. Ela é caracterizada pelo surgimento de danos que afetam as atividades diárias e por isso pode ser identificada pela incapacidade da pessoa em prover o autoatendimento de suas necessidades. Esse é o momento conhecido nos países desenvolvidos como a velhice¹⁰.

A fase da velhice muito avançada ocorre após os 85 anos. Nela as pessoas idosas necessitarão de suporte para enfrentar as limitações decorrentes das síndromes geriátricas, sejam pessoais, institucionais ou de enfermagem¹⁰.

Independentemente do sistema classificatório adotado para conceber o processo do envelhecimento, o envelhecimento saudável atinge idade cada vez mais avançada fato justificado pela presença da mudança no perfil populacional brasileiro; pelos avanços tecnológicos na área da saúde; pela valorização da atenção primária à saúde; pelo desenvolvimento de políticas públicas saudáveis voltadas para o alcance de um envelhecimento bem-sucedido e reconhecimento das vantagens em se investir na promoção da saúde e na redução de riscos¹¹.

Considerando que os programas e as políticas públicas que abordam a saúde do homem e da mulher na fase adulta se seguirão aos programas e à política pública de saúde das pessoas idosas; que o gênero, cultura e redes de apoio necessitam ser abordados na perspectiva de transversalidade e que o envelhecimento é progressivo e vivenciado de forma individual, há necessidade de se conhecer e compreender a transitoriedade deste processo. Isso quando se pretende evitar a fragmentação do modelo assistencial, intensificar a cobertura e a adesão das pessoas para o atendimento de saúde e contemplar a processualidade característica do envelhecimento.

Nesse contexto, o termo meia-idade (40 a 65 anos) passou a ter destaque com o aumento da expectativa de vida. As pessoas que adentram essa fase são consideradas como tendo funcionalidade do ponto de vista físico e mental. É um período que se caracteriza por variações em relação aos aspectos: nível socioeconômico, costumes, comportamentos, individualidades, entre outros⁹.

Isso porque, durante a meia-idade, as pessoas estão engajadas em responsabilidades junto ao domicílio, filhos, emprego, fato que as faz se sentirem com o domínio de sua vida e apresentando perfil com autonomia⁹. Assim o surgimento de alguma limitação nem sempre é prontamente identificado.

Segundo o de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no censo realizado em 2010, o número de pessoas existentes na faixa etária de 40 a 64 anos seria de 49.768.459². Esta faixa etária caracteriza-se por ser uma fase de transição entre a fase adulta e a fase idosa, na qual a pessoa está dentro do intervalo chamado fase adulta, porém inserida no processo de envelhecimento humano¹².

A presença de alterações orgânicas, na funcionalidade ou psíquicas entre pessoas que se encontram na transição da fase adulta para a idosa e a dificuldade de perceberem limitações/doenças em sua fase inicial, aliadas à descontinuidade de políticas públicas cujo foco recaia sobre a fase adulta ou a idosa, motivaram a realização desta investigação.

Neste estudo, a transição dos 40 aos 64 anos está sendo concebida na perspectiva de uma fase em que surgem os primeiros indícios de declínio das funções orgânicas. Este pode ou não ser percebido pelas pessoas com essa idade como impactante para uma ou mais dimensões de suas vidas (relacionais, comunicacionais, emocionais, de mobilidade, de humor, econômicas, culturais, fisiológicas, entre outras). Tende a se intensificar com o passar dos anos ou com o surgimento de morbidades a ponto de requerer suporte social quando se tem a concepção do envelhecimento bem-sucedido.

A presente investigação lança o olhar sobre esse momento do ciclo da vida (transição da fase adulta para a idosa) com vistas a caracterizá-lo na perspectiva dos seus atores na dimensão individual e coletiva. Busca-se uma abordagem na atenção primária à saúde no intuito de suprir uma lacuna sobre o cuidado de enfermagem e das políticas públicas direcionadas às pessoas com 40 a 64 anos.

Os objetos desta investigação são a análise e a compreensão da autopercepção individual e grupal sobre rede de apoio construída/disponível no período de transição da fase adulta/idosa entre pessoas de 40 a 64 anos, com resultados embasados no referencial de Orem e na perspectiva de uma investigação estruturada na abordagem de método misto.

A realização desta investigação se alicerça nas seguintes argumentações: 1) o processo de envelhecimento é gradativo e doenças/limitações surgem individualmente entre as pessoas, segundo cultura, gênero e rede social; 2) as pessoas com 40 a 64 anos de idade são atendidas por políticas públicas específicas que podem deixar escapar a integralidade/processualidade dessa faixa etária e 3) as pessoas a partir dos 60/65 anos de idade adentram a fase idosa e possuem percepções e vivências diferentes entre si.

2 OBJETIVOS

A seguir, serão apresentados os objetivos gerais e específicos.

2.1 GERAIS

Analisar e compreender a autopercepção individual e grupal sobre rede de apoio construída/disponível no período de transição da fase adulta para a fase idosa entre pessoas de 40 a 64 anos, com resultados embasados no referencial de Orem e na perspectiva de uma investigação estruturada na abordagem de método misto.

2.2 ESPECÍFICOS

Identificar a autopercepção de pessoas com 40 a 64 anos para o envelhecimento humano, os conhecimentos de que dispõem sobre programas/políticas públicas, o acesso a serviços de saúde e a rede de apoio que possuem/constroem para um envelhecimento saudável.

Apreender os conteúdos e a estrutura hierárquica das representações sociais sobre o processo de envelhecimento e as redes de apoio por pessoas que se encontram na transição da fase adulta para a idosa.

Apreender os conteúdos sobre rede de apoio para o processo de envelhecimento entre pessoas de 40 a 64 anos.

Refletir sobre as implicações das evidências de respostas individuais e grupais identificadas com a aplicação do método misto para o cuidado de enfermagem e as práticas profissionais de enfermeiros e sua equipe na Atenção Primária à Saúde à luz da Teoria de Orem.

3 MARCO TEÓRICO E METODOLÓGICO

Foram adotados três alicerces para a sustentação da presente investigação cujo teor inclui marcos teóricos, metodológicos e/ou conceituais, a saber: 1) Redes de apoio na transição da fase adulta para a idosa: alicerces para um envelhecimento saudável a partir dos 40 anos; 2) Teoria das Representações Sociais e 3) Teoria do autocuidado proposta por Dorothea Orem.

3.1 REDES DE APOIO NA TRANSIÇÃO DA FASE ADULTA PARA A IDOSA: ALICERCES PARA UM ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL A PARTIR DOS 40 ANOS

Há várias formas explicativas para o processo de envelhecimento humano. São teorias gerontológicas que podem ser reunidas em quatro alicerces distintos estruturados a partir da forma como justificam como esse momento ocorre, a saber: Teorias Biológicas; Teorias Psicológicas; Teorias Sociológicas e Teoria da Transição Epidemiológica¹³.

As Teorias Biológicas para explicar o processo de envelhecimento podem ser categorizá-las em quatro tipos: Teorias Genéticas; Teorias Estocásticas e Teoria do Uso e do Desgaste. Elas têm em comum o fato de estruturarem a explicação do envelhecimento a partir da abordagem orgânica do ser humano^{14; 15; 16}.

As Teorias Genéticas se alicerçam nas modificações genéticas ligadas ao envelhecimento, incluindo a Teoria da Velocidade de Vida; a Teoria do Envelhecimento Celular; a Teoria dos Telômeros; a Teoria da Mutagênese Intrínseca, a Teoria Neuroendócrina e a Teoria Imunológica¹³.

As Teorias Estocásticas se fundamentam na redução da funcionalidade na pessoa idosa, incluindo: a Teoria das Mutações Somáticas; a Teoria do Erro Catástrofe ou Acúmulo de Danos; a Teoria de Reparação DNA; a Teoria da Quebra de Ligações, a Teoria da Glicosilação; a Teoria do Estresse Oxidativo ou dos Radicais livres¹³.

A Teoria do Uso e do Desgaste se baseia na questão de que o ambiente pode causar lesões diárias no organismo, fazendo com que esse perca sua eficácia e repercuta no processo de envelhecimento. Hoje, é considerada uma teoria desconceituada pela falta de ligação entre o envelhecer e o desgaste da parte orgânica do corpo humano com o decorrer da idade¹⁷.

De acordo com a forma argumentativa para explicar o processo de envelhecimento a partir das teorias psicológicas, é possível categorizá-las em quatro tipos: Teoria de Seleção,

Otimização e Compensação de Baltes; Teoria da Seletividade Socioemocional; Teoria da Dependência Aprendida e Teoria do Constructo de Qualidade de Vida na Velhice, de Lawton¹³.

O alicerce das teorias psicológicas está no modo de enfrentamento do processo do envelhecimento humano influenciado pela identidade e estrutura psíquica que impactam a forma de viver, compreender e conceber esse momento da vida^{18; 19}.

As Teorias Sociológicas explicam o processo do envelhecimento humano a partir das relações sociais, uma vez que há a tendência de as pessoas se engajarem umas às outras à medida que lhes surgem limitações, perda de autonomia e mobilidade^{14; 20}. Para isso há necessidade de acessar as relações sociais construídas, disponíveis ou buscar alternativas para supri-las quando ausentes. Nesse contexto, surge a participação de familiares, amigos, vizinhos, conhecidos, profissionais de saúde, entre outros.

Integram correntes dessa teoria: a Teoria da Atividade; a Teoria do Desengajamento; a Teoria da Modernização; a Teoria das Trocas Sociais; a Teoria das Perspectivas do Curso de Vida; as Teorias Feministas; a Teoria da Estratificação da Idade; a Teoria da Economia Política e a Teoria Crítica¹³.

A quarta forma explicativa para o processo de envelhecimento é feita pela Teoria da Transição Epidemiológica. Ela endossa que a fertilidade e a mortalidade estão vinculadas à industrialização e à urbanização de forma inversamente proporcional, pois, quando se caracteriza alta fertilidade e mortalidade, verifica-se baixa modernização e vice-versa²¹.

De acordo com o referencial teórico adotado para explicitar o processo do envelhecimento humano, haverá formas distintas de compreendê-lo e de categorizar os determinantes que o constituem, sendo as teorias gerontológicas recortes para priorização de uma abordagem sobre a outra.

Em todos estes sistemas classificatórios, haverá fragilidades/inconsistências categoriais e contribuições que podem ser consideradas, sendo a opção por um ou outro sistema categorial definida a partir do recorte que se pretende fazer na temática.

Nesse sentido, pensar o processo de envelhecer vivenciado por pessoas com 40 a 65 anos⁹ requer uma reunião de concepções e abordagens capaz de contemplar a transitoriedade do processo da fase adulta para a idosa.

Na presente investigação, essa transição está sendo concebida na perspectiva de uma fase em que surgem os primeiros indícios de declínio das funções orgânicas, que pode ou não ser percebido pelas pessoas dos 40 aos 64 anos como impactante para uma ou mais dimensões de suas vidas (relacionais, comunicacionais, emocionais, de mobilidade, de humor, econômicas, culturais, fisiológicas, entre outras) e que tende a se intensificar com o passar dos anos ou com o

surgimento de morbidades a ponto de requerer suporte social quando se tem a concepção do envelhecimento bem-sucedido.

Tal fato dá a este momento existencial a característica de individualização do processo de envelhecimento, uma vez que ele será percebido, compreendido e enfrentado de forma distinta pelas pessoas. Por isso estas deverão contar com uma rede de apoio que as auxilie a identificarem as modificações e a conviverem com elas com autonomia, o máximo de independência possível e dando qualidade aos anos vividos.

O envelhecimento não pode ser considerado sinônimo de velhice e sim, um conjunto de modificações espontâneas e graduais relacionadas aos aspectos físicos, psicológicos e sociais do indivíduo²². Há variações na conceituação da estrutura do processo de envelhecimento segundo alguns autores^{22; 23; 24}. Em uma das abordagens, ele foi, conceitualmente, estruturado a partir das seguintes dimensões: biológica, que inclui a senescência, vulnerabilidades físicas e mentais decorrentes de degenerações fisiológicas e psicológica, que contempla a capacidade de autorregulação do indivíduo²⁴.

Independentemente da configuração e das concepções de ser humano, é preciso compreender como é e quais são as demandas das pessoas que se encontram no período de transição da fase adulta para a idosa.

Para tentar explicitar como o processo do envelhecimento humano impacta a vida das pessoas, a idade ≥ 65 anos permite identificar evidências mais próprias da idade idosa. Por isso o critério de cronologia é utilizado como referencial para o processo de envelhecimento.

Há outras propostas de compreensão do processo de envelhecimento a exemplo do sugerido pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Para conceber o processo do envelhecimento humano, o Brasil alicerçou a concepção do envelhecimento nessa proposta que utiliza seis determinantes gerais (econômicos, sociais, ambiente físico, pessoais, comportamentais e serviços sociais e de saúde) e dois transversais (gênero e cultura)¹ (**Figura 1**).

Figura 1: Esquema dos determinantes e pilares do processo do envelhecimento ativo.



Fonte: WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde.** 2005 adaptado por Arreguy-Sena e Martins, 2015.

A cultura engloba os costumes, as crenças e os valores de uma sociedade e ela é capaz de influenciar o processo de envelhecimento na medida em que estes se modificam de acordo com cada região ou país. A implicação da cultura sobre o processo de envelhecimento inclui a forma peculiar que cada região concebe esta etapa da vida¹.

Na sociedade atual, o culto pela boa forma física e a admiração pelo corpo juvenil interferem no modo como as pessoas percebem ou idealizam a imagem da pessoa idosa, a ponto de ser interpretada como uma fase inconveniente e perturbadora. Tal fato justifica a aversão da sociedade pelo envelhecimento e esta é transposta para as pessoas idosas²⁵. O gênero, enquanto determinante transversal, pode interferir no processo de envelhecimento de forma distinta para ambos¹.

Os fatores determinantes ligados aos serviços sociais e de saúde devem se basear na promoção da saúde e na prevenção de doenças e nos serviços de caráter curativo/paliativo, contemplando a rede de atendimento às pessoas idosas¹.

Deve-se ter como alternativa para redução de tratamento em regime de internação a assistência domiciliar para situações/circunstâncias em que são demandados cuidados em longo prazo¹.

Para a operacionalização do cuidado domiciliar, faz-se necessária uma rede de apoio com cuidadores informais (família, amigos e/ou vizinhos), cuidadores formais (com aproximações e noções gerais sobre o acompanhamento de pessoas idosas) e os profissionais de saúde¹.

A finalidade da promoção da saúde e da prevenção de doenças é favorecer a redução das incapacidades, tendo em vista que elas podem gerar danos às pessoas e impactar o financiamento do setor de saúde em decorrência dos gastos requeridos com condições crônicas adiabíveis, além de interferir na qualidade dos anos vividos²⁶.

O modo como os fatores determinantes do envelhecimento impactam cada pessoa faz com que esse processo seja percebido de forma peculiar, podendo influenciar mais ou menos a adaptação do indivíduo ao meio social a ponto de gerar vulnerabilidades para doenças²⁷. Por isso a atenção à saúde do idoso deve se alicerçar nas necessidades individuais deste e proporcionar uma abordagem o mais integral possível²⁸.

Do ponto de vista da atuação do enfermeiro junto a este segmento da população, cabe mencionar que, para que a assistência de saúde seja resolutive e de qualidade, ela deve ser direcionada para a restauração, conservação e promoção da autonomia e independência das pessoas idosas^{1; 29}.

Cabe acrescentar que os fatores comportamentais são ligados ao estilo de vida adotado pela pessoa, aos hábitos e comportamentos incorporados ao cotidiano. Incluem aspectos como a realização de atividade física, a alimentação saudável, a saúde oral, o consumo de álcool, adesão ao tabagismo e o uso de medicamentos por autodeterminação¹. O estilo de vida saudável tem a potencialidade de adiar o processo de envelhecimento e impedir o surgimento das complicações decorrentes de algumas doenças que impactam o processo saúde/doença³⁰.

O uso autodeterminado/abusivo de medicamentos e o surgimento de iatrogenias podem causar malefícios para a saúde das pessoas idosas a ponto de desencadear um desfecho fatal. Isso ocorre devido às alterações metabólicas do organismo, que se tornam mais lentas com o passar da idade, e ao aumento das cargas de medicamentos, que favorece o surgimento de interações e iatrogenias (entre os fatores favorecedores estão: a automedicação, o uso incorreto de medicamentos, entre outros)³¹.

Os fatores determinantes relacionados a aspectos pessoais estão ligados à biologia, à genética e a fatores psicológicos (inteligência e capacidade cognitiva)¹. Segundo esta abordagem, à medida que a pessoa envelhece, ocorrem alterações estruturais e decadência das funções dos órgãos de todo o corpo, a ponto de influenciar diretamente a genética, cuja consequência é a diminuição da autonomia e da independência dos idosos^{23; 32}.

As teorias do envelhecimento que trazem a explicação anteriormente mencionada são denominadas Teorias Biológicas, que englobam a Teoria Estocástica (tem como consequência o desaparecimento da funcionalidade na pessoa idosa) e Teoria Genética (modificações genéticas ligadas ao envelhecimento), que parte do ponto de vista biológico^{33; 34}.

Outras manifestações que ocorrem na dimensão biológica interferem na aparência, por conseguinte, na autoestima. Entre elas estão: o enrugamento da pele com ocorrência progressiva com a idade; o surgimento da desidratação tecidual; a perda da elasticidade da pele e a diminuição de colágeno⁹.

A capacidade de uma pessoa para se autocuidar pode intensificar ou minimizar estados de deterioração do organismo, a exemplo do que ocorre com a perda da dentição definitiva, que impacta o estado nutricional, e a perda de massa corporal, que favorece o enfraquecimento da estrutura osteomuscular. Todos esses fatores interferem na deambulação e na vulnerabilidade para quedas, além de influenciar a habilidade de movimentação e as condições de segurança da pessoa idosa¹.

Durante o processo de envelhecimento, ocorre de forma progressiva a redução das capacidades cognitivas e da habilidade para aprender, isso se deve ao anacronismo; às enfermidades; às modificações de hábitos/comportamentos de leitura, concentração e reflexão e aos fatores comportamentais, psicológicos e sociais¹.

O local de moradia é composto pelo ambiente físico, social e relacional e constitui determinantes capazes de influenciar o processo de envelhecimento, as condições de saúde e as relações interpessoais. A moradia inclui as condições do domicílio e do peridomicílio; as condições de infraestrutura (nível de poluição; acesso a água potável, ao saneamento básico; acessibilidade das ruas, calçadas e estrada; coleta de lixo; existência de comércio, escolas, unidade de saúde, serviços bancários, entre outros). A relação interpessoal que ocorre no local de moradia inclui o ambiente do entorno com/sem violência/drogadição ou (in)segurança e o nível de proximidade, cumplicidade e vínculos estabelecidos com as pessoas do entorno¹.

A aproximação entre as condições ambientais e pessoais pode interferir a ponto de favorecer ou não a ocorrência de queda e o acesso às condições básicas à saúde (alimentação segura, higiene, convívio saudável). Isso equivale a dizer que o ambiente de moradia pode influenciar (in)diretamente a autonomia e a independência de uma pessoa idosa ao oferecer/minimizar o surgimento de (in)capacidades¹. O ambiente social também é considerado um fator determinante, seus componentes são apoio social, violência e maus-tratos contra idoso, educação e alfabetização¹.

O fator determinante econômico está relacionado à renda, à proteção social e ao trabalho. A baixa renda intensifica a vulnerabilidade para enfermidades e impacta a vida das pessoas, principalmente as idosas¹.

A idade do indivíduo, aliada a fatores ambientais, pode traduzir situações de vulnerabilidade para a pessoa idosa de adoecer ou viver mal. Entre os fatores intervenientes, destacam-se: aglomeração de pessoas, resíduos metabólicos e radicais livres, exposição ao estresse, incapacidades e enfermidades, local de moradia, ambiente social, estilos de vida saudáveis e possibilidades cognitivas disponíveis³⁵.

Existem os determinantes do processo de envelhecimento estabelecidos pela OMS, mas também outra denominação, segundo Létourneau, que os classifica como demográficos; pessoais; psicocomunicacionais; ideológicos e sociais; econômicos; familiares e de saúde¹³.

Os determinantes demográficos destacam-se por abranger itens como taxas de fecundidade, mortalidade, envelhecimento e a expectativa de vida¹³. Os determinantes pessoais englobam sexo, idade, ocupação, profissão, estado civil, escolaridade e o ano de aposentadoria¹³.

Os itens como presença de um familiar, cuidador ou profissional; meios de contato com a realidade social (internet, rádio, televisão, leituras, interação com outras pessoas, entre outros); forma de comunicação (contatos sociais); transmissão de valores e costumes são considerados determinantes psicocomunicacionais¹³.

Já os ideológicos e sociais abrangem conhecimentos de envelhecimento vinculados à percepção social (forma de ocorrência do processo de envelhecimento de acordo com a percepção de cada indivíduo e sua cultura, importância da pessoa idosa na sociedade, sua relação familiar e com outras pessoas, como cuidadores e profissionais da saúde); serviços sociais, políticas e programas de saúde que atendem as pessoas em transição da fase adulta à idosa e as pessoas idosas, adesão por parte destas pessoas às políticas/aos programas de saúde e serviços sociais e vinculação a ações ideológicas¹³.

Os determinantes econômicos são aqueles como renda, porcentagem de aposentados por sexo, idade e com 60 anos ou mais¹³; já os determinantes familiares abrangem: a convivência familiar; a constituição familiar; a relação intergeracional na família; a inclusão da família na rotina do dia a dia, a mudança da família com o passar do tempo. E os determinantes de saúde são condições de saúde, físicas e de morbimortalidade¹³.

À semelhança da influência dos determinantes no processo de envelhecimento, outro componente a ser considerado é a rede de apoio ou suporte para viver este momento. Na concepção plural do processo de envelhecimento, cabe destacar a rede social e a construção e

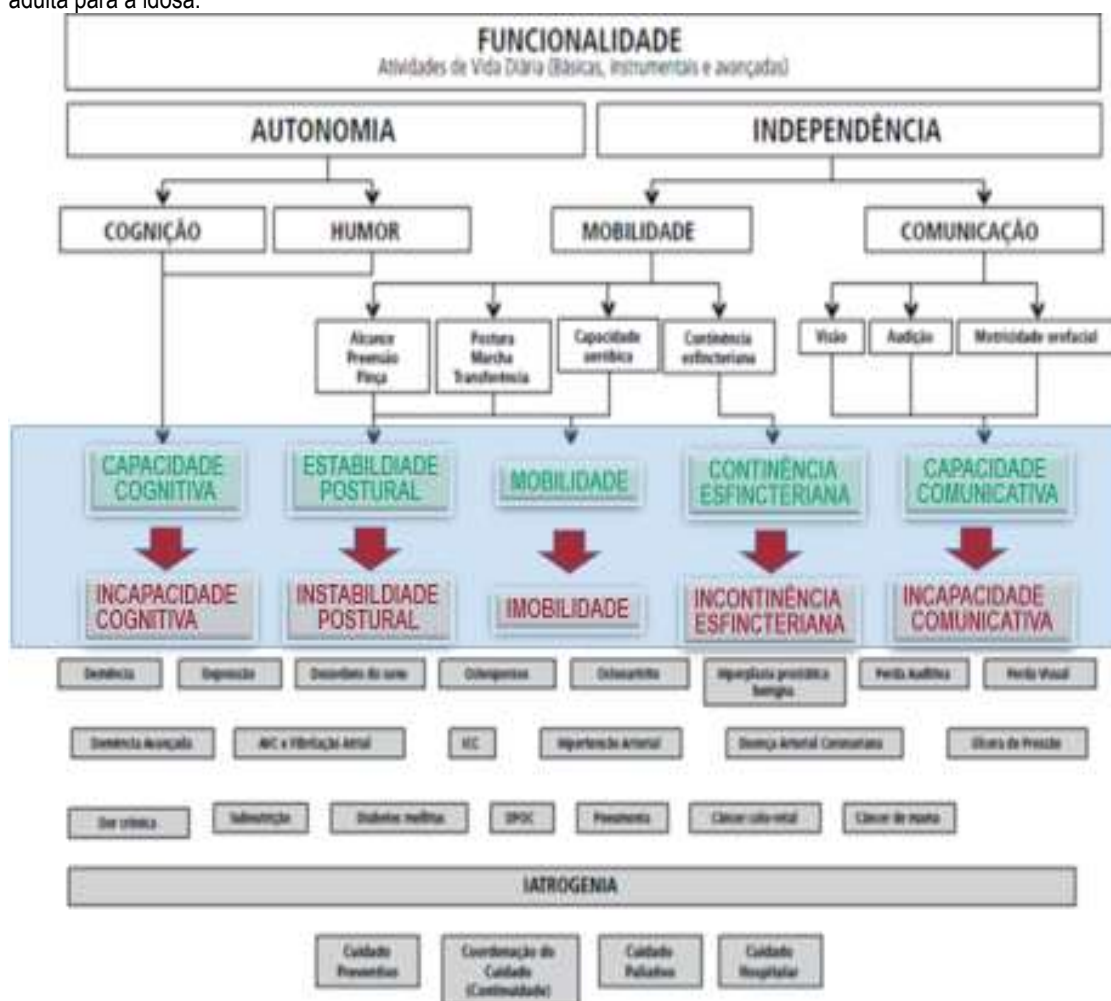
manutenção de vínculos com outras pessoas, a exemplo daqueles estabelecidos com familiares, vizinhos e conhecidos.

Se, por um lado, na concepção capitalista e produtivista, há a tendência da sociedade de consumir e estimular a independência por meio do afastamento dos filhos do convívio cotidiano com seus pais³⁶, com a pessoa idosa, a situação precisa ser diferente. Há necessidade de incentivo ao contato social e cultural e de promoção da convivência intergeracional para as pessoas em processo de envelhecimento, com vistas a manter a vinculação destas com a vida; promover a identificação precoce de demandas de cuidados que surgem em decorrência do processo de envelhecimento e acessar a rede social e de apoio construída/ou a ser construída quando ela se fizer necessária.

O contato intergeracional também é considerado uma medida positiva para o envelhecimento ativo. Este deve ser instituído nas escolas de forma a mudar o pensamento dos estudantes em relação à pessoa idosa, favorecer um contato e proporcionar trocas de experiências entre esses indivíduos³⁶.

Considerando que o processo de envelhecimento é gradual, a seguir, estão apresentadas algumas das limitações que podem surgir no período de transição da fase adulta para a fase idosa. Transitar da fase adulta para a idosa equivale, em algum momento e em alguma intensidade, a deparar-se com limitações, restrições e a necessidade de adaptação diante das mudanças que surgem. Na **figura 2**, constam as prováveis situações identificadas na literatura como sendo peculiares a este momento de transição.

Figura 2: Esquema sobre as grandes manifestações da síndrome geriátrica e seu surgimento na transição da fase adulta para a idosa.



Fonte: MORAES, E. N. D. *Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais*. 1 ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2012. 98 p. adaptado por Arreguy-Sena e Martins, 2015.

Para apreensão do enfrentamento do processo de envelhecimento e de suas implicações, utilizou-se como critério as demandas de cuidados, o conhecimento dos componentes da rede de apoio, o acesso à mesma e a construção de uma rede de apoio social capaz de dar sustentação para um envelhecimento saudável após os 65 anos de idade.

Numa releitura do processo do envelhecimento, na perspectiva dos requisitos necessários às pessoas com 40 a 64 anos e na busca pela possibilidade de um envelhecimento ativo, foram considerados os seguintes critérios: 1) a passagem da idade adulta para a idosa não se faz de forma brusca; 2) esta transição não pode ser retratada com fidedignidade por meio de um marco cronológico e 3) o estilo de vida e a individualidade interferem na forma como o processo do envelhecimento se manifesta.

As limitações naturais que surgem em decorrência do declínio da vitalidade física e o comprometimento da funcionalidade, quando analisados de forma integrada, permitem identificar

um conjunto de problemas de saúde que são conhecidos como as síndromes geriátricas (**Figura 2**). Elas estão diretamente ligadas à funcionalidade com repercussão sobre a autonomia e a independência. Incluem a incapacidade cognitiva, queda, a imobilidade, as incontínências esfincterianas e a incapacidade comunicativa. Estas situações dificultam a interação social, a preservação da autonomia, da independência e da qualidade dos anos vividos^{23; 37; 38}.

O enfrentamento destas situações com suas respectivas consequências é foco desta investigação. Diante do exposto, a rede de apoio será abordada a partir do apoio pessoal, local, de políticas e programas públicos e da autopercepção de saúde.

O processo de envelhecimento humano pressupõe, em algum momento, o declínio da autonomia, sendo este expresso pela incapacidade cognitiva e pela instabilidade postural. A cognição caracteriza-se pela aptidão mental de perceber e solucionar problemas do cotidiano. Reúne funções corticais como memória (capacidade de armazenar informações), função executiva (planejar, monitorar tarefas complexas), linguagem (compreender e expressar-se tanto através da linguagem oral quanto da escrita) e a capacidade de localização no espaço³⁷.

Com o passar dos anos e o avanço do processo de envelhecimento, o sistema cognitivo tende a apresentar limitações. Esta relação é endossada por estudos que afirmam que o declínio cognitivo pode ser evidenciado em pessoas a partir dos 45 anos e itens como vocabulário, memória, raciocínio, fluência fonética e semântica se tornam deficitários com o avançar da idade³⁹.

A incapacidade cognitiva pode ser conceituada como um comprometimento das funções encefálicas superiores que repercutem de forma negativa na qualidade de vida e no sistema funcional dos idosos (impossibilidade da realização das Atividades de Vida Diárias - AVDs)³⁷.

Esse decréscimo do sistema cognitivo reflete na redução da concentração e na lentidão do processamento do conhecimento. A busca por um estilo de vida mais ativo, juntamente com a realização das AVDs, proporciona uma preservação para funções cognitivas e uma redução no risco de avanço de uma das etiologias da incapacidade cognitiva que é a demência⁴⁰.

A identificação da presença de incapacidade cognitiva baseia-se na alteração da funcionalidade dos idosos e da execução das Atividades de Vida Diária Básicas - AVDBs ou Atividades de Vida Diária avançadas - AVDIs, que podem ser avaliadas através da aplicação de escalas como de Katz⁴¹ e Lawton- Brody⁴². A Escala de Katz avalia se o idoso é dependente ou independente para realizar algumas atividades como banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, movimentar-se (senta-se, deita-se, levanta-se da cama ou cadeira sem ajuda), possuir continência (tem controle das eliminações intestinal e vesical) e alimentar-se⁴³.

Outro teste realizado para avaliar as funções cognitivas do idoso é o Mini-exame do Estado Mental (MEEM). Esta escala verifica a orientação no tempo e espaço, memória de curto prazo, coordenação de movimentos, habilidades de linguagem da pessoa idosa⁴³.

Outro componente da síndrome geriátrica é a queda, hoje em dia, apresenta-se como um problema de saúde pública^{38; 44}, de alta incidência e morbimortalidade, e ocasiona reflexos nos âmbitos sociais e econômicos⁴⁴.

A queda pode ser definida como um acontecimento não intencional no qual ocorre a perda do equilíbrio por parte do indivíduo, fazendo com que o mesmo se desloque para o nível inferior à posição inicial, sem possível correção a tempo^{44; 45; 46; 47}.

Com a diminuição da capacidade do sistema nervoso e das interações sensoriais, a pessoa idosa reduz sua condição de equilíbrio e estabilidade postural, tornando-se vulnerável para ocorrência de queda. Por conseguinte, a incidência de quedas nas pessoas idosas é recorrente, capaz de levá-las à incapacidade funcional⁴⁸ e de intensificar a dependência para suportes pessoais e instrumentais⁴⁹.

A queda é um assunto que gera preocupação (inter)nacional e a situação de vulnerabilidade pode ser aferida por meio da avaliação da marcha e identificação de situações de risco. Cabe mencionar que um dos fatores de risco para queda é a alteração visual, peculiar à transição da fase adulta para a idosa, quando a acomodação de campo visual apresenta maior limitação⁵⁰.

Outro tipo de componente da síndrome geriátrica é a imobilidade. Entende-se por imobilidade a restrição do movimento que proporciona um comprometimento na qualidade de vida³⁷, autonomia e independência do idoso. À medida que avança o processo de envelhecimento e aparecem as doenças crônicas, há mais propensão de que ocorram perdas das funções com repercussão sobre a mobilidade das pessoas idosas⁵¹.

Independentemente da etiologia, a alteração da mobilidade pode impactar a autoestima e o estado emocional das pessoas, quer ela curse com imobilização parcial, quer geral; momentânea ou prolongada. O processo de resiliência para alteração no estado de mobilidade pode cursar com o surgimento de ansiedade, depressão e isolamento social.

Alterações no sistema musculoesquelético, cardíaco, respiratório e neurológico podem impactar a autoimagem, principalmente quando aliadas a limitações da capacidade funcional de deslocamento a ponto de reduzir o número de pessoas do núcleo de convivência cotidiana, alterando o padrão de socialização da pessoa idosa⁵².

A imobilidade, enquanto componente da síndrome geriátrica, remete à possibilidade de consequências sobre a vida das pessoas idosas, a exemplo da progressão da imobilidade e do

surgimento de dependência progressiva para o desenvolvimento de atividades da vida diária, atividades da vida instrumental e das atividades avançadas.

Outro componente desencadeador da imobilidade é o déficit cognitivo médio a avançado, a presença de musculaturas rígidas e contraídas, a dificuldade de deglutição, comprometendo o estado nutricional, favorecendo a ocorrência de incontinências e a presença de úlceras de pressão^{23; 37; 51}.

A incontinência urinária e a incontinência anal compõem o grupo das incontinências esfinterianas cuja repercussão pode ser: isolamento social, limitação da mobilidade e diminuição ou restrição de participação social e fragilidade no idoso²³.

Denomina-se Incontinência Urinária (IU) qualquer perda involuntária de urina. A IU é uma modificação que não pode ser atribuída ao processo de envelhecimento, sendo assim possível dizer que seu acontecimento aumenta de acordo com o avançar da idade, caracterizando-se como uma síndrome geriátrica devido a sua alta predominância em pessoas idosas^{53; 54}. A escala utilizada para avaliar a incontinência urinária é a *International Consultation on Incontinence Questionnaire (Short Form ICIQ-SF)*⁵⁵.

A Incontinência anal (IA) caracteriza-se por uma perda involuntária de fezes ou gases em qualquer momento da vida após obter a aprendizagem da utilização do banheiro⁵⁶. Constitui a incapacidade de manter o controle fisiológico do conteúdo intestinal em local e tempo socialmente adequados^{57; 58}.

Estima-se que a prevalência mundial seja de 10 a 15 % da população⁵⁹, embora se saiba que esta estimativa está subnotificada em virtude de o relato de sua ocorrência ser acompanhado de constrangimento devido ao impacto negativo que possui para aquele que é portador com repercussão sobre os âmbitos sociais, pessoais, higiênicos e culturais^{8; 60; 61}.

Identificar sua ocorrência tem sido um desafio para os profissionais de saúde, uma vez que a obtenção de um autorrelato requer uma abordagem terapêutica alicerçada em confiança e na certeza de que a privacidade será assegurada. Outro fator que dificulta a identificação da IA é sua vinculação à fase de envelhecimento como se fosse um fenômeno próprio do envelhecimento que não possui tratamento²³.

Entre as escalas para mensurar a incontinência anal estão as propostas por Saint Mark^{62; 63}, Wexner⁶⁴ e um compilado de ambas as escalas anteriormente citadas, que é a *Revised faecal Incontinence Scale (RFIS)*^{62; 63; 65}. Devido ao impacto da IA sobre o estilo de vida, há também a escala *Fecal Incontinence Quality of Life (FIQL)*, que se propõe fazer esta avaliação⁶¹.

Outra manifestação da síndrome geriátrica é a incapacidade comunicativa. A comunicação é um elemento essencial para os indivíduos, possibilita trocas de informação, expressão de desejos, ideias e sentimentos. Os problemas na comunicação geram falta de independência, principalmente com o decorrer da idade. A incapacidade comunicativa resulta em afastamento social, diminuição de tomada de decisão e influencia a funcionalidade da pessoa idosa²³.

As habilidades comunicacionais envolvem as seguintes áreas: fala/voz, audição, motricidade oral e linguagem. Com vistas a compensar as outras áreas da comunicação ausentes, a visão também é considerada um tipo de habilidade comunicacional. Para a avaliação da visão, são utilizadas a Escala de Snellen e a leitura com fontes de tamanhos distintos²³.

A transição da fase adulta à idosa constitui uma etapa da vida das pessoas, não apenas um ritual de passagem. Isso porque é, neste momento, que ocorrem muitas mudanças no próprio indivíduo e nas suas relações. Entre elas, destacam-se: alterações hormonais, saída do mercado de trabalho para entrar na condição de aposentado e modificação da situação de apoiador para ser apoiado⁶⁶.

A reunião de fatores característicos do processo do envelhecimento humano, o fato de o envelhecimento ser processual com diversidade de manifestações e início para cada indivíduo e as influências dos determinantes do processo do envelhecimento sobre a percepção/vivência/preparo das pessoas para enfrentarem o envelhecimento fazem com que a fase de transição entre a idade adulta e a idosa apresente peculiaridades.

Na presente investigação, está sendo lançado um olhar sobre o processo do envelhecimento na busca por compreender como ele ocorre para um grupo de pessoas que possuem 40 a 64 anos de idade e determinar o que é necessário para enfrentá-lo de forma saudável.

Por isso conhecer as redes de apoio que estão em construção ou já consolidadas para estas pessoas poderá esclarecer como elas se preparam para esse momento de transição, quando elas identificam/enfrentam em si as limitações próprias do período de envelhecimento.

3.1.1 Autonomia ou limitações: delineamento das necessidades de rede de apoio

O fato de as manifestações da síndrome geriátrica poderem surgir de forma nem sempre perceptível pela pessoa que transita da fase adulta para a idosa requer repensá-la do ponto de vista de seu impacto sobre o cotidiano.

Para isso é preciso identificar o quanto de autonomia ou limitação é mantido ou perdido com o passar dos anos. Para refletir sobre as possibilidades de atuação do enfermeiro junto às pessoas em processo de envelhecimento e considerando que há necessidades que surgem em decorrência deste processo e se manifestam de forma progressiva, irreversível e peculiar em cada indivíduo, faz-se necessário dispor de parâmetros para identificar o quanto o processo de envelhecimento impacta o cotidiano das pessoas, as atividades que elas desenvolvem e a percepção que têm sobre o autoenvelhecimento.

Diante do exposto, buscou-se conceituar as atividades de vida diária básicas, instrumentais e avançadas²³ por considerá-las marcadores desse processo (**Figura 3**).

Figura 3: Atividades de Vida Diária.



Fonte: MORAES, E. N. D. *Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais*. 1 ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2012. 98 p.

As Atividades de Vida Diária Básicas (AVDB) são ações do cotidiano relacionadas ao cuidar de si próprio, como trocar de roupas, efetuar limpeza do corpo, manter continência esfincteriana, conseguir comer algo por si só e movimentar-se^{22; 23; 67}.

Elas podem ser classificadas, de acordo com o grau de gravidade do declínio funcional, em: independência (quando o indivíduo efetua suas tarefas sem ajuda de outra pessoa), semidependência (uma das funções ficam afetadas em relação aos costumes/valores e aprendizagem como, por exemplo, trocar de roupas), dependência incompleta (as funções de transferências e/ou continência são afetadas, ocasionado dependência por parte das pessoas

idosas para realizar atividades como trocar de roupas e efetuar limpeza do corpo) e dependência completa (a realização de todas as atividades fica comprometida)²³.

Para a identificação do surgimento de dependência, o critério a ser considerado é quando a pessoa idosa não consegue realizar as atividades de vida diária sem ajuda, requerendo apoio para isso. A dependência surge a partir de um dano corporal, psicológico ou imaginário, concebido a partir de uma patologia, de um trauma ou de uma impressão pessoal que seja capaz de e suficiente para causar restrições à realização das atividades rotineiras¹⁶.

As Atividades de Vida Diária Instrumentais (AVDIs) referem-se à habilidade do idoso de viver sozinho na comunidade, envolvendo também as atividades de autocuidado intradomiciliar. São exemplos de AVDIs: pegar ônibus, metrô; conseguir telefonar quando necessário; comprar itens como alimentos, vestuário; controlar suas finanças; gerenciar as medicações em uso de forma correta e sair sozinho. Essas atividades possuem uma interação com os determinantes de gênero e de cultura^{22; 23; 67}.

Já as Atividades de Vida Diária Avançadas (AVDAs) são aquelas que têm relação com integração social e ambiente social. São exemplos as atividades que envolvem o trabalho, as relacionadas ao convívio com a sociedade, as de passatempo e as religiosas^{22; 23; 67}.

As AVDBs, AVDIs e AVDAs possibilitam retratar o grau de funcionalidade da pessoa a partir de seu cotidiano. A funcionalidade é estimada através da concretização das atividades da vida diária, proporcionando assim realizar uma apreciação da saúde da pessoa idosa^{22; 23; 68}. A manutenção da autonomia e da independência relaciona-se com a capacidade dos idosos de realizar as Atividades de Vida Diária (AVDs) básicas, instrumentais e avançadas, sendo assim independentes em sua capacidade funcional^{22; 23}.

Tanto a autonomia quanto a independência de uma pessoa idosa estão diretamente ligadas à funcionalidade. Por isso compreender a capacidade funcional equivale a conhecer a capacidade do indivíduo de cuidar de si próprio com/sem receber ajuda para desempenhar as atividades cotidianas, ser capaz de se adequar às limitações/aos obstáculos que surgem e identificar/aceitar acessar o apoio necessário para complementar sua incapacidade, prover seu autocuidado e manter-se inserido socialmente.

No processo de envelhecimento, com o passar dos anos, as pessoas tendem a ficar menos ativas, o que influencia a diminuição da capacidade funcional e aumenta o grau de dependência em relação às atividades da vida diária⁶⁹. Por isso, as necessidades de apoio para o cuidar ocorrem à semelhança do processo de envelhecimento.

O tripé representado pela perda de autonomia, da dependência e o surgimento de necessidades requer um suporte para que haja o enfrentamento ativo do processo de

envelhecimento. Considerando que o envelhecimento é irreversível, há necessidade de se implementar um suporte para que as pessoas em processo de envelhecimento, dependentes e com manifestações de síndromes geriátricas tenham suas necessidades físicas, sociais, emocionais e relacionais atendidas^{66; 70}.

A busca por suporte visa favorecer a adaptação à carga de problemas advindos do modo de vida e do processo de saúde/doença que foi construído ao longo dos anos. Neste sentido, dispor de uma rede de apoio pode constituir uma possibilidade de agregar qualidade aos anos a serem vividos^{66; 70}.

Existem vários tipos de suporte que podem ser requeridos para ajudar as pessoas em processo de envelhecimento a enfrentarem esta etapa do ciclo da vida, a saber: condições materiais, equipamentos, recursos pessoais, afetivos, sociais, entre outros^{71; 72}.

Para abordar a rede de apoio, na presente investigação, foram utilizados quatro eixos, a saber: social, local, políticas e programas públicos de saúde e objetos (Figura 4)

Figura 4: Estrutura conceitual para abordagem da rede de apoio entre pessoas em transição da fase adulta-idosa.



Fonte: As autoras

Do ponto de vista da busca por um suporte humano, a seguir, foi abordada a **rede de apoio social**. Sua importância está vinculada ao fato de as pessoas próximas serem, em geral, as primeiras a perceberem o surgimento das limitações peculiares a essa fase. Neste sentido, os familiares, quando integrantes do cotidiano das pessoas em processo de envelhecimento, tendem a ser os primeiros pontos de apoio. Isso ocorre quando foram construídos vínculos interpessoais de ajuda mútua e que se expressam em afeto, respeito e solidariedade^{1; 66}.

Neste sentido, pessoas mais novas que convivem com aquelas que possuem idade ≥ 65 anos têm a possibilidade de identificar o surgimento e a progressão da dependência do idoso e

que conhecer/compreender as limitações que surgem em decorrência do processo de envelhecimento^{1; 66}

Por outro lado, esta mesma convivência, do ponto de vista das pessoas mais novas, pode favorecer reflexões sobre como o processo do envelhecimento ocorre na medida em que elas se colocam na posição dos idosos que já apresentam limitações.

A rede de apoio social é conceituada como um suporte disponibilizado nas relações entre pessoas, o qual assegura uma ligação social entre elas⁷³, e a forma de se apresentar depende da quantidade e tipo de vínculos, da frequência e do tempo que duram essas ligações e da densidade e significado atribuído às mesmas^{71; 73}.

Ela é composta por relações formais e informais. As redes formais são aquelas caracterizadas pelas políticas públicas voltadas para as pessoas, como atenção à saúde, previdência social e garantia dos direitos. Já as informais são vínculos estabelecidos com familiares, amigos, comunidade e vizinhança que trazem a sensação de bem-estar e autonomia⁷⁴. As relações formais e informais podem ser utilizadas para favorecer o cuidado por estabelecerem elos entre os profissionais da saúde e a família em prol da pessoa idosa⁷⁵.

Nas situações em que inexistente o suporte familiar ou quando os familiares se encontram distantes das pessoas idosas ou com dependência e/ou limitações instaladas, há possibilidade de suplementação por vínculos profissionais, desde que haja disponibilidade financeira para arcar com sua realização²³.

Caso o suporte social não ocorra ou não haja condição de provê-lo com recursos particulares, é possível ocorrer a diminuição ou o embotamento da autonomia e se intensificar a insegurança da pessoa idosa para lidar com as dependências que surgem com o processo do envelhecimento²³.

Outro tipo de rede de apoio aplicável às pessoas em processo do envelhecimento são os **locais**. Eles incluem os cenários a que as pessoas têm acesso ou recorrem quando necessário. No caso de pessoas com idade compreendida entre 40 e 64 anos, a experiência prévia com esses cenários, quando exitosa, constituirá suas referências após terem idade ≥ 65 anos.

São redes de apoio local formais os cenários em que fornecem cuidados vinculados às questões de saúde, a exemplo das instituições hospitalares, unidades básicas de saúde, consultórios, clínicas particulares, postos de saúde¹ e serviços de urgência/emergência. Dentre as redes de local pode-se citar aquela ligada ao cotidiano como o comércio (supermercados, farmácias, açougues, casas lotéricas e padarias). Independentemente da finalidade em que se acessa a rede local, o ponto convergente é o atendimento das necessidades básicas do ser humano⁷⁶.

Os ambientes religiosos são exemplos de rede de apoio e constituem os cenários que a pessoa busca para atender as suas necessidades espirituais e relacionais. Porque a religião, ao fortalecer e apoiar o ser humano, funciona como um requisito terapêutico para a saúde humana⁷⁷.

O outro tipo de rede de apoio é formada pelos **objetos/equipamentos de apoio** que auxiliam as pessoas na superação das próprias limitações e impactam a dependência e autonomia das pessoas que cursam o processo de envelhecimento. Para a pessoa que se encontra nesse processo, o uso de bengala, andador, óculos, aparelho auditivo, entre outros constitui marcador do processo de envelhecimento, surgimento da carga de doenças e da tentativa de enfrentamento das limitações próprias dessa fase da vida.

Esses objetos auxiliam as pessoas em processo de envelhecimento a lidarem/conviverem com a restrição física (limitações de locomoção e equilíbrio) e sensorial (como a perda da visão e audição)^{78; 79}.

A outra modalidade de rede de apoio refere-se à **política pública** e aos **programas de saúde**. Considerando que o envelhecimento é gradual e irreversível, acompanhado de limitações (síndrome geriátrica) e perdas que impactam o cotidiano e a autoavaliação de sentir-se capaz e/ou útil, é preciso: 1) monitorar o surgimento dessas limitações para identificar em que momento do período de transição da fase adulta para a idosa elas aparecerem/se intensificam e são percebidas⁷⁸ e 2) identificar quais os programas/as políticas públicas capazes de dar cobertura às pessoas que vivenciam essa fase.

No faixa etária abordada na presente investigação, ou seja, dos 40 aos 64 anos, identificar esses programas e políticas públicas pode favorecer a busca e o acesso por parte dessas pessoas para fins preventivos, curativos e paliativos⁸⁰.

A política brasileira de atenção à saúde viabilizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) disponibiliza ações e serviços de saúde desempenhados por organizações públicas e/ou complementares sustentadas pelo Poder Público em nível federal, estadual e municipal. Essas ações também pode ser complementadas pelo setor privado se houver necessidade⁸¹.

Essa política de assistência à saúde alicerça-se nos seguintes princípios e diretrizes: universalidade (acesso em todos os níveis de assistência dos serviços de saúde), integralidade (uma assistência individualizada para cada pessoa em todos os níveis de complexidade); conservação da autonomia das pessoas; oferecimento de uma assistência igualitária; informação às pessoas que utilizam os serviços de assistência sobre sua saúde. Além disso, também se fundamenta em: divulgação das informações sobre os serviços de saúde; uso da epidemiologia para instituir prioridades e alocar recursos; participação populacional, descentralização político-

administrativa; complementação das ações de saúde com meio ambiente e saneamento básico; agregação das finanças, tecnologias, materiais e mão de obra nacional, estadual e municipal para a assistência à saúde e apresentação de resolubilidade nos serviços⁸¹.

Tem como objetivos o reconhecimento e a divulgação dos fatores que condicionam e determinam a saúde, criação de políticas de saúde que promovam a diminuição dos riscos de doenças e oferta de assistência aos indivíduos através de ações de promoção, proteção/recuperação da saúde e atividades preventivas⁸¹.

O SUS ainda realiza ações de vigilância sanitária e vigilância epidemiológica; de saúde do trabalhador e de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica; participa na criação de políticas e na realização de ações de saneamento básico; auxilia na proteção do meio ambiente; elabora uma política de medicamentos, equipamentos e outros materiais necessários para a saúde e participa da sua produção; controla e fiscaliza serviços, produtos relacionados à saúde; administra e vigia os produtos, atividades e substâncias relevantes para a saúde; moderniza itens como cientificidade e tecnologia relacionados à área e cria/põe em prática a política de sangue e seus derivados⁸¹.

O SUS é dirigido de forma única, em cada esfera governamental: União – Ministério da Saúde; Estados e Distrito Federal – Secretaria de Saúde; Municípios – Secretaria de Saúde. Os municípios são organizados em distritos de forma que se articulem os recursos e técnicas de saúde⁸¹.

Cabe ao município em relação ao SUS: planejar, controlar e avaliar os serviços de saúde; contribuir no planejamento e organização da rede hierarquizada e regionalizada do SUS; controlar e avaliar ações e suas condições; realizar serviços ligados à vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, alimentação e nutrição, saneamento básico e saúde do trabalhador; fazer funcionar a política de insumos para saúde; auxiliar no controle das irregularidades do meio ambiente que possam afetar a saúde do indivíduo; constituir consórcios administrativos intermunicipais; administrar laboratórios públicos de saúde e hemocentros; observar e fiscalizar os serviços privados de saúde⁸¹.

O financiamento do SUS é sustentado pelos recursos oriundos da seguridade social, com o auxílio da Previdência Social e Assistência Social. Fazem parte da verba destinada ao Serviço Único de Saúde os auxílios e doações; cessão de bens, as multas e valores públicos arrecadados no âmbito do SUS⁸¹.

Os serviços de saúde segundo o SUS são organizados de forma hierarquizada e regionalizada em níveis de complexidade crescente⁸¹. Ele está dividido em três níveis de atenção: atenção primária à saúde, atenção secundária à saúde e atenção terciária à saúde.

A Atenção Primária à Saúde (APS), também chamada atenção básica, é considerada a porta de entrada do serviço de saúde, responsável pelos serviços de atenção contínua aos usuários, enfatizando a resolubilidade. Caracteriza-se por um serviço de promoção, prevenção e recuperação da saúde dos usuários, que identifica precocemente os problemas de saúde e proporciona um atendimento integral e contínuo, considerado de baixa complexidade^{82; 83; 84}.

A APS é regida pela Política Nacional de Atenção básica (PNAB), que tem como princípios a universalidade, acessibilidade, vínculo, integralidade, humanização, cuidado contínuo, a equidade e participação social^{82; 84}.

A Atenção Secundária à Saúde dispõe de serviços especializados em nível de ambulatório e hospitalar, com presença de tecnologias intermediárias entre a atenção primária e a terciária, consideradas de média complexidade. Entre esses serviços prestados, podem-se citar os realizados por médicos especializados, os de urgência e emergência⁸⁵.

A Atenção Terciária à Saúde é aquela composta por serviços de alta complexidade exercidos por hospitais e ambulatórios que utilizam uma equipagem de alta tecnologia. Possui profissionais especialistas, como exemplo médicos neurocirurgiões, e realiza atendimento à demanda que não pode ser atendida na atenção secundária por falta de recursos mais especializados⁸⁶.

Cabe acrescentar que os três níveis de complexidade de atenção à saúde devem ter uma interação, uma ligação que é sustentada pela integralidade (um dos princípios do SUS), que pode ser caracterizada pela conexão entre os serviços, com interligação entre todos os níveis de complexidade. Trata-se de uma rede de serviços que proporcionam à população acessibilidade e resolubilidade em relação aos problemas de saúde em busca de qualidade de vida^{87; 88}.

Percebe-se entre esses níveis uma dependência mútua devido às redes de assistência, em que cada um deles não consegue dar resolubilidade para todas as demandas que surgem, responsabiliza-se por executar somente aquilo que consta na sua dimensão de execução^{87; 88}.

Tendo em vista a impossibilidade de os níveis de atenção isoladamente darem resolubilidade às demandas, faz-se necessário considerar o sistema em sua integralidade, com a articulação dos serviços de promoção à saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação. Para operacionalizar tal articulação e assegurar a funcionalidade destes serviços na rede, usa-se o sistema de referência e contrarreferência^{87; 88}.

A referência consiste no processo em que um cliente é atendido no nível de baixa complexidade e necessita de um maior suporte de saúde, serviços mais complexos. Para isso ele deverá ser encaminhado para uma instituição que possua atendimento de maior complexidade e seja capaz de resolver seu problema. Já a contrarreferência consiste no

processo que articula recursos, condições e infraestrutura para retornar com o cliente quando seu problema for solucionado no nível em que se encontra e puder continuar o tratamento sem risco num nível de atenção hierarquicamente inferior (unidade de menor complexidade) ou quando suas demandas de necessidades são mais fáceis de resolução e seja possível solucioná-las num serviço de nível primário^{87; 88}.

Isso equivale a dizer que a rede assistencial, para funcionar de forma efetiva, deve basear-se nas políticas e programas de saúde, fazendo com que os sistemas de referência/contrarreferência se articulem a fim de viabilizar as diretrizes previstas nas políticas públicas.

O direito à saúde, concebido como inalienável a qualquer cidadão brasileiro⁸⁹, quando analisado na perspectiva da cobertura e da resolubilidade dos serviços de saúde e na percepção de atendimento, segurança e acessibilidade de pessoas que possuem idade compreendida entre 40 e 64 anos, justificou a busca pelas diretrizes políticas e programas públicos que dão sustentação a sua aplicabilidade a esse grupo socialmente contextualizado. Neste sentido, a seguir, serão abordados os conteúdos anteriormente mencionados.

A atual concepção de saúde para o processo do envelhecimento prevê que ele ocorra de forma ativa. Isso equivale a dizer que se trata de uma proposta que requer que as limitações naturais do processo do envelhecimento sejam enfrentadas de forma a garantir a maximização das potencialidades humanas e relacionais com vistas à busca de qualidade para os anos a serem vividos^{1; 24}.

Para a ocorrência do envelhecimento ativo, é essencial a adoção de medidas contínuas, individuais e coletivas, relacionadas à inserção social; à manutenção da autonomia (capacidade de resolução e domínio das ações) e da independência (capacidade de executar algo); ao bem-estar físico, mental e social, que irão influenciar diretamente sobre a qualidade de vida das pessoas à medida que elas envelhecem^{90; 91}.

Assim como o processo de envelhecimento é concebido a partir de alguns determinantes transversais, faz-se mister analisar se as políticas e programas públicos estão estruturados nessa mesma lógica, tendo em vista a necessidade de se identificar se há cobertura desses programas/políticas para as pessoas que transitam da fase adulta para a idosa na perspectiva em que essa investigação se inscreve.

Um exemplo é o gênero e a cultura que, enquanto elementos transversais do processo do envelhecimento, requerem abordagens peculiares quando se pretende alcançar um envelhecimento processual e ativo¹.

Nesse sentido, na **Figura 5**, consta uma aproximação que se pretende realizar entre as políticas/os programas públicos e a abordagem do envelhecimento numa concepção processual.

Figura 5: Ilustração esquemática sobre a articulação da transição da fase adulta para a idosa à luz das políticas e programas públicos.



Fonte: As autoras.

As pessoas na transição da fase adulta para a idosa (40 a 64 anos) podem ser contempladas no atendimento à saúde em algum aspecto. Há vários programas e políticas que se direcionam às pessoas que se encontram nessa fase do ciclo de vida, sendo que 17 deles se destacam por estarem mais diretamente vinculados ao processo de transição da fase adulta para a idosa.

São eles: Política Nacional de Humanização⁹²; Política Nacional de Promoção da Saúde (PNaPS) – Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006⁹³; Programa Nacional de Vacinação (PNI)⁹⁴; Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas (PCDT) de Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)⁹⁵; Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)⁹⁶; Diabetes *Melitus* (DM)⁹⁷; Hipertensão Arterial (HAS)⁹⁸; Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora - Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012⁹⁹; Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) - Portaria nº 2.439, de 8 de dezembro de 2005¹⁰⁰; Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) - Portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009¹⁰¹; Programa Nacional de Controle de Câncer de Próstata¹⁰²; Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher¹⁰³; Política de Planejamento Familiar¹⁰⁴; Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) – Portaria nº

2.528, de 19 de outubro de 2006¹⁰⁵; Estatuto do Idoso¹⁰⁶; Envelhecimento Ativo¹ e a Aposentadoria¹⁰⁷, entre outros.

Todos estes programas possuem algum ponto que os vincula ao grupo investigado, porém a sua abrangência deve contemplar o momento de vida em que as pessoas se encontram e atender à perspectiva da transitoriedade por que passam.

Ao citar as políticas que abrangem a pessoa em transição da fase adulta para a idosa, destaca-se a Política Nacional de Humanização (PNH). Ela centraliza na humanização a estratégia para melhorar a atenção à saúde, valorizando o sujeito, na perspectiva de uma abordagem coletiva e social. Neste contexto, interliga o usuário com a equipe de saúde e gestores na intenção de aperfeiçoar a qualidade dos serviços de saúde alicerçados nos princípios do SUS⁹².

A PNH tem como princípios: valorizar o subjetivo e o social no que diz respeito à atenção à saúde; fortalecer o trabalho em equipe entre os trabalhadores da saúde; manter conexão entre os serviços da rede de saúde, utilizando a comunicação e as informações e ser uma política transversal que engloba todas as políticas e programas de saúde⁹².

Para atuar na área de promoção da saúde no âmbito individual e coletivo, foi criada a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNaPS)⁹³, que foi instituída pela Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006, revisada no ano de 2014. Tem como objetivos ligar e integrar as ações de promoção à saúde nos serviços e na gestão do SUS através de articulação com outras políticas públicas. Possui como princípios: a equidade, a melhora da condição de vida; o direito à vida e à saúde; a intersetorialidade; a integralidade; a participação social e a autonomia⁹³.

Para que a PNaPS tenha sua atuação efetiva, deve ser articulada com as outras redes de saúde. Ela estabelece alguns pontos a serem trabalhados para que haja promoção da saúde: estímulo a ações ligadas à alimentação saudável, realização de exercícios físicos; diminuição do uso do tabaco e de bebidas alcoólicas e desenvolvimento sustentável do meio ambiente⁹³.

Um dos programas que também atendem a população adulta é o Programa Nacional de Imunização (PNI)⁹⁴, que foi criado em 1973, considerado programa de Saúde Pública. Tem como prioridades atender às zonas rurais em relação à vacinação; tornar mais eficiente a vigilância epidemiológica, realizar ações de educação em saúde para melhor aceitação por parte da população em relação a vacinas¹⁰⁸; diminuir ou eliminar as morbimortalidades por doenças transmissíveis e imunopreveníveis; promover estudos que avaliem as alterações causadas pelas vacinas nas mortalidades e morbidades; realizar prevenção a eventos adversos oriundos das vacinas, mostrando assim efetividade dos imunobiológicos^{94; 109}. Entre as vacinas utilizadas no

adulto para prevenção de doenças, pode-se citar dupla adulto, febre amarela, influenza, hepatite B, tríplice viral e pneumocócica 23-valente¹¹⁰.

Para abordar as infecções sexualmente transmissíveis (IST), foi criado um Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas (PCDT) de Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis que almeja o aperfeiçoamento da qualidade da atenção às pessoas com IST. Este proporciona aos administradores o esclarecimento de seu papel em relação ao programa e também à equipe de saúde quando se refere a ações como rastrear, diagnosticar, tratar e prevenir estas doenças⁹⁵.

Cabe considerar a transversalidade de gênero que este programa contempla, uma vez que, ao diagnosticar/tratar os indivíduos com IST, seus parceiros deverão ser contemplados para que haja a interrupção na transmissão da infecção e se previnam outras infecções e suas complicações⁹⁵. Este protocolo deve ser utilizado nos três níveis de saúde tanto na prevenção como na assistência. Cada nível de atenção tem suas funções para atendimento do usuário.

Na Atenção Básica, deve-se acolher e efetuar ações de educação em saúde; executar consultas em casos de presença de úlceras genitais; coletar material citopatológico; solicitar teste rápido e exames para sífilis, HIV e hepatites B e C em caso de úlceras; tratar os indivíduos com IST e realizar referência para outros serviços se necessário⁹⁵.

Na Atenção Secundária, serão realizadas as seguintes ações: prevenção e assistência; procedimentos cirúrgicos ambulatoriais e treinamento da equipe de saúde⁸¹. Já na Atenção Terciária, podem-se citar ações de prevenção e assistência, realização de exames em laboratório de pesquisa com equipamentos evoluídos, treinamento de sua equipe de saúde e notificação quando necessário ao centro de vigilância⁹⁵.

Na abordagem da Saúde do Adulto, o tratamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) apresentou avanços em termos de destaque político nas últimas décadas. E, para enfrentá-las, foi criado o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Consideram-se DCNTs as seguintes patologias: acidente vascular cerebral; infarto; hipertensão arterial; câncer; diabetes e doenças respiratórias crônicas⁹⁶.

Essas doenças têm como causas as diferenças sociais; diversidade ao acessar bens e serviços; baixo grau de escolaridade; pouca acessibilidade a informações e fatores de risco que podem ser modificados como fumar; beber; sedentarismo e alimentação de qualidade ruim. Estes podem ser reduzidos com medidas de prevenção⁹⁶.

O objetivo deste plano é entender como estão distribuídas as doenças crônicas não transmissíveis e sua importância, além dos seus fatores de risco, a promoção e execução de

políticas públicas seguras e interligadas com a intenção de prevenção e controle das mesmas. Tem como diretrizes o cuidar integral; promoção de saúde; avaliação, monitoramento de fatores de risco para essas doenças e o favorecimento de um envelhecimento ativo às pessoas⁹⁶.

Outro programa que abrange a Saúde do Adulto é o Programa de Diabetes *Melitus*. Seu objetivo é controlar a glicemia das pessoas portadoras de Diabetes *Melitus* (DM) com a intenção de diminuir a morbimortalidade que ocorre à medida que a patologia avança. Este programa tem como princípios a integralidade e a longitudinalidade do cuidado⁹⁷.

Já o programa de Hipertensão Arterial tem como objetivos o controle e a prevenção da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e de suas complicações, influenciando na diminuição da morbimortalidade. As medidas de prevenção incluem mudanças no estilo de vida das pessoas, alimentação saudável, diminuição no consumo de sal e equilíbrio do peso, além de realização de atividade física. Essas medidas devem ser incentivadas pela equipe de saúde da Atenção Básica⁹⁸.

O Programa Saúde do Trabalhador é contemplado pela Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012, que determina a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e define os princípios, diretrizes e as estratégias a serem observados pelas esferas do SUS, com o objetivo de proporcionar uma atenção integral à saúde do trabalhador, baseada na promoção e na proteção da saúde dos trabalhadores, com redução da morbimortalidade decorrente do processo trabalhista. Esta política baseia-se nos seguintes princípios e diretrizes do SUS: universalidade, integralidade, equidade, descentralização e precaução, utilizando estes em ações individuais e coletivas em benefício da saúde do trabalhador⁹⁹.

A Portaria nº 2.439, de 8 de dezembro de 2005, estabelece a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), que propõe ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação para as neoplasias, tanto em nível individual quanto em nível coletivo. Tem como princípios a universalidade, a equidade, a integralidade e o acesso à assistência oncológica¹⁰⁰.

A Portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009, instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) e possui cinco eixos temáticos: Acesso e Acolhimento, Saúde Sexual e Reprodutiva, Paternidade e Cuidado, Doenças prevalentes na população masculina e Prevenção de Violências e Acidentes¹¹¹.

Esta política tem como propósitos garantir cuidados integrais para os homens, ações de promoção de saúde e o acesso desta população à saúde, a mudança da visão masculina relacionada à saúde, atuação diretamente em ações de prevenção primária de algumas doenças, entre outros. Os princípios desta política são universalidade, equidade, humanização

diretamente ligadas a ações de promoção de saúde, prevenção, proteção e recuperação de doenças relacionadas à população masculina, além da oferta de ações educativas para orientar tanto os homens como seus familiares e a comunidade¹⁰¹.

Com a criação da PNAISH, buscou-se melhorar a qualidade da saúde do homem com a pretensão de fornecer uma assistência integral a esta parte da população com atuação direta na promoção da saúde e prevenção de doenças. Atualmente é possível dizer que os homens têm uma predisposição muito maior às cronicidades, às vulnerabilidades, à morbimortalidade e morte prematura. Devido a esse perfil é que a PNAISH tenta explicar as vulnerabilidades a que está exposta a população masculina e tem como proposta convocar os homens para a busca da saúde e dos direitos sociais¹¹¹.

Esta política sustenta os seguintes princípios: universalidade; equidade nos serviços advindos da saúde; a integração com outros segmentos do governo, área particular e a população, estabelecendo responsabilidades destes com a saúde e qualidade de vida dos homens; a instituição de esclarecimentos a todas as pessoas, inclusive aos homens, sobre ações de prevenção, promoção, proteção, tratamento e recuperação das doenças relacionadas a esta parte da população. Destina-se ainda à inserção dos homens de forma prematura nas ações de prevenção primária relacionadas a doenças e cânceres; realização de treinamentos da equipe de saúde para atender essa população masculina, disposição de materiais e equipamentos para esse atendimento; acompanhamento e apreciação dos serviços e da equipe de saúde e criação/análise dos indicadores de monitoramento das ações de saúde neste gênero¹¹¹.

Cabe acrescentar que a PNAISH tem como diretrizes o entendimento da saúde do homem como um conceito que envolve promoção, prevenção, assistência e recuperação em saúde; fortificação da responsabilidade dos níveis de gestão, fundamentação da realização dos serviços de saúde na humanização, garantindo qualidade da assistência; integração da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem a outras políticas e programas; articulação com outras instituições como a Educação; inclusão na educação permanente de itens ligados à saúde do homem; aperfeiçoamento do sistema de informação para melhorar a forma de monitorar estes indicadores e a realização de investigações em prol do aperfeiçoamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem¹¹¹.

A PNAISH tem como objetivo o melhoramento da saúde dos homens com foco na redução de morbimortalidade e identificação de vulnerabilidades desta população através do incentivo ao acesso dos serviços de saúde para se efetuar uma assistência integral à saúde destes¹¹¹.

Para auxiliar na implantação da PNAISH, o governo criou o Plano de Ação Nacional 2009 – 2011, que abarca nove eixos: Eixo I: Implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (implantar ações relacionadas à saúde do homem nos estados e municípios); Eixo II: Promoção de saúde (criar meios para que aumente a utilização dos serviços de saúde pelos homens); Eixo III: Informação e comunicação (utilizar ações educativas para atuar na saúde dos homens); Eixo IV: Participação, relações institucionais e controle social (efetuar trabalhos conjuntos com sociedade civil a favor da saúde masculina); Eixo V: Implantação e expansão do sistema de atenção à saúde do homem (enrijecer o atendimento dos homens nos serviços de saúde através da melhora e aumento da qualidade destes serviços); Eixo VI: Qualificação de profissionais da saúde (realizar educação permanente); Eixo VII: Insumos, equipamentos e recursos humanos (prover recursos para atendimento da saúde dos homens) e Eixo VIII: Sistemas de informação¹¹².

Para atender as especificidades do gênero masculino, há o Programa Nacional de Controle de Câncer de Próstata. Nele há recomendações para se trabalhar: a sensibilização dos homens em relação à adesão a hábitos saudáveis; a prevenção do câncer entre homens de 50 a 70 anos que frequentam os serviços de saúde com vistas à abordagem precoce do câncer de próstata. Para isso, prevê a necessidade de que a equipe de saúde tenha capacitação sobre a tema, estratégias de abordagens pertinentes e conhecimento sobre inovações terapêuticas na área¹⁰².

Tais recomendações, quando analisadas do ponto de vista da enfermagem, subsidiam ações de prevenção, estímulo para a detecção precoce, adesão ao tratamento e aos cuidados paliativos voltados para a pessoa com câncer de próstata e seus familiares/companheiro(a).

Para atender ao gênero feminino, a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher propõe como diretrizes as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, acesso a todos os níveis de saúde¹⁰³. Seu objetivo é melhorar as condições de vida e de saúde das mulheres. Por conseguinte, prevê a ampliação e qualificação da cobertura dos serviços com vista a reduzir a morbimortalidade desse segmento da população. Esta política deve abranger as mulheres em todas as etapas da vida, de diferentes idades, independentemente da raça, cor, renda ou classe social¹⁰³, embora, no recorte da presente investigação, ela se restrinja à transição da fase adulta para a idosa.

O programa inserido na Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher é o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que foi criado em 1984¹⁰³. Ele possui como objetivos e diretrizes: a descentralização, a hierarquização e a regionalização dos serviços, a integralidade e a equidade da atenção. Enfoca a assistência à mulher nos seguintes itens: pré-

natal, parto e puerpério, climatério, planejamento familiar, Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), câncer de colo de útero e de mama¹⁰³.

Em relação às políticas disponíveis para mulheres na idade fértil, citam-se Política do Planejamento Familiar inserida na Saúde Sexual e Reprodutiva e Política Nacional de Atenção Oncológica, que engloba o Controle dos cânceres de colo de útero e de mama¹⁰³.

Quando se refere à Política do Planejamento Familiar, pensa-se em atividades voltadas para o planejamento familiar e prevenção de doenças como Infecção por HIV e as outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs). Esta política consta do Programa de Saúde da mulher em idade fértil de 10 a 49 anos, embora contemple também a saúde do homem, independentemente da idade. Suas diretrizes baseiam-se em aumentar o oferecimento de métodos de anticoncepção, elaborar e distribuir manuais e cartilhas educativas, capacitar a equipe de saúde sobre o tema e ampliar o Programa de prevenção/ Saúde nas Escolas¹⁰⁴.

O Controle dos cânceres de colo de útero e de mama tem como metas estender a cobertura de exame citopatológico às mulheres de 25 a 64 anos e de mamografia em mulheres entre 50 e 69 anos, cuidar de 100% das mulheres com diagnóstico de lesões precursoras de câncer. Tem como ações para enfrentar esses cânceres: rastreá-los de forma eficaz e universalizar os exames a todas as mulheres, garantindo 100% de acesso ao tratamento de lesões precursoras de câncer¹¹³.

Este controle baseia-se nas seguintes diretrizes: aumentar o acesso aos esclarecimentos sobre os cânceres do colo do útero e de mama para todas as mulheres, proporcionar estruturas para que os serviços de saúde realizem rastreamento dessas doenças, garantir tratamento apropriado e um acompanhamento multidisciplinar¹¹³.

Segundo a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, a realização do pré-natal ainda é muito precária. Há um alto índice de gestantes que não realizam o pré-natal, principalmente de zonas rurais. Com o passar dos anos, tem-se identificado que aumentou o número de consultas realizadas durante o pré-natal, porém a qualidade da assistência ainda permanece ruim. O percentual de gestantes que realizam o número mínimo de consultas de pré-natal e puerpério é baixo, a grande maioria ainda não alcança a meta de número de consultas estabelecida pelo Ministério da Saúde¹⁰³.

Outro aspecto ressaltado no PAISM é climatério, fase biológica da vida e não patológica que abrange o período reprodutivo e não reprodutivo da vida da mulher. Sendo identificada até os 65 anos. Considera-se a menopausa uma etapa constituinte do climatério, que acontece de 48 aos 50 anos de idade¹⁰³.

O climatério é caracterizado pela queda intensa do estrogênio, alterações ligadas à condição comum da mulher e ao modo de vida desta. Outros itens que também podem influenciar no climatério e em seus sintomas são a autoimagem, vinculações sociais, as esperanças e planos de vida¹⁰³.

É possível dizer que a mulher, ao atingir o processo do climatério, passa por uma fase de discriminação que é influenciada pelas mudanças em seu aspecto físico em decorrência da concepção estética, de valorização do corpo e da jovialidade adotada na sociedade e cujo impacto pode recair sobre sua sexualidade e sobre a estabilidade de seus relacionamentos sexuais/afetivos¹⁰³.

Além do que, essa é uma época que coincide com o período de aposentadoria, afastamento dos filhos do lar, o que pode originar a síndrome do ninho vazio, e a morbimortalidade do companheiro(a)¹⁰³.

Com vistas a uma qualidade de vida no climatério, as mulheres devem ser incentivadas a adotar medidas benéficas à saúde, como eliminar o sedentarismo; realizar exercícios físicos; ter uma nutrição balanceada, lazer; socializar-se com família/amigos e não fumar¹⁰³.

Em relação à Saúde do Idoso, pode-se citar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) - Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. A PNSPI tem como objetivo garantir atenção adequada e digna para a população idosa brasileira, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS); proporcionar medidas individuais e coletivas em todos os níveis de atenção à saúde. Ela se alicerça na promoção de saúde e prevenção de doenças e tem como diretrizes proporcionar um envelhecimento saudável e ativo, além de ver o idoso como um todo, caracterizando a atenção integral do idoso¹⁰⁵.

O Estatuto do Idoso retrata uma conquista na abordagem do processo do envelhecimento humano brasileiro. Ele assegura às pessoas que envelhecem os mesmos direitos de qualquer outra pessoa, realizando a discriminação positiva no sentido de garantir-lhes atendimento preferencial, proteção (contra violência, discriminação, crueldade ou opressão), acesso a serviços de saúde (atenção integral à saúde do idoso - promoção, proteção e recuperação da saúde) e assistência social¹⁰⁶.

Atualmente as diretrizes que abordam o processo do envelhecimento enfocam a promoção do envelhecimento ativo e saudável; a atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa e o estímulo às ações intersetoriais. Tais enfoques visam à integralidade da atenção por meio da implantação de serviços de atenção domiciliar; do acolhimento preferencial em unidades de saúde e do provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa e o fortalecimento de sua participação social¹⁰⁵.

Outra política que contempla a fase idosa é a Aposentadoria. Esta política proporciona alguns tipos de benefícios para o segurado, tais como: aposentadoria por invalidez; aposentadoria por idade; aposentadoria por tempo de contribuição; aposentadoria por tempo de serviço; entre outros. A aposentadoria por invalidez é recebida quando o segurado não for capaz de exercer suas funções trabalhistas e nem tiver a opção de reabilitação, concedida mediante a avaliação médica pela perícia da Previdência Social¹⁰⁷.

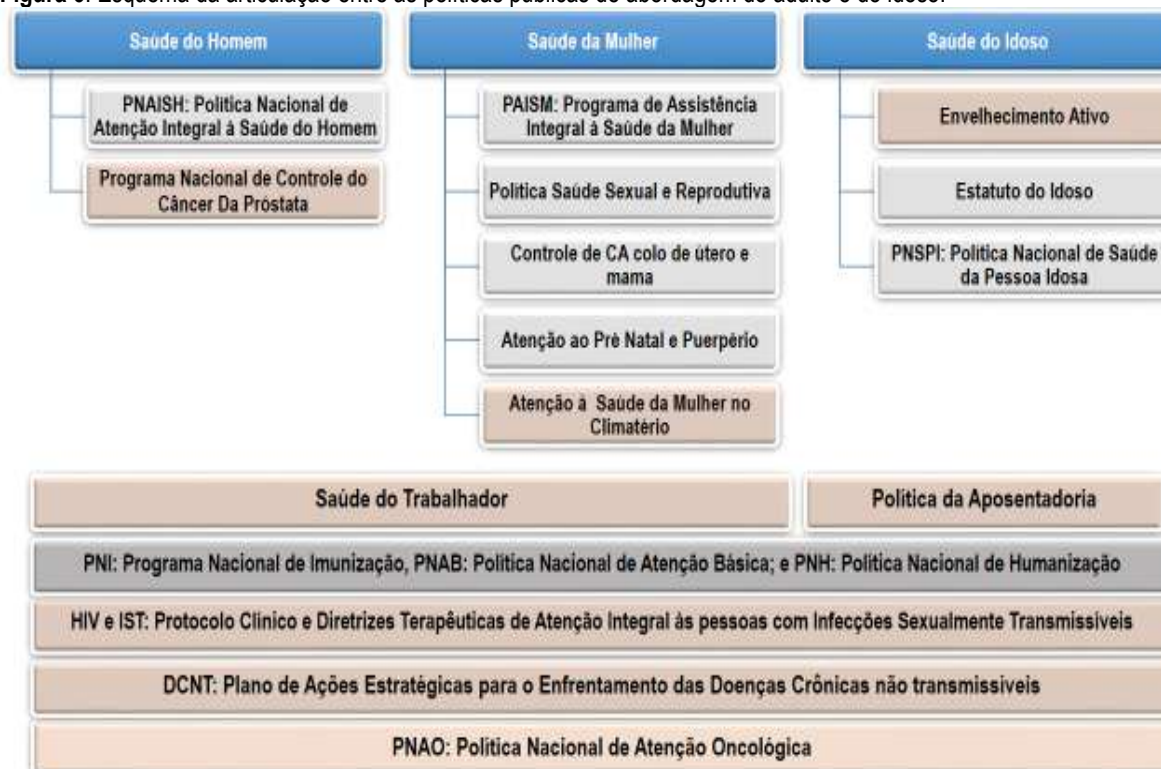
O direito à aposentadoria por idade ocorre quando a mulher completa 60 anos de idade e o homem, 65 anos. E a aposentadoria por tempo de serviço é aquela concedida ao segurado quando o homem completa 35 anos de serviço e a mulher 30 anos¹⁰⁷.

No que tange à aposentadoria por tempo de contribuição, no ano de 2015, esta sofreu algumas modificações em relação ao seu cálculo. O novo cálculo será: a soma da idade e do tempo de contribuição do segurado. Se mulher, este cálculo deverá somar 85 pontos (mínimo de 30 anos de contribuição), e, se homem, 95 pontos (mínimo de 35 anos de contribuição) para se aposentar. E, a cada ano, aumenta um ponto nesta soma e este reajuste de pontos será feito até o ano de 2022¹¹⁴.

A passagem da fase adulta para a idosa constitui um desafio em virtude da peculiaridade que envolve as questões próprias do gênero, a transitoriedade/especificidade das limitações que surgem com o passar dos anos, a carga de doenças e medicamentos que se somam com a cronicidade de algumas morbidades e a individualidade com que o processo é percebido e se manifesta entre as pessoas. Isso equivale a dizer que há fatores que condicionam o processo de saúde/doença pelo qual passam as pessoas que serão os participantes desta investigação.

A síntese da ideológica das políticas e programas públicos que constituem os eixos norteadores da abordagem de saúde destinada a pessoas adultas e idosas está esquematizada na **figura 6**.

Figura 6: Esquema da articulação entre as políticas públicas de abordagem do adulto e do idoso.



Fonte: As autoras, baseadas em documentos do Ministério da Saúde do Brasil.

A seguir, para subsidiar a realização de uma abordagem coletiva, foi adotada como referencial a Teoria das Representações Sociais (TRS).

3.2 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E A TRANSIÇÃO DA FASE ADULTA PARA A IDOSA

As Representações Sociais (RS) são formas de conhecimento advindas do senso comum cuja construção mental de um grupo expressa uma realidade social contextualizada a ponto de permitir a compreensão do coletivo pelo acesso a elementos advindos de um individual que integram um contexto social^{115, 116}.

Na representação social, há uma articulação entre o cognitivo e o sociocultural¹¹⁷, o que permite identificar algumas de suas dimensões a partir do conhecimento de comportamentos; atitudes, conhecimentos, informações, valoração e capacidade de retratar e de caracterizar o objeto que será representado^{118; 119}.

Por isso, é possível dizer que uma RS é capaz de remeter a concepção coletiva de um objeto conhecido para um sujeito, desde que ele tenha aproximação com esse objeto, podendo ser utilizadas técnicas capazes de favorecer o acesso a essas concepções, seja pelas falas dos indivíduos, seja pelo acesso ao pensamento coletivo¹¹⁸.

As representações sociais são formadas a partir da ancoragem e objetivação. Estas possibilitam a estruturação de um núcleo figurativo com características dialéticas. A ancoragem estabelece significados para o objeto, baseando-se em valores e práticas sociais do grupo (de caráter figurativo), enraizamento social^{120; 121}. É a forma como o conhecimento se aprofunda no social¹²². Já a objetivação contempla esclarecimentos e conhecimentos a respeito do objeto retratado em forma de imagens ou esquemas que caracterizam o caráter simbólico do mesmo^{120; 121}. Por isso é possível dizer que a objetivação refere-se ao processo de criação mental de uma imagem para retratar um objeto¹²³.

Em uma representação social, o núcleo figurativo oriundo do processo de objetivação e de ancoragem baseia-se no saber e nas normas sociais do ambiente do sujeito, possibilitando a categorização e o surgimento de novos esclarecimentos a respeito do mesmo¹²⁰.

Isso equivale a dizer que as representações sociais realizam um elo entre o conhecimento oriundo do senso comum e a abordagem científica, fornecendo informações advindas do meio social que podem ser coletadas por meio das experiências dos sujeitos sociais diante de situações e utilizando o processo de aproximação delas com o seu cotidiano¹²⁴.

Os saberes práticos, como são denominadas as representações sociais, proporcionam uma leitura do universo, da realidade e um olhar sobre a realidade¹²⁵. Essas representações sugestionam o posicionamento e a atuação do sujeito no cenário coletivo, fazendo com que as pessoas que integram um grupo contextualizado socialmente utilizem as construções sobre um determinado objeto com a finalidade de favorecer a compreensão do mesmo para a realidade. É por isso que uma representação social é capaz de explicar a forma como os sujeitos veem o objeto em foco e atuam diante dele¹²¹.

Isso equivale a dizer que a Teoria da Representação Social é uma ciência destinada a favorecer a compreensão do real a partir das dimensões sociais¹²⁴.

A abordagem processual ocorre a partir da compreensão do ser humano, com foco em análises das produções simbólicas e da linguagem, através das quais os indivíduos constroem o mundo em que vivem¹²⁶. Segundo essa concepção, os sujeitos não devem ser considerados indivíduos isolados e sim, atores sociais ativos, afetados por diferentes aspectos da vida cotidiana¹²⁷.

Utilizando-se dessa abordagem, é possível compreender a representação do objeto e descobrir como ela surgiu¹¹⁷, explicitando seu caráter imagético e o significado construtivo que agrega ao objeto¹¹⁸.

Segundo Abric a representação social é composta de dois sistemas: um nuclear e outro periférico que se interligam¹²⁸. O primeiro atribui significado às representações sociais, enquanto

que o segundo é responsável pela preservação das mesmas, sendo por isso conhecido como elemento estruturante do sistema¹²⁴.

Conhecer quais são os elementos mais representativos do ponto de visto social permite identificar como eles se articulam hierarquicamente¹¹⁷. É possível categorizá-los segundo dimensões que esses elementos representacionais traduzem, ou seja, cognitiva/informativa, comportamental/atitudinal, valorativa ou representacional. Outra possibilidade é compreender se esses elementos retratam componentes de caráter positivo, neutro ou negativo para o grupo social¹²⁹.

Os elementos representacionais organizam-se e se reúnem ao redor do núcleo central¹²¹; ¹²⁸, interligando-se com o contexto histórico, social e ideológico¹³¹. Tal fato permite identificar algumas funções do núcleo central, a saber: função geradora, que se refere à produção e modificação de uma representação; função organizadora, que ordena as ligações dos elementos da representação e função estabilizadora¹²⁴; ¹²⁸, que é aquela que confere estabilidade ao sistema. Por isso é possível dizer que os elementos que integram o núcleo central das representações sociais são sólidos, dificilmente modificados e resistentes à mudança¹²¹; ¹²⁴.

Uma comparação entre os componentes alocados no núcleo central de dois objetos permitirá dizer se as representações são ou não semelhantes. Se os elementos forem iguais, é possível dizer que as representações são semelhantes e, caso contrário, distintas¹²⁸. A adoção do mesmo raciocínio permite afirmar que uma representação somente se modificará caso ocorra uma mudança nos componentes do núcleo central.

Os elementos periféricos, por sua vez, alocam-se ao redor do núcleo central em camadas com a finalidade de o proteger e são oriundos da ancoragem do objeto representado¹²⁸. Por isso esses elementos possuem as seguintes funções: concretização, regulação e defesa do núcleo central¹²⁸.

A parte periférica dispõe de elementos transformáveis que beneficiam o núcleo de um quantitativo maior de opiniões sobre o objeto representado¹²¹; ¹³⁰. Possibilita a interação entre o indivíduo e o contexto em que ele vive¹³⁰, a integração de experiências/ histórias individuais e a ocorrência de heterogeneidade no grupo¹²⁸.

Cabe acrescentar que, na abordagem estrutural da representação social, a transformação é árdua, caracterizando um sistema duplo¹²¹. Este sistema possui simultaneamente as características: estáveis e rígidas, mutáveis e flexíveis. As primeiras se caracterizam tendo em vista a parte central estar ancorada aos valores dos indivíduos, já as características mutáveis e flexíveis ligam-se às práticas da vida dos indivíduos¹³⁰.

Abric considera que a abordagem estrutural da representação social estabelece vínculos entre a experiência coletiva e individual, possibilita o entendimento do pensamento social¹³¹. E acredita que toda realidade é exibida pelo indivíduo, integrada no sistema de valores, dependente da sua história e contexto social¹²¹.

As representações sociais possuem quatro funções segundo Abric: 1) função de saber; 2) função identitária; 3) função de orientação e 4) função justificadora. A função de saber ressalta o esforço que o sujeito realiza em relação à compreensão e à comunicação. A função identitária refere-se a características em comum nos grupos, que proporcionam uma positivação da sua imagem. A função de orientação relaciona-se a comportamentos e práticas, mostrando que as representações sociais extrapolam o campo simbólico, ligando-se ao concreto. E a função justificadora é aquela que possibilita a justificativa por parte do sujeito para as suas tomadas de decisão¹²⁸.

A aproximação dos conteúdos e da estrutura metodológica da Teoria das Representações Sociais a partir das abordagens processual e estrutural com a temática da presente investigação ocorreu devido à possibilidade de se apreender as seguintes contribuições: 1) a compreensão da dimensão social deste momento de vida; 2) apreensão dos componentes e fatos socialmente contextualizados a ponto de acessar as dimensões informativas, valorativas, cognitivas, imagéticas de um grupo a respeito de um determinado fato objetivado e 3) contemplação da perspectiva cultural implícita no processo do envelhecimento.

Partindo do pressuposto de que as representações sociais são essenciais para organização de uma realidade comum a um conjunto social por estarem diretamente ligadas ao senso comum, e sendo este um componente relevante da vida social¹²⁰, que traz indícios de dimensões das respostas humanas às situações ancoradas e objetivadas, sua aproximação para a enfermagem se justifica.

Como o processo de transição da fase adulta para a idosa caracteriza-se por várias alterações tanto físicas como psicossociais, não só em um indivíduo, mas também no coletivo, faz-se necessário identificar os valores, concepções e significados que esse coletivo apresenta em relação a este processo. Para isso, justifica-se a utilização da Representação Social, pois esta mostra como ocorre a organização de cada grupo social e a construção dos seus significados por interações dinâmicas¹²⁴ e também a visão sobre o mundo de grupos diversos compostos por valores diferenciados¹²⁰.

3.3 REFERENCIAL TEÓRICO FILOSÓFICO DE DOROTHEA OREM

Diante do exposto, ficaram as seguintes indagações: Como cada pessoa concebe o processo de se cuidar? Qual a forma como se cuidar? O que ela faz para isso? Do que precisa? E quais os requisitos universais e individuais que requer para se cuidar? Para responder a essas perguntas, foi utilizada a teoria proposta por Dorothea Orem.

Dorothea Orem, nascida em Baltimore, no ano de 1914, estudou enfermagem em Washington, no *Providence School of Nursing*. Em 1939, realizou bacharelado em Ciências em Educação de Enfermagem e, em 1945, mestrado em Ciências em Enfermagem. Compõe a *American Academy of Nursing* como Membro Honorário¹³².

Na profissão de Enfermagem, atuou como enfermeira particular, educadora, administradora e consultora. Em 1959, publicou o conceito de enfermagem ligado ao autocuidado. E, em 1971, publicou o livro *Nursing: Concepts of Practice*, constando nas versões futuras a teoria geral de enfermagem de Orem, dividida em três teorias: autocuidado, déficit de autocuidado e sistemas de enfermagem¹³².

Em seu modelo filosófico conceitual, Orem explicitou um metaparadigma com quatro conceitos: ser humano, enfermagem, saúde e ambiente. Segundo sua concepção, o ser humano é considerado possuidor de competências para reflexão, comunicação, elaboração de pensamentos, aprendizado e desenvolvimento. Com base nestas considerações, para que aconteça o autocuidado, é necessário um conhecimento sobre ele. Caso não haja esse conhecimento por parte de uma pessoa, outra deve possuí-lo e executá-lo^{132; 133}.

Enfermagem para Orem está diretamente relacionada à ajuda e autoajuda, trabalhando endossada em uma assistência eficaz e de qualidade que englobe itens como investigar, analisar, sintetizar as variáveis em benefício desta e do indivíduo, com a participação de enfermeiros críticos, reflexivos, que saibam a hora de ouvir, falar e agir de forma correta e que atuem com pessoas incapazes de realizar o cuidado^{132; 133}.

Apona-se a saúde englobando não somente o físico, o psicológico, o interpessoal e o social, mas também o ato de prevenir¹¹⁹. O ambiente, segundo Orem, está voltado para aspectos físico-químicos, biológicos, culturais, familiares e de coletividade¹³².

Dorothea Orem apresentou sua concepção a respeito do autocuidado a partir de três teorias ou componentes interligados: 1) Teoria do autocuidado; 2) Teoria das deficiências do autocuidado e 3) Teoria dos sistemas de enfermagem^{132; 133}.

Figura 7: Estrutura esquemática sobre o arcabouço conceitual da Teoria de Dorothea Orem



Fonte: As autoras baseadas em GEORGE, J. B. *Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional*. Porto Alegre: Artmed, 2000.

A Teoria do autocuidado é constituída por: autocuidado; atividades do autocuidado; requisitos para autocuidado e exigências terapêuticas para o autocuidado. O autocuidado pode ser conceituado como ações realizadas pelas pessoas para si próprias para conservação da sua vitalidade, da normalidade das funções orgânicas e do seu bem-estar¹³².

Essa teoria tem como função conceituar e identificar os fatores que afetam a execução do autocuidado. Orem acredita que, quando o autocuidado é efetivamente executado, auxilia o indivíduo, suas atividades e seu crescimento¹³².

As atividades do autocuidado são consideradas as capacidades de um indivíduo para comprometer-se com o autocuidado. Este pode ser influenciado por alguns fatores condicionantes: faixa etária, experiência de vida, condição sociocultural, de saúde e os recursos disponíveis^{132; 134}.

Os requisitos para o autocuidado (atividades do cotidiano) são atividades realizadas para manter a vitalidade, a normalidade das funções orgânicas e o bem-estar. Para que o autocuidado aconteça, existem três requisitos: universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde¹³².

Os requisitos para o autocuidado universais incluem as situações básicas e comuns a todas as pessoas, a exemplo de manter a ingestão adequada de água, ar e alimento; equilibrar atividade/descanso; prover cuidados relacionados à eliminação e evacuação e prevenir riscos à vida^{132; 134}.

Como requisitos para o autocuidado de desenvolvimento incluem-se os universais detalhados pelo desenvolvimento e novos requisitos oriundos de uma situação ou acontecimento. São exemplos a adequação diante de alterações físicas e a novos serviços. Já os requisitos para o autocuidado de desvio de saúde são aqueles necessários quando ocorre alguma enfermidade, ferida ou por solicitação médica para diagnosticar ou resolver a situação^{132; 134}.

Aprender a utilizar muletas ou bolsa de colostomia ou diminuir a ansiedade são exemplos de requisitos para o autocuidado, havendo como fatores intervenientes: a condição da patologia, evitar ou diminuir situações indesejáveis oriundas da terapêutica; aprender sobre a doença, incentivar o tratamento com a intenção de favorecer progresso da pessoa nesta situação; admitir a condição de saúde em que se encontra e alteração da sua autoimagem; tentar garantir assistência de saúde apropriada e realizar medidas prescritas em benefício da saúde¹³². Por sua vez, as exigências terapêuticas são todas as ações de autocuidado que utilizam métodos válidos.

A Teoria das Deficiências do autocuidado pode ser representada quando uma pessoa não consegue prover seu autocuidado, quer reconheça, quer não sua incapacidade, limitada momentânea ou duradoura, para fazê-lo, sendo a incapacidade e a necessidade do cuidado de enfermagem marcadores da deficiência. Por isso a existência dessa teoria está vinculada à necessidade de intervenção profissional do enfermeiro para auxiliar a pessoa no provimento de seu autocuidado^{132; 133}.

Segundo Orem, o cuidado profissional de enfermagem é requerido em situações em que a capacidade de autocuidado é menor do que se necessita; ou seja, a necessidade de cuidados é maior quando comparada ao tradicional e são requisitados serviços especializados para auxílio com vistas ao enfrentamento de uma nova situação^{132; 134}.

Entre os métodos de ajuda individuais, coletivos e/ou simultâneos, está implícita a relação terapêutica entre o profissional enfermeiro e a pessoa atendida por ele. Isso pode ser deduzido dos exemplos de métodos de ajuda mencionados por Orem: atuar ou construir para o outro; orientá-lo; dar-lhe apoio; proporcionar-lhe ensinamentos; propiciar um local que estimule o desenvolvimento pessoal, oportunizando satisfação quanto às situações futuras ou da atualidade^{132; 134}.

Outras estratégias mencionadas por Orem para que o enfermeiro atue laboralmente de forma a incentivar a realização do autocuidado são: manter vínculos entre enfermeiro, indivíduo, família e grupos até a alta hospitalar; determinar a forma como a enfermagem pode auxiliar os clientes e quais as possibilidades disso ocorrer; proporcionar auxílio em casos de desejos,

necessidades do cliente; oferecer ajuda ao cliente e integrar os serviços de enfermagem com o modo de vida do cliente, valorizando os contextos sociais, de saúde e educativos¹³².

A Teoria dos sistemas de enfermagem engloba três subsistemas: totalmente compensatório; parcialmente compensatório e de apoio-educação, que retratam o grau de dependência da pessoa para o cuidado profissional^{132; 134}.

No subsistema totalmente compensatório, tanto as ações do enfermeiro quanto as do cliente, ainda que parciais, integram-se com vistas a que a pessoa realize o autocuidado terapêutico. A atuação profissional nesses casos consistirá em compensar a incapacidade da pessoa para a atividade de autocuidado por meio do provimento de ajuda profissional^{132; 134}.

É possível dizer que a Teoria dos Sistemas de Enfermagem define a forma como serão satisfeitas as necessidades de autocuidado da pessoa e qual o grau de participação de cada membro do binômio pessoa-enfermeiro no provimento do cuidado.

No subsistema parcialmente compensatório, o enfermeiro realizará algumas ações de autocuidado; a pessoa realizará outras e ambos poderão atuar juntos no provimento do autocuidado. Caberá ao enfermeiro estimular a participação da pessoa, deixando que ela faça aquilo que for capaz¹³². Nesse sentido, o enfermeiro deve compensar as limitações de autocuidado do indivíduo para atender suas necessidades naquilo que este não for capaz de fazer por si mesmo.

A parte que caberá à pessoa será: efetuar algumas medidas de autocuidado que seja capaz de fazer; regular as atividades de autocuidado e aceitar ajuda ou atendimento do enfermeiro naquilo que não tenha condição de executar¹³².

No subsistema de apoio-educação, a atuação do enfermeiro será de suporte e orientação/supervisão das atividades de autocuidado, acompanhando-as e avaliando a execução das mesmas pela pessoa de modo a auxiliá-la no provimento do seu autocuidado¹³².

A escolha e a aproximação da Teoria de Orem na presente investigação com a abordagem da rede de apoio entre pessoas em transição da fase adulta para a fase idosa (40 a 64 anos) justificam-se pela perspectiva de se lançar um olhar a partir da concepção de autocuidado numa fase da vida em que as limitações e dependências tendem a se intensificar.

4 MÉTODOS E TÉCNICAS

A seguir, está apresentada a trajetória e as técnicas que possibilitaram operacionalizar a investigação em etapas segundo os principais delineamentos adotados.

4.1 DELINEAMENTO

Na presente investigação, foi utilizado o delineamento no método misto do tipo convergente paralelo. Destarte, a investigação foi composta de uma etapa qualitativa e outra quantitativa, e o processo de coleta e análise dos dados está contextualizado para um mesmo objeto de investigação, numa mesma pesquisa, de modo que as abordagens sejam interligadas e aproximadas às dimensões retratadas na forma como os dados serão coletados, analisados e apresentados¹³⁵.

O método misto requer delineamento detalhado e amostragem apropriada e é operacionalizado por meio de coleta e análise dos dados, utilizando-se de técnicas e métodos específicos para cada abordagem. Isso permite uma caracterização do problema de investigação de forma aprofundada, dentro dos recortes estipulados no método^{135; 136; 137}.

Cabe acrescentar que a forma como o método misto foi utilizado permitiu integrar dados e resultados de cada abordagem para compor uma rede de informações capaz de gerar conhecimentos e subsidiar reflexões sobre as demandas de cuidados de enfermagem da rede de apoio de pessoas com 40 a 64 anos de idade durante o processo de envelhecimento.

Isso equivale a dizer que, apesar de as abordagens qualitativas e quantitativas serem realizadas de forma independente, elas foram aproximadas com vistas a propiciar que o produto final das informações obtidas seja analisado na perspectiva da complementaridade das abordagens a fim de esclarecer as questões de investigação no campo da saúde e da enfermagem^{136; 137}.

Na abordagem quantitativa, o investigador, para desenvolver o conhecimento, faz uso de variáveis, hipóteses, mensurações, observações e coleta de dados que propiciam dados estatísticos^{136; 137}.

No que tange à abordagem quantitativa, foi utilizado o delineamento do tipo *survey*. O *survey* consiste num delineamento baseado na observação de uma quantidade de indivíduos em uma única ocasião em que estes são selecionados de forma aleatória, caracterizando uma amostra, para possibilitar uma descrição das características de uma população¹³⁸.

Para direcionar a operacionalização do *survey*, do ponto de vista metodológico, foram elaboradas três hipóteses com suas respectivas correspondentes de nulidade, conforme constam a seguir:

H1- Entre pessoas de 40 a 64 anos, 60% delas ou mais possuem conhecimento sobre redes de apoio pessoal e de instituições de saúde. Ho- Entre pessoas de 40 a 64 anos, menos de 60% delas possuem conhecimento sobre redes de apoio pessoal e de instituições de saúde.

H2: Entre pessoas de 40 a 64 anos, 60% delas ou mais se preocupam e se empenham com a construção de uma rede de apoio para o processo de envelhecimento após os 65 anos de idade. Ho: Entre pessoas de 40 a 64 anos, menos de 60% delas se preocupam e se empenham com a construção de uma rede de apoio para o processo de envelhecimento após os 65 anos de idade.

H3: Entre pessoas de 40 a 64 anos, 60% delas ou mais possuem autopercepção de saúde melhor quando se avaliam comparativamente com contemporâneos e ascendentes. Ho: Entre pessoas de 40 a 64 anos, menos de 60% delas possuem autopercepção de saúde melhor quando se avaliam comparativamente com contemporâneos e ascendentes.

No delineamento do tipo *survey*, foram abordados os seguintes conteúdos: programas e políticas públicas para pessoas com 40 a 64 anos e autopercepção de rede de apoio para a transição para a/vivência na fase idosa, saúde percebida e perfil de saúde pessoal.

Na abordagem qualitativa, o pesquisador concebe o ser humano como um todo, valorizando os aspectos individuais, familiares, sociais, culturais, históricos, pessoais, fazendo uma análise profunda destes aspectos^{136; 137}. A modalidade escolhida para a abordagem qualitativa foi a Teoria das Representações Sociais segundo a proposta de Moscovici (abordagem processual) e segundo a proposta de Abric (abordagem estrutural).

Os conteúdos contemplados na abordagem processual foram rede de apoio composta de amigos, familiares, vizinhos, comércio, passeio, serviço de saúde, locais religiosos e objetos de apoio e, na abordagem estrutural, foram a transição da fase adulta para a idosa e a rede social.

Para subsidiar a operacionalização da abordagem qualitativa foram utilizados dois pressupostos. No primeiro, as pessoas com idade compreendida entre 40 e 64 anos e que convivem com pessoas com idade ≥ 65 anos possuem a oportunidade de refletir sobre as limitações peculiares ao processo envelhecimento e ao surgimento das síndromes geriátricas, quer seja por experiência própria em fase inicial ou experiências advindas de ascendentes familiares/conhecidos. Tal fato lhes possibilita ancorar e objetivar o processo do envelhecimento

e a necessidade de rede de apoio passível de ser construída/utilizada/acessada para que tenham um envelhecimento ativo quanto tiveram idade semelhante.

No segundo pressuposto, os moradores de regiões geográficas comuns e próximas e que apresentam vivências e experiências com familiares/conhecidos acima de 65 anos podem ser caracterizados como um grupo socialmente contextualizado para a proximidade com as limitações peculiares ao processo de envelhecimento. São capazes de reconhecer a necessidade de rede de apoio pessoal, institucional e de equipamentos/objetos para enfrentar esse período com familiares/conhecidos.

Para sintetizar a organização da presente investigação acerca de como o método misto está sendo empregado nesta investigação, com a complexidade de abordagens e técnicas que lhe são inerentes, consta na **Figura 8**, um esquema explicativo para demonstrar como foram articuladas as abordagens quantitativas e qualitativas.

Figura 8: Ilustração esquemática da estrutura de método misto aplicado na investigação.



Fonte: As autoras.

Cabe acrescentar que a não priorização de uma abordagem em detrimento de outra se justifica pela pretensão de se triangular fontes distintas de informações.

4.2 CENÁRIO DA INVESTIGAÇÃO

O cenário desta investigação foram microáreas de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) de um bairro de uma cidade da Zona da Mata Mineira. Este bairro possui uma população de aproximadamente 14.641 habitantes² e nele se localiza uma universidade pública, em que são realizados projetos de extensão direcionados para essa comunidade.

Para a definição do delineamento amostral, foi consultado o banco de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), com vista a identificar o número de pessoas moradoras da região segundo censo de 2010 e definir área física a ser contemplada.

De posse dessa informação e diante da ausência de uma lista ou estatística da unidade sobre o quantitativo de pessoas com potencialidades para integrar esta investigação, foi realizado visita domiciliar em todas as casas da área para se criar um cadastro atualizado de moradores com a idade previamente definida e que atendiam aos critérios de inclusão. Tal estratégia possibilitou identificar potenciais participantes e seus endereços e ocorreu dentro do projeto de extensão intitulado: "Processo de Envelhecimento: Contribuições para envelhecimento ativo".

O encontro do projeto de extensão com a pesquisa possibilitou a reunião de esforços de enfermeiros que atuavam na assistência, no ensino e que estavam em formação profissional na graduação e pós-graduação.

Nesta ocasião, a estratégia utilizada foi a inserção da pesquisadora nas atividades de identificação de falha vacinal e foi operacionalizada por meio da verificação do cartão vacinal de pessoas com idade ≥ 60 anos e seus acompanhantes/cuidadores. A realização desta etapa possibilitou identificar as residências em que havia pessoas com idade entre 40 e 64 anos que se enquadravam nos critérios de inclusão para participação nesta investigação.

Cabe mencionar que se criou, com esta atividade de extensão, parte da ambiência e uma aproximação com as pessoas que tinham perfil compatível com os critérios de inclusão. Houve oportunidade de iniciar vínculo para posterior retorno com a finalidade exclusiva de investigação, quando elas foram convidadas a integrar a pesquisa.

Ocorreram outras aproximações da pesquisadora com o cenário de investigação como, por exemplo, reuniões com a equipe da Unidade de Atenção Primária à saúde (a enfermeira e os agentes de saúde) na busca por informações sobre o cenário.

Em atendimento às recomendações de delineamento do objeto de investigação estruturado nas representações sociais, foi realizada a ambiência para observação das características do grupo e do contexto social¹¹⁷.

O bairro caracterizou-se pela presença de uma rua central e outras transversais, uma ampla área comercial, que apresentou a predominância na parte central do bairro de atividades econômicas, como casa lotérica; agência bancária; empresas do ramo alimentício; salões de beleza; hortifrutigranjeiros; lojas de materiais de construção; laboratórios de análises clínicas; farmácias, tanto de manipulação quanto tradicionais, e outros serviços como mecânicas, marcenarias, um depósito de compra e venda de materiais recicláveis; lanchonetes;

restaurantes; serralheria e postos de combustíveis. Há também alguns destes estabelecimentos nas ruas transversais do bairro, porém em menor quantidade.

A região também dispõe de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) e uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA). A população local, durante a ambiência, relatou ter acesso à UAPS quanto ao tema referido, que foi vacinação.

As casas da região são tradicionais, sendo a grande maioria com dois pavimentos no máximo, podendo ser observada a predominância tanto de casas simples, humildes e com pouca estrutura, como também de residências sofisticadas, de padrão elevado e até presença de casas em condomínios fechados. Também foram vistos prédios, tanto na parte central do bairro como nas ruas transversais. Observou-se que algumas residências possuem um lote de grande extensão com várias casas com moradores de uma mesma família ao redor. O perfil da maioria das residências é familiar, mas, na região, houve a presença de várias moradias de estudantes por se tratar de um bairro que possui uma universidade.

Foi possível perceber a influência das religiões católica e protestante na região, um exemplo foi a identificação de imagens entre católicos nos *halls* de entrada de várias casas.

A ambiência realizada em conjunto com a vacinação foi um facilitador para o início da pesquisa, pois os participantes se lembraram da pesquisadora e aceitaram participar da pesquisa, e a impressão inicial das pesquisadoras foi de que a maioria das pessoas era receptiva e desejava do encontro, apesar de ter ocorrido episódios de recusa (in)direta.

A forma de perceber essas situações de recusa pode ser exemplificada por ocasiões em que as pessoas não atendiam as pesquisadoras à porta, mesmo estando em casa, ou, quando atendiam, recusavam-se a receber qualquer outra informação, e estas foram respeitadas em seus desejos.

4.3 PARTICIPANTES

Houve participantes que integraram uma ou mais etapas da investigação, conforme descrito a seguir, segundo o delineamento da investigação.

4.3.1 Representação Social

Amostra de seleção completa de moradores de microáreas de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) de uma cidade do interior de Minas Gerais estimada em 200 participantes, pessoas com 40 a 64 anos de idade.

Foram considerados critérios de elegibilidade: 1) idade entre 40 e 64 anos e ser parente ou cuidadora de pessoa com idade \geq 65 anos que é moradora da área de abrangência; 2) os diversos graus de escolaridade, cor de pele, crença religiosa e níveis socioeconômicos declarados; e 3) lucidez e fala coerente, com aplicação da escala de MINI-MEEM em casos de dúvida.

Foram considerados critérios para não participação: 1) não atender aos critérios de inclusão; 2) estar internado, ausente, ou mudar-se durante o período de coleta de dados; 3) ser pessoa acamada em tempo integral.

Dos 200 participantes estimados houve seis perdas, sendo uma devido à mudança de cidade e cinco por recusa no primeiro ou em momentos posteriores da abordagem dessa etapa dentro do método misto.

A partir da Ambiência Sociocultural Linguística e Relacional (ASCLR), foi possível identificar que os participantes foram pessoas receptivas, atenciosas e tranquilas. Possuíam escolaridade variada, eram moradores do bairro há mais de 20 anos e descendentes de seus fundadores. A forma de conversar e o vocabulário utilizado demonstram tratar-se de pessoas simples, comunicativas, com uso de expressões populares.

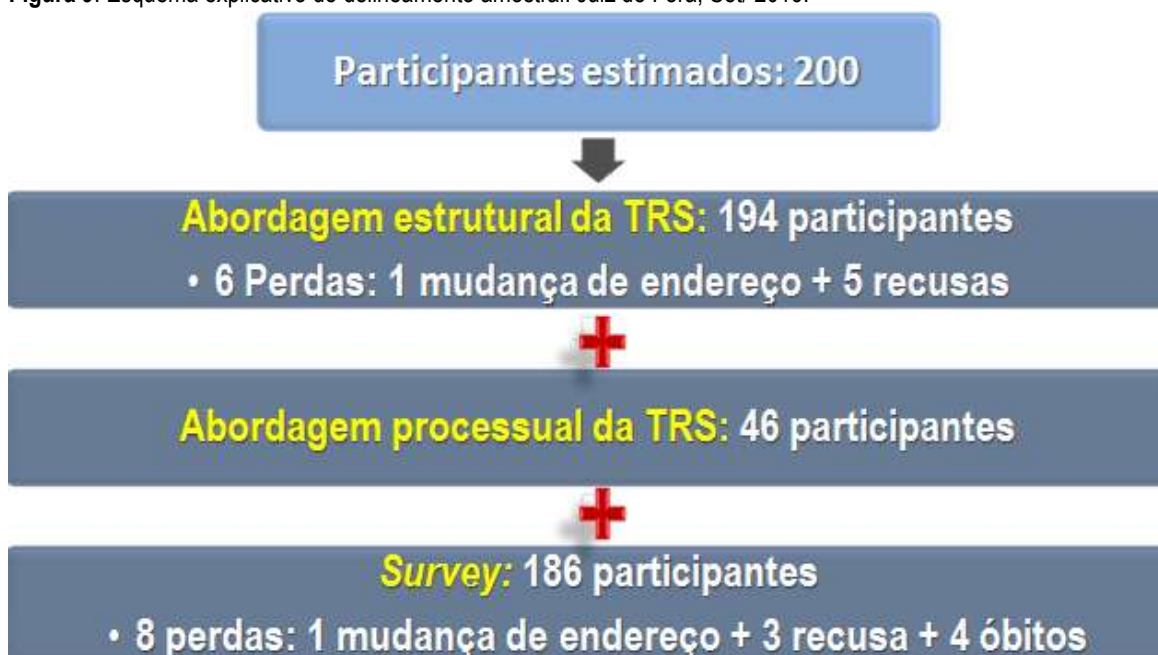
Nesta etapa da pesquisa da representação social, foram incluídos 194 participantes na abordagem estrutural e 46 participantes na abordagem processual, conforme mostra a **Figura 9**.

4.3.2 Survey

Os critérios de inclusão e exclusão que foram adotados nesta etapa da investigação correspondem aos descritos na etapa da Representação Social. O delineamento amostral nesta etapa do *survey* foi de 186 participantes, com algumas perdas.

Para favorecer a síntese do fluxo de participantes nas etapas metodológicas, consta na **Figura 9** um esquema explicativo sobre o quantitativo amostral com respectivos motivos de perdas.

Figura 9: Esquema explicativo do delineamento amostral. Juiz de Fora, Set/ 2016.



Fonte: As autoras.

Cabe esclarecer que integraram a investigação 194 participantes, sendo que quanto a oito deles não há dados de caracterização sociodemográfica, tendo em vista falha no processo de coleta de dados pelo uso do Programa *Open Data Kit* (ODK) em virtude de estar em fase de teste.

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Foram utilizados instrumentos de coleta de dados apropriados a cada delineamento e abordagem com vistas a atender as especificidades das variáveis/pressupostos de interesse conforme descrito a seguir.

4.4.1 Representação Social

O instrumento de coleta de dados destinado a captar as variáveis de interesse nas abordagens estrutural e processual delineadas na Teoria das Representações Sociais foi apresentado conforme as etapas a seguir: 1) caracterização sociodemográfica- variáveis comuns às etapas qualitativa e quantitativa e está explicitada no instrumento na etapa quantitativa; 2) representação social por técnica de evocação livre não hierarquizada (para representação social estrutural)- utilizando seis termos indutores para apreensão do processo de envelhecimento humano, redes de apoio; 3) rede de apoio (representação social na abordagem processual)- incluindo a rede social (familiares, amigos, vizinhos); rede composta de locais de suporte

(comércio, locais de passeio, instituições de saúde e locais religiosos) e rede de suporte composta de materiais (objetos, equipamentos e instrumentais); 4) informações adicionais e 5) conteúdos registrados no diário de campo e na ambiência.

Trata-se de um instrumento contendo questões norteadoras fechadas (caracterização que está sendo apresentada junto ao *survey*), abertas e semiabertas, visando captar o discurso dos participantes a respeito das variáveis de interesse. Seu conteúdo consta do **Anexo A**.

4.4.2 Survey

O instrumento de coleta de dados utilizado para captar as variáveis de interesse no delineamento *survey* foi estruturado nas etapas descritas a seguir: 1) caracterização sociodemográfica e perfil dos participantes (etapa comum à anteriormente descrita); 2) saúde percebida para o processo do envelhecimento segundo os quinquênios; 3) programas e políticas públicas para pessoas com 40 aos 64 anos; 4) escalas: *Lubben Social Network Scale-18* (LSNs-18), teste que afere a quantidade, frequência e quem lhes apoia socialmente¹³⁹ e escala de Jaeger (leitura com fontes de tamanhos distintos para aferição da visão para perto)¹⁴⁰ e 5) mensurações de dados antropométricos, saturação de oxigênio não invasiva por oximetria de pulso (**Anexo B**).

Ele utiliza questões fechadas e semiabertas.

4.5 PROCESSO DE COLETA DE DADOS

Considerando a necessidade de resguardar o anonimato dos participantes e ao mesmo tempo identificá-los dentro da investigação, foi idealizado um código. Ele foi composto por: 1) número que caracterizava os participantes como dessa etapa da investigação, uma vez que ela esteve inserida num contexto com outras etapas investigatórias e foi representado pela expressão 40, que explicitava a faixa etária inicial dos participantes; seguido de 2) código contendo três casas sequencialmente numeradas que retratavam a ordem de ingresso do participante na investigação.

Devido à necessidade de retorno ao domicílio, foi criado um código de localização que correspondia ao grupo de pessoas moradoras num mesmo domicílio e que era composto de algarismo atribuído à rua, seguido do número da casa e, quando existente, do número do complemento. Cabe esclarecer que, de posse dessas duas informações, foi possível individualizar os dados de cada participante dentro da investigação.

O número de encontros utilizados variou em decorrência da extensão do processo de coleta de dados e do instrumento de coleta de dados. Outro critério adicional foi baseado no número de encontros realizados em outras investigações desenvolvidas no grupo de pesquisa com abordagem similar de grupos investigados e perfil da investigação, no qual foram utilizadas seis visitas em média por participante^{14; 141; 142}.

No primeiro encontro, foi realizada a abordagem estrutural da RS (evocação de palavras) e aferições de peso, estatura, circunferências abdominal e do quadril. Na segunda visita, foi realizada a abordagem processual da RS com 46 participantes (etapa em que o número de participantes foi exceção dentro da investigação) e parte dos conteúdos do *survey* (Políticas de Saúde). No terceiro encontro, foram aplicadas as escalas de Lubben 18; teste de Jaeger; *survey* (etapa de caracterização e perfil dos participantes); saúde percebida, Políticas de Saúde e rede de apoio e mensuração da oximetria de pulso.

Cabe acrescentar que, na presente investigação, foram utilizados dois a três encontros de acordo com o quantitativo de etapas da investigação que os participantes integraram e não foi computado entre esse encontros o processo de vacinação que ocorreu intercalado com a investigação por se constituir numa etapa do projeto de extensão no qual esta investigação também se insere. O processo de coleta de dados da investigação ocorreu no período compreendido entre fevereiro e julho de 2016 de forma intensa e ininterrupta.

4.5.1 Representação Social

Na etapa da representação, houve a preferência para que o processo de coleta de dados ocorresse com a abordagem dos participantes em suas residências, a fim de que a observação em *locus* do contexto sociocultural e das relações interpessoais pudesse ser captada com registros no diário de campo.

Entretanto, foi dada a alternativa de que os encontros ocorressem em outros lugares (instituição de saúde e sede da instituição de ensino onde esta pesquisa se originou, tendo em vista sua proximidade com as residências dos participantes) ou acolhida alguma solicitação de local de investigação que fosse mais conveniente para o participante, caso as sugestões oferecidas não fossem adequadas a eles.

O processo de coleta de dados se consolidou após a realização de ambiência para fins de aproximação e conhecimento do contexto ambiental e dos potenciais participantes. Na abordagem qualitativa, foram utilizadas duas técnicas: Técnica de Evocação (TALP) e entrevista individual gravada.

A Técnica de Evocação (TALP) consiste na estratégia utilizada para obter os cognemas previstos na abordagem estrutural da representação social. Ela é desencadeada pela estimulação feita a partir do uso de termo(s) indutor(es)¹⁴³.

A evocação consistiu em solicitar que os participantes ouvissem os termos indutores relacionados a dois eixos: processo de envelhecimento e suas limitações (“Ter 40 a 64 anos”, “Envelhecer”, “Envelhecer bem”) e a rede de apoio para o envelhecimento (“Precisar de alguma coisa”, “Precisar de alguém” e “Precisar de algum lugar”), e que mencionassem as cinco primeiras palavras que lhes viessem à mente¹⁴³.

A entrevista individual gravada, a partir de questões norteadoras, destinou-se a estimular a emissão de um discurso, no qual o participante expresse seu posicionamento, experiência, comportamento, sentimento, conhecimento, características e informações sobre a temática que elas tenham se originado de experiências próprias, quer de familiares ou terceiros (**Anexo A**).

Para as técnicas da evocação, foi prevista a realização de entrevista individual com registros cursivos das respostas do participantes. No entanto, como na etapa piloto foi percebida a possibilidade de redução do tempo de coleta de dados com o uso do Programa *Open Data Kit* (ODK), este foi utilizado. Consiste na utilização de um dispositivo móvel com sistema operacional *Android* para coletar e enviar os dados para um servidor *on-line*¹⁴⁴. Os conteúdos desencadeados a partir das questões norteadoras que subsidiam a abordagem processual das representações sociais foram registrados em áudio.

4.5.2 Survey

Devido à extensão do instrumento de coleta de dados, foi previsto que ele ocorra de forma processual, tendo em vista a necessidade de aprofundar vínculos de confiança para a abordagem de algumas questões segundo evidências identificadas na literatura¹¹⁵ e experiência do corpo de investigadores com segmentos populacionais similares.

Foi previsto triangulação de técnicas e métodos para coleta de dados. A técnica utilizada para abordar os sujeitos foi entrevista individual com registros cursivos no ODK. A coleta de dados ocorreu em todas as etapas nos domicílios dos participantes, embora estivesse prevista sua realização em situações de desejo ou impossibilidade do participante, em local de sua preferência ou na instituição de ensino na qual a presente investigação foi idealizada e está sendo realizada.

A sequência das abordagens foi: questionário preenchido pela investigadora, mensurações/aferições e aplicações de escalas. Nos casos em que foi identificada alguma

situação agravante no estado de saúde dos participantes, foi previsto que eles recebessem orientação e fossem encaminhados para assistência na UAPS, sendo o fato previamente comunicado à equipe da Unidade.

A *Escala Lubben Social Network Scale-18* (LSNs-18) foi escolhida por contemplar a rede de apoio social e por ela ser indicada para ser utilizada para avaliar o nível de apoio percebido e fornecido para as pessoas idosas. Ela avalia a rede de apoio e possibilita a atribuição de escores variando de 0 a 90 pontos¹³⁹.

No caso da presente investigação, a escolha da LSNs-18 foi pautada no fato de essa escala possibilitar comparação da rede de apoio das pessoas em transição da fase adulta para a idosa com pessoas que já se encontram na fase idosa.

A Tabela de leitura para perto adotada foi a de Jaeger. Esse é um teste realizado para verificação da acuidade visual que ocorre através de leituras de frases com fontes diferentes¹³⁰. Foi aplicada a uma distância de 40 cm do indivíduo, utilizando ambos os olhos e também um de cada vez. Seus valores são graduados em optotipos designados de J1 a J6¹⁴⁰.

Cabe mencionar que a Escada Visual Analógica esteve disponível nas ocasiões em que houve dificuldade de utilização de escala do tipo Likert. Ela concilia degraus, números (variar de 1 a 4) e cores (variando em vermelho, azul, verde e amarelo) e fisionomias de fases caricaturizadas para exprimir o estado emocional do indivíduo¹³.

O primeiro degrau corresponde à cor vermelha e o sentimento identificado é de descontentamento; no segundo, percebe-se a cor amarela e certa tristeza; o terceiro, que pode ser identificado pela cor verde, apresenta características de uma pessoa parcialmente alegre e, por último, o degrau de cor azul, que mostra uma caricatura muito alegre (**Anexo C**)¹³.

4.6 CONSOLIDAÇÃO, TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

A seguir, estão descritos os procedimentos de consolidação de dados, tratamento, análise e discussão dos resultados. Os dados referentes aos *survey* e à abordagem estrutural, após terem sido coletados no programa ODK, foram transpostos para o programa *Excel for Windows* com vistas à consolidação e ao tratamento dos mesmos segundo as especificidades requeridas por seus respectivos delineamentos.

registradas entre parênteses e formas similares agrupadas e, na terceira coluna, o número de cognemas que foi possível reunir.

Tal estrutura possibilitou operacionalizar a elaboração do dicionário e realizar correção de alguns cognemas que inicialmente foram homogeneizados, mas que, no processo de elaboração do dicionário, houve necessidade de ser reagrupados ou separados.

A utilização de cores permitiu às pesquisadoras compreenderem a ordem de evocação dos cognemas reunidos durante esse procedimento. Isso equivale a dizer que os termos originalmente evocados foram substituídos por termos “tratados-homogeneizados” e antecedidos por código sequencial de três casas e pelas características sociodemográficas dos participantes categorizados em variáveis nominais em dois ou no máximo três categorias.

Cabe esclarecer que os códigos utilizados para acessar o programa EVOG foram diferentes da identificação dos participantes na investigação como um todo, tendo em vista a especificidade requerida pelo referido programa para que os dados fossem processados por seu intermédio.

Em síntese, todas essas informações descritas estão contidas em um código composto por ordem numérica sequencial + características sociodemográficas + evocações antecidas pelo número de sua ordem de evocação, conforme exemplo a seguir: 008;1;2;4;1 1 idade 2 fazer-coisas 3 dependencia 4 ninguem-com-tempo 5 ninguem-com-tempo.

Posteriormente este arquivo foi introduzido no Programa *Ensemble de Programmes Permettant l'Analyse des Evocations* (EVOG 2000), proposto por Vergès¹⁴⁶, o qual procedeu aos cálculos, a partir da predefinição do valor da frequência mínima e média e do ponto de corte para a ordem de citação das palavras evocadas^{147; 148}.

Uma das formas de tratamento dos dados realizada com o auxílio do EVOG foi a criação de um quadro de quatro casas, no qual foi utilizada como critério a ordem de evocação e de frequência de citação.

A alocação dos cognemas no quadro de quatro casas evidenciou um conjunto de informações que possibilitam a análise dos cognemas na perspectiva dos possíveis elementos que compõem a representação social e evidenciam sua estrutura hierárquica, conforme preconizado por Abric¹²¹.

Foi formado um eixo de abscissas e ordenadas, sendo que as palavras/expressões alocadas no quadrante superior esquerdo (QSE) terão maior frequência e menor rang, sendo, por isso, o possível *locus* de alocação dos componentes do núcleo central. No quadrante inferior esquerdo (QIE), apareceram os cognemas com menor frequência e menor rang, sendo denominado de área de contraste; no quadrante superior à direita (QSD), encontram-se os

cognemas com maior rang e maior frequência, sendo denominado de primeira periferia e, no quadrante inferior direito (QID), situa-se a segunda periferia, tendo maior rang e menor frequência^{148; 149}.

Os *rangs* tiveram valores compreendidos entre 1 e 5. Sua interpretação foi dada quando seus valores se aproximam de um. Isso equivale a dizer que representam palavras/expressões evocadas mais prontamente, ou seja, mencionadas nas primeiras posições, o que traduz sua relevância para o contexto social em que foram geradas¹⁴⁷.

Em relação ao termo indutor “Precisar de alguém”, o corpus teve as seguintes evocações: 568 palavras evocadas; 156 palavras diferentes evocadas; Rang 2,5; frequência média 18 e frequência mínima 6.

O corpus gerado a partir do termo indutor “precisar de alguma coisa” apresentou 666 palavras evocadas; 156 palavras diferentes evocadas; Rang 2,5; frequência média 18 e frequência mínima 6.

Compreende o corpus formado pelas evocações a partir do termo indutor “Precisar de algum lugar” 194 palavras diferentes evocadas, Rang 2,5, frequência média 22 e frequência mínima 12.

O termo indutor “Ter 40 a 64 anos” foi formado 800 palavras evocadas; 194 palavras diferentes evocadas; Rang 2,7; frequência média 12 e frequência mínima 5.

Referente ao termo indutor “Envelhecer” compreende o corpus formado pelas evocações dos sujeitos: 827 palavras evocadas, 194 palavras diferentes evocadas, Rang 2,5, frequência média 22 e frequência mínima 12.

E o termo indutor “Envelhecer Bem” foi constituído por 882 palavras evocadas; 194 palavras diferentes evocadas; Rang 2,7; frequência média 12 e frequência mínima 5.

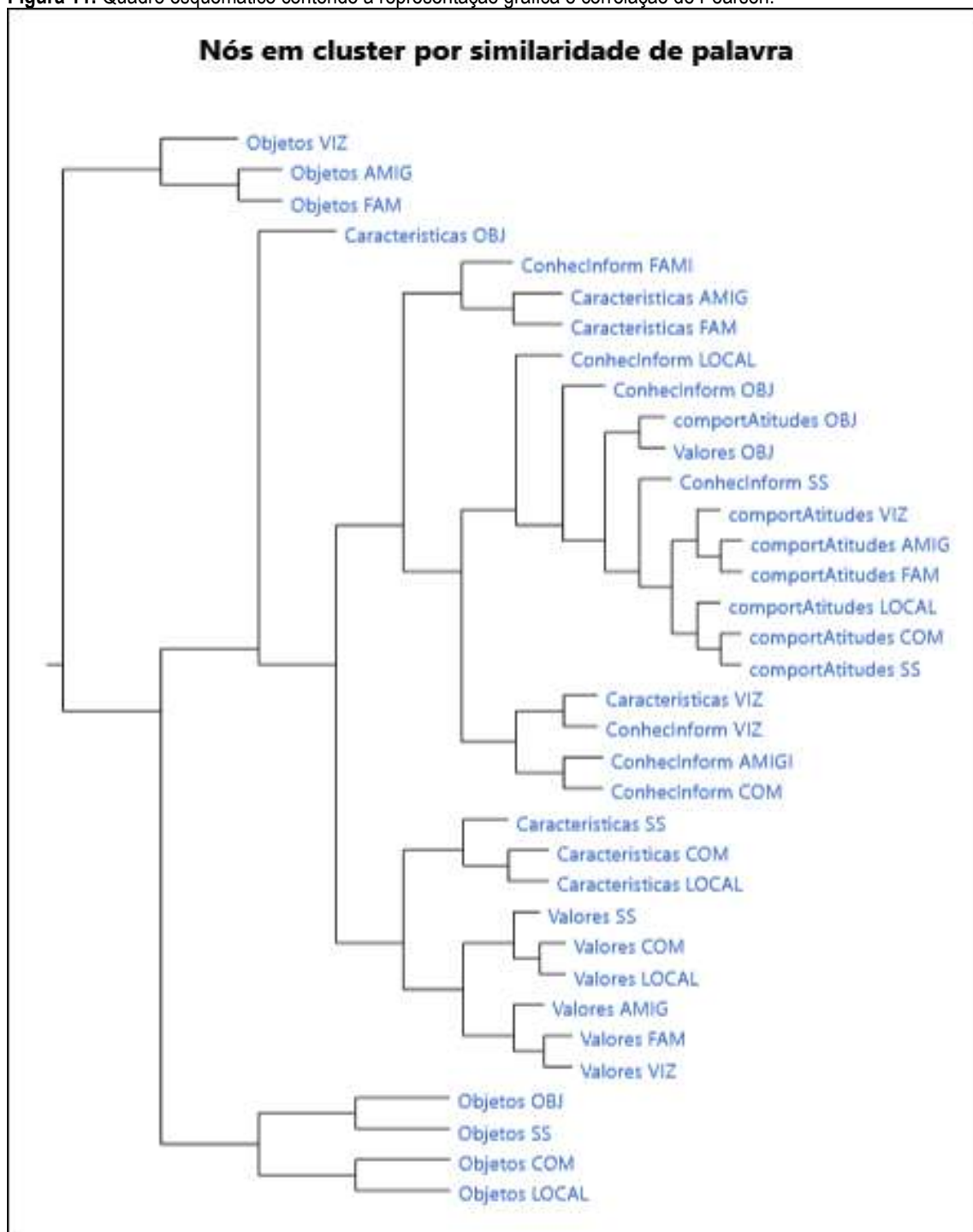
Os conteúdos provenientes das entrevistas gravadas, os discursos dos participantes serão transcritos para o programa *Word for Windows*, sendo cada entrevista identificada por um código e formatada em um arquivo; o conjunto de arquivos foi introduzido no programa Nvivo Pro® versão 11.

Foi realizada leitura flutuante e aprofundada dos conteúdos categorizados em núcleo de sentidos e significados, utilizando o referencial de análise de conteúdo proposto por Minayo¹⁵⁰. A estrutura da categorização será em nós, em conformidade com a estrutura operacional do programa Nvivo Pro® versão 11 e a análise de saturação dos dados será realizada por gráfico de círculo, utilizando a correlação de Pearson. As unidades temáticas e unidades de significado a partir da construção de nós, serão agrupadas e analisadas em categorias estabelecidas a

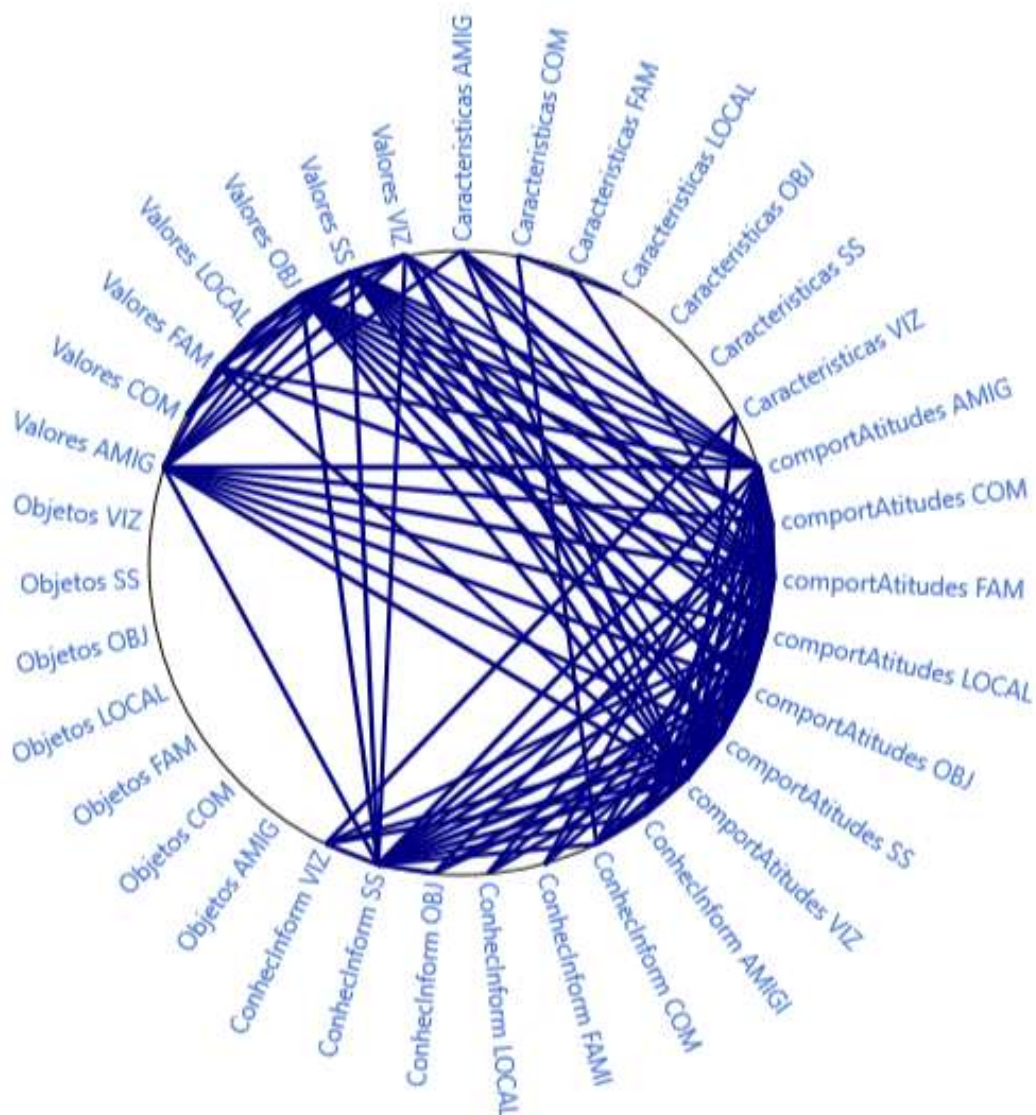
partir de *clusters* segundo a similaridade de ideias contidas nos discursos e apresentadas por dendogramas horizontais¹⁴.

Cabe acrescentar que as unidades de significados captadas pela denominação de nós teve correlação de Pearson compreendida entre 0,946662 a 0,7000651, sendo desconsiderados valores inferiores ao limite inferior e cuja representação por dendograma e por gráfico de círculo conforme consta da **Figura 11**.

Figura 11: Quadro esquemático contendo a representação gráfica e correlação de Pearson.



Nós em cluster por similaridade de palavra



Fonte: Dados gerados no Programa Nvivo Pro versão 11.

4.6.2 Survey

Variáveis quantitativas/qualitativas foram consolidadas em programa SPSS (versão 22) e analisadas segundo estatística descritiva/correlacional.

A seguir, foram apresentados alguns parâmetros utilizados na interpretação das escalas mensurativas previstas nesta investigação.

A interpretação da *Escala Lubben Social Network Scale-18* (LSNs-18) é feita a partir da atribuição da pontuação mais alta que retrata uma melhor e mais bem sustentada rede de apoio¹³⁹

A Tabela Jaeger de leitura para perto proporciona o resultado através dos optotipos, sendo J1 a menor fonte e J6 a maior fonte para visualização, sendo essa a ordem de perda crescente¹⁴⁰.

Inicialmente é necessário fazer alguns esclarecimentos para favorecer o entedimento do leitor a respeito de como o método misto foi aplicado nas abordagens qualitativas e quantitativas.

Isso por que, a composição e a transversalidade que caracterizam a rede de apoio ao abordar o processo de envelhecimento humano na perspectiva de pessoas com 40 a 64 anos, requer uma aproximação entre as abordagens apresentadas no sentido de se obter a superação dos métodos com vistas a se possibilitar a captação de repostas humanas dos participantes.

Nesse sentido, buscou-se uma aproximação entre as abordagens metodológicas com vistas a triangulação de fontes de informações e superação da fragmentada que cada método poderia apontar caso fosse priorizado um em detrimento do outro.

Por isso, os dados provenientes do *survey* (abordagem individual) foram aproximados do contexto coletivo a partir dos elementos simbólicos identificados na abordagem estrutural e complementados com a abordagem processual que possibilita apreender a origem das representações sociais de forma concomitante na busca por obter a fluidez e a profundidade para se responder as questões de investigação.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa atendeu a todos os requisitos éticos e legais em conformidade com legislação em vigor. O projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil e o início do processo de coleta de dados, subordinado à aprovação em Comitê de Ética da Universidade Federal de Juiz de Fora, e o TCLE, elaborado em consonância com a Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Foram atendidos os seguintes princípios éticos: autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade¹⁵¹. A autonomia refere-se ao respeitar o indivíduo em relação as suas preferências e protegê-lo quando sua autonomia estiver reduzida ou modificada. A beneficência é uma imposição ética que busca zelar pelos benefícios e diminuir as perdas. A não maleficência sustenta a ideia da não ocorrência do prejuízo. Já a justiça parte do princípio de que cada indivíduo deve ser tratado de acordo com a moral. E equidade seria proporcionar benefícios iguais para todos¹⁵².

A investigação apresentou riscos mínimos aos participantes e, para minimizá-los, foi previsto: 1) o fracionamento do processo de coleta de dados em encontros de acordo com disponibilidade e coerência com abordagens éticas próprias para a faixa etária considerada, 2) a

utilização de técnicas comunicacionais e relacionais em todos os encontros e 3) o anonimato do cenário da investigação e dos participantes.

A presente investigação se inscreve como parte da pesquisa intitulada “Vulnerabilidade decorrente do processo de envelhecimento: diagnóstico situacional para demandas de cuidados de enfermagem na Atenção Primária à Saúde”, inscrita no grupo de Pesquisa TECSSE, tendo sido aprovada sob o número 1.129.483, em abril de 2015, pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Juiz de Fora.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados da investigação delineada pelo método misto foram estruturados no sentido de favorecer ao leitor a compreensão do processo individual e coletivo implícito/explicito resultante da fala dos participantes e da avaliação realizada com eles a respeito do processo de envelhecimento e da rede de apoio social por eles construídas antes dos 65 anos de idade.

5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES

Participaram 186 indivíduos que foram caracterizados segundo o gênero, a idade, a cor da pele, os anos de escolaridade, o estado civil, a quantidade de filhos, a renda pessoal e familiar (**Tabela 1**).

Tabela 1: Caracterização dos 186 participantes segundo o gênero, idade, cor da pele, escolaridade, estado civil e quantidade de filhos, renda pessoal e familiar.

| Gênero | | N | % | Idade | | N | % | |
|---|------------|------------|----------------|--|------------|------------|----------------|--|
| Masculino | | 47 | 25,3 | 40 ----50 | 71 | 38,2 | Variabilidade: | |
| Feminino | | 139 | 74,7 | 50 ----60 | 67 | 36 | 40 - 64 | |
| Total | | 186 | 100 | >/= 60 | 48 | 25,8 | Média: | |
| | | | | Total | 186 | 100 | 52,74±7,511 | |
| Cor de pele | | | | Estado Civil | | | | |
| Branca | | 118 | 63,4 | Solteiro | 30 | 16,1 | | |
| Negra | | 26 | 14 | Casado | 110 | 59,1 | | |
| Parda | | 41 | 22,1 | Separado | 26 | 14 | | |
| Não mencionado | | 1 | 0,5 | Viúvo | 15 | 8,1 | | |
| Total | | 186 | 100 | União estável | 5 | 2,7 | | |
| | | | | Total | 186 | 100 | | |
| Escolaridade | | | | Nº Filhos | | | | |
| 0 —4 anos | 4 | 2,2 | Variabilidade: | 0 | 44 | 23,7 | Variabilidade: | |
| 4 —8 anos | 55 | 29,6 | 0-18 | 1 —3 | 112 | 60,2 | 0-5 | |
| 8 —12 anos | 76 | 40,8 | Média: | 3 —5 | 30 | 16,1 | Média: | |
| ≥12 anos | 51 | 27,4 | 10,73±4,484 | Total | 186 | 100 | 1,21±0,410 | |
| Total | 186 | 100 | | | | | | |
| Possui filhos | | | | Renda Pessoal (salários mínimos) | | | | |
| Sim | 143 | 76,9 | | 0 ----3 | 134 | 72 | Variabilidade: | |
| Não | 43 | 23,1 | | 3 ----6 | 38 | 20,4 | 0-10 | |
| Total | 186 | 100 | | 6 ----9 | 6 | 3,2 | Média: | |
| | | | | >/= 9 | 8 | 4,3 | 2,258±2,2271 | |
| | | | | Total | 186 | 100 | | |
| Renda Pessoal (salários mínimos) | | | | Renda Familiar (salários mínimos) | | | | |
| 0 ----3 | 134 | 72 | Variabilidade: | 0 ----3 | 72 | 38,7 | Variabilidade: | |
| 3 ----6 | 38 | 20,4 | 0-10 | 3 ----6 | 73 | 39,2 | 0-10 | |
| 6 ----9 | 6 | 3,2 | Média: | 6 ----9 | 17 | 9,1 | Média: | |
| >/= 9 | 8 | 4,3 | 2,258±2,2271 | >/= 9 | 24 | 12,9 | 4,032±2,8129 | |
| Total | 186 | 100 | | Total | 186 | 100 | | |

Fonte: Dados gerados no Programa SPSS.

Dos 186 participantes, 74,7% eram mulheres, 63,4% declararam cor de pele branca, 61,8% tinham idade \geq 50 anos, 59,1% declararam-se casados, 76,9% possuíam filhos, sendo que 60,2% tinham um a três filhos.

O predomínio do gênero feminino na presente investigação corrobora o processo conhecido como feminização do envelhecimento. Quando se analisa a pirâmide etária, é possível observar que, com o avanço da idade, há uma maior prevalência de mulheres quando comparadas aos homens⁴.

Entre as razões que justificam o predomínio de mulheres está o fato de elas: procurarem mais os serviços de saúde, terem melhor adesão às propostas terapêuticas quando comparadas aos homens, não adiarem/protelarem tanto a procura por atendimento de saúde quando identificam alguma modificação em si, reconhecerem que necessitam de cuidados de saúde, não se envergonharem de externar as dependências que surgem com o passar dos anos e utilizarem mais os serviços de saúde. O padrão de comportamento feminino pelo exposto anteriormente corrobora o fato de com elas se ter maior gasto em saúde e com a seguridade social⁴.

Por outro lado, cabe mencionar, tendo em vista os homens não se dedicarem tanto a sua saúde e adiarem o atendimento quando se reconhecem doentes, eles chegam aos serviços de saúde em condições mais graves e/ou de cronicidade.

Outro fator que diz respeito aos homens é o fato de eles estarem expostos ao estresse decorrente do esforço que empreendem para manter a autoimagem de masculinidade, principalmente quando inseridos em ou integrantes de sociedades patriarcais. Em contrapartida, as mulheres estão expostas a alterações hormonais abruptas, principalmente na fase do climatério¹¹¹.

Em relação à cor da pele, o fato de 63,4% dos participantes declaram ter cor de pele branca e 22,1%, parda pode ser justificado pelo fato de a região onde foi realizada a investigação ser composta predominantemente por descendentes alemães, característica influenciada pela imigração ocorrida no Brasil nos séculos anteriores. Isso justifica a divergência com o perfil nacional, no qual há predominância de pessoas que se autodeclararam da cor ou raça preta ou parda (53,6%)⁴.

A média de dez anos de escolaridade dos participantes, ao ser comparada com os dados nacionais, que apresentam média de 7,8 anos⁴, possibilita identificar a influência de projetos de extensão da universidade sobre o grupo investigado.

Na presente investigação, observou-se uma média de 1,4 filho entre os participantes, o que demonstra famílias contemporâneas menores, sendo esta média inferior à média brasileira

de 1,7 filho. Essa diminuição no tamanho das famílias foi endossada pela inserção da mulher no mercado de trabalho, disponibilidade dos meios anticoncepcionais com reflexo sobre a diminuição da taxa de fecundidade e natalidade^{2, 4}.

Na **tabela 2**, constam as profissões e ocupações dos participantes.

Tabela 2: Distribuição das 186 pessoas segundo profissão e ocupação.

| Variáveis | Profissão | | Ocupação | | Total | |
|--|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| | N | % | N | % | N | % |
| DO LAR | 38 | 20,3 | 28 | 19,8 | 66 | 17,7 |
| PROFISSIONAIS NÍVEL SUPERIOR: Administrador, arqueóloga, dentista; educadora física, enfermeira, farmacêutica, professora | 21 | 11 | 15 | 8 | 36 | 9,6 |
| ATIVIDADES TÉCNICAS: assistente administrativo, auxiliar administrativo, auxiliar contábil, cuidador de idosos, secretária, técnico de enfermagem | 10 | 8,2 | 10 | 8,2 | 20 | 5,3 |
| SERVIÇOS GERAIS: Porteiro, mecânico, motorista, autônomo, camareira, babá, agente comunitário; copeira, cobrador, auxiliar de produções, auxiliar lavanderia, fotógrafo, torneiro mecânico | 27 | 13,9 | 22 | 11,3 | 49 | 13,1 |
| EMPRESÁRIOS, COMERCIANTES, ESTÉTICA E BELEZA | 18 | 9,5 | 13 | 6,8 | 31 | 8,3 |
| TRABALHADORES DOMÉSTICOS: Doméstica, faxineira, diarista | 4 | 2,1 | 4 | 2,1 | 8 | 2,1 |
| APOSENTADO, DE LICENÇA E PENSIONISTA | 23 | 10,3 | 35 | 20,3 | 73 | 19,6 |
| TECELAGEM, CORTE E COSTURA | 8 | 4,2 | 11 | 5,8 | 19 | 5,1 |
| CONSTRUÇÃO CIVIL | 10 | 6,1 | 6 | 3,6 | 16 | 4,3 |
| COMERCIÁRIOS: vendedor, feirante, caixa | 13 | 7 | 11 | 5,9 | 24 | 6,4 |
| ARTES CULINÁRIAS | 11 | 5,9 | 14 | 7,2 | 25 | 6,7 |
| MILITAR | 2 | 1 | 1 | 0,5 | 3 | 0,8 |
| NÃO ESPECIFICOU | 1 | 0,5 | 1 | 0,5 | 2 | 1 |
| Total | 186 | 100 | 186 | 100 | 372 | 100 |

Fonte: As autoras.

Ao analisar a renda dos participantes à luz das atividades laborais e ocupacionais que os mesmos desenvolvem, foi possível identificar que a renda de 72% dos participantes varia de zero a três salários mínimos (R\$ 2.640,00), sendo o valor do salário mínimo atual R\$ 880,00, o que se aproxima do rendimento médio (R\$ 1.252,00) e mediano (R\$ 732,00) dos brasileiros⁴.

Tal diferença pode ser justificada pelo aumento do número de trabalhadores formais e suas rendas provenientes de acordos salariais realizados por categorias de base, acrescido pela inserção dos trabalhadores em atividades complementares⁴ que impactam a renda total.

Cabe destacar que as profissões que tiveram predominância entre os participantes foram: 38 (20,3%) do lar, 27 (13,9%) serviços gerais e 23 (10,3%) aposentados, de licença e pensionista. E, em relação às ocupações, foram: 35 (20,3%) aposentados, de licença e pensionista e 28 (19,6%) do lar.

O fato de 61,8% dos participantes terem idade ≥ 50 anos e serem aposentados pode ser explicado por essa situação retratar o modelo de aposentadoria em curso até o ano 2015. Nele era previsto que as pessoas que tivessem tempo de serviço (homem 35 anos e a mulher 30

anos)¹⁰⁷ e contribuíssem para o sistema previdenciário (Instituto Nacional de Seguridade Social-INSS) preencheriam os requisitos necessários para solicitarem aposentadoria.

Por outro lado, a explicação para a predominância da ocupação do lar se refere à baixa escolaridade das mulheres e ao vínculo delas com as atividades familiares do lar. O perfil de saúde dos participantes identificado por meio das medidas antropométricas e saturação de oxigênio não invasivo aferido por oximetria de pulso consta da **Tabela 3**.

Tabela 3: Perfil de saúde dos 186 participantes segundo medidas antropométricas e saturação de oxigênio não invasiva por oximetria de pulso.

| Variáveis de interesse | Média ± DP | Variabilidade (Min. e Máx.) |
|--------------------------|-------------------|-----------------------------|
| FC | 76±9,626 | 54 – 124 |
| Oximetria de pulso | 97±1,358 | 91 – 99 |
| Peso | 65,700±33774,5930 | 44 - 120,400 |
| Estatura | 1.62±8,392 | 1.41 - 1.92 |
| IMC | 27,7419±5,11953 | 16,40- 48,20 |
| Quadril | 103±14,930 | 46 – 146 |
| Circunferência Abdominal | 93,50±13,986 | 54 -124 |

Fonte: As autoras.

A variação dos valores de frequência cardíaca normal dos participantes foi de 76±9,626 (54-124), sendo valores oscilando de 60 a 100 bpm¹⁵³ compatíveis com a normalidade em pessoa adulta. Foram identificados valores de oximetria abaixo do padrão de normalidade, ou seja, valores compreendidos entre 97±1,358 (91-99). Na literatura, a saturação considerada normal para os parâmetros de uma pessoa adulto é ≥95%¹⁵⁴.

Os sujeitos da presente investigação tiveram uma circunferência abdominal de 93,50±13,986 (54 – 124), ou seja, com valores dentro da normalidade, propostos pela literatura, que são de ≥ 80 cm em mulheres e ≥ 94 cm em homem¹⁵⁵.

O IMC dos participantes foi de 27,7419±5,11953 (16,40- 48,20), tendo sido constatado que estavam com sobrepeso, fora do padrão de normalidade, considerando IMC < 18,5 como abaixo do peso; 18,5 a 24,9 peso normal, entre 25 e 29,9 sobrepeso e ≥ 30 obesidade¹⁵⁶.

5.2 REDE DE APOIO

A seguir, estão apresentados os dados da rede de apoio, por se tratarem de dimensões/componentes intervenientes sobre o processo de envelhecimento humano.

5.2.1 Quadro de quatro casas “Precisar de alguém”

A rede de apoio social para pessoas em processo de envelhecimento pode ser provida por pessoas informais que incluem a família, os amigos e os vizinhos¹, com impacto nas condições de saúde-doença dos indivíduos que vivenciam esse processo.

Para abordar a rede de apoio, a seguir, apresenta-se o quadro de quatro casas desencadeado a partir do termo indutor “Precisar de alguém” (**Quadro 1**).

Quadro 1: Quadro de quatro casas obtido a partir do termo indutor “Precisar de alguém”. Juiz de Fora, Set/2016.

| PRECISAR DE ALGUÉM | | | | | | |
|-----------------------|------------------------|------|--------|---------------------|------|-------|
| Freq Média ≥18 | Rang<2,5 | | | Rang>2,5 | | |
| | Termo evocado | Freq | OME | Termo evocado | Freq | OME |
| | Família-ascendentes | 104 | 1,7365 | Amigos | 92 | 2,935 |
| | Família-contemporâneos | 112 | 2,2705 | Deus | 44 | 2,500 |
| | Família-descendentes | 89 | 1,933 | Profissionais-saúde | 19 | 3,684 |
| Freq Média 6 a <17 | | | | | | |
| | Companheiro | 6 | 2,333 | Colegas | 9 | 3,556 |
| | Pedir-receber-ajuda | 6 | 2,000 | Convívio-social | 10 | 3,300 |

Fonte: Dados gerados no Programa EVOC 2000.

Considerando que, no quadro de quatro casas, o QSE é o possível elemento central do núcleo central, o QIE retrata a área de contraste; o QSD, a primeira periferia e o QID a segunda periferia¹⁴⁸, foi possível identificar no QSE os seguintes cognemas: “família-ascendente”, “família-contemporâneos” e “família-descendentes”.

Os componentes alocados no QSE pertencem à dimensão imagética e remetem à ideia de que as pessoas que compõem a rede de apoio social são os familiares. O conteúdo dos cognemas que versaram sobre “família-ascendente” referiram-se aos seguintes graus de parentescos: mãe (47); pai (28); família (21); sogro(a) (7) e tio(a) (6).

Isso pode ser explicado pela relação de vínculo/convívio instituído entre os participantes; por eles serem considerados aqueles que tinham contato e/ou compartilhavam o cotidiano, pelo perfil de arranjos familiares estabelecido e pelo quantitativo de componentes do núcleo familiar, o que possibilita classificar a família como sendo nuclear e extensa.

A família nuclear é composta pelo pai, mãe e filho e a extensa inclui a articulação entre gerações, a exemplo daquelas que possuem pais, filhos, avó, avô, tio, tia e outros componentes que vivem em uma mesma casa¹⁵⁷.

Este fato também pode ser evidenciado nos discursos dos participantes, quando eles se referiram à mãe e ao pai cujo contato com seus filhos pode ser diário, semanal, quinzenal ou mensal. Em relação à mãe, destacam-se as seguintes falas:

“Sempre eles vêm aqui ver minha mãe, né?. Como eu moro com ela e ela é tataravó, né, então vêm os netos, filhos, né? E acaba que eu convivo com eles também, né? Meus irmãos que somos em seis, né?, então é assim.” 40111

[...] ele (irmão) que me deu o lote para eu fazer uma casa e cuidar da mãe [...].” 40121

“Ah não, no casamento, senti muita falta da minha mãe, um apoio de mãe, mãe faz falta, aí eu falo assim quem tem mãe, pode ser a mãe que for, tem que dar valor [...].” 40126

“Há muitos anos atrás, eu ia no centro espírita com a minha mãe.” 40133

“A minha mãe, a gente se gostava tanto, queria estar presente sempre, e qualquer coisa chamava a atenção.” 40134

“Tranquilo, convivo com todo mundo. Encontro mais irmão, pai, mãe e irmã do meu marido, sobrinha [...].” 40142

“Não (familiares suficientes), porque, quando precisa, é difícil. Quando minha mãe era viva, eu contava com ela, mas agora...” 40154

“(sente falta) Da minha mãe e pai.” 40156

“Bom, vejo as minhas irmãs, minha mãe, meus sobrinhos diariamente. Por semana, deve dar umas 12 pessoas.” 40157

“Minha mãe mora em outro bairro, eu vou lá uma vez por semana.” 40170

“Bem, graças a Deus, me relaciono com minha mãe, irmã... Uns seis mais ou menos.” 40159

“No mês, convivo mais com a minha mãe. Uma das minhas filhas eu vejo quatro a cinco vezes por mês.” 40176

“[...] a menina estava dormindo com a mãe [...].” 40190

“Eu não sou de muitos amigos, eu considero só a minha mãe e minha filha que está em outro patamar.” 40196

Essa frequência com que o investigado encontra com familiares pode ser corroborada pela Escala de Lubben (LSNs-18), cuja aferição do tempo de contato foi de 48,4% para aqueles que se encontravam diariamente (**Tabela 4**).

Tabela 4: Frequência com que os 186 participantes têm contato com familiares aferida pela Escala de Lubben.

| Frequência com que veem ou têm notícias dos parentes | | |
|---|------------|------------|
| | N | % |
| Menos de uma vez ao mês | 10 | 5,4 |
| Uma vez ao mês | 7 | 3,8 |
| Poucas vezes ao mês | 15 | 8 |
| Uma vez por semana | 28 | 15 |
| Algumas vezes por semana | 36 | 19,4 |
| Diariamente | 90 | 48,4 |
| Total | 186 | 100 |

Fonte: Dados gerados no SPSS.

Ao mensurar o quantitativo de familiares com que os participantes se sentiam à vontade para falar sobre assuntos íntimos, utilizando componente da Escala Lubben-18, verificou-se que a opção de resposta mais apontada foi de uma pessoa (34,9%) (**Tabela 5**).

Tabela 5: Quantitativo de parentes com os quais os 186 participantes se sentem à vontade para estabelecer conversação íntima aferido na Escala de Lubben.

| Quantitativo | N | % |
|----------------|------------|------------|
| Nenhum | 42 | 22,6 |
| Um | 65 | 34,9 |
| Dois | 42 | 22,6 |
| Três ou quatro | 27 | 14,5 |
| Cinco a oito | 6 | 3,2 |
| Nove ou mais | 4 | 2,2 |
| Total | 186 | 100 |

Fonte: Dados gerados no SPSS.

A inserção de uma pessoa para estabelecer conversas íntimas foi exemplificada pelo fragmento do discurso do participante 40123.

“Aí depende do assunto! Porque converso muito com a minha irmã e com a minha mãe [...].”

A menção ao pai pode ser exemplificada com os conteúdos dos seguintes discursos:

“Pelo que eu faço pela minha mãe e já fiz pelo meu pai, eu creio que recebo até uns elogios. Creio por isso que pode ser que eu conte com a ajuda de sobrinhos...” 40111

“(Sente falta) do meu irmão, meu pai também.” 40113

“[...] eu acho que isso aí é importante... O pai estar ligado aos filhos, estar sempre conversando, querendo saber o que eles fazem. Eu acho que isso é muito importante.” 40125

“(Sente falta) minha mãe e pai”. 40131

“(Sente falta) da minha mãe e pai. Eles moravam comigo quando eu trabalhava e eles foram embora. Sinto falta deles.” 40142

“(Falta) do meu esposo e do meu pai.” 40148

“(Confia) meu pai, meu irmão.” 40151

“(Falta) União que acabou um pouco é a do meu pai. Sinto muito (falta) do meu pai.” 40157

“(Falta) Do meu pai. Ele foi uma pessoa muito presente na nossa vida e lutou muito para a gente chegar onde estamos”. 40182

Foi evidenciada nos fragmentos de discursos dos participantes a importância da família e mencionado ser ela a referência acessada como primeira opção em caso de necessidade.

“A família se uniu para poder tentar ajudar.” 40114

“Eu acho que, se for falar mais de necessidade de idoso, é mais família.” 40122

“Eu acho que isso é importante: a família em primeiro lugar!” 40125

“Acho que não, eles (amigos) devem ‘sair fora’. Deve ficar só a família mesmo. Às vezes, acontece alguma coisa e os amigos dizem que deve ser a família para tomar conta.” 40148

“Eu acho que os amigos podem socorrer, mas tem que contar em primeiro lugar com a família (suficientes).” 40169
“Pode até contar com os amigos, mas tem que contar com a família primeiro.” 40183

A família é um dos componentes que integram a rede de apoio⁷⁶ social capaz de fornecer suporte em caso de doenças, óbitos, estresse e necessidades em geral, sendo uma das primeiras opções a ser recorrida¹⁵⁸.

Foi possível apreender nos fragmentos dos discursos dos participantes a existência de um convívio frequente com um quantitativo de pessoas que permite inferir se tratar de uma família articulada e quantitativamente representativa. Tal fato foi favorecido pela proximidade entre as residências, uma vez que havia várias casas alocadas num mesmo lote que pertenciam a membros de uma mesma família.

“Muito bom! Eu me relaciono com toda minha família ... mais de 30.” 40113
“Uma vez a gente reuniu a família toda para comemorar. Nem lembro o quê! Foi muito bom que a família estava toda junta.” 40115
“Boa (convivência). Me relaciono bastante! Na família, todos se relacionam bem. Aqui, com o pessoal, tem umas 30 pessoas.” 40123
“Ah! É um relacionamento bom, graças a Deus. Eu tenho até que contar. Tenho que contar... mais de 20 da minha família. Mais de 20.” 40149
“Eu conto com a família.” 40187

O convívio frequente e com mais pessoas pode ser corroborado pela resposta dada pelos participantes ao serem inqueridos sobre quantas pessoas viam ou tinham notícias pelo menos uma vez ao mês (item da Escala de Lubben-18). Para 37,1% deles, houve a menção de nove ou mais pessoas (**Tabela 6**).

Tabela 6: Quantitativo de parentes dos quais os 186 participantes têm notícias ou que veem pelo menos uma vez ao mês aferido na Escala de Lubben.

| Quantitativo | N | % |
|----------------|------------|------------|
| Nenhum | - | - |
| Um | 10 | 5,4 |
| Dois | 16 | 8,6 |
| Três ou quatro | 40 | 21,5 |
| Cinco a oito | 51 | 27,4 |
| Nove ou mais | 69 | 37,1 |
| Total | 186 | 100 |

Fonte: Dados gerados no SPSS.

Em alguns relatos, foi possível perceber a falta de apoio social de família. Entre as razões para tal ocorrência, foram mencionadas: entrada de novo membro na família em decorrência de uniões estabelecidas; distância da moradia entre os membros da família; perda dos parentes em quem confiava; presença de família com poucos membros e/ou vínculos frágeis

entre eles ou falta de união entre os membros. Esses conteúdos foram exemplificados com os seguintes fragmentos de discursos que se seguem:

“Vou cuidar dele (marido), mas família que eu tenho é Deus e ele (marido).”
40126

“Bem, na família, tem hoje minha irmã e o marido que moram aqui. Minha filha que mora em Angra e uma sobrinha que mora no bairro X.” 40134

“[...] até hoje, independente. A família vai acabando, meu tio morreu, meu primo, a minha prima [...]”. 40149

“Eu me encanto em ver famílias que se reúnem no ano-novo, Natal.” 40176

“Eu mesma, muitas vezes, queria ajudar meus pais, mas, pela distância e o casamento, não foi possível.” 40184

“Razoável (convívio). Da família, eu encontro com uns 11. Cada um tem seus problemas e a gente vai ficando meio cansado.” 40159

“A família dele é difícil de reunir. Todos, quando tem um problema, a gente corre para ajudar, mas, quando o problema é com a gente, eu vejo que a gente fica mais sozinho. Quando tem que ir ao médico, fazer exame é ele (marido) mesmo que vai comigo.” 40215

Diante da inexistência, fragilidade e/ou inconsistência de vínculos sociais entre familiares, justificam a busca por apoio em outros núcleos com o intuito de atender as próprias necessidades¹⁵⁹.

Outra figura identificada nos discursos dos participantes foi o sogro ou a sogra. Eles foram citados como foco da atenção dos parentes e em circunstâncias de oferta de apoio e preocupação com o bem-estar dos participantes. Além do vínculo, foi justificativa para a atenção com eles o fato de morarem perto ou na mesma residência, estarem adoecidos ou assegurarem os hábitos do grupo.

“[...] meu irmão cuidava da sogra [...]” 40154

“Eu moro perto da minha sogra e tenho acesso ao lado do meu marido.”
40170

“Quando eu tinha a minha sogra aqui, eu arrumei alguém para trazer todo domingo a comunhão depois da missa [...]”. 40215

O(A) tio(a) foi outro componente da família-ascendente citado. Sua menção esteve ligada ao fato de os participantes morarem com os tios, ou em locais próximos, à presença da consanguinidade, à vinculação afetiva, entre outros, como mostram os fragmentos de discursos a seguir:

“Minha tia também ficou muito feliz. Eu almocei na casa da minha madrinha de casamento. Eles ficaram muito felizes.” 40116

“[...] Tem o meu tio que está morando aqui em cima [...]” 40122

“[...] o tio dele que vem aqui todo sábado.” 40142

“[...] a gente morava no bairro X. A minha tia no bairro Y. Então a minha mãe mandava, escrevia um bilhete e mandava alguém da gente ou ia eu e meu irmão ou eu e alguma das minhas colegas. A gente ia na minha tia [...]”
40149

O fato de o(a) tio(a) integrar os cognemas referentes à família-ascendente foi identificado em outra investigação, a qual corroborou a existência de vínculos familiares e estabelecidos pelos laços de consanguinidade justificando laços afetivos^{157; 160}.

O cognema família-descendente referiu-se a filhos (49); filha (19); filho (3); sobrinha (7); neto (7); parente (3) e nora (1). Esses parentes também foram citados na abordagem processual e mencionados como pessoas confiáveis, com as quais os participantes contavam em caso de necessidade ou das quais sentiam falta, como se pode constatar a seguir:

Quadro 2: Fragmentos de discursos que implícita ou explicitamente contemplam os parentes citados no cognema família-descendente.

| Cognemas evocados | Fragmentos de discurso exemplificativo |
|-------------------|--|
| Filhos | <p><i>“[...] então vêm os netos, filhos, né?”</i> 40111 <i>“(Sente falta) dos meus filhos perto de mim, porque eles tudo moram longe de mim. De amigos, eu não sinto falta não.”</i> 40113 <i>“[...] Conto mais com meus filhos e netos.”</i> 40116 <i>“Meus filhos (Confia).”</i> 40124 <i>“Com certeza, eu acho que, desde a criação dos meus pais, foi passando de um para o outro, e esse amor a gente tem até hoje. Os meus filhos maravilhosos.”</i> 40125 <i>“É normal, eu encontro todo dia com a minha irmã, eu encontro mais com meus filhos.”</i> 40145 <i>“[...] eu tenho três filhos.”</i> 40169 <i>“Eu penso que sim, vou contar mais com os meus dois filhos.”</i> 40182 <i>“(Confia) Meu esposo e meus filhos que moram perto, o que mora longe é mais difícil.”</i> 40214</p> |
| Filha | <p><i>“Minha filha (confia).”</i> 40113 <i>“Minha filha, para o serviço e vem ver a gente.”</i> 40116 <i>“Chega lá, nós vamos em museu, no que minha filha me levar, eu estou indo.”</i> 40121 <i>“[...] eu acho que a minha filha não me abandona.”</i> 40156 <i>“Eu creio que sim (suficiente), principalmente minha filha.”</i> 40185 <i>“O casamento da filha da minha amiga, tem a mesma idade da minha filha.”</i> 40189 <i>“(Confia) Minha mãe e minha filha que é novinha e já passou por muita coisa que não precisava.”</i> 40195 <i>“[...] (confia) tenho minha mãe, filha e os irmãos.”</i> 40196</p> |
| Filho | <p><i>“(Confia) eu é meu filho.”</i> 40122 <i>“[...] tenho o exemplo da minha mãe, que teve um filho de sangue e um filho adotivo [...]”</i> 40151 <i>“[...] e família é mais filho e esposa mesmo.”</i> 40183 <i>“(Confia) Meu filho e minha nora.”</i> 40189</p> |

| | |
|----------|---|
| Sobrinha | <p><i>“(Confia) Minha sobrinha e meu irmão, que é um dos mais confiáveis para mim.” 40131</i></p> <p><i>“[...] uma sobrinha que mora no bairro X, me dou bem com ela.” 40134</i></p> <p><i>“Praticamente eu tenho família, mas não tenho. É a minha irmã mais a sobrinha e o esposo, os meus filhos e sobrinhos que moram aqui.” 40137</i></p> <p><i>“Eu acho que a minha sobrinha, vai ser (familiares suficientes).” 40147</i></p> <p><i>“(Confia) minha sobrinha.” 40179</i></p> <p><i>“(Confia) para conversar alguma coisa, é uma sobrinha minha, mas nem tudo.” 40215</i></p> |
| Neto | <p><i>“Eu acho que sim (família suficiente), principalmente a filha e o neto, que até lá já estará maior e pode ajudar.” 40134</i></p> <p><i>“(Falta) minha mãe, meus irmãos e em vida sinto a minha filha, o meu neto, uns sobrinhos também que eu queria estar perto [...].” 40137</i></p> |
| Parente | <p><i>“Aquilo foi maravilha, porque estava parente, amigo, irmão, estava primo tudo junto.” 40115</i></p> <p><i>“Principalmente com as primas do meu marido, parece que eu sou mais parente do que ele, tenho uns dez mais ou menos.” 40154</i></p> |
| Nora | <p><i>“[...] eu tenho três filhos, uma nora e um neto.” 40169</i></p> <p><i>“Eu penso que sim, vou contar mais com os meus dois filhos, o genro e a nora que é uma pessoa muito boa. Eu penso neles.” 40182</i></p> <p><i>“(Confia) meu filho e minha nora.” 40189</i></p> |

Fonte: Dados categorizados no Programa Nvivo Pro® versão 11.

Ao analisar os conteúdos obtidos com a aplicação da Escala Lubben-18, é possível esclarecer o perfil das pessoas com as quais os participantes se sentem à vontade para pedir ajuda quanto ao seu quantitativo, sendo que 33,9% recorrem a uma pessoa da família (**Quadro 2 e a Tabela 7**).

Tabela 7: Quantitativo de parentes com os quais os 186 participantes se sentem à vontade o suficiente para pedir ajuda em caso de necessidade aferido na Escala de Lubben.

| Periodicidade | N | % |
|----------------|------------|------------|
| Nenhum | 32 | 17,2 |
| Um | 63 | 33,9 |
| Dois | 38 | 20,4 |
| Três ou quatro | 40 | 21,5 |
| Cinco a oito | 6 | 3,2 |
| Nove ou mais | 7 | 3,8 |
| Total | 186 | 100 |

Fonte: Dados gerados no SPSS.

A referência do cognema “família-contemporâneos” incluiu os seguintes parentes: genro (1); irmã(s) (18); irmão(s) (42); marido/esposo (33); esposa (7); companhia (1); cunhado(a) (8); parceiro (1) e prima (1). Foram pessoas que os participantes caracterizaram como de confiança e às quais recorreram em casos de dificuldades financeiras, psicológicas ou para conversar,

sendo, portanto, pessoas com quem puderam contar. Isso foi mencionado nos discursos dos participantes a seguir:

Quadro 3: Fragmentos de discursos que implícita ou explicitamente contemplam os parentes citados no cognema família-contemporâneos.

| Cognemas evocados | Fragmentos de discurso exemplificativo |
|-------------------|--|
| Gênero | “[...] contar mais com os meus dois filhos, o gênero [...].” 40182 |
| Irmã(s) | <p>“Minha irmã (confia em familiares).” 40133</p> <p>“A minha irmã já está mais velha, mas espero que cheguemos bem, com saúde para uma ajudar a outra.” 40134</p> <p>“(Confia) minha irmã.” 40147</p> <p>“(Confio) conto com as minhas duas irmãs.” 40148</p> <p>“Com essa minha irmã (confia).” 40149</p> <p>“Conto muito com a minha irmã e a Maria José.” 40156</p> <p>“Bem, graças a Deus, me relaciono com mãe, irmã.” 40159</p> <p>“Confio em duas irmãs.” 40182</p> <p>“(Confio) uma irmã e um irmão, os dois.” 40190</p> |
| Irmão(s) | <p>“Os irmãos dela, da minha mãe e a família deram um total, nem lembro quantas pessoas, mas foi bastante, aí foi uma coisa boa que não dá para esquecer.” 40111</p> <p>“Quando minha mãe morreu, todos os irmãos se encontraram e se reuniram.” 40131</p> <p>“[...] a que mora embaixo que mora meus dois irmãos” 40139</p> <p>“Eu só tenho um irmão de BH que eu posso contar.” 40154</p> <p>“No velório da minha mãe, que chegou todos os irmãos e nós nos abraçamos em volta do caixão. Essa união me marcou muito.” 40185</p> <p>“Uma vez, esse meu irmão que mora aqui [...].” 40190</p> |
| Marido/esposo | <p>“(Confia) meu esposo.” 40195</p> <p>“Uma época em que eu e meu esposo trabalhamos no encontro de jovens, foram vários encontros e foi muito bom.” 40214</p> <p>“(Confia) o esposo.” 40217</p> |
| Esposa | <p>“(Confia) sempre com a esposa.” 40114</p> <p>“Com a minha esposa (confia).” 40146</p> <p>“(Confia) a esposa.” 40187</p> |
| Cunhado(a) | <p>“(Confia) O amor, a amizade, conto com a minha cunhada e meu cunhado.” 40134</p> <p>“Meu cunhado é aqui na frente.” 40149</p> |
| Prima | <p>“Morou aqui com a gente, trabalhou no Carrefour, minha prima [...].” 40116</p> <p>“(Confia) essa (vizinha) que era casada com meu primo, a minha prima, a minha amiga de escola.” 40182</p> |

Fonte: Dados gerados no Programa Nvivo Pro versão® 11.

É possível dizer que a importância depositada nos parentes citados nos cognemas família-descendente e família-contemporâneos deve-se ao fato de serem pessoas que oportunizam os componentes do apoio social como atitudes de incentivo/afirmação, apoio mútuo, expressões afetivas, suporte psicológico e financeiro, além de fornecerem opiniões/orientações^{76; 161} aos participantes.

A relevância dos vínculos com pessoas contemporâneas pode ser exemplificada com o fragmento de relato do participante 40111 a seguir:

“(Confia) A minha irmã mais velha sempre. Tanto a parte financeira quanto psicológica que eu confio mais.” 40111

A análise da frequência com que um participante solicita a um parente suporte para tomada de decisão, com base em parte do conteúdo da escala de Lubben-18, reafirmou a disponibilidade dos parentes, conforme consta na **Tabela 8**.

Tabela 8: Frequência com que os 186 participantes conversam com parentes quando precisam tomar uma decisão importante aferido na Escala de Lubben.

| Periodicidade | N | % |
|---|------------|------------|
| Frequência com que os participantes conversam com um dos parentes quando têm de tomar uma decisão importante | | |
| | N | % |
| Nunca | 27 | 14,5 |
| Raramente | 7 | 3,8 |
| Algumas vezes | 21 | 11,3 |
| Frequentemente | 46 | 24,7 |
| Muito frequentemente | 3 | 1,6 |
| Sempre | 82 | 44,1 |
| Total | 186 | 100 |

Fonte: Dados gerados no SPSS.

Os cognemas que compuseram a área de contraste, QIE, foram “pedir-receber-ajuda” e “companheiro”. O termo “pedir-receber-ajuda” pertence à dimensão comportamental e “companheiro”, à dimensão imagética.

O cognema “pedir-receber-ajuda”, na presente investigação, referiu-se a precisar de ajuda em casos de necessidade ou em qualquer outra situação, mostrando que essas pessoas tinham com quem contar, familiar, vizinho ou outros.

“Dos vizinhos aqui assim, tem um do lado aqui que, se a gente precisar dele, ele está sempre disposto a ajudar, entendeu?” 40114

“Acho que isso, eles (vizinhos) ficam dentro de casa com os problemas deles, igual a gente daqui, mas, na hora que baterem na porta e precisarem, a gente ajuda. A gente está disposto a ajudar e eles também.” 40122

“(Confia) conto com meus filhos e minha irmã, porque tudo que acontece primeiro é ela e depois os sobrinhos. Ela me ajuda com tudo.” 40137

“[...] conto com a Cleide (irmã) porque, se precisar, ela me ajuda [...]” 40145

Cabe acrescentar que o termo “pedir-receber-ajuda” foi mencionado no sentido de apoio social como algo que engloba o apoio prático (suporte para realizar as atividades e necessidades em geral) e o apoio emocional (cuidado, confiança)¹⁶².

Em relação aos vizinhos, pode-se afirmar que havia contato entre estes e os participantes diariamente e o quantitativo de vizinhos foi superior a nove pessoas, encontradas no período mensal (**Tabela 9**).

*“No mês, me relaciono (convivo) com uns dez (pessoas) ou mais. Na casa da minha mãe também, na rua. Onde eu passo, ex-vizinhos também.”*40116
“Todo dia vejo um monte de vizinhos, mas na rua.” 40134

Tabela 9: Quantitativo de vizinhos que os 186 participantes veem ou dos quais têm notícias aferido na Escala de Lubben.

| Vizinhos que veem ou têm notícias pelo menos uma vez ao mês | | | Frequência com que veem ou têm notícias dos vizinhos pelo menos uma vez por mês | | |
|---|------------|------------|---|------------|------------|
| Periodicidade | N | % | Periodicidade | N | % |
| Nenhum | 20 | 10,8 | Menos de uma vez ao mês | 28 | 15 |
| Um | 7 | 3,8 | Uma vez ao mês | 4 | 2,2 |
| Dois | 38 | 20,4 | Poucas vezes ao mês | 11 | 5,9 |
| Três ou quatro | 44 | 23,7 | Uma vez por semana | 7 | 3,8 |
| Cinco a oito | 30 | 16 | Algumas vezes por semana | 42 | 22,6 |
| Nove ou mais | 47 | 25,3 | Diariamente | 94 | 50,5 |
| Total | 186 | 100 | Total | 186 | 100 |

Fonte: Dados gerados no SPSS.

Embora alguns participantes tenham apontado os vizinhos como pessoas a quem solicitam ou recorrem em casos de necessidade, considerados fonte de ajuda, outros afirmaram não recorrerem a eles, sendo este fato exemplificado pelos discursos a seguir.

“Tenho pouco contato com os vizinhos, é superficial.” 40116
“A gente tem vizinhos que só cumprimentamos, do jeito cordial [...]”
 40142

A frequência com que o contato com vizinhos ocorre está expressa na **Tabela 10**.

Tabela 10: Quantitativo de vizinhos que os 186 participantes veem ou dos quais têm notícias, ou com os quais se sentem à vontade para falar de assuntos íntimos ou pedir ajuda aferido na Escala de Lubben.

| Vizinhos com que se sentem à vontade o suficiente para falar sobre assuntos íntimos | | | Vizinhos com que se sentem à vontade o suficiente para pedir ajuda | | |
|---|------------|------------|--|------------|------------|
| Periodicidade | N | % | Periodicidade | N | % |
| Nenhum | 136 | 73,1 | Nenhum | 94 | 50,5 |
| Um | 27 | 14,5 | Um | 39 | 21 |
| Dois | 16 | 8,6 | Dois | 35 | 18,8 |
| Três ou quatro | 5 | 2,8 | Três ou quatro | 10 | 5,3 |
| Cinco a oito | 1 | 0,5 | Cinco a oito | 4 | 2,2 |
| Nove ou mais | 1 | 0,5 | Nove ou mais | 4 | 2,2 |
| Total | 186 | 100 | Total | 186 | 100 |

Fonte: Dados gerados no SPSS.

Cabe ainda ressaltar que os participantes não confiam nos vizinhos e não os acessam para tomarem decisão importante, conforme os discursos e a **Tabela 11**.

“Porque não pode confiar (vizinhos), tem que confiar só em Deus.” 40147
“O vizinho tem a vida dele eu tenho a minha. Eu não gosto de me envolver.”
 40176

Tabela 11: Quantitativo de vizinhos com os quais os 186 participantes conversam para tomar decisão ou que estão disponíveis para essa finalidade aferido na Escala de Lubben.

| Quantitativo de vizinhos que conversam com o participante para tomar uma decisão importante | | | Quantitativo de vizinhos que estão disponíveis para conversar com participantes quando estes têm que tomar decisão importante | | |
|---|------------|------------|---|------------|------------|
| Periodicidade | N | % | Periodicidade | N | % |
| Nenhum | 113 | 60,8 | Nenhum | 106 | 57 |
| Um | 4 | 2,2 | Um | 4 | 2,2 |
| Dois | 16 | 8,6 | Dois | 17 | 9,1 |
| Três ou quatro | 15 | 8,1 | Três ou quatro | 18 | 9,7 |
| Cinco a oito | 1 | 0,5 | Cinco a oito | 3 | 1,6 |
| Nove ou mais | 37 | 19,8 | Nove ou mais | 38 | 20,4 |
| Total | 186 | 100 | Total | 186 | 100 |

Fonte: Dados gerados no SPSS.

O outro termo alocado no QIE foi “companheiro”, concebido pelos participantes como pessoas com as quais possuem amizade ou o cônjuge, uma companhia. Estas, devido à proximidade, são pessoas com quem os participantes poderiam contar¹⁶³.

Na primeira periferia, QSD, foram alocados os seguintes cognemas: “Deus”, “amigos” e “profissionais-saúde” que pertencem à dimensão imagética. O cognema “Deus” foi o mais prontamente evocado pelos participantes da investigação fato que pode ser justificado pela forte presença da religiosidade no bairro, a exemplo das religiões católicas e evangélicas, conforme corroborado pelos discursos:

“No dia que eu passei mal, ele (marido) não estava, só Deus que estava do meu lado.” 40115

“[...] isso eu não importo, enquanto Deus me der vida e saúde, eu to andando e movimentando, quando Deus fala para, parou.” 40126

“[...] porque eu acho que é cada um por si e Deus por todos.” 40131

“Eu escuto o padre Reginaldo falando que às vezes você quer morrer rápido, mas Deus quer que você pague algumas coisas.” 40145

Com base nas entrevistas, pode-se perceber que devido ao seu caráter norteador, a espiritualidade auxilia no ajustamento de questões reais do cotidiano e proporciona sentido à vida das pessoas¹⁶⁴.

O cognema “amigos” foi mencionado na primeira periferia. Pode-se dizer que foram as pessoas citadas e consideradas passíveis de fornecer apoio em casos de necessidades ou dificuldades dos participantes, disponíveis para ajudar a todo o momento, com laços de proximidade/contatos frequentes com os participantes. Pode-se ressaltar que os participantes

fizeram menção ao quantitativo que possuíam de amigos e este variou de três a quatro e, para pedir ajuda, recorriam a uma/duas pessoas e falavam de assuntos íntimos com uma pessoa conforme os discursos, o que foi aferido pela Escala de Lubben e consta da **Tabela 12**.

“Bom, bom, não muitos, né? Assim acho que uns três amigos talvez, é mais próximos de conversar mais coisa assim, posso contar, né?” 40111

“Hoje eu tenho assim poucos amigos. Amigo é aquele que você pode trazer dentro de casa, compartilhar alguns problemas com ele, conversar coisa e tal.” 40114

“Eu penso, a gente não tem problema de saúde, então pelo menos perguntar se está tudo bem, falar de amigos, de política, está namorando?” 40122

“Amigo tem que ser amigo para o que der e vier. Sempre ajudando um ao outro, sempre que precisar. Eu acho que, nas horas que a gente mais precisa, é que a gente precisa dos amigos por perto.” 40125

“Nada, eles estão sempre juntos. A gente está sempre se vendo. Tenho bastante amigos, amigos mesmo de 30 anos.” 40133

“Acho que sim (suficiente) porque os meus amigos se importam muito comigo, se eu sumir, elas me ligam.” 40156

“Você tem que confiar em amigos [...]” 40159

“Amigos são poucos, tenho uns quatro. Tenho mais é colega.” 40166

“Eu sou muito fechada, eu tenho amigos por telefone. De verdade, eu tenho três amigos.” 40176

“Amigo tem que ser aquele que está com você a qualquer hora. Queria ter mais.” 40178

“Eu acho que posso contar mais com os amigos... É verdade (amigos suficientes).” 40179

“Pelo fato de fazermos parte de um grupo, nós temos muitos amigos, mas tem um casal que a gente convive mais, viajamos, vamos a casa deles, contamos problemas.” 40184

“Espero que sim (suficiente), a gente tem que contar com os nossos amigos em todos os momentos da nossa vida.” 40214

“A Matilde, uma vez a casa caiu e a Matilde saiu lá de Grama e veio aqui nos chamar para ficar na casa dela. São essas três (amigos).” 40137

Tabela 12: Quantitativo de amigos com os quais os 186 participantes se sentem à vontade para falar de assuntos íntimos ou pedir ajuda, aferido na Escala de Lubben.

| | Amigos que veem ou têm notícias pelo menos uma vez ao mês | | Amigos com que se sentem à vontade o suficiente para falar sobre assuntos íntimos | | Com qtos amigos o(a) senhor(a) se sente à vontade o suficiente para pedir ajuda | | | |
|----------------|---|------------|---|------------|---|----------------|------------|------------|
| | N | % | N | % | N | % | | |
| Nenhum | 22 | 11,8 | Nenhum | 35 | 18,8 | Nenhum | 29 | 15,6 |
| Um | 34 | 18,3 | Um | 63 | 33,9 | Um | 60 | 32,3 |
| Dois | 28 | 15,1 | Dois | 51 | 27,4 | Dois | 60 | 32,3 |
| Três ou quatro | 38 | 20,4 | Três ou quatro | 23 | 12,4 | Três ou quatro | 22 | 11,7 |
| Cinco a oito | 31 | 16,7 | Cinco a oito | 9 | 4,8 | Cinco a oito | 11 | 5,9 |
| Nove ou mais | 33 | 17,7 | Nove ou mais | 5 | 2,7 | Nove ou mais | 4 | 2,2 |
| Total | 186 | 100 | 186 | 100 | 186 | 100 | 186 | 100 |

Fonte: Dados gerados no SPSS.

É possível dizer que os participantes tinham um contato frequente com os amigos com base no discurso e na **Tabela 13** referente à Escala de Lubben. Esse contato se deu por meio de encontros dos participantes com amigos, no trabalho e caminhadas, porém os sujeitos da investigação relataram à pesquisadora durante as visitas que este ocorria também pelo mídia social e telefone, o que justificou a frequência do contato.

[...] os meus amigos são de encontros, de trabalhar e caminhar juntos.”40214

Tabela 13: Frequência com que os 186 participantes têm contato com amigos aferida pela Escala de Lubben.

| Frequência com que veem ou têm notícias dos seus amigos | | |
|---|------------|------------|
| | N | % |
| Menos de uma vez ao mês | 37 | 19,9 |
| Uma vez ao mês | 12 | 6,5 |
| Poucas vezes ao mês | 25 | 13,4 |
| Uma vez por semana | 23 | 12,4 |
| Algumas vezes por semana | 30 | 16,1 |
| Diariamente | 59 | 31,7 |
| Total | 186 | 100 |

Fonte: Dados gerados no SPSS.

Os sujeitos da investigação recorriam aos amigos e estes eram solicitados sempre quando tinham que tomar uma decisão importante, conforme pode ser verificado tanto nos discursos quanto na **Tabela 14**.

“Se precisar de qualquer coisa, são amigos que não é da família, né, que posso contar mesmo para qualquer coisa assim, que já precisei e me deu apoio, né?” 40111

“Tem que estar nas horas mais difíceis da gente que nós desabafamos com o amigo, a gente procura para desabafar, conversar.” 40134

“Bem, sempre os amigos nos acolhem.” 40190

Tabela 14: Frequência com que os 186 participantes conversam com os amigos para tomar decisão ou que estão disponíveis para essa finalidade aferido na Escala de Lubben.

| Frequência com que os amigos conversam com o participante para tomar uma decisão importante | | | Frequência em que um dos amigos está disponível para conversar com participantes quando estes têm que tomar decisão importante | | |
|---|------------|------------|--|------------|------------|
| | N | % | | N | % |
| Nunca | 31 | 16,7 | Nunca | 31 | 16,7 |
| Raramente | 9 | 4,7 | Raramente | 7 | 3,7 |
| Algumas vezes | 18 | 9,7 | Algumas vezes | 10 | 5,4 |
| Frequentemente | 42 | 22,6 | Frequentemente | 40 | 21,5 |
| Muito frequentemente | 4 | 2,2 | Muito frequentemente | 13 | 7 |
| Sempre | 82 | 44,1 | Sempre | 85 | 45,7 |
| Total | 186 | 100 | Total | 186 | 100 |

Fonte: Dados gerados no SPSS.

Cabe destacar, que, ao se tratar da rede de apoio social, os amigos se agregam ao que se denomina dimensão extrafamiliar, quer dizer perpassa o ambiente familiar¹⁶⁵. Consideram-se os amigos componentes de um ciclo social construído a partir de situações de dificuldades, no qual a pessoa proporciona a outra um apoio social¹⁶⁶.

Ao citar o cognema “profissionais-saúde”, os sujeitos da investigação se referiram a médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas e terapeutas ocupacionais. Tanto os enfermeiros quanto os médicos foram citados como importantes e essenciais para o funcionamento do serviço de saúde e para obtenção de qualidade de atendimento aos clientes, conforme mostram os discursos abaixo:

“Tinha que ter mais médicos, mais remédios suficientes, porque não tem.”
40137

“Tinha que ter mais médicos, remédios nos postos [...]” 40179

“Mas acho que a empresa deveria contratar mais profissionais, mais enfermeiros e médicos.” 40196

“Teria que ter mais médicos, mais enfermeiros [...]” 40214

Observa-se que os profissionais da saúde, ao serem citados como cognema do termo indutor “Precisar de alguém”, foram considerados componentes da rede de apoio social dos participantes por proporcionarem por meio de seus serviços um apoio social. Isso pode ser evidenciado pelo fato de o profissional de saúde ser um tipo de ajuda para os idosos, no sentido de incentivar a autonomia ou de participar das questões de saúde dessas pessoas¹⁶⁷.

Na segunda periferia, QIE, foram alocados os cognemas “convívio-social” e “colegas”. A palavra “colegas” pertence à dimensão imagética e o “convívio-social” à comportamental.

O cognema “convívio-social” remeteu-se à rede de apoio social estabelecida através dos objetos (pessoas) por relações interpessoais¹⁴⁹, corroborado pelo discurso da participante 40111.

“A união, né? É acho que o convívio, né? Da família, união, acho que também a fé, né? Faz com que as pessoas unem assim.”

O termo “colegas” na presente investigação foi concebido como pessoas com quem os participantes tinham um frequente contato, como exemplo, no trabalho, a quem recorriam em casos de ajuda/necessidade e na falta de uma rede de apoio de amigos, como pode ser identificado nos relatos:

“Colegas de trabalho eu tenho muitas [...]” 40196

“(Confia) essas meninas, e uma outra colega que agora mudou para Leopoldina. Sempre que ela vem aqui, ela vem aqui em casa.” 40145

“Minha colega, Nilza de trabalho, ela me ajudou muito [...]” 40147

(Confia) um colega escola do colégio [...]” 40151

“Amigos são poucos, tenho uns quatro. Tenho mais é colega.” 40166

“Um colega de trabalho, nós tínhamos um relacionamento.” 40178

Os dados citados e discutidos sobre rede de apoio social encontram-se na **tabela 15** com as estatísticas referentes às dimensões desta rede segundo a escala de Lubben 18.

Tabela 15: Rede de apoio social e suas dimensões segundo LSNS-18.

| Domínios | De quantos têm notícias | Com que frequência têm notícias | Com quantos falam com intimidade | A quantos pedem ajuda | Frequência procura | Frequência disponibilidade |
|-------------------|-------------------------|---------------------------------|----------------------------------|-----------------------|--------------------|----------------------------|
| FAMILIARES | | | | | | |
| Válido | 186 | 186 | 186 | 186 | 186 | 186 |
| Ausente | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 |
| Média | 3,82 | 3,84 | 1,47 | 1,71 | 3,24 | 3,27 |
| Mediana | 4 | 4 | 1 | 1 | 3 | 3 |
| Modo | 5 | 5 | 1 | 1 | 5 | 5 |
| Desvio Padrão | 1,179 | 1,464 | 1,204 | 1,278 | 1,854 | 1,814 |
| Mínimo | 1 | - | - | - | - | - |
| Máximo | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| Percentis | 3 | 3 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| | 4 | 4 | 1 | 1 | 3 | 3 |
| | 5 | 5 | 2 | 3 | 5 | 5 |
| VIZINHOS | | | | | | |
| Válido | 186 | 186 | 186 | 186 | 186 | 186 |
| Ausente | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 |
| Média | 3,06 | 3,68 | 0,45 | 0,94 | 1,45 | 1,58 |
| Mediana | 3 | 5 | - | - | - | - |
| Modo | 5 | 5 | - | - | - | - |
| Desvio Padrão | 1,582 | 1,816 | 0,870 | 1,204 | 2,016 | 2,037 |
| Mínimo | - | - | - | - | - | - |
| Máximo | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| Percentis | 2 | 3 | - | - | - | 2 |
| | 3 | 5 | - | - | - | 3 |
| | 5 | 5 | 1 | 2 | 3 | 5 |
| AMIGOS | | | | | | |
| Válido | 186 | 186 | 186 | 186 | 186 | 186 |
| Ausente | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 |
| Média | 2,65 | 2,94 | 1,59 | 1,67 | 3,21 | 3,35 |
| Mediana | 3 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Modo | 3 | 5 | 1 | 1 | 5 | 5 |
| Desvio Padrão | 1,648 | 1,905 | 1,219 | 1,179 | 1,884 | 1,870 |
| Mínimo | - | - | - | - | - | - |
| Máximo | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| 25 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| 50 | 3 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 75 | 4 | 5 | 2 | 2 | 5 | 5 |

Fonte: Dados gerados no programa SPSS.

5.2.2 Quadro de quatro casas “Precisar de alguma coisa”

Este item refere-se a coisas consideradas importantes e necessárias pelas pessoas de 40 a 64 anos que estão em processo de envelhecimento. A seguir, um quadro de quatro casas desencadeado a partir do termo indutor “precisar de alguma coisa” (**Quadro 4**).

Quadro 4: Quadro de quatro casas gerado a partir do termo indutor “Precisar de alguma coisa”. Juiz de Fora, Set/2016.

| PRECISAR DE ALGUMA COISA | | | | | | |
|--------------------------|---------------------|------|----------------|------------------------|-------|-------|
| Freq Média ≥18 | Rang<2,5 | | | Rang>2,5 | | |
| | Termo evocado | Freq | OME | Termo evocado | Freq | OME |
| | Carinho-amor | 18 | 2,333 | Amigos | 24 | 2,667 |
| | Pedir-receber-ajuda | 41 | 2,220 | Deus | 36 | 2,667 |
| | | | | Família-ascendente | 45 | 2,899 |
| | | | | Financeiro-dinheiro | 42 | 2,738 |
| | | | | Saúde | 59 | 2,661 |
| | | | | Sossego | 40 | 2,825 |
| | | | | Trabalhar | 27 | 2,889 |
| Freq Média 6 a <17 | Aposentadoria | 10 | 2,100 | Alimentação | 9 | 2,778 |
| | Assistência-médica | 7 | 2,286 | Exercício-físico | 8 | 3,000 |
| | Casa | 11 | 2,000 | Família-contemporâneos | 10 | 2,867 |
| | Compreensão | 6 | 2,333 | Família-descendentes | 13 | 2,9 |
| | Convívio-social | 11 | 2,183 | Felicidade | 7 | 4,000 |
| | | | | Instituição-de-saúde | 10 | 2,5 |
| | | | | Profissionais | 6 | 3,000 |
| | | | | Templo-religioso | 8 | 4,000 |
| | | | Viagem-passeio | 15 | 3,133 | |

Fonte: Dados gerados no Programa EVOC 2000.

Os cognemas encontrados no provável núcleo central, referentes ao termo indutor “Precisar de alguma coisa”, foram: “carinho-amor” e “pedir-receber-ajuda” com dimensões comportamentais.

A palavra “carinho-amor” foi citada pelos investigados como uma coisa que gerou confiança e destacaram que, quando se tem o amor aliado à união e saúde, não seriam necessárias outras coisas para se viver.

“Respeito, sinceridade e muito amor para poder gerar confiança.” 40184

“Amor e união, tendo essas duas e a saúde que não depende das nossas escolhas...” 40196

O cognema “pedir-receber-ajuda” contemplou a ajuda considerada necessária por pessoas de 40 a 64 anos em ocasiões distintas, como exemplo uma ajuda psicológica, um suporte para o processo de envelhecimento ou outra qualquer. As pessoas a quem os participantes recorreram foram os familiares e qualquer pessoa disponível a ajudar.

“[...] ajuda de sobrinhos, coisa assim porque pelo menos assim parte psicológica.” 40111

“Quando a pessoa fica idoso, ela necessita de outras pessoas também, não é com ajuda financeira.” 40114

“Falta mais um pouco de amor, dar mais atenção. Às vezes, quando a pessoa está precisando, tem que ter uma ajuda de alguém. Porque, se você não tiver ajuda, sozinho, você não vai resolver nada.” 40115

“Às vezes uma coisa que acontece, a pessoa te ajuda.” 40121

Considera-se a ajuda como um tipo de rede de apoio social de origem formal ou informal de acordo com a demanda, utilizada em casos em que o apoio é necessário, seja de pessoas, seja de profissionais, entre outros^{74; 168}.

Na área de contraste, encontraram-se os seguintes termos: “aposentadoria”, “assistência-médica”, “casa”, “compreensão” e “convívio-social”. A palavra “aposentadoria” foi mencionada pelos participantes como essencial para pagamentos de serviços de saúde.

“Eu falo com ele (marido), o meu dinheiro da aposentadoria é para pagar a clínica, essas coisas.”

Outro termo citado foi a “assistência-médica” a qual foi considerada pelos participantes como necessária, porém ainda insuficiente no sentido de atendimento de saúde e sobrecarregada devido ao aumento do quantitativo de pessoas que demandam desses serviços. Além disso, os sujeitos mencionam a necessidade de um serviço eficiente voltado para a saúde da família, que efetuasse visitas periódicas às residências dos usuários.

“Eu acho que o serviço de saúde tinha que fazer visita nas casas. Na minha casa, minha mãe fica doente, não vem visita de saúde, era para ter, porque a gente mora bem perto do posto. A gente já foi, chamou, mas eles não vêm. Acho que falta essa parte.” 40113

“Ao serviço de saúde, atendimento às vezes, você precisa, chega e não atendem você.” 40147

“Acho difícil (serviço de saúde suficiente), está aumentando o número de pessoas e vai ficar complicado. Eu vou mais frequentemente ao cardiologista.” 40141

Cabe destacar, em outro estudo, os usuários avaliaram os serviços de saúde como de qualidade ruim no que tange ao atendimento, sem condições de atender às demandas dos usuários¹⁶⁹.

O cognema “casa” referiu-se à questão de se ter uma casa, uma moradia. Sendo esse requisito favorável para o envelhecimento saudável do idoso, principalmente quando residem próximos aos familiares, serviços de saúde, entre outros, formando uma rede social¹.

A palavra "compreensão" foi evidenciada pelos sujeitos da investigação como uma característica pertencente à família, necessária para uma boa harmonia e relacionamento entre os familiares, conforme mostram os discursos a seguir:

"União, amor, compreensão. Tem que ter isso tudo." 40147

"União, a honestidade um com o outro, a compreensão, abrir não um pelo outro." 40169

"Harmonia, comprometimento um com o outro, amor, compreensão, saber às vezes abrir mão de determinadas coisas de ambos os lados." 40190

"Muito amor, compreensão, ter um pouco de paciência com alguma coisa que não está muito legal, a tolerância. Mas, principalmente, o amor e a amizade." 40214

O termo "convívio-social" remeteu-se ao convívio dos participantes com outras pessoas que consideraram importantes e essenciais. Pode ser justificado pelo fato de estas comporem a rede de apoio social destes indivíduos¹⁶⁸.

No QSD, quer dizer, na primeira periferia, foram alocados os seguintes cognemas: "amigos", "Deus", "família-ascendente", "financeiro-dinheiro", "saúde", "sossego" e "trabalhar". Os termos "amigos", "Deus", "família-ascendente", "financeiro-dinheiro", "saúde" podem ser considerados imagéticos e "sossego" e "trabalhar", da dimensão comportamental.

Em relação aos "amigos", observou-se que os participantes os consideraram atenciosos. Eles podem ser vizinhos, parentes e pessoas do trabalho.

"Tem que ser amigos, não ficar importunando, né? Importante, né? Porque tem vizinho que quer, é já vi falar caso de vizinho que conversa e vê uma coisa e sai espalhando, né? Isso é ruim, então não pode ser fofoqueiro, tem que ser um vizinho mais (risadas)." 40111

"Bem, sempre os amigos nos acolhem." 40190

"Não sei, os meus amigos são de encontros, de trabalhar e caminhar juntos." 40124

"(falta) queria ter mais amigos sinceros [...]." 40179

"Amigos que eu possa conversar e confiar não tenho nenhum, tirando parentes." 40195

"Nada assim para sentir falta, meus vizinhos são bons, atenciosos, muito amigos, eu estou feliz com eles." 40215

O cognema "Deus" remete-se à espiritualidade, que funciona como um suporte e apoio para os participantes, como aponta o discurso do participante 40178:

"(Confia) Primeiramente Deus, depois minha esposa e meus filhos."

Os sujeitos da investigação mencionaram como “família-ascendente” pessoas com as quais eles possuíam contato/convívio, relacionam-se com frequência e em quem confiam, possibilitando formar uma rede de apoio.

“(Em quem confia) minha mãe, minha filha.” 40125

“Bom. Às vezes, os primos vão na casa da minha mãe, meu tio vem uma vez por ano, meu filho, minha neta, não abandona a gente [...]” 40116

“(Em quem confia) minha mãe.” 40151

“Com meu pai, mãe, filha e namorado é direto (relacionamento).” 40196

O termo “financeiro-dinheiro” foi mencionado pelos participantes como algo que possibilita a compra de utensílios que lhes são necessários.

“Eu vou e me sinto bem, até então, tenho dinheiro para comprar tudo direitinho.” 40159

O que pode ser corroborado por um estudo português que alegou que o dinheiro constitui uma das necessidades das pessoas idosas, estando em terceiro lugar¹⁷⁰. Já o cognema “saúde”, segundo os participantes, referiu-se a ter uma boa saúde, ser saudável, sem problemas de saúde.

“Só se eu for um idoso ativo, que tenha boa saúde, eu acho que poderia contar, mas, se eu for dependente, com algum problema de saúde, fica mais difícil.” 40178

O cognema “sossego” foi mencionado pelos participantes como um dos requisitos que eles desejavam ter para conceber um envelhecimento saudável e com tranquilidade.

Com o termo “trabalhar”, os sujeitos da investigação ressaltaram que consideram o trabalho como algo que lhes propiciava uma sensação de utilidade e auxiliava na condição socioeconômica.

As palavras de caráter individual foram encontradas na segunda periferia como “alimentação”, “exercício-físico”, “família-contemporâneos”, “família-descendentes”, “felicidade”, “instituição-de-saúde”, “profissionais”, “templo-religioso” e “viagem-passeio”. Sendo “felicidade” um componente valorativo e “alimentação”, “exercício-físico”, “família-contemporâneos”, “família-descendentes”, “instituição-de-saúde”, “profissionais”, “templo-religioso” e “viagem-passeio” componentes imagéticos.

Os cognemas “alimentação” e “exercício-físico” foram concebidos por alguns participantes como itens necessários para se ter um envelhecimento bem-sucedido e saudável. Estes auxiliam na prevenção das DCNTs e na funcionalidade corporal das pessoas¹.

Com os termos “família-contemporâneos” e “família-descendentes”, os participantes se referiam a pessoas da família em quem confiavam, pelas quais tinham consideração, mantinham contato/convívio com frequência (semanalmente) ou das quais moravam próximos, formando uma rede de apoio social¹⁷¹.

“(Confia) nos filhos, porque o marido nem sempre está aqui.” 40115

“(Confia) aí depende do assunto, porque converso muito com a minha irmã” 40123

“[...] aqui quem tem muita consideração é a sobrinha.” 40126

“Eu acho que sim (família suficiente), principalmente a filha e o neto [...].” 40134

“[...] o meu filho mais velho sempre almoça comigo na segunda-feira.” 40169

“Meu irmão mora do lado [...].” 40176

“(Confio) minha esposa.” 40178

As palavras “instituição-de-saúde” e “profissionais” foram mencionadas por constituírem a rede de apoio social formal⁷⁴ dos participantes. Observou-se um aspecto negativo na fala dos participantes em relação aos profissionais e serviço de saúde sobre o atendimento, a qualidade tanto do atendimento quanto do serviço de saúde e a estrutura dos locais dos serviços de saúde (exemplo: posto de saúde) conforme relatos apresentados:

“Acho que não, tem que melhorar muita coisa (serviço de saúde suficiente). A paciência dos médicos, igual eu falei, com os doentes. Mais carinho, mais atenção às pessoas idosas. Agora, eu não estou falando só por mim, eu estou falando por todos os idosos. Eu acho que o idoso trabalhou muito e ele já está cansado, então está na hora dele ser bem atendido em todos os lugares.” 40124

“Os médicos deviam demorar mais um pouquinho com os clientes. Tem um endócrino aqui no hospital X que eu gosto muito dele, ele pesa, mede pressão, conversa. Não que tenha que demorar mais tempo, mas dar mais atenção para o paciente. Eu tenho um ginecologista que fica no computador e só passa o remédio. Você espera 30 minutos e a consulta não demora nem sete.” 40145

“O povo está muito impaciente, e com razão também a qualidade da saúde vem só caindo e não tem médico suficiente... Você chega no posto de saúde, eu vejo pela minha irmã que eu vou com ela, é um médico só para atender as pessoas. O ambiente não é legal, é muita gente para usar um banheiro só. Deixa a desejar, está faltando médico, a estrutura ali não está legal.” 40179

“Às vezes os médicos marcam muito, ele tem que correr para atender todo mundo. Falta respeito.” 40184

“O que falta é isso, os médicos e enfermeiros terem mais respeito e carinho pelo paciente, ninguém está doente e sentindo dor porque quer. Saber conversar e (saber) explicar.” 40215

O cognema “templo-religioso” foi citado pelos investigados como um local de passeio, mas também onde eles conviviam ou se encontravam com outras pessoas. Considerado o único local que as pessoas, quando ficam idosas, frequentam, conforme os discursos.

“E eu tenho duas amigas da igreja que eu sei que posso contar com elas.”
40214

“[...] acho que suficiente mesmo quando ficar mais velha vai ser uma igreja.”
40111

“Igreja e às vezes, em aniversário de alguém da família, a gente vai.” 40121

“Vai sim (suficiente local religioso), eu vou à Igreja porque eu gosto muito, vai ser.” 40134

*“Não costumo sair, eu só vou na igreja, na casa da minha irmã de vez em quando, mas não passeio não.”*40137

E o cognema “viagem-passeio” referiu-se à importância dada pelos participantes ao lazer.

“Um bom lugar para passeio para relaxar assim é uma praia, né, é bom.”
40111

“É um lugar de oração, lá é um passeio maravilhoso.” 40156

“Em geral, todos os passeios são maravilhosos, o último foi em Guarapari, eu fui com a minha amiga.” 40167

O possível núcleo central deste segmento esteve voltado para o aspecto afetivo e a questão de as pessoas precisarem de ajuda, recebê-la e proporcioná-la.

5.2.3 Quadro de quatro casas “Precisar de algum lugar”

A seguir, serão apresentados os cognemas evocados diante dos termos indutores “Precisar de algum lugar” (**Quadro 5**) segundo sua alocação no quadro de quatro casas.

Quadro 5: Quadro de quatro casas com cognemas evocados a partir do termo indutor “Precisar de algum lugar”. Juiz de Fora, Set/2016.

| PRECISAR DE ALGUM LUGAR | | | | | | |
|-------------------------|---------------|------|----------|-----------------------|------|--------|
| Rang<2,5 | | | Rang>2,5 | | | |
| Freq Média ≥ 22 | Termo evocado | Freq | OME | Termo evocado | Freq | OME |
| | Casa | 24 | 1.625 | Banco | 25 | 3.000 |
| | Casa-lar | 25 | 1.440 | Casa-família-amigos | 70 | 2.843 |
| | Viagem | 32 | 2.281 | Igreja | 58 | 2.931 |
| | | | | Instituição-saúde | 29 | 2.793 |
| | | | | Local-distração | 31 | 3.355 |
| | | | | Profissional-saúde | 28 | 3.214 |
| | | | | Roça | 27 | 2.889 |
| | | | | Supermercado | 45 | 2.5333 |
| | | | | | | |
| Freq Média 12 a <21 | Não-saio | 19 | 2.000 | Ajuda-colaboração | 14 | 3.214 |
| | Passear | 21 | 2.381 | Farmácia | 13 | 2.692 |
| | | | | Festa | 12 | 4.167 |
| | | | | Instituição-religiosa | 17 | 3.118 |
| | | | | Trabalhando | 14 | 2.857 |
| | | | | Visita | 14 | 3.286 |

Fonte: Dados gerados no programa EVOC 2000.

No provável núcleo central, QSE, alocaram-se os cognemas “casa”; “casa-lar” e “viagem”. Foram considerados objetos “casa” e “viagem”. E “casa-lar” pertence à dimensão comportamental. A palavra casa-lar foi mencionada no sentido de convivência, um local que proporciona aproximações, contato com outras pessoas.

“Eu tenho meus amigos, não tenho tempo para ficar sempre com eles. Eu sinto falta de ter eles na minha casa, de ir na casa deles e falta de tempo mesmo.” 40124

“(Falta) De conviver mais com eles, porque fica cada um na sua casa, mas na hora que precisa eles chegam.” 40148

“Pelo fato de fazermos parte de um grupo, nós temos muitos amigos, mas tem um casal que a gente convive mais, viajamos, vamos a casa deles, contamos problemas.” 40184

O termo “casa” foi citado pelos participantes no sentido de moradia, residência, habitação, como exemplificado a seguir:

“Às vezes, as pessoas falam: ‘Esses idosos ficam andando para cima e para baixo’, mas aquilo ali é uma fuga para a pessoa não ficar prostrada dentro de casa. Aquilo ali é uma fuga.” 40114

“Ele comprou uma caminhonete para ele e começou a trabalhar fazendo carroto e conseguiu construir a casa dele. Eu fiquei feliz em vê-lo fazer isso.” 40116

“Mas a minha irmã fez uma casa que não dá para a gente ir para dormir, passar o fim de semana.” 40122

“Talvez, no caso de uma viagem, a gente acaba dando uma olhada na casa do outro por segurança.” 40196

O cognema “viagem” referiu-se a lugares nos quais os participantes gostam de passear, ter momentos de lazer, distração e diversão. Foi apresentado um valor positivo para “viagem”. Esses locais proporcionam um bem-estar aos participantes, melhorando a qualidade de vida destes.

“Uma viagem, um passeio em uma granja, um churrasco.” 40116

“Tem festa, sempre alguma coisa e eu adoro viajar.” 40121

Na área de contraste, foram alocados os seguintes cognemas: “não-saio” e “passear”. O cognema “não-saio” referiu-se a participantes que se consideravam caseiros, que não tem o hábito de sair de casa, alguns por não gostarem, outros por serem cuidadores de idoso com quem moram (por exemplo, mãe), conforme mostram os relatos a seguir:

“Não sinto falta de ficar na casa de ninguém”. 40131

“Acontece que eu estou muito caseira, eu fico muito em casa.” 40142

“Às vezes, você não quer ficar muito na casas dos outros, porque não dá muito certo.” 40115

“Sinto falta de não poder sair mais, né? Com os amigos, fico muito presa em casa por causa da mãe, mas ela não aguenta, saindo então eu acabo não podendo sair também, né?” 40111

O cognema “passear” foi mencionado numa concepção de diversão, distração, oportunidade de prazer e numa concepção valorativa positiva. Além de ser um momento em que os participantes se relacionam com outras pessoas, é nessas ocasiões que se fortalecem os contatos intergeracionais e os vínculos sociais¹⁷², conforme corroborado pelos seguintes fragmentos de discursos:

“Todos os passeios ... todas as vezes que eu vou ... aonde eu vou eu me sinto muito bem.” 40125

“Em geral, todos os passeios são maravilhosos. O último foi em Guarapari. Eu fui com a minha amiga.” 40167

“Aparecida do Norte, lá também eu vou. É um lugar de oração, lá é um passeio maravilhoso.” 40156

Houve também relatos de participantes que referiram não possuir o hábito de passear, restringindo-se apenas ao trabalho e aos seus afazeres, conforme se pode constatar no depoimento do participante 40126.

“Passeio é difícil eu sair. Às vezes, eu saio de casa para o serviço, do serviço para casa. Às vezes, eu vou lá embaixo para resolver algum problema. Como se diz, no banco: para trocar cartão. Esse é o meu passeio.” 40126

No QSD, primeira periferia, foram alocadas as palavras “banco”; “casa-família-amigos”; “igreja”; “instituições-saúde”; “local-distração”; “profissional-saúde”; “roça” e “supermercado”. O termo “banco” foi contemplado como um dos lugares frequentados pelos participantes. Esse acesso deve-se ao fato de o banco ser um local onde se recebe dinheiro, mas, ao mesmo tempo, possibilita pagamento de contas, ação realizada pelos participantes.

Os sujeitos da investigação citaram o cognema “casa-família-amigos” como local que eles frequentam, a exemplo da casa de amigos, da família, sendo considerado um passeio.

“Mais casas de amigos, não tenho hábito de ficar na rua” 40133

A “igreja” foi outro termo citado com aspecto positivo pelos participantes, um lugar frequentado por eles que possibilitava a manutenção de uma rede de apoio, além de ser um local considerado como suficiente para quando essas pessoas envelhecerem.

“[...] acho que suficiente mesmo, quando ficar mais velha, vai ser uma igreja [...]” 40111

“Assim: eu vou só na igreja. E lá o amor de Deus e das pessoas é muito bom.” 40125

“(Confia) Uma amiga minha da igreja.” 40166

“A igreja que eu frequento, eu ajudei a construir, eu acho isso muito legal.” 40169

Os cognemas “instituições-saúde” e “profissional-saúde” foram citados como referências em relação à saúde, ao lugar que eles recorrem quando necessitam de atendimento à saúde nos aspectos positivos e negativos, em relação ao atendimento, conforme apontam os discursos.

“No posto aqui em cima, eu acredito que a gente não pode reclamar muito em vista de outros que tem por aí. Temos três médicos lá e eu sempre fui bem atendida. Faço meu tratamento de diabetes lá e sempre fui atendida.” 40125

“Me tratam muito bem, nos dois, posto e convênio. Todo mundo, os médicos também.” 40134

“Precisa ser mais humano, ter mais carinho com os pacientes. Tem uns enfermeiros lá que são bons mas tem outros.” 40137

“Bem (tratado), o médico é legal.” 40146

“Os médicos e enfermeiros me trataram bem.” 40159

“Mas a médica que me atende ali no Posto é uma ótima pessoa, se houvessem mais assim o povo melhorava só de ir lá.” 40182

“(Falta) Um melhor atendimento, porque o que eu passei nesse... O atendimento aqui no posto é péssimo, o que tem de falta de respeito... O posto está precário, mau atendimento na verdade.” 40140

“Ah, minha filha, a gente não é de tá sempre no posto. O posto, até uns tempos aí, eu gostava muito, era bem atendida, mas sinceramente, de uns tempos pra cá, igual ontem, eu fui porque estava com a garganta ruim, a rinite querendo atacar, então, antes de virar sinusite, eu vou consultar para não piorar, aí eu fui por causa disso, porque eu tenho ido no posto em último caso porque nota zero para eles. Tem consultado no local W porque ali ó nem tem nota para eles, mas eles (posto) aqui nota zero.” 40149

“Tem hora que falta médico, enfermeiros.” 40166

“Você chega no posto de saúde, eu vejo pela minha irmã, que eu vou com ela, é um médico só para atender as pessoas. O ambiente não é legal, é muita gente para usar um banheiro só. Deixa a desejar, está faltando médico, a estrutura ali não está legal.” 40179

Outros cognemas citados foram “local-distração” e “roça” como locais que causavam uma sensação de prazer, tranquilidade nos participantes, com aspecto positivo para eles, sendo assim uma forma de lazer e distração.

“Na roça, tem a natureza, silêncio, não tem gente, lixo.” 40133

“Do lazer, de churrasco no fim de semana.”

“Gostamos muito de viajar e ir à igreja, ir à roça.” 40184

Outro termo mencionado pelos participantes foi “supermercado” como um dos lugares que costumam frequentar no cotidiano para atenderem suas necessidades básicas de alimentação.

“Só supermercado e mercadinhos, padaria.” 40140

“Supermercado, shopping, açougue, e barzinho de vez em quando.” 40159

“Supermercado e padaria aqui do bairro.” 40182

O QID foi constituído pelos seguintes cognemas: “ajuda-colaboração”; “farmácia”; “festa”; “instituição-religiosa”; “trabalhando” e “visita”. A palavra ajuda-colaboração foi mencionada no sentido de frequentar locais que forneciam uma ajuda ou colaboração, como, por exemplo, a igreja, como mostra o relato da participante 40169:

“A fé vai me ajudar muito, a igreja será boa.”

O termo “farmácia” foi contemplado pelos participantes como um local a que recorrem para realizar cuidados de saúde, como aferição de pressão arterial, glicemia e compra de remédios. Além disso, relataram a atenção demandada a eles neste lugar, que é visto como um local considerado necessário à vida deles.

“No primeiro dia, eu fui ali (posto) e foi normal, no segundo, foi horroroso, e eu comecei a fazer o acompanhamento na farmácia.” 40189

“Depois que eu fiz o meu exame (glicemia) na farmácia, eles procuraram saber como que eu estava, o que eu deveria fazer. Se preocuparam comigo.” 40154

“[...] aqui tem o que eu preciso: farmácia, açougue, padaria.” 40176

“Falta médico, falta remédio, eu já fui a três farmácias procurando uma bombinha para eu usar à noite junto com a outra e mais um antialérgico.” 40125

O cognema “festa” também foi mencionado como um local de que os participantes gostavam, no qual se divertiam e que lhes proporcionava um contato/convívio com outras pessoas, principalmente festas religiosas, de bairro, conforme apontam os discursos apresentados a seguir.

“Aqui, por exemplo, há muitos anos, os vizinhos promoviam uma festa aqui na rua. Exatamente para poder unir.” 40114

“Dar um passeio de carro eu gosto, ir no aniversário, festa, casamento eu gosto desses lugares.” 40116

“Eu gosto dessas festas de Igreja, mas não tenho nem saído, não estou nem podendo.” 40145

“A festa foi maravilhosa, tinha muito tempo que eu não saía de casa, desde a morte do meu marido. Foi ótimo.” 40148

O termo “instituição-religiosa” refere-se a locais frequentados pelos participantes, com exceção da igreja, para se ter espiritualidade, muitas das vezes a própria casa.

“Passava na gruta da Igreja X, Igreja Y, às vezes entrava na igreja, mas ficava mais para trás. Teve uma época, que eu ia mais à palestra na Casa Espírita. E, sempre que eu tenho alguma coisa para doar, eu dou para eles.” 40122

“Medito, mas nenhum. Só leio mesmo em casa, mas não estou indo. Há muitos anos atrás, eu ia ao centro espírita com a minha mãe, outro dia, eu fui à igreja, porque a moça ficou me chamando, mas eu não consigo. Eu não sinto necessidade.” 40133

O cognema “trabalhando” referiu-se à questão de pessoas que continuam a trabalhar na faixa etária de 40 a 64 anos de idade. Como estão trabalhando, são consideradas economicamente ativas e inseridas socialmente. O trabalho atende alguns fatores como necessidades básicas e sociais, sendo assim de suma importância para o ser humano¹⁷³.

A palavra “visita” referiu-se ao contato dos participantes com lugares e pessoas através da visita, o que auxiliava desta forma a rede de apoio social dessas pessoas.

“Sim, eu acho que eles (amigos) virão me visitar se precisar, sempre vai ter um aqui para me ajudar.” 40125

“Quando a minha mãe faleceu, eu não esperava a visita de certas pessoas, tinha pouco tempo que eu morava aqui e ainda trabalhava, então não tinha muita convivência.” 40154

“Quando eu fui visitar meu filho em São Paulo, e nós andamos dois dias no centro e foi muito leal.” 40186

Outra forma de se verificar os locais frequentados pelos participantes em relação à saúde foi o Survey de políticas/programas públicos, que buscou saber os conhecimentos dos participantes acerca destas políticas, se havia utilização por parte destes, a divulgação, o local onde ouviram falar destas, a adesão (procura/acesso aos programas) e avaliação conforme mostra a **Tabela 16**.

Tabela 16: Políticas/programas públicos voltados para 186 pessoas de 40 a 64 anos.

| Políticas públicas | Saúde do Trabalhador | | Saúde do Adulto | | Saúde da Mulher | | Saúde do Idoso | | Outubro Rosa | | Novembro Azul | | Prevenção Câncer de Pele | | Prevenção Câncer Próstata | | Prevenção Câncer Intestino | | HIV/AIDS | | Incentivo Prática Esportes | | Promoção Alimentação Saudável | | Cuidado olhos | | |
|------------------------------------|----------------------|------|-----------------|------|-----------------|------|----------------|------|--------------|------|---------------|------|--------------------------|------|---------------------------|------|----------------------------|------|----------|------|----------------------------|------|-------------------------------|------|---------------|------|--|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | |
| Conhecimento | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Desconheço | 126 | 67,7 | 126 | 67,7 | 22 | 11,8 | 72 | 38,7 | 20 | 10,8 | 25 | 13,4 | 89 | 47,8 | 8 | 4,3 | 104 | 55,9 | 8 | 4,3 | 84 | 45,2 | 96 | 51,6 | 79 | 42,5 | |
| Desconheço nome | 1 | 0,5 | 1 | 0,5 | - | - | 1 | 0,5 | - | - | - | - | 1 | 0,5 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | |
| Desconheço local e/ou época | 5 | 2,7 | 6 | 3,2 | 12 | 6,5 | 13 | 7 | 101 | 54,3 | 15 | 8,1 | 17 | 9,1 | 23 | 12,4 | 12 | 6,5 | 18 | 9,7 | 8 | 4,3 | 18 | 9,7 | 19 | 10,2 | |
| Ouvi falar o programa | 38 | 20,4 | 32 | 17,2 | 92 | 49,5 | 68 | 36,6 | 23 | 12,4 | 109 | 58,6 | 68 | 36,6 | 117 | 62,9 | 64 | 34,4 | 105 | 56,5 | 67 | 36 | 49 | 26,3 | 66 | 35,5 | |
| Conheço o local e/ou época | 16 | 8,6 | 20 | 10,8 | 37 | 19,9 | 32 | 17,2 | 30 | 16,1 | 30 | 16,1 | 10 | 5,4 | 27 | 14,5 | 6 | 3,2 | 30 | 16,1 | 24 | 12,9 | 22 | 11,8 | 17 | 9,1 | |
| Conheço o local e/ou época | - | - | 1 | 0,5 | 22 | 11,8 | - | - | - | - | 7 | 3,8 | 1 | 0,5 | 10 | 5,4 | - | - | 25 | 13,4 | 3 | 1,6 | 1 | 0,5 | 5 | 2,7 | |
| Não sei informar | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | |
| Não se aplica | - | - | - | - | 1 | 0,5 | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 | 0,5 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | |
| Utilização | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nunca utilizei/realizei | 166 | 89,2 | 149 | 80,1 | 84 | 45,2 | 174 | 93,5 | 119 | 64 | 170 | 91,4 | 181 | 97,3 | 165 | 88,7 | 176 | 94,6 | 177 | 95,2 | 159 | 85,5 | 158 | 84,9 | 157 | 84,4 | |
| Já utilizei por 1 vez | 11 | 5,9 | 9 | 4,8 | 17 | 9,1 | 2 | 1,1 | 18 | 9,7 | 3 | 1,6 | 2 | 1,1 | 4 | 2,2 | 4 | 2,2 | 5 | 2,7 | 6 | 3,2 | 4 | 2,2 | 3 | 1,6 | |
| Raramente | 4 | 2,2 | 9 | 4,8 | 23 | 12,4 | 3 | 1,6 | 6 | 3,2 | 3 | 1,6 | 1 | 0,5 | 4 | 2,2 | 1 | 0,5 | 1 | 0,5 | 3 | 1,6 | 7 | 3,8 | 5 | 2,7 | |
| Às vezes | 2 | 1,1 | 2 | 1,1 | 7 | 3,8 | 2 | 1,1 | 4 | 2,2 | 1 | 0,5 | - | - | 4 | 2,2 | 2 | 1,1 | 3 | 1,6 | 1 | 0,5 | 9 | 4,8 | 6 | 3,2 | |
| Periodicamente | 2 | 1,1 | - | - | 49 | 26,3 | - | - | 35 | 18,8 | 2 | 1,1 | - | - | - | - | - | - | - | - | 12 | 6,5 | - | - | 11 | 5,9 | |
| Sempre utilizo/realizo | 166 | 89,2 | 15 | 8,1 | 4 | 2,2 | 3 | 1,6 | 3 | 1,6 | 2 | 1,1 | - | - | - | 1,6 | - | - | - | - | 3 | 1,6 | 3 | 1,6 | 2 | 1,1 | |
| Não se aplica | 1 | 0,5 | 1 | 0,5 | 2 | 1,1 | 2 | 1,1 | 1 | 0,5 | 5 | 2,7 | 2 | 1,1 | 6 | 3,2 | 3 | 1,6 | - | - | 2 | 1,1 | 5 | 2,7 | 2 | 1,1 | |
| Outros | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | |
| Divulgação | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nunca vi ninguém utilizar/realizar | 147 | 79 | 133 | 71,5 | 42 | 22,6 | 118 | 63,4 | 77 | 41,4 | 118 | 63,4 | 146 | 78,5 | 77 | 41,4 | 136 | 73,1 | 102 | 54,8 | 121 | 65,1 | 141 | 75,8 | 137 | 73,7 | |
| Já vi/ouvi | 21 | 11,3 | 17 | 9,1 | 42 | 22,6 | 20 | 10,8 | 45 | 24,2 | 34 | 18,3 | 23 | 12,4 | 68 | 36,6 | 33 | 17,7 | 43 | 23,1 | 20 | 10,8 | 13 | 7 | 18 | 9,7 | |
| Raramente ouço | 8 | 4,3 | 6 | 3,2 | 34 | 18,3 | 20 | 10,8 | 9 | 4,8 | 11 | 5,9 | 3 | 1,6 | 8 | 4,3 | 6 | 3,2 | 10 | 5,4 | 18 | 9,7 | 11 | 5,9 | 12 | 6,5 | |
| Às vezes | 2 | 1,1 | 4 | 2,2 | 9 | 4,8 | 9 | 4,8 | 7 | 3,8 | 2 | 1,1 | 4 | 2,2 | 6 | 3,2 | 3 | 1,6 | 7 | 3,8 | 3 | 1,6 | 4 | 2,2 | 4 | 2,2 | |
| Periodicamente | 2 | 1,1 | 20 | 10,8 | 56 | 30,1 | 14 | 7,5 | 48 | 25,8 | 11 | 5,9 | 3 | 1,6 | 12 | 6,5 | 2 | 1,1 | 20 | 10,8 | 18 | 9,7 | 6 | 3,2 | 10 | 5,4 | |
| Sempre | 3 | 1,6 | 4 | 2,2 | 1 | 0,5 | 3 | 1,6 | - | - | 6 | 3,2 | 3 | 1,6 | 12 | 6,5 | - | - | 3 | 1,6 | 4 | 2,2 | 5 | 2,7 | 2 | 1,1 | |
| Não se aplica | 1 | 0,5 | 2 | 1,1 | 2 | 1,1 | 2 | 1,1 | - | - | 4 | 2,2 | 2 | 1,1 | 3 | 1,6 | 3 | 1,6 | 1 | 0,5 | 2 | 1,1 | 4 | 2,2 | 3 | 1,6 | |
| Outros (Nunca) | 2 | 1,1 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 2 | 1,1 | - | - | 1 | 0,5 | - | - | - | - | 2 | 1,1 | - | - | |
| Local Ouviu falar | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Entre familiares | 4 | 2,2 | 7 | 3,8 | 28 | 15,1 | 28 | 15,1 | 10 | 5,4 | 14 | 7,5 | 14 | 7,5 | 16,1 | 16,1 | 17 | 9,1 | 20 | 10,8 | 11 | 5,9 | 6 | 3,2 | 9 | 4,8 | |
| Entre amigos | 3 | 1,6 | 1 | 0,5 | 9 | 4,8 | 4 | 2,2 | 2 | 1,1 | 2 | 1,1 | - | - | 1,1 | 1,1 | 4 | 2,2 | 5 | 2,7 | 3 | 1,6 | - | - | 3 | 1,6 | |

Continua

| Continuação Políticas públicas | Saúde do Trabalhador | | Saúde do Adulto | | Saúde da Mulher | | Saúde do Idoso | | Outubro Rosa | | Novembro Azul | | Prevenção Câncer de Pele | | Prevenção Câncer Próstata | | Prevenção Câncer Intestino | | HIV/AIDS | | Incentivo Prática Esportes | | Promoção Alimentação Saudável | | Cuidado olhos | | |
|-------------------------------------|-------------------------|------|--------------------|------|--------------------|------|-------------------|------|-----------------|------|------------------|------|--------------------------------|------|---------------------------------|------|----------------------------------|------|----------|------|----------------------------------|------|-------------------------------------|------|------------------|------|---|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N |
| Entre vizinhos | 14 | 7,5 | 2 | 1,1 | 2 | 1,1 | 7 | 3,8 | 1 | 0,5 | 6 | 3,2 | 2 | 1,1 | 1,6 | 1,6 | 4 | 2,2 | 0 | 0 | 9 | 4,8 | - | - | 1 | 0,5 | |
| Entre conhecidos | 11 | 5,9 | 4 | 2,2 | 11 | 5,9 | 1 | 0,5 | 4 | 2,2 | 5 | 2,7 | 13 | 7 | 17,2 | 17,2 | 15 | 8,1 | 20 | 10,8 | 9 | 4,8 | 2 | 1,1 | 4 | 2,2 | |
| Caso próprio | 8 | 4,3 | 18 | 9,7 | 48 | 25,8 | 22 | 11,8 | 16 | 8,6 | 30 | 16,1 | 1 | 0,5 | 3,8 | 3,8 | 3 | 1,6 | 5 | 2,7 | 24 | 12,9 | 10 | 5,4 | 10 | 5,4 | |
| Instituição saúde | 2 | 1,1 | 14 | 7,5 | 31 | 16,7 | 3 | 1,6 | 40 | 21,5 | 3 | 1,6 | 18 | 9,7 | 16,1 | 16,1 | 13 | 7,0 | 25 | 13,4 | 8 | 4,3 | 21 | 11,3 | 24 | 12,9 | |
| Bairro | 15 | 8,1 | 3 | 1,6 | 35 | 18,8 | 46 | 24,7 | 2 | 1,1 | 91 | 48,9 | 1 | 0,5 | - | - | 2 | 1,1 | 2 | 1,1 | 37 | 19,9 | 3 | 1,6 | 33 | 17,7 | |
| TV | 24 | 12,9 | 11 | 5,9 | 6 | 3,2 | 11 | 5,9 | 90 | 48,4 | 5 | 2,7 | 44 | 23,7 | 37,6 | 37,6 | 24 | 12,9 | 108 | 58,1 | 12 | 6,5 | 44 | 23,7 | 19 | 10,2 | |
| Não se aplica | 105 | 56,5 | 26 | 14,0 | 16 | 8,6 | 64 | 34,4 | 1 | 0,5 | 30 | 16,1 | 23 | 12,4 | 2,2 | 2,2 | 25 | 13,4 | 10 | 5,4 | 73 | 39,2 | 18 | 9,7 | 83 | 44,6 | |
| Outros (Faculdade, nunca, rádio) | 4 | 2,2 | 100 | 53,8 | - | - | - | - | 20 | 10,8 | - | - | 70 | 37,6 | 4,3 | 4,3 | 79 | 42,5 | - | - | 3 | 1,6 | 82 | 44,1 | 9 | 4,8 | |
| Adesão | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Não procuro | 164 | 88,2 | 147 | 79,0 | 88 | 47,3 | 173 | 93 | 118 | 63,4 | 167 | 89,8 | 175 | 94,1 | 163 | 87,6 | 174 | 93,5 | 178 | 95,7 | 154 | 82,8 | 154 | 82,8 | 149 | 80,1 | |
| Tenho vontade de procurar | 1 | 0,5 | 3 | 1,6 | 5 | 2,7 | 5 | 2,7 | 4 | 2,2 | 1 | 0,5 | 2 | 1,1 | 3 | 1,6 | - | - | - | - | 4 | 2,2 | 8 | 4,3 | 5 | 2,7 | |
| Já procurei | 9 | 4,8 | 6 | 3,2 | 9 | 4,8 | 5 | 2,7 | 13 | 7 | 5 | 2,7 | - | - | 5 | 2,7 | 2 | 1,1 | 8 | 4,3 | 7 | 3,8 | 3 | 1,6 | 3 | 1,6 | |
| Continuo a procurar | 4 | 2,2 | 7 | 3,8 | 21 | 11,3 | 1 | 0,5 | 13 | 7 | 4 | 2,2 | 2 | 1,1 | 4 | 2,2 | 3 | 1,6 | - | - | 3 | 1,6 | 8 | 4,3 | 11 | 5,9 | |
| Continuar procurando | - | - | 3 | 1,6 | 13 | 7 | - | - | 7 | 3,8 | 2 | 1,1 | - | - | 2 | 1,1 | - | - | - | - | 4 | 2,2 | 2 | 1,1 | 2 | 1,1 | |
| Sempre procurar | 3 | 1,6 | 14 | 7,5 | 45 | 24,2 | - | - | 30 | 16,1 | - | - | 1 | 0,5 | 2 | 1,1 | - | - | - | - | 9 | 4,8 | 7 | 3,8 | 12 | 6,5 | |
| Não adianta | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Outros especificar | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Não se aplica | 5 | 2,7 | 4 | 2,2 | 5 | 2,7 | 2 | 1,1 | 1 | 0,5 | 7 | 3,8 | 6 | 3,2 | 7 | 3,8 | 6 | 3,2 | - | - | 4 | 2,2 | 4 | 2,2 | 4 | 2,2 | |
| Outros | - | - | 2 | 1,1 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 | 0,5 | - | - | 1 | 0,5 | - | - | - | - | |
| Avaliação | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Inadequado | 7 | 3,8 | 9 | 4,8 | 3 | 1,6 | 11 | 5,9 | 1 | 0,5 | 48 | 25,8 | 2 | 1,1 | 1 | 0,5 | 2 | 1,1 | - | - | 1 | 0,5 | 2 | 1,1 | 1 | 0,5 | |
| Indiferente | 1 | 0,5 | 1 | 0,5 | 63 | 33,9 | - | - | - | - | 94 | 50,5 | 2 | 1,1 | - | - | 2 | 1,1 | 6 | 3,2 | 3 | 1,6 | - | - | - | - | |
| Adequado | 28 | 15,1 | 24 | 12,9 | 79 | 42,5 | 30 | 16,1 | 56 | 30,1 | 10 | 5,4 | 28 | 15,1 | 68 | 36,6 | 38 | 20,4 | 74 | 39,8 | 38 | 20,4 | 24 | 12,9 | 21 | 11,3 | |
| Fundamental | 16 | 8,6 | 20 | 10,8 | 9 | 4,8 | 66 | 35,5 | 95 | 51,1 | 1 | 0,5 | 62 | 33,3 | 91 | 48,9 | 57 | 30,6 | 78 | 41,9 | 96 | 51,6 | 102 | 54,8 | 100 | 53,8 | |
| Não se aplica | 22 | 11,8 | 24 | 12,9 | 3 | 1,6 | 12 | 6,5 | 10 | 5,4 | 4 | 2,2 | 21 | 11,3 | 4 | 2,2 | 20 | 10,8 | 11 | 5,9 | 15 | 8,1 | 14 | 7,5 | 12 | 6,5 | |
| Inadequado horário de oferta | 1 | 0,5 | 1 | 0,5 | 63 | 33,9 | - | - | - | - | 8 | 4,3 | 2 | 1,1 | - | - | 1 | 0,5 | 4 | 2,2 | 3 | 1,6 | 2 | 1,1 | - | - | |
| Indiferente horário | 3 | 1,6 | 6 | 3,2 | - | - | 7 | 3,8 | 4 | 2,2 | 20 | 10,8 | 5 | 2,7 | 5 | 2,7 | 2 | 1,1 | 6 | 3,2 | 3 | 1,6 | 3 | 1,6 | 3 | 1,6 | |
| Adequado horário de oferta | 8 | 4,3 | 4 | 2,2 | 4 | 2,2 | 6 | 3,2 | 9 | 4,8 | 1 | 0,5 | 2 | 1,1 | 7 | 3,8 | 2 | 1,1 | 2 | 1,1 | 4 | 2,2 | 4 | 2,2 | 6 | 3,2 | |
| Fundamental horário de oferta | 98 | 52,7 | 95 | 51,1 | 9 | 4,8 | 54 | 29 | 11 | 5,9 | 48 | 25,8 | 60 | 32,3 | 9 | 4,8 | 59 | 31,7 | 5 | 2,7 | 23 | 12,4 | 34 | 18,3 | 43 | 23,1 | |
| Não conheço | 2 | 1,1 | 2 | 1,1 | 16 | 8,6 | - | - | - | - | 94 | 50,5 | 2 | 1,1 | 1 | 0,5 | 3 | 1,6 | - | - | - | - | 1 | 0,5 | 3 | 1,6 | |

Fonte: Dados gerados no programa SPSS.

Indagou-se aos participantes sobre as políticas/ os programas que atendem as pessoas que transitam da fase adulta para idosos, com perguntas sobre os itens como conhecimento, utilização, divulgação, local em que ouviram falar, adesão e avaliação destes respectivamente. Sobre a Política/ o Programa da Saúde do Trabalhador, observou-se que 66,7% desconheciam o programa; 89,2% nunca utilizaram; 79% nunca viram ninguém utilizar; 56,5% dos participantes não ouviram falar em nenhum lugar (não se aplica); 88,2% não procuravam o programa e 52,7% consideraram fundamental o horário de oferta do serviço.

Foi possível identificar, com base nos relatos dos participantes, que a Política/ o Programa da Saúde do Trabalhador não está sendo efetiva (falta de conhecimento, acesso, desconhecimento, adesão da política, entre outros pontos) com os objetivos do programa (atenção integral ao trabalhador baseada em atividades de promoção e proteção a saúde para esses indivíduos)⁹⁹. Estes objetivos não estão sendo atendidos, o que pode ser corroborados pelo fato de se tratar de pessoas que, na sua grande maioria, trabalhavam ou já trabalharam e que deveriam ter algum conhecimento sobre tal política.

Na Política/ no Programa da Saúde do Adulto, foi verificado que 66,7% desconheciam o programa; 80,1% nunca o utilizaram; 71,5% nunca viram ninguém utilizar; 53,8% compreendem os outros lugares em que ouviram falar da política como faculdade, rádio ou nunca ouviram falar; 79% não procuravam o serviço; 51,1% acreditavam que o horário de oferta era fundamental.

A partir dos resultados evidenciados sobre a relação dos participantes com a Política/ o Programa da Saúde do Adulto, observou-se uma deficiência de conhecimento, adesão por parte dos participantes e de divulgação. Estes resultados mostraram que os objetivos da política (promoção, prevenção em saúde e tratamento da doença)⁹⁶ não estão sendo alcançados, o que é confirmado pelo desconhecimento da população investigada sobre o assunto e pelo fato de alguns participantes, embora sejam diabéticos e/ou hipertensos, não apresentarem ciência sobre essa política. Pode-se afirmar que esse desconhecimento da política dá-se também em razão de o atendimento em saúde ser realizado no horário diurno, período em que essas pessoas estão em horário de trabalho¹⁷⁴.

No que tange à Política/ ao Programa da Saúde da Mulher, emergiram as seguintes respostas: 49,5% ouviram falar sobre o programa; 45,2% nunca o utilizaram; 30,1% periodicamente ouviram alguém dizer que utilizou; 25,8% ouviram falar do serviço porque utilizavam no caso próprio, 47,3% não procuravam e 42,5% consideraram como adequado(a) a política/ o programa.

Cabe destacar que a Política/ o Programa da Saúde da Mulher apresentou um aspecto diferenciado das outras políticas, uma vez que os participantes relataram ter conhecimento sobre ela, utilizarem ou não. Isso se deve ao fato de a mulher ter mais preocupação em cuidar da saúde, procurar com mais frequência os serviços de saúde¹⁷⁵, no sentido preventivo, não somente para tratamento¹⁷⁶.

É possível afirmar que, em relação à Política/ ao Programa da Saúde do Idoso, foram constatados: 38,7% desconhecem o programa; 89,2% nunca o utilizaram; 79% nunca viram ninguém utilizar; 56,5% dos participantes não ouviram falar em nenhum lugar; 88,2% não procuravam; 52,7% julgaram fundamental o horário de oferta do serviço.

A Política/ o Programa da Saúde do Idoso foi considerada(o) desconhecida (o), uma vez que não se ouviu falar sobre ela(e). A questão de não utilizarem e não procurarem justifica-se pela idade dos participantes, apesar de se ter pessoas com idade ≥ 60 anos. Os 79% dos sujeitos da investigação relataram nunca terem visto ninguém utilizar a política, o que demonstrou que as pessoas idosas não estão tendo acesso ao programa, pois um dos requisitos da pesquisa para participar era viver com pessoas com idade ≥ 65 anos. Isso pode ser corroborado por uma pesquisa feita com profissionais da atenção primária que relatam que a política não foi totalmente implementada, faltando treinamento para os profissionais, e que somente se realizam atividades para outros grupos, como, por exemplo, para doenças crônicas¹⁷⁷. Essa dificuldade também pode ser evidenciada em nível internacional, uma necessidade de melhorias nos serviços prestados aos idosos em todos os níveis de saúde¹⁷⁸.

Sobre o Programa Outubro Rosa, observou-se que 54,3% dos sujeitos da investigação desconheciam o local e/ou época onde é realizado o programa; 64% nunca o utilizaram; 41,4% nunca viram ninguém utilizar; 48,4% ouviram falar sobre ele na televisão; 63,4% não procuravam o serviço e 51,1% consideraram-no como fundamental.

Quanto ao Programa Novembro Azul, 58,6% das pessoas relataram já terem ouvido falar sobre ele; 91,4% nunca o utilizaram; 63,4% nunca viram ninguém utilizar; 48,9% ouviram falar no bairro; 89,8% não procuraram o programa e 50,5% julgaram indiferente este.

Esses dois últimos programas citados foram considerados como pouco utilizados e pouca procura, o que, provavelmente, deva-se ao fato de a divulgação dos mesmos ocorrer somente nos meses de outubro e novembro, respectivamente, em nível nacional.

Cabe destacar que outra(o) política/programa que foi questionada(o) aos participantes foi a/o de Prevenção do Câncer de Pele e teve o seguinte resultado: 47,8% desconheciam o programa; 78,5% nunca o utilizaram; 41,4% nunca viram ninguém utilizar; 37,6% em outros

lugares como faculdade, rádio ou nunca ouviram falar; 94,1% não procuravam o serviço e 51,1% julgaram-no como fundamental.

A Política/o Programa de Prevenção de Câncer de Intestino teve os resultados: 55,4% a/o desconheciam; 94,6% nunca a/o utilizaram; 73,1% nunca viram ninguém utilizar; 42,5% em outros lugares como faculdade, rádio ou nunca ouviram falar; 93,5% não procuravam o serviço e 48,9% consideram fundamental o horário de oferta.

Com base nas estatísticas citadas, observa-se que a Política/ o Programa Prevenção do Câncer de Pele e de Prevenção do Câncer de Intestino ainda são políticas desconhecidas para as pessoas, tendo em vista o que se almeja com as mesmas (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação)¹⁰⁰.

Outra política/programa que contempla pessoas de 40 a 64 anos foi a/o de Prevenção de Câncer de Próstata, com os seguintes resultados: 62,9% ouviram falar do programa; 87,7% nunca o utilizaram; 41,4% nunca viram ninguém utilizar; 37,6% ouviram falar sobre ele na televisão; 87,6% não procuravam o serviço e 48,9% consideram fundamental o programa.

A Política/ o Programa de Prevenção de Câncer de Próstata foi outra política que os participantes relataram ter ouvido falar, principalmente pela televisão. Mas, em contrapartida, observou-se que os participantes mencionaram nunca terem utilizado e nem procurado o serviço de saúde para este fim. Isso se deve ao fato de os homens comumente não procurarem o serviço de saúde, somente em situações de maior gravidade, muitas das vezes por preconceito¹⁷⁹.

No que tange à Política/ao Programa HIV/AIDS, foram identificados os resultados: 56,5% ouviram falar sobre o programa/a política; 95,2% nunca o/a utilizaram; 54,8% nunca viram ninguém utilizar; 58,1% ouviram falar na televisão; 95,7% não procuravam o serviço e 41,9% avaliaram-no como fundamental.

Esta política foi mencionada pelos participantes como conhecida comumente por meio da televisão devido a propagandas frequentes em algumas épocas do ano, como carnaval, fim de ano, entre outras, com objetivo de se prevenir o HIV/AIDS. Porém os participantes relataram nunca ter utilizado, nem ter visto ninguém fazer uso, muito menos procurar o serviço para avaliação. Essa divulgação mais intensa deveu-se à questão do HIV/AIDS ter sido uma epidemia na década de 80 e ainda apresentar altos índices de casos na atualidade, principalmente em pessoas com idade de 50 anos¹⁸⁰.

A Política/ o Programa de Incentivo à Prática de Esportes foi considerada(o): 45,2% desconheciam o programa/ a política; 85,5% nunca o/a utilizaram; 65,1% nunca viram ninguém

utilizar; 39,2% dos participantes não ouviram falar em nenhum lugar (não se aplica); 82,8% não procuravam o serviço e 51,6% consideram fundamental o programa.

Cabe ressaltar que, em relação à Política/ ao Programa de Promoção da Alimentação Saudável, observou-se que: 51,6% desconheciam o programa/a política; 84,9% nunca utilizaram; 75,8% nunca viram ninguém utilizar; 23,7% ouviram falar na televisão; 82,8% não procuravam o serviço e 54,8% acreditavam ser fundamental o programa. Essas políticas foram consideradas pelos participantes como desconhecidas, nunca utilizadas, não divulgadas e a maioria não procurava o serviço. Ambas ressaltam a prevenção de doenças e a promoção da saúde

Na Política/no Programa de Cuidado com olhos, versaram os seguintes resultados: 42,5% desconheciam o programa/a política; 84,4% nunca o/a utilizaram; 73,7% nunca viram ninguém utilizar; 44,6% dos participantes não ouviram falar em nenhum lugar (não se aplica); 80,1% não procuravam o serviço e 53,8% julgaram o programa fundamental.

Foi possível identificar que a maioria dos participantes não conhecia, não utilizava as políticas/os programas, não ouviu falar sobre o assunto e não procurava o serviço para utilizá-los.

5.2.4 Quadro de quatro casas “Ter 40 a 64 anos”

A seguir, serão apresentados os cognemas evocados diante do termo indutor “Ter 40 a 64 anos”, segundo sua alocação no quadro de quatro casas (**Quadro 6**).

Quadro 6: Quadro de quatro casas com cognemas evocados a partir do termo indutor “ter 40 a 64 anos”. Juiz de Fora, Set/2016.

| TER 40 A 64 ANOS | | | | | | |
|------------------------|-----------------------|-------------------|----------|-----------------------|-------|-------|
| Rang<2,7 | | | Rang>2,7 | | | |
| Freq Média ≥12 | Termo evocado | Freq | OME | Termo evocado | Freq | OME |
| | Vitória | 13 | 2.462 | Distração-lazer | 14 | 3.500 |
| | | | | Doenças | 15 | 2.800 |
| | | | | Experiência | 19 | 2.895 |
| | | | | Família | 24 | 3.667 |
| | | | | Modificação-corpo | 13 | 3.000 |
| | | | | Natural-processo-vida | 24 | 2.000 |
| | | | | Paz | 14 | 3.643 |
| | | | | Saúde | 37 | 3.324 |
| | | | | Trabalho | 13 | 3.077 |
| | | | | Viver | 18 | 3.222 |
| | Freq Média 5 a <11 | Decadência-física | 6 | 2.667 | Idoso | 5 |
| Desânimo | | 5 | 2.400 | Lembrança-avaliação | 8 | 2.500 |
| Intolerância | | 5 | 2.600 | Medo | 6 | 3.167 |
| Jovem | | 5 | 2.200 | Morte | 9 | 3.222 |
| Recomeço | | 5 | 2.600 | Paciência | 5 | 2.800 |
| Velhice-envelhecimento | | 9 | 2.000 | Preocupação | 8 | 3.875 |
| | | | | Realização | 9 | 3.556 |
| | | | | Responsabilidade | 9 | 3.000 |
| | | | | Ruim | 8 | 3.000 |
| | | | | Solidão | 6 | 3.333 |

Fonte: Quadro gerado no Programa Evoc 2000.

No provável núcleo central, QSE, houve o predomínio da palavra “vitória” como sendo aquela com maior frequência e que foi prontamente evocada. Através desse termo, foi possível identificar a percepção dos usuários em relação a “ter de 40 a 64 anos” como uma conquista/vantagem em pertencer a essa fase. Pode se dizer que este cognema pertence à dimensão valorativa.

Na área de contraste, foram alocados os seguintes cognemas: “decadência-física”, “desânimo”, “intolerância”, “jovem”, “recomeço” e “velhice-envelhecimento”. Pertencem às seguintes dimensões: “decadência-física” e “velhice-envelhecimento”, informativa/conhecimento; “desânimo”, “intolerância”, “jovem” e “recomeço”, comportamental.

O termo “decadência-física” foi mencionado pelos participantes pela diminuição da visão que ocorreu com passar dos anos, principalmente após os 40 anos e a necessidade de se utilizar os óculos conforme relatos a seguir.

“Depois dos 40 anos, começou uma dificuldade para ler. Procurei um oftalmologista e comecei a usar (óculos), já faz uns 18 anos.” 40151

“Eu tinha uns 40 anos quando comecei (óculos), não foi difícil a adaptação porque me ajudou a enxergar. Eu gosto tanto dele que de manhã é a primeira coisa que eu procuro. Tenho vista cansada.”

A diminuição da capacidade funcional apresenta-se em pessoas em processo de envelhecimento com reflexo nos aspectos funcionais, cognitivos e de memória¹⁸¹, o que corrobora os relatos anteriores.

Outra palavra identificada no QIE foi “desânimo”, que se referiu à diminuição do ânimo percebido pelas pessoas em fase de transição da adulta para idosa para executar suas atividades diárias.

A “intolerância” foi citada na presente investigação pelos participantes que referiram que quanto mais velhos mais intolerantes, com o passar dos anos, as pessoas ficam mais nervosas e agitadas para algumas coisas, conforme aponta o relato a seguir:

“[...] mesmo com os problemas que eu já tive de ficar triste ou nervosa, eu nunca ataquei os outros e demonstrei.” 40149

O nervosismo, a intolerância relatada podem estar ligados ao período em que perpassam a maioria dos participantes (mulheres), caracterizado pela mudança hormonal do climatério, que pode se estender dos 40 aos 65 anos de idade. Nesta fase, ocorrem mudanças psicológicas, corporais, entre outras¹⁸².

Ao mencionar os cognemas “jovem” e “recomeço”, os sujeitos da investigação relataram como se sentem ao transitarem da idade dos 40 aos 64 anos. Apresentando um caráter positivo o fato de ter essa idade.

Ao contrário do que foi dito anteriormente sobre o envelhecimento ser um recomeço, as pessoas de 40 a 64 anos também assimilavam esse período ao cognema “velhice-envelhecimento” de forma negativa. Acreditavam que as pessoas, ao adentrarem no período da velhice, ficariam isoladas no aspecto social e seriam consideradas pessoas cansadas, como mostra o relato a seguir:

“[...] e acaba que muitos idosos hoje a gente vê que ficam isolados [...]” 40114

“Eu acho que o idoso trabalhou muito e ele já está cansado [...]” 40124

Outro aspecto citado pelos participantes em relação ao envelhecimento foi que estes observaram a necessidade das pessoas idosas de utilizarem objetos de apoio no seu dia a dia, como bengala e outros. Essa observação se deve ao fato de eles conviverem com idosos no cotidiano.

“Então minha mãe que eu falo para ela usar um objeto quando ela anda dentro de casa ou no quintal. Eu gosto que ela use uma bengala, né, para apoiar.” 40111

“Minha mãe não quis usar a bengala de quatro pés, mas ela não quis, comprei um andador, mas você tem que pegar ele e ela também não quis. Minha mãe já estava ficando sem força nas mãos. Fomos na loja ela experimentou, mas não quis também não.” 40137

“Acho que sim, se eu precisar, não vou ter preconceito nenhum para usar. Acho que, quando eu ficar velho, a bengala vai ser indispensável para andar.” 40151

A velhice/o envelhecer é um momento descrito por muitas pessoas pela perda da funcionalidade corporal, da autonomia, modificação no sistema cognitivo e do emocional¹⁴

No QSD, foram apresentadas as seguintes palavras: “distração-lazer”; “doenças”; “experiência”; “ família”, “modificação-corpo”; “natural-processo-vida”; “paz”; “saúde”, “trabalho” e “viver”, que se inserem nas dimensões: objeto (“distração-lazer”; “doenças”; “família”, “modificação-corpo”; “saúde”, “trabalho), informativa/conhecimento (“experiência”).

O cognema “distração-lazer” foi citado pelos participantes no sentido positivo, considerado algo importante, bom para as pessoas de 40 a 65 anos, conforme observado em outros quadros de quatro casas. Foram mencionados os seguintes lugares de lazer: viagens, passeios, aniversários, cinema, visita a casa de parente, festas e foi relatado que estes oportunizaram um contato com a família e outras pessoas. A igreja também foi um dos lugares mencionados como de passeio. Como apresentado a seguir:

“Eu gosto de ir no cinema, parque de diversão, ontem fui na Igreja e gostei, saí de carro com meu neto. Dar um passeio de carro eu gosto, ir no aniversário, festa casamento, eu gosto desses lugares.” 40116

“Não costumo sair, eu só vou na igreja, na casa da minha irmã de vez em quando, mas não passeio não.” 40137

“Passeio, viajar. Isso que é bom.” 40113

“Muito bem, nesses passeios da minha filha são ótimos.”

O cognema “doenças” referiu-se ao aparecimento das doenças em pessoas 40 a 64 anos. Os participantes alegam que evitam conversar sobre doenças até quando vão ao médico.

“E, quando eu vou ao médico, eu evito de ficar conversando de doenças, eu não gosto.” 40146

Durante o processo de envelhecimento, pode ocorrer o surgimento de algumas doenças chamadas DCNTs, como hipertensão arterial e diabetes¹, porém os participantes preferiram não falar sobre o assunto.

A palavra “experiência” foi considerada no sentido de que, quando a pessoa envelhecia, esta possuía mais sabedoria, experiência, conhecimento sobre determinados assuntos voltados para os aspectos social, cultural e pessoal. Esse posicionamento foi corroborado por outro estudo que buscou a percepção dos idosos para o envelhecimento, no qual foi apontada a palavra conhecimento nesse mesmo sentido¹⁸³.

O termo “família” surgiu no contexto de compor a rede de apoio social, com que os participantes contam em casos de necessidades, conforme apresentado:

“[...] A gente conta com a família.” 40121

Os sujeitos da investigação acreditavam que o cognema “modificação-corpo” estaria ligado às mudanças que ocorrem no corpo com o processo do envelhecimento. À medida que esse processo avança, ocorrem modificações físicas e na autoimagem da pessoa, como rugas, agrisalramento dos cabelos e perda de elasticidade da pele⁹.

Outro cognema mencionado pelos participantes foi “natural-processo-vida”, pois estes declararam que o processo de envelhecimento seria natural, um processo que faz parte da vida, sendo justificado pelo fato de o envelhecimento ser processual¹.

A “paz” foi outra palavra citada pelos investigados. Estes julgaram que, neste período de 40 a 64 anos, ter paz, tranquilidade seria essencial para um envelhecimento bem-sucedido e saudável, conforme aponta abaixo o participante 40149.

“[...] viver assim em união, paz, em paz [...].” 40149

Outro termo encontrado no relato dos participantes foi a “saúde”. Eles julgaram a saúde como sinônimo de independência e autonomia. Sendo assim, ter saúde significa não depender de ninguém, inclusive da família, conforme apresentado nos relatos:

“Outra coisa, eu nem sei se eu conto com meus filhos não, muito menos com as minhas noras. Por isso que tem que ter saúde.”4014

“Eu tenho minhas dúvidas (suficiente), estou procurando ficar um idoso bem saudável para não ter essa dependência.” 40146

A palavra “trabalho” foi mencionada no sentido de que, enquanto os participantes estiverem trabalhando, estão ativos e, por meio do trabalho, estas pessoas mantiveram um vínculo social com outras.

*“[...] os meus amigos são de encontros, de trabalhar e caminhar juntos.”
40214*

Cabe destacar que o termo “viver” foi referenciado por ser uma vontade dos participantes tanto na questão de aproveitar a vida quanto ter mais anos de vida.

No QIE, alocaram-se os cognemas “idoso”, “lembrança-avaliação”, “medo”, “morte”, “paciência”, “preocupação”, “realização”, “responsabilidade”, “ruim” e “solidão”. Estes pertencem às dimensões: “idoso”, “lembrança-avaliação”, “morte”, objetiva; “medo”, “paciência”, “preocupação”, “realização”, “responsabilidade” e “solidão”, comportamental e “ruim” valorativa.

Os termos “idoso”, “medo”, “morte”, “preocupação”, “ruim” e “solidão” estiveram ligados ao caráter negativo quando se pensou em envelhecimento por parte dos participantes. Eles consideraram que, quando a pessoa ficou idosa, as outras se distanciam dela, diminuindo o contato social. Existiu a preocupação e medo de ficarem sozinhos e serem colocados em um asilo, abandonados, principalmente pela família, amigos, e da morte. Baseados neste contexto, julgaram que ter de 40 a 64 anos é ruim.

*“Às vezes a família mesmo, muitas famílias, às vezes, a família abandona os idosos. Abandona no sentido: Ele constitui a família, os filhos casam.” 40114
“Não (suficientes), as pessoas fogem um pouco quando você fica idoso. A gente sabe de muitos casos que os filhos colocam os pais no asilo.” 40178
“Não (suficiente), hoje já é difícil, eu sei porque eu faço trabalho voluntário e a gente vê os idosos, é bem complicado. Muitos, mesmo com a família grande, são abandonados.” 40189
“Acho que não (suficiente) porque eles (amigos) já estão bem idosos também.” 40169*

Essa preocupação e aspectos negativos voltados para o envelhecimento foram corroborados por outro estudo¹⁸⁴.

A palavra “lembrança-avaliação” remeteu-se à questão das lembranças e experiências que as pessoas possuem com o passar dos anos.

O cognema “paciência” foi citado pelos participantes como algo necessário para se ter no período dos 40 a 65 anos. Principalmente porque é nessa época que surgem as modificações psicológicas e o aumento do estresse⁹. A compreensão dos participantes em relação ao

processo de envelhecimento também apresentou um aspecto positivo no qual estes acreditaram ser um período de realização, vitória, bem exemplificado pelo cognema “realização”.

E a última palavra mencionada neste quadrante foi “responsabilidade”, à qual os participantes referiram-se como adquirida com o passar do anos e o avançar do processo de envelhecimento.

5.2.5 Quadro de quatro casas “Envelhecer” e “Envelhecer Bem”

A seguir, serão apresentados os cognemas evocados diante dos termos indutores “Envelhecer” (**Quadro 7**) e “Envelhecer Bem” (**Quadro 8**) segundo sua alocação no quadro de quatro casas.

Quadro 7: Quadro de quatro casas com cognemas evocados a partir do termo indutor “Envelhecer”. Juiz de Fora, Set/2016.

| | | ENVELHECER | | | | | |
|-------------------------|------------------------|------------|-------|-------------------|----------|-------|--|
| | | Rang<2,5 | | | Rang>2,5 | | |
| Freq Média ≥22 | Termo evocado | Freq | OME | Termo evocado | Freq | OME | |
| | Bom | 41 | 2.390 | Deus | 23 | 2.696 | |
| | Medo | 27 | 1.556 | Doenças | 22 | 2.545 | |
| | Natural-processo-vida | 59 | 1.949 | | | | |
| | Ruim | 50 | 2.060 | | | | |
| | Saúde | 59 | 2.102 | | | | |
| Freq Média ≥12 a <21 | Aprendizado | 14 | 2.357 | Alegria | 14 | 3.143 | |
| | Inevitável | 15 | 2.267 | Ânimo-proativo | 12 | 2.917 | |
| | Lembrança | 13 | 2.385 | Decadência-física | 13 | 2.769 | |
| | Preocupação | 12 | 2.250 | Dependência | 17 | 3.176 | |
| | Velhice-envelhecimento | 16 | 1.938 | | | | |

Fonte: Quadro gerado no Programa Evoc 2000.

No provável núcleo central, foram alocados os seguintes cognemas: “bom”; “medo”; “natural-processo-vida”; “ruim” e “saúde”. Os termos “bom”; “medo” e “ruim” pertencem à dimensão comportamental, com aspectos positivos e negativos respectivamente e a “saúde” à dimensão objeto.

Os termos “bom”; “medo” e “ruim” foram aplicados de forma divergente entre os participantes em relação ao envelhecer. Julgaram, por um lado, bom, mas, ao mesmo tempo, possuíam medo de envelhecer e achavam ruim esse processo. O medo pode por ser assimilado ao pensamento de que, quando a pessoa envelhece, aproxima-se do final da vida, sendo considerado um momento ruim da vida¹⁸⁵.

O cognema “natural-processo-vida” foi citado pelos participantes no sentido de o envelhecer ser um processo natural da vida. E a “saúde”, eles acreditam que, para envelhecer, tem que se ter saúde, pois assim haverá uma manutenção da autonomia e independência.

“Só se eu for um idoso ativo, que tenha boa saúde, eu acho que poderia contar, mas, se eu for dependente, com algum problema de saúde, fica mais difícil.” 40178

No QIE, foram encontrados os termos “aprendizado”; “inevitável”; “lembrança-avaliação”; “preocupação” e “velhice-envelhecimento”. As palavras “aprendizado” e “lembrança” foram referenciadas pelos participantes no sentido de que, ao envelhecer, a pessoa adquire mais aprendizado, experiência em relação a determinados assuntos e possui lembranças dos tempos vividos. O termo “inevitável” foi mencionado pelos participantes, pois acreditam que o envelhecimento é assim, não pode ser evitado.

Outro cognema que retratou o que pensavam os participantes foi “preocupação”. Estes se sentiam preocupados, pois almejavam envelhecer com saúde, independentes, com autonomia. Declaram que, quando a pessoa envelhece, as outras pessoas se afastam e muitos vão viver em asilos.

“[...] pessoas fogem um pouco quando você fica idoso. A gente sabe de muitos casos que os filhos colocam os pais no asilo.” 40178

No QSD, os termos “Deus” e “doenças” foram citados pelos participantes. Estes acreditam que, para envelhecer, deve-se buscar Deus para se fortalecer como forma de apoio. E a palavra “doenças” foi assimilada pelos participantes como algo que aparece quando se envelhece, que pode ser corroborado pelo aparecimento das DCNTs, principalmente hipertensão e diabetes no decorrer do processo de envelhecimento¹.

“Os cognemas encontrados no QID como “alegria” e “ânimo-proativo” possuíam um caráter positivo, enquanto “decadência-física” e “dependência”, negativo em relação ao envelhecer. Os termos “alegria” e o “ânimo-proativo” foram considerados itens essenciais para o envelhecimento bem-sucedido. A “alegria” equivale a proporcionar um bem-estar para as pessoas em processo de envelhecimento. E o “ânimo-proativo” está ligado à questão de ser animado/ativo, ter entusiasmo para realizar suas tarefas, disposição e assim serem pessoas idosas independentes.

A “decadência-física” foi mencionada como aderente ao processo do envelhecimento como identificado pelo participante 40142, bem como a diminuição da acuidade visual com o passar dos anos:

“O marido me chama para tirar uma ferpa. Tenho que pegar os óculos, não é como antigamente. Mas agora já adaptei.”

A “dependência” foi citada pelos participantes como algo ocasionado pelo envelhecimento. Sendo assim, o contrário do que eles buscam. Mencionaram o desejo de serem ativos e saudáveis para não serem dependentes de ninguém, como mostra a fala do entrevistado 40146:

“Eu tenho minhas dúvidas (suficiente), estou procurando ficar um idoso bem saudável para não ter essa dependência.”

É possível dizer que, em relação ao termo indutor “Envelhecer”, os sujeitos da investigação possuíam uma representação social consolidada com presença de objetos no possível núcleo central.

Apresenta-se a seguir o quadro de quatro casas formado a partir das evocações sobre o termo “Envelhecer Bem”.

Quadro 8: Quadro de quatro casas com cognemas evocados a partir do termo indutor “Envelhecer Bem”. Juiz de Fora, Set/2016.

| ENVELHECER BEM | | | | | | |
|-----------------------|------------------|------|----------|------------------------|------|-------|
| Rang<2,7 | | | Rang>2,7 | | | |
| | Termo evocado | Freq | OME | Termo evocado | Freq | OME |
| Freq Media ≥12 | Atividade-Física | 65 | 2.554 | Alegria | 23 | 3.609 |
| | Boa-Alimentação | 48 | 2.438 | Ânimo-proativo | 22 | 3.273 |
| | Bom | 13 | 1.615 | Comer | 25 | 3.280 |
| | Dinheiro | 20 | 2.550 | Deus | 31 | 2.806 |
| | Paz | 38 | 2.368 | Distração-lazer | 28 | 3.214 |
| | Saúde | 121 | 1.595 | Família | 32 | 3.750 |
| Freq Media 5 a <11 | Qualidade-Vida | 8 | 2.375 | Amigos | 8 | 3.250 |
| | Sono | 6 | 2.500 | Amizade | 5 | 3600 |
| | Trabalhar | 6 | 2.500 | Amor | 5 | 2.800 |
| | | | | Andando | 16 | 3.276 |
| | | | | Cabeça-boalboa-memória | 16 | 3.280 |
| | | | | Convivência | 6 | 4.000 |
| | | | | Medico | 6 | 3.000 |
| | | | | Menos-remédio | 9 | 3.444 |

Fonte: Quadro gerado no Programa Evoc 2000.

Os cognemas encontrados no provável núcleo central, ou seja, no QSE, referentes ao termo indutor “Envelhecer bem”, foram: “atividade-física”, “boa-alimentação”, “bom”, “dinheiro”, “paz” e “saúde”. O termo “paz” possui representações valorativas de caráter positivo. Cabe acrescentar que a palavra “bom” pertence à dimensão comportamental, de caráter positivo. Os cognemas “saúde”, “atividade-física”, “boa-alimentação” pertencem à dimensão imagética. A palavra “saúde” possui frequência de 121 e OME de 1.595, o que equivale a dizer que foi mais prontamente evocada, sendo o primeiro componente do núcleo central. Ao citá-la, os participantes referiram a importância de se ter uma boa saúde. Consideram saúde como andar/movimentar e sinônimo de independência, conforme discursos a seguir.

“Isso eu não importo, enquanto Deus me der vida e saúde, eu to andando e movimentando, quando Deus fala para, parou.” 40126

“Para o meu sustento e para frequentar, eu acho que dentro da minha qualidade de saúde, até onde eu puder continuar trabalhando, será (suficiente).” 40178

“Ó, eu, graças a Deus, minha saúde é boa [...]” 40149

Corroborando os discursos dos participantes, a literatura considera saúde como necessária para a funcionalidade corporal, para a realização de atividades de forma independente e influenciadora da qualidade de vida^{186; 187}. As outras palavras possuíam menor frequência. Em relação à ordem de evocação, as palavras de maiores OME foram “atividade-física”, “boa-alimentação”, “dinheiro” e “paz”. Os cognemas alocados no núcleo central referem-se a itens que as pessoas 40 a 64 anos percebem como essenciais e contribuintes para um processo de envelhecimento saudável em que se busca autonomia e independência.

O cognema “bom” refere-se ao fato de que “Envelhecer Bem” é bom e, para que isso ocorra, é necessário alguns fatores, como atividade física, boa alimentação e bem-estar físico/mental/social.¹⁸⁷

Ao aproximar o conteúdo do discurso com a abordagem estrutural, foi possível identificar que a inserção da pessoa idosa na realização de atividade física é percebida como integrante das necessidades humanas, requerendo intervenção profissional quando a pessoa se encontra impossibilitada ou incapacidade de realizá-la. Nesse contexto, ela é mencionada, como mostra o fragmento de discurso do participante 40111.

[...] se não puder fazer um exercício físico, ela precisa de uma fisioterapia e isso é uma coisa que não é fácil conseguir. Até particular é mais complicado. Tem que sair de casa; deslocar até fisioterapia. É mais complicado [...] 40111

Tanto a atividade física quanto a boa alimentação proporcionam o aumento da ancianidade, a qualidade de vida, a funcionalidade corporal, a saúde e a prevenção das DCNTs e repercutem em um envelhecimento saudável¹.

O cognema “dinheiro” refere-se a possuir uma condição financeira e ter mais acesso a alimentação, a cuidados de saúde e uma melhor habitação¹, sendo assim essencial para conservação da saúde. Cabe acrescentar que a aposentadoria é uma das fontes de renda das pessoas idosas que reflete em sua autonomia¹⁷¹. Essa importância do dinheiro para os participantes pode ser corroborada na abordagem processual.

“Eu falo com ele, o meu dinheiro da aposentadoria é para pagar a clínica, essas coisas.” 40142

“(Falta) Nada, o problema maior é o dinheiro que todo mundo precisa e, se não fosse por trabalhar tanto, a gente tinha mais tempo.” 40154

Ao mencionar o cognema “paz”, os participantes fazem referência a uma vida tranquila, sem turbulências emocionais, sem estresse, o que pode interferir na saúde, conforme apontam os discursos a seguir:

“[...] todo mundo em paz, todo mundo alegre, né? Mas que eu me lembre um caso diferente não.” 40111

“União, paz.” 40159

Pode se dizer que é um período no qual os filhos estão encaminhados, muitas das vezes, trabalhando ou estudando, proporcionando uma tranquilidade aos pais. Considera-se a paz um dos fatores mais importantes que constituem o ambiente social da pessoa idosa e tem influência direta na saúde¹.

Na área de contraste, QIE, encontram-se os elementos “qualidade-vida”, “sono” e “trabalhar”. Os cognemas deste quadrante ressaltam as questões de pouca aderência, citadas por algumas pessoas que compõem um subgrupo, caracterizando uma representação diferenciada do restante do grupo¹⁸⁸.

A qualidade de vida é influenciada por vários fatores com enfoque voltado para o psicológico, físico, social, a independência/autonomia e prevenção da saúde¹⁸⁷. O que pode ser corroborado pelo relato do participante 40148.

“Eu faço acompanhamento de diabetes, pressão alta para ver como está a minha qualidade de vida, meus órgãos.”

O sono é essencial para um envelhecimento saudável principalmente porque auxilia na manutenção do equilíbrio do Sistema Nervoso Central, na diminuição da pressão arterial e da temperatura corporal e no relaxamento dos músculos¹⁸⁹.

No QSD, primeira periferia, foram alocados os seguintes cognemas: “alegria”, “ânimo-proativo”, “comer”, “Deus”, “distração-lazer” e “família”. O cognema “alegria” foi mencionado pelos participantes como um fator necessário para se envelhecer bem, conforme corroborado por outro estudo sobre envelhecimento. Este afirma que as pessoas em processo de envelhecimento buscam a conservação da alegria¹⁹⁰.

O termo “ânimo-proativo” referiu-se a se ter ânimo, vitalidade, ser ativo, esperto, que são requisitos considerados pelos participantes para envelhecer bem e que auxiliam na independência, conforme o relato da participante 40130:

“Eu sempre tomo base a minha mãe e meu pai, eles são bem ativos. Então enquanto você pode ir e sozinha [...]”

Diante disso, para um processo de envelhecimento de qualidade, recomenda-se que a pessoa seja ativa, tenha vitalidade para realizar suas atividades do dia a dia e busque a conservação dessa disposição¹⁸⁷.

Ao citar a palavra “comer”, os participantes faziam menção à importância de uma boa alimentação, do ato de se alimentar com qualidade e de forma saudável em busca de um envelhecimento bem-sucedido¹⁹¹. Já a palavra “Deus” quando foi citada pelos participantes referia-se à questão de se ter uma espiritualidade para auxiliar no processo de envelhecimento¹⁹².

Foi possível dizer que o termo “distração-lazer”, quando relatado pelos participantes, aludiu aos momentos de lazer tidos pelos participantes, como, por exemplo, viagens, passeios para lugares como granjas, locais religiosos, que proporcionam a estas pessoas um prazer, uma satisfação, fazendo com que elas se sentissem bem. E também consideraram que o lazer permite um envelhecer bem.

“Eu sinto falta dos meus passeios que a gente fazia muito. A gente ia para a praia, eram os passeios nossos. Isso eu sinto falta, tanto que, hoje em dia, não dá para fazer muito, né?” 40116

“Uma viagem, um passeio em uma granja, um churrasco.” 40116

“Muito bem, nesses passeios da minha filha são ótimos.” 40121

“Todos os passeios, todas as vezes que eu vou, aonde eu vou eu me sinto muito bem.” 40125

“[...] Aparecida do Norte, lá também eu vou. É um lugar de oração, lá é um passeio maravilhoso.” 40156

“Em geral todos os passeios são maravilhosos, o último foi em Guarapari, eu fui com a minha amiga.” 40161

Pode se afirmar que o lazer/a distração oportuniza o bem-estar social, principalmente para as pessoas idosas, e facilita o relacionamento destas com outras pessoas, evitando que se isolem com o passar do tempo. Além de contribuir para um envelhecimento bem-sucedido¹⁹³.

O termo “família” também foi citado como requisito para envelhecer bem, principalmente pelo aspecto do convívio existente entre familiares, fornecendo, dessa forma, uma rede de apoio social como pode ser visto nos relatos a seguir:

“Eu gosto da união da família, eu acho muito ruim ficar sozinha.” 40121

“Boa, me relaciono bastante, de família todos se relacionam bem.” 40122

“De família costumo ver minha irmã, sobrinhos, às vezes prima. São cinco, seis” 40133

“Bom, graças a Deus. Da minha família me relaciono com umas cinco pessoas [...]” 40147

“Bom, tranquilo. Me relaciono com quatro pessoas da família, ” 40190

Na segunda periferia, foram alocados os seguintes cognemas: “amigos”, “amizade”, “amor”, “andando”, “cabeça-bou/boa-memória”, “convivência”, “médico” e “menos-remédio”. Em relação ao cognema “amigos”, pode-se dizer que foi considerado por um subgrupo de participantes como importante, uma vez que os amigos estavam sempre disponíveis para ajudar em casos de necessidades.

“Acho que amigo é aquele que, quando você precisa, ele está ali para te ajudar.” 40121

Os amigos foram considerados importantes devido ao fato de serem um dos exemplos de rede de apoio social para as pessoas em processo de envelhecimento, principalmente pela questão de fornecerem ajuda quando necessário¹⁶⁸.

A palavra “amizade” foi mencionada pelo participante no sentido de se dispor de um bom relacionamento com outras pessoas e de círculos de amizades segundo os discursos:

“Amigo tem que ter uma boa amizade.” 40113

“Uma amizade com carinho, ter amor no coração, se dar bem uma com a outra.” 40134

“Não (amigos suficientes), com o tempo, os amigos vão ficando para trás, vai trocando o círculo de amizade.” 40151

O termo “amor” foi relatado pelos participantes como algo necessário para se viver bem, mas que consideraram inexistente nas suas relações de convivência com as pessoas.

“Está faltando muito amor entre as pessoas, muito respeito, falta de amor entre as pessoas. Eu vejo que isso é que está pegando.” 40125
“Tem hora que eu sinto falta de amor, de um apoiar o outro.” 40142
“(Falta) mais amor e caridade, mais fraternidade.” 40124

O termo “andando” foi considerado pelos participantes como requisito para se ter saúde e independência, mostrando que os mesmos identificam no processo do envelhecimento um declínio das funções motoras com o passar do tempo, conforme relato da participante 40126.

“[...] enquanto Deus me der vida e saúde, eu to andando e movimentando, quando Deus fala para, parou.”

A capacidade funcional das pessoas em processo de envelhecimento diminui à medida que o tempo avança, inclusive o aspecto motor, repercutindo diretamente na autonomia e aumentando a dependência¹⁹⁴.

As pessoas de 40 a 64 anos citaram o cognema “cabeça-boia/boa-memória”, pois consideraram que, quando se tem uma boa memória, existe a possibilidade de envelhecer bem. Com o decorrer do avanço do processo do envelhecimento, ocorre uma diminuição da capacidade de memória, o que tem repercussão direta na saúde das pessoas que perpassam essa fase¹⁹⁵.

A palavra “convivência” também foi citada no sentido de se ter um bom relacionamento com outras pessoas, porém se observou, a partir dos relatos dos participantes, que alguns deles possuíam uma convivência deficitária, principalmente no âmbito familiar.

“E isso me chateia muito, às vezes quero fazer um churrasco e um tem briga com o outro e não vem, queria mais convivência com todo mundo.” 40140
“Quando a gente tem uma convivência assim, a gente sente falta daquela convivência mais diária, para contar alguma coisa.” 40149
“E, para ter um bom relacionamento, eu tive que me afastar dela, e isso é muito ruim para a minha esposa. Deixa muito difícil a convivência.” 40178

O termo “médico” referiu-se à necessidade identificada pelos participantes em relação ao baixo quantitativo de médicos para atenderem a população, à qualidade ruim do atendimento realizado por esses profissionais e à dificuldade em se conseguir um atendimento. Isso pode ser corroborado pelos discursos:

“Falta médico, remédios, salários baixos.” 40116
“Eu acho que o médico fez um juramento para poder cuidar do doente, então, além do dinheiro das consultas que ele ganha, ele (médico) tinha que entrar lá de coração e procurar entrar mais na doença da pessoa.” 40124

“Não são as pessoas, é o prefeito que não paga as pessoas direito para trabalhar, não tem médico suficiente, falta muita coisa.” 40131

“Mesmo no particular, eu acho que falta mais médico, uma atenção mais humanitária, e você está pagando. Não é 100%.” 40142

“(Falta) tem hora que falta médico, enfermeiros.” 40166

“Eu nunca fui maltratada, mas eu acho ruim você não conseguir marcar uma consulta com o seu médico.” 40169

“O povo está muito impaciente, e com razão também a qualidade da saúde vem só caindo e não tem médico suficiente.” 40179

“(Falta) O médico tem muita pressa para atender, ele tinha que ser mais humano, dar mais atenção. Acho que só de ouvir o paciente já melhora 70, 80%, dependendo do caso.” 40182

O profissional médico compõe o que se nomeia de rede de apoio formal constituída pelos serviços de saúde. Esta rede pode ser acessada quando outros tipos de redes de apoio sociais não estão disponíveis, como família, vizinhos e amigos e necessita-se de cuidados¹.

Ao fazerem menção ao cognema “menos-remédio”, os sujeitos da investigação alegaram que, para se obter um envelhecimento saudável e bem-sucedido, a pessoa em processo de envelhecimento deve fazer uso de poucos remédios continuamente, quer dizer, quanto menor o número de remédios utilizados pela pessoa mais qualidade de vida.

As representações sociais de pessoas de 40 a 64 anos em relação ao termo “Envelhecer bem” possibilitaram captar como este grupo socialmente contextualizado considera o processo de envelhecimento por que passam. Estes sujeitos identificaram a questão da prevenção como importante quando mencionaram o cuidar da saúde através de medidas saudáveis como fazer atividade física, ter uma boa alimentação e ter paz. Diante disso, pode-se dizer que essas pessoas apresentaram um aspecto positivo voltado para o envelhecer e o representaram socialmente.

5.3 SURVEY

Na presente investigação, foi realizada uma comparação de saúde na qual foi verificada a autopercepção dos 186 participantes em relação ao seu estado de saúde e também a saúde autopercebida destes em relação às características do processo de envelhecimento e/ou situações de comorbidade segundo quinquênios.

5.3.1 Comparação de Saúde

A autopercepção dos participantes sobre seu estado de saúde consta da **Tabela 17**.

Tabela 17: Distribuição da saúde percebida em relação a ancestrais, contemporâneos e descendentes.

| Variáveis de interesse | Mais velhos | | Contemporâneos | | Mais novos | |
|------------------------|------------------|------|-----------------|------|-----------------|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Muito melhor | 21 | 10,8 | 26 | 13,4 | 25 | 12,9 |
| Melhor | 105 | 54,1 | 99 | 51 | 43,8 | 43,8 |
| Igual | 33 | 17 | 53 | 27,3 | 16,5 | 16,5 |
| Pior | 35 | 18 | 14 | 7,2 | 22,2 | 22,2 |
| Muito pior | 0 | 0 | 2 | 1 | 4,6 | 4,6 |
| Total | 194 | 100 | 194 | 100 | 194 | 100 |
| | Md±DP (min- max) | | Md±DP (min-max) | | Md±DP (min-max) | |
| | 2±0,915(1-4) | | 2±0,815 (1-5) | | 2±1,111(1-5) | |

Fonte: Dados gerados no SPSS.

Nota das autoras: O quantitativo de participantes foi semelhante à abordagem estrutural e pode ser explicado pelo fato de esses dados terem sido coletados em concomitância.

Ao analisar a autopercepção dos 194 participantes sobre sua condição de saúde em relação à das pessoas mais velhas, contemporâneas e mais novas, identificou-se uma avaliação de melhor e muito melhor em condições de saúde de respectivamente, 64,9%, 64,4% e 56,7%.

A sensação de uma autoavaliação positiva foi corroborada por outra investigação, na qual se identificou que pessoas na transição da fase adulta para a idosa se considerarem com boa saúde em 12% entre aqueles que tinham 45 a 50 anos e de 18% entre aqueles que tinham de 55 a 64 anos. No entanto, persistiu a preocupação com a queda da funcionalidade, o que é peculiar ao processo de envelhecimento humano e justifica o surgimento de limitações e das DCNTs⁹.

Outras variáveis intervenientes sobre a percepção de bem-estar/saúde podem ser justificadas pela progressão e lentificação do processo de envelhecimento, pela dificuldade de se considerar envelhecido, de identificar o início das limitações ou restrições e de se ter uma alta autoestima, o que impede os participantes de se identificarem com pessoas contemporâneas⁹.

Cabe ressaltar que 50% dos participantes dispunham de plano privado de saúde.

5.3.2 Saúde Percebida

A saúde autopercebida aferida entre os 186 participantes em relação às características do processo de envelhecimento e/ou situações de comorbidade é apresentada segundo quinquênios, conforme consta da **Tabela 18**.

Tabela 18: Distribuição da autopercepção dos participantes para as potenciais situações vinculadas ao processo de envelhecimento humano.

| Determinantes do Processo de Envelhecimento | 5 anos atrás | | Hoje | | Daqui a 5 anos | | Determinantes do Processo de Envelhecimento | 5 anos atrás | | Hoje | | Daqui a 5 anos | |
|---|--------------|----------|----------|----------|----------------|----------|---|--------------|----------|----------|----------|----------------|----------|
| RISCO CAIR | | | | | | | RUGAS | | | | | | |
| | N | % | N | % | N | % | | N | % | N | % | N | % |
| Sem risco | 140 | 75,3 | 84 | 45,2 | 52 | 28 | Nenhuma ruga | 115 | 61,8 | 43 | 23,1 | 18 | 9,7 |
| Pouco risco | 32 | 17,2 | 66 | 35,5 | 61 | 32,8 | Poucas rugas | 62 | 33,3 | 94 | 50,5 | 78 | 41,9 |
| Algum risco | 8 | 4,3 | 28 | 15,1 | 40 | 21,5 | Algumas rugas | 8 | 4,3 | 41 | 22 | 54 | 29 |
| Risco elevado | 4 | 2,2 | 7 | 3,8 | 25 | 13,4 | Muitas rugas | 1 | 0,5 | 8 | 4,3 | 27 | 14,5 |
| Risco Máximo | 2 | 1,1 | 1 | 0,5 | 8 | 4,3 | Totalmente enrugada | - | - | - | - | 9 | 4,8 |
| CABELOS BRANCOS | | | | | | | ELASTICIDADE PELE | | | | | | |
| Nenhum cabelo branco | 72 | 38,7 | 4,3 | 3 | 3 | 1,6 | Normal | 141 | 75,8 | 52 | 28,0 | 13 | 7 |
| Poucos cabelos brancos | 100 | 53,8 | 53,2 | 46 | 46 | 24,7 | Próxima normal | 39 | 21 | 96 | 51,6 | 73 | 39,2 |
| Metade dos cabelos brancos | 12 | 6,5 | 35,5 | 67 | 67 | 36 | Diminuída | 6 | 3,2 | 33 | 17,7 | 70 | 37,6 |
| Maioria dos cabelos brancos | 2 | 1,1 | 5,4 | 40 | 40 | 21,5 | Muito diminuída | - | - | 5 | 2,7 | 26 | 14 |
| Todo o cabelo branco | - | - | 1,6 | 30 | 30 | 16,1 | Totalmente diminuída | - | - | - | - | 4 | 2,2 |
| REALIZAR TAREFAS | | | | | | | MUDANÇA HORMONAL | | | | | | |
| Dou conta com tranquilidade | 167 | 89,8 | 108 | 58,1 | 64 | 34,4 | Sem alteração | 132 | 71 | 109 | 58,6 | 133 | 71,5 |
| Dou conta com esforço | 11 | 5,9 | 11 | 5,9 | 8 | 4,3 | Pouca alteração | 32 | 17,2 | 32 | 17,2 | 22 | 11,8 |
| Dou conta com algum esforço | 7 | 3,8 | 59 | 31,7 | 83 | 44,6 | Algumas alterações | 13 | 7 | 34 | 18,3 | 22 | 11,8 |
| Dou conta com grande esforço | 1 | 0,5 | 7 | 3,8 | 27 | 14,5 | Muita alteração | 8 | 4,3 | 11 | 5,9 | 9 | 4,8 |
| Não dou conta | - | - | 1 | 0,5 | 4 | 2,2 | Totalmente alterado | 1 | 0,5 | - | - | - | - |
| ESTRESSE | | | | | | | CÂNCER | | | | | | |
| Sem estresse | 58 | 31,2 | 43 | 23,1 | 60 | 32,3 | Sem risco | 153 | 82,3 | 136 | 73,1 | 138 | 74,2 |
| Pouco estresse | 41 | 22 | 48 | 25,8 | 37 | 19,9 | Pouco risco | 16 | 8,6 | 21 | 11,3 | 18 | 9,7 |
| Algum estresse | 32 | 17,2 | 46 | 24,7 | 43 | 23,1 | Algum risco | 11 | 5,9 | 22 | 11,8 | 24 | 12,9 |
| Muito estresse | 52 | 28 | 48 | 25,8 | 43 | 23,1 | Risco elevado | 4 | 2,2 | 6 | 3,2 | 3 | 1,6 |
| Totalmente Estressado | 3 | 1,6 | 1 | 0,5 | 3 | 1,6 | Risco Máximo | 2 | 1,1 | 1 | 0,5 | 3 | 1,6 |
| DEPRESSÃO | | | | | | | DESÂNIMO | | | | | | |
| Sem risco | 126 | 67,7 | 123 | 66,1 | 123 | 66,1 | Sem desânimo | 136 | 73,1 | 86 | 46,2 | 80 | 43 |
| Pouco risco | 20 | 10,8 | 33 | 17,7 | 23 | 12,4 | Pouco desânimo | 35 | 18,8 | 64 | 34,4 | 52 | 28 |
| Algum risco | 17 | 9,1 | 19 | 10,2 | 27 | 14,5 | Algum desânimo | 9 | 4,8 | 26 | 14 | 39 | 21 |
| Risco elevado | 10 | 5,4 | 7 | 3,8 | 8 | 4,3 | Muito desânimo | 5 | 2,7 | 8 | 4,3 | 13 | 7 |
| Risco Máximo | 13 | 7 | 4 | 2,2 | 0,5 | 2,7 | Totalmente desanimado | 1 | 0,5 | 2 | 1,1 | 2 | 1,1 |

Continuação

| MUDANÇA AUTOIMAGEM | | | | | | | VISÃO | | | | | | |
|---------------------------------|-----|------|----|------|----|------|------------------------------------|-----|------|-----|------|-----|------|
| Nenhuma alteração | 74 | 39,8 | 20 | 10,8 | 11 | 5,9 | Sem comprometimento | 78 | 41,9 | 15 | 8,1 | 10 | 5,4 |
| Pouca alteração | 97 | 52,2 | 88 | 47,3 | 73 | 39,2 | Algum comprometimento | 95 | 51,1 | 118 | 63,4 | 89 | 47,8 |
| Alguma alteração | 11 | 5,9 | 68 | 36,6 | 58 | 31,2 | Parcialmente comprometida | 11 | 5,9 | 45 | 24,2 | 61 | 32,8 |
| Muita alteração | 3 | 1,6 | 7 | 3,8 | 36 | 19,4 | Muito comprometida | 2 | 1,1 | 8 | 4,3 | 24 | 12,9 |
| Nenhuma alteração | 1 | 0,5 | 3 | 1,6 | 8 | 4,3 | Totalmente comprometida | - | - | - | - | 2 | 1,1 |
| Totalmente alterada | - | - | - | - | - | - | Sem comprometimento | - | - | - | - | - | - |
| ESQUECER COISAS | | | | | | | AUTOMEDICAÇÃO | | | | | | |
| Sem esquecimento | 114 | 61,3 | 48 | 25,8 | 35 | 18,8 | Sem risco | 104 | 55,9 | 97 | 52,2 | 99 | 53,2 |
| Pouco | 54 | 29,0 | 90 | 48,4 | 72 | 38,7 | Pouco risco | 36 | 19,4 | 33 | 17,7 | 33 | 17,7 |
| Algum | 15 | 8,1 | 43 | 23,1 | 58 | 31,2 | Algum risco | 26 | 14,0 | 33 | 17,7 | 32 | 17,2 |
| Parcialmente esquecido | 2 | 1,1 | 5 | 2,7 | 20 | 10,8 | Risco elevado | 10 | 5,4 | 13 | 7 | 13 | 7 |
| Totalmente esquecido | 1 | 0,5 | - | - | 1 | 0,5 | Risco Máximo | 10 | 5,4 | 10 | 5,4 | 9 | 4,8 |
| MEDICAÇÃO (ORDEM MÉDICA) | | | | | | | VACINAÇÃO | | | | | | |
| Sem risco | 71 | 38,2 | 60 | 32,3 | 54 | 29 | Sempre atento para tomá-las | 112 | 60,2 | 127 | 68,3 | 127 | 68,3 |
| Pouco risco | 28 | 15,1 | 29 | 15,6 | 29 | 15,6 | Pouco atento para tomá-las | 56 | 30,1 | 37 | 19,9 | 36 | 19,4 |
| Algum risco | 45 | 24,2 | 49 | 26,3 | 52 | 28 | Algumas vezes atento para tomá-las | 6 | 3,2 | 11 | 5,9 | 14 | 7,5 |
| Risco elevado | 37 | 19,9 | 41 | 22 | 43 | 23,1 | Muitas vezes atento | 12 | 6,5 | 11 | 5,9 | 9 | 4,8 |
| Risco Máximo | 5 | 2,7 | 7 | 3,8 | 8 | 4,3 | Nunca atento para tomá-las | - | - | - | - | - | - |
| DOENÇA CRÔNICA | | | | | | | | | | | | | |
| Sem risco | 104 | 55,9 | 90 | 48,4 | 88 | 47,3 | | | | | | | |
| Pouco risco | 19 | 10,2 | 17 | 9,1 | 16 | 8,6 | | | | | | | |
| Algum risco | 9 | 4,8 | 14 | 7,5 | 14 | 7,5 | | | | | | | |
| Risco elevado | 14 | 7,5 | 17 | 9,1 | 20 | 10,8 | | | | | | | |
| Risco Máximo | 40 | 21,5 | 48 | 25,8 | 48 | 25,8 | | | | | | | |
| Total | 186 | 100 | | | | | | | | | | | |

Fonte: Dados gerados no SPSS.

Os participantes se consideraram sem risco de quedas: nos últimos cinco anos (75,3%), quando comparado com sua situação atual (45,2%); e com pouco risco de cair (32,8%) nos próximos cinco anos, o que retrata uma concepção de redução nas chances de cair com o processo do envelhecimento humano.

A visão foi outro exemplo que, na percepção dos participantes, foi identificada como uma situação que apresentou algum comprometimento com a progressão da idade, ou seja, há cinco anos, foi de 51,1%; atualmente é de 63,4% e as projeções para os próximos cinco anos também foram de 63,4%. Tal fato é peculiar ao processo do envelhecimento das estruturas oculares e ao surgimento de comorbidades, cursando com redução na capacidade de acomodação visual e intensificação de casos de catarata, pterígio, surgimento de glaucoma, entre outros⁹.

A avaliação da acuidade visual por teste de triagem nas condições de visão para perto consta da **Tabela 19**, na qual foi evidenciada a perda visual com o passar dos anos dos participantes, reafirmando a saúde percebida visual destes. Na Escala de Jaeger, 19,1% dos participantes conseguiram fazer a leitura do J6 com o olho esquerdo e 20,7% com o olho direito:

Tabela 19: Escala de Jaeger aplicada aos 186 participantes.

| Olho Direito | N | % | Olho Esquerdo | N | % |
|----------------|------------|------------|----------------|------------|------------|
| J1 | 19 | 10 | J1 | 20 | 9,9 |
| J2 | 26 | 13,6 | J2 | 28 | 14 |
| J3 | 17 | 9 | J3 | 24 | 11,4 |
| J4 | 22 | 12 | J4 | 24 | 11,4 |
| J5 | 25 | 13 | J5 | 25 | 12,4 |
| J6 | 39 | 20,7 | J6 | 37 | 19,1 |
| Não enxergaram | 29 | 16,8 | Não enxergaram | 28 | 14 |
| Total | 186 | 100 | Total | 186 | 100 |

Fonte: Dados gerados no SPSS.

Na triagem da acuidade visual para perto (Jaeger), foi possível identificar comprometimentos visuais, nos quais os participantes tinham conhecimento e fazia uso de lentes de correção; com indicação de uso de lentes e não utilização por motivos de estética e/ou inadaptação e situações nas quais eles não percebiam a limitação visual.

Considerando a multifatorialidade do risco para queda, foi possível identificar que a percepção dos participantes para seu risco de queda diferiu da realidade corroborada pela literatura ao abordar o processo de envelhecimento. Há evidências de que aumenta a propensão para queda com o passar dos anos¹⁹⁶.

Fatos semelhantes permitiram identificar que o risco para alguma situação peculiar ao processo do envelhecimento nem sempre foi percebido por eles, uma vez que o processo de acomodação a essa fase da vida, por ser gradual, nem sempre foi sentido pelo participante.

Na transição da fase adulta para a idosa, acontecem algumas mudanças no aspecto físico, como diminuição da visão e da massa muscular, aparecimento de osteoporose e da fragilidade óssea, que constituem situação capaz de comprometer a capacidade funcional e favorecer a vulnerabilidade. Um exemplo é a ocorrência de quedas^{9: 24}.

A mudança hormonal não foi percebida pelos participantes, uma vez que, em sua autoavaliação, eles referiram não terem sofrido alteração hormonal em todos os períodos de tempo. Há na literatura evidências sobre a relevância das taxas hormonais durante o processo do envelhecimento a exemplo das que ocorrem ligadas à sexualidade, às alterações na autoimagem e à massa corporal. Entre as mulheres, ela se manifesta com o climatério, em torno dos 50 anos, e culmina na interrupção da fertilidade, e entre os homens, está associada à perda de massa corporal^{9: 103}.

Em relação à autoimagem, à presença de cabelos brancos, rugas e à mudança na elasticidade da pele, os participantes se autoavaliaram: 1) com pouca possibilidade de alteração na autoimagem (52,2%; 47,3% e 39,2%, respectivamente); 2) com alteração progressiva nos cabelos para branqueamento/careca somente para os próximos cinco anos (53,8%; 53,2% e 36% respectivamente) e com perda na elasticidade da pele (75,8%; 51,6% e 39,2% respectivamente). O branqueamento do cabelo, o aumento da flacidez da pele e do peso e a diminuição da estatura e do colágeno^{9: 24} podem justificar alterações na autoimagem.

A maioria dos participantes (67,7%, 66,1% e 66,1% segundo os últimos quinquênios) se julgou sem risco para depressão, perceberam-se mais estressados atualmente (25,8%) e se consideraram com a possibilidade de esquecimento de fatos de forma progressiva com o passar dos anos (61,3%, 48,4% e 38,7% respectivamente).

O esquecimento pode ser explicado pelo fato de que as modificações oriundas da transição da fase adulta para a idosa se expressam em nível cerebral e repercute sobre as atividades realizadas, as decisões tomadas e as lembranças, retratando uma lentificação no funcionamento cerebral⁹.

Há situações às quais as pessoas em processo de envelhecimento estão propensas, a exemplo de agitação, irritação, tristeza e depressão. Essas manifestações podem ser justificadas pelo desejo de se manterem ativas e preservando sua capacidade de inserção e resolubilidade das atividades cotidianas e pelo desejo de darem conta da rotina que adotaram e se engajaram com o passar dos anos⁹.

A disposição para realizar tarefas segundo os participantes foi discriminada com previsão de perda ao longo dos anos (89,8%; 58,1% e 44,6% respectivamente), sendo previsto algum empenho para realizarem atividades que faziam anteriormente sem esforço. Os sujeitos da investigação consideraram-se sem desânimo e sem chance de ter câncer nos períodos avaliados.

Em relação à automedicação ou por indicação médica, a maioria dos investigados mencionou não utilizar nenhum remédio por ordem médica e nem por conta própria. Além de não apresentarem doenças crônicas nos respectivos quinquênios.

Embora convivam com pessoas mais envelhecidas, os participantes não se autopercebem como propensos ao aumento das cargas de doenças e de medicamentos. Sobre isso há evidências na literatura¹.

Observou-se que as pessoas de 40 a 64 anos não se percebem adentrando no processo de envelhecimento, somente se consideram inseridas nesse processo a partir do futuro tendo em vista esse período se caracterizar por um alcance da autonomia por parte dessas pessoas.

6 IMPLICAÇÕES DA REDE DE APOIO PARA O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO NA PERSPECTIVA DE UMA ABORDAGEM DE ENFERMAGEM

Considerando que a rede de apoio é multidimensional e capaz de contemplar pessoas/instituições; infraestrutura (objetos, algo ou condições de infraestrutura) e lugares (formais e informais), proporcionando um suporte para o ser humano, repercutindo de forma positiva no processo de envelhecimento e no bem-estar pessoal, deve-se oportunizar a atuação do enfermeiro neste sentido.

Baseado nas evidências obtidas na pesquisa, sabe-se que os membros da família foram contemplados como um dos componentes da rede de apoio social destas pessoas. Estas estão em constante busca por apoio em vários aspectos tanto emocionais quanto em casos de necessidades financeiras, psicológicas, sociais e almejam alcançar esse suporte em casa, na convivência com parentes.

Além da rede de apoio fornecida pelos familiares, existe também o suporte viabilizado por instituições e profissionais de saúde. E é neste aspecto que o enfermeiro deve intensificar sua atuação. Então, baseado neste contexto, o enfermeiro deve atuar à luz da Teoria de Orem. Deve proporcionar a pessoas de 40 a 64 anos um incentivo a medidas de autocuidado, momentos de ajuda para que esses clientes possam ser incentivados a exercerem medidas de prevenção de doenças e promoção da saúde, oportunizando um processo de envelhecimento saudável e bem-sucedido. A função do enfermeiro é de fazer com que essas pessoas reflitam, pensem, aprendam e desenvolvam meios de exercer o autocuidado com vistas a um envelhecimento com independência e autonomia.

Outra questão que o enfermeiro deve favorecer é o incentivo à formação e estruturação de uma rede de apoio. Sabe-se hoje que quanto melhor e estruturada for a rede de apoio, esta terá grande contribuição para o bem-estar do indivíduo e repercussão no seu processo de envelhecimento.

Ao analisar a Teoria de Orem no contexto de suas três abordagens (teoria do autocuidado, teoria do deficit do autocuidado e teoria dos sistemas de enfermagem¹³²) foi possível fazer algumas inferências sobre sua aplicabilidade no contexto da presente investigação.

Ao aproximar a teoria do autocuidado na concepção de autocuidado proposta por Orem com o conteúdo da presente investigação foi possível identificar que os participantes tinham

conhecimento de algumas condutas sobre como se cuidar embora as mesmas fossem vagas e não suficientes para promover a adesão para comportamentos saudáveis.

A respeito das atividades do autocuidado os participantes não empreendiam esforço para buscarem recursos do autocuidado, alegando a coincidência de horário de funcionamento das instituições de saúde com o de suas atividades laborais.

Nos requisitos do autocuidado, os participantes tiveram dificuldade para identificar sua autodemanda embora tivessem adesão para o atendimento dos requisitos universais e de desvios.

Quanto as exigências terapêuticas do autocuidado os participantes possuíam algum conhecimento, porém não apresentavam adesão para as ações de autocuidado.

Cabe acrescentar que ao analisar a aplicabilidade da teoria do déficit de autocuidado na investigação as relações que se estabeleceram com o autocuidado, as exigências do autocuidado terapêutico e a capacidade de autocuidado eram do tipo fictícia. Isso por que os participantes acreditavam que estavam engajados em seu autocuidado, porém houvesse a possibilidade de identificar inconsistência e utilização de zona muda para suas reais situações. Tal fato remete à necessidade do enfermeiro em atuar terapêuticamente no sentido de uma abordagem no nível de atendimento da APS.

Ao analisar a aplicabilidade da teoria de sistemas de enfermagem nesta investigação foi possível identificar a necessidade de atuação do enfermeiro voltada para o sistema de apoio-educação. Nesse contexto, o enfermeiro pode se instrumentalizar com ações direcionadas as pessoas de 40 a 64 anos que visem incentivar, regular e desenvolver atividades de autocuidado.

A construção de vínculos entre o enfermeiro e o usuário do SUS deve se alicerçar, do ponto de vista das intervenções profissionais, em conhecimento, orientações, suporte social e institucional para atender as necessidades daquelas pessoas que acessam o serviço de APS. Nesse sentido o enfermeiro poderá auxiliar aos usuários do SUS na medida em que conhecer quais são os serviços, pessoas, locais e apoios que eles recorrem no sentido de direcioná-los para os mais apropriados as suas necessidades.

Tais evidências servirão para os profissionais como alicerce para a elaboração de um plano de cuidados de enfermagem que seja capaz de atender as singularidades apresentadas pelas pessoas de 40 a 64 anos. Desta forma o enfermeiro direcionará sua atuação para o aspecto social, educativo e de saúde¹³².

Os desafios que se colocam são disponibilizar serviços em horários compatíveis com a possibilidade dos usuários, motivá-los para a busca desses serviços no nível de prevenção de agravos, promoção de saúde e ampliação de sua rede de apoio.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As pessoas de 40 a 64 anos não se autopercebem adentrando no processo de envelhecimento, mesmo tendo convivência com pessoas idosas e consideraram-se com boa saúde quando comparada à de outras pessoas, possibilitando a aceitação da hipótese nula de H3. Em relação às políticas/programas de saúde, pode-se afirmar que não ocorreu uma utilização, adesão por parte dos participantes aos programas/serviços, o que foi confirmado pelo fato de a maioria deles desconhecer, não utilizar, não procurar o serviço, o que favorece a aceitação da hipótese nula de H1. Constatou-se que a rede de apoio social que possuem/constroem para um envelhecimento saudável estaria ligada aos componentes da família, o que possibilita aceitar a hipótese nula de H2.

A presente investigação apreendeu os conteúdos e a estrutura hierárquica das representações sociais sobre o processo de envelhecimento e as redes de apoio por pessoas que se encontram na transição da fase adulta para a idosa. Este requisito foi obtido pela utilização da técnica de evocação proposta por Abric por meio dos termos indutores que retratavam as redes de apoio social, local e o processo do envelhecimento.

Ao analisar a representação social na abordagem estrutural e processual, foi possível identificar: comportamentos/attitudes; conhecimentos/informação; valores e objetos e corroborá-los entre si.

Ao citar a rede de apoio social de pessoas de 40 a 64 anos, os elementos simbólicos identificados foram objetivados por meio dos familiares em ambas as abordagens devido à relação consanguínea com essas pessoas ou de proximidade/convívio com outras em casos de necessidade. Os parentes indiretos também foram mencionados como, por exemplo, companheiro(a), genro, nora, tio(a)s e amigos. Esta composição da rede de apoio social por familiares também foi corroborada com a aplicação da Escala de Lubben 18 (Survey). Os profissionais de saúde foram citados na primeira periferia, sendo assim um tipo de rede de apoio acessado por estas pessoas.

A rede de apoio de objeto obteve em seu possível núcleo central os termos “carinho” e “pedir-ajudar-receber”, o que possibilita dizer que a representação social não foi consolidada até o momento, somente ancorada. Na primeira periferia, observa-se a presença de objetos como “amigos”, “Deus”, “família-ascendente”, “financeiro-dinheiro” e “saúde”.

A rede de apoio local teve como elementos representacionais os objetos “casa” e “viagem” como referência de lugares que os participantes consideram importantes para sua rede de apoio e bem-estar. E, na primeira periferia, encontram-se os seguintes cognemas: “banco”;

“casa-família-amigos”; “igreja”; “instituições-saúde”; “local-distração”; “profissional-saúde”; “roça” e “supermercado”, locais mencionados pelos participantes como necessários para atender as suas necessidades. As instituições de saúde e os profissionais neste quadrante remetem à importância de que estes representando em nível de promoção de saúde e prevenção de doenças, apesar de se perceber uma baixa adesão; conhecimento e utilização das políticas/programas públicos voltados para prevenção por parte dos participantes da investigação conforme corroborado pelo Survey.

Cabe acrescentar que, em relação ao envelhecimento e seus termos indutores: “Envelhecer”; “Envelhecer Bem” e “Ter 40 a 64 anos”, pode-se dizer: para “Envelhecer” , o elemento simbólico identificado foi objetivado por meio da saúde; no “Envelhecer Bem” , a atividade física, boa alimentação, dinheiro e saúde, sendo assim considerada uma representação social antiga e objetivada.

Em relação ao termo indutor “Envelhecer bem” e seus cognemas, o enfermeiro deve utilizar o conhecimento da representação social identificada para direcionar suas ações terapêuticas com vistas a estimular as pessoas de 40 a 64 anos a cuidarem da saúde, realizarem autocuidado, atividades físicas e terem boa alimentação sendo assim planejar intervenções voltadas para prevenção a saúde.

No termo “Ter 40 a 64 anos”, o possível núcleo central foi a “vitória” , sendo considerada de dimensão valorativa. Na primeira periferia, foi encontrado: “distração-lazer”; “doenças”; “experiência”; “família”, “modificação-corpo”; “natural processo da vida”; “paz”; “saúde”, “trabalho” e “viver” que viabilizam os novos significados para pessoas de 40 a 64 anos sobre esse processo.

Em relação a “Ter 40 a 64 anos”, o enfermeiro deve aproveitar esta representação social e intervir de forma educativa voltada para saúde. E, desta forma, obter técnicas projetivas baseadas na intervenção de enfermagem para modificar a representação social desse grupo no que se refere a envelhecer.

Para o embasamento teórico-filosófico desta investigação, utilizou-se o referencial de Dorothea Orem no intuito de viabilizar e intensificar a questão do autocuidado, prevenção de doenças e promoção da saúde a pessoas em processo de envelhecimento de 40 a 64 anos realizado pelo enfermeiro, tendo o pensamento voltado para o preparo deste grupo para processo de envelhecimento.. Destarte, o enfermeiro baseia-se nas respostas humanas, nas necessidades e redes de apoio acessadas por um grupo social para planejar intervenções voltadas para cuidado de enfermagem.

Diante disso, a utilização do método misto possibilitou acessar respostas humanas e conhecer-compreender os elementos simbólicos que compõem a autopercepção individual e grupal de pessoas com 40 a 64 anos sobre a transição da fase adulta para a idosa na perspectiva da rede de apoio construída/disponível. Esse fato se traduziu em uma das contribuições para o direcionamento do cuidado de enfermagem na atenção primária à saúde.

O diagnóstico situacional identificado evidenciou a descontinuidade no autocuidado por parte dos participantes que se traduziu pela fragmentação do acesso/reconhecimento de serviços e programas de saúde nesse período de transição da vida. O fato de a rede de apoio social ser alicerçada no núcleo familiar e de o processo de envelhecimento prever a redução desse núcleo, alerta para a necessidade de se construir novos vínculos e de se divulgar outros tipos de rede de apoio (lugares e objetos) quando se pretende reduzir vulnerabilidades, promover a saúde e o bem-estar.

A presente investigação trouxe como contribuição um diagnóstico situacional sobre as redes de apoio, políticas/programas públicos utilizados por pessoas de 40 a 64 anos e auxilia o enfermeiro no direcionamento do cuidado de enfermagem.

REFERÊNCIAS¹

- 1 WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. 1 ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005. 60 p.
- 2 BRASIL; IBGE. **Censo Demográfico 2010: Sinopse do Censo Demográfico 2010**. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/english/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_da_populacao/resultados_do_universo.pdf>. Acesso em: 21 out. 2014.
- 3 BRUNET, A. E. et al. Práticas sociais e significados do envelhecimento para mulheres idosas. **Pensando famílias**, v. 17, n. 1, p. 99-109, 2013. ISSN 1679-494X.
- 4 BRASIL; IBGE. **Síntese de Indicadores Sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira: 2015**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 137 p.
- 5 MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2 ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2011. 549 p.
- 6 VICENTE, F. R.; SANTOS, S. M. A. D. Avaliação multidimensional dos determinantes do envelhecimento ativo em idosos de um município de Santa Catarina. **Texto Contexto Enferm**, v. 22, p. 370-378, 2013. ISSN 0104-0707. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000200013&nrm=iso>. Acesso em: 10 out. 2014.
- 7 GOULART, FAA. **Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios para os sistemas de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 92 p
- 8 PAZ, A. A.; SANTOS, B. R. L. D.; EIDT, O. R. O processo de envelhecimento e a vulnerabilidade individual, social e programática. **Revista de Enfermagem**, v. 1, n. 1, p. 19-31, 2013. ISSN 2317-6075.
- 9 PAPALIA, D. E.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento humano**. Tradução Cristina Monteiro e Mauro de Campos Silva. 12 ed. AMGH Editora, 2013. 800 p.
- 10 SHEPHARD. R.J. **Envelhecimento, atividade física e saúde**. 1 ed. São Paulo: Phorte, 2003. 496 p.

¹ Referências segundo EndNote estilo ABNT por ordem de citação.

- 11 BULGARELLI, A. F.; PINTO, I. C.; JÚNIOR, A. L. R; MANÇO, A. R. X. Estudo das queixas sobre saúde bucal em uma população de idosos na cidade de Ribeirão Preto-SP. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 12, n. 2, p. 175-91, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v12n2/1981-2256-rbagg-12-02-00175.pdf>>. Acesso em: 23 nov. 2014.
- 12 DE CESARO ANTUNES, P.; SILVA, A. M. Elementos sobre a concepção de Meia-Idade no processo de envelhecimento. **Kairós Gerontologia**, v. 16, n. 5, 2013. ISSN 2176-901X.
- 13 PINTO, P. F. **Envelhecimento ativo, capacidade funcional e atividade física: análise de fatores que contextualizam o processo de envelhecimento e sua percepção por parte de pessoas idosas.** [Tese Doutorado] Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, Portugal, 2013.
- 14 DE MELO, L. D. **O processo de envelhecimento para pessoas idosas: estudo de Representações Sociais e crenças de Rockeach.** [Dissertação de Mestrado]. Juiz de Fora: Faculdade de Enfermagem, Mestrado em Enfermagem, 2015.
- 15 SCHAFER, K. C.; BIASUS, F. Representações sociais do envelhecimento, cuidado e saúde do idoso para estudantes e profissionais de enfermagem. **RBCEH**, v. 9, n. 3, p. 356-370, 2012. ISSN 2317-6695.
- 16 MOURA LIMA, J. L. Dimensões Físicas do Envelhecimento – Waneen W. Spirduso, 2005. **BIUS Boletim Informativo Unimotrisaude em Sociogerontologia**, , v. 4, n. 1, 2013. ISSN 2176-9141.
- 17 FRIES, A. T.; PEREIRA, D. C. Teorias do Envelhecimento Humano. **Texto Contexto Enferm.**, v. 10, n. 20, p. 507-514, 2013. ISSN 2176-7114.
- 18 BAJOR; J. K, BALTES B. B. The relationship between selection optimization with compensation, conscientiousness, motivation, and performance. **Journal of Vocational Behavior**, v. 63, n. 3, 2003.
- 19 FREUND; A. M. Successful Aging as Management of Resources: The Role of Selection, Optimization, and Compensation. **Research in Human Development.**, v. 5, n. 2, p. 94-106, 2008.
- 20 LIMA, Â. M. M. D.; SILVA, H. S. D.; GALHARDONI, R. Successful aging: paths for a construct and new frontiers. **Interface Comunicação Saúde Educação**, v. 12, n. 27, p. 795-807, 2008. ISSN 1414-3283.
- 21 OMRAN, A. R. *The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change.* **Milbank Q.**, v. 83, n. 4, p. 731-757, 2005. Disponível em:

- <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690264/>>. Acesso em: 15 fev. 2015.
- 22 SEBASTIÃO, C.; ALBUQUERQUE, C. Envelhecimento e dependência. Estudo sobre os impactes da dependência de um membro idoso na família e no cuidador principal. **Kairós Gerontologia**, v. 14, n. 3, p. 25-49, 2012. ISSN 2176-901X.
- 23 MORAES, E. N. D. **Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais**. 1 ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2012. 98 p.
- 24 FECHINE, B. R. A.; TROMPIERI, N. Processo de Envelhecimento: As principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **InterSciencePlace**, v. 1, n. 7, 2012.
- 25 MOREIRA, J. D. O. Mudanças na percepção sobre o processo de envelhecimento: reflexões preliminares. **Psic.: Teor. e Pesq**, v. 28, p. 451-456, 2012. ISSN 0102-3772. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722012000400003&nrm=iso>. Acesso em: 10 jan. 2015.
- 26 BRASIL, A.C.O. Promoção de Saúde e a Funcionalidade Humana. **Rev Bras Promoç Saúde**, v. 26, n. 1, p. 1-4, 2013. ISSN 18061222.
- 27 SOUZA, R.F.; SKUBS, T.; BRÊTAS, A. C. P. Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. **Rev Bras Enferm.**, v. 60, n. 3, p. 263-67, 2007.
- 28 PILGER, C. et al. Compreensão sobre o envelhecimento e ações desenvolvidas pelo enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. **Ciência y enfermería**, v. 19, p. 61-73, 2013. ISSN 0717-9553. Disponível em: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532013000100006&nrm=iso>. Acesso em: 15 mar. 2015.
- 29 TAVARES, D. M. S; GUIDETTI G. E. C. B; SAÚDE, M. I. B. M. Características sócio-demográficas, condições de saúde e utilização de serviços de saúde por idosos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 10, n. 2, p. 299-309, 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n2/pdf/v10n2a02.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2015.
- 30 AZAMBUJA, C. R.; MACHADO, R. R.; SANTOS, D. L. D. Correlação entre estilo de vida e nível de atividade física de idosas sedentárias e ativas. **R. bras. Ci. e Mov**, v. 21, n. 3, p. 142-149, 2013. ISSN 0103-1716.
- 31 SANTOS, T. R. A. et al. Consumo de medicamentos por idosos, Goiânia, Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 47, p. 94-103, 2013. ISSN 0034-8910. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000100013&nrm=iso>. Acesso em: 04 abr. 2015.

- 32 CEVENINI, E. ; BELLAVISTA, E.; TIERI, P.; CASTELLANI, G.; LESCAI, F.; FRANCESCONI, M. et al. Systems biology and longevity: an emerging approach to identify innovative antiaging targets and strategies. **Curr Pharm Des.**, v. 16, n. 7, p. 802-13, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20388091>>. Acesso em: 04 abr. 2015.
- 33 FARINATTI, P. T. V. Teorias biológicas do envelhecimento: do genético ao estocástico. **Rev Bras Med Esporte**, v. 8, p. 129-38, 2002.
- 34 MOTA M. P.; FIGUEIREDO, P. A.; DUARTE JA. Teorias Biológicas do Envelhecimento. **Revista Portuguesa de Ciências do Desporto**, v. 4, n. 1, p. 81-110, 2004.
- 35 FONSECA, A.. **O envelhecimento: uma abordagem psicológica**. 2 ed. Lisboa: Universidade Católica Editora. 2006. 203 p.
- 36 PORTUGAL. **Ano Europeu do envelhecimento ativo e da solidariedade entre gerações**. AEEASG. 2012.
- 37 MORAES, E. N. D.; MARINO, M. C. D. A.; SANTOS, R. R. Principais síndromes geriátricas. **Rev Med Minas Gerais**, v. 20, n. 1, p. 54-66, 2010. ISSN 1415-2762.
- 38 WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Informe Mundial sobre El Envejecimiento y la Salud**. 2015. 267 p.
- 39 GIRO, A.; PAÚL, C. Envelhecimento sensorial, declínio cognitivo e qualidade de vida no idoso com demência. **Actas de Gerontologia**, v. 1, n. 1, p. 1-10, 2013.
- 40 SPOSITO, G.; NERI, A. L.; YASSUDA, M. S. Atividades avançadas de vida diária (AAVDs) e o desempenho cognitivo em idosos residentes na comunidade: Dados do Estudo FIBRA Polo UNICAMP. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 19, n. 1, p. 7-20, 2016. ISSN 1809-9823.
- 41 LINO, V. T. S.; PEREIRA, S. R. M. P.; CAMACHO, L. A. B.; FILHO, S. T. R.; BUKSMAN, S. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). **Cad. Saude Publica**, v. 24, n. 1, p. 103-112, 2008.
- 42 SEQUEIRA, C. **Cuidar de idosos dependentes**. Coimbra: Quarteto Editora. 2007.
- 43 APÓSTOLO, J. L. A. **Instrumentos para Avaliação em Geriatria (Geriatric Instruments)**. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2012.118 p.

- 44 PINHO, T. A. M. D. et al. Avaliação do risco de quedas em idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, p. 320-327, 2012. ISSN 0080-6234. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000200008&nrm=iso>. Acesso em: 30 mai. 2015.
- 45 LUZIA, M. D. F.; VICTOR, M. A. D. G.; LUCENA, A. D. F. Nursing Diagnosis Risk for falls: prevalence and clinical profile of hospitalized patients. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, p. 262-268, 2014. ISSN 0104-1169. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000200262&nrm=iso>. Acesso em: 30 mai. 2015.
- 46 FHON, J. R. S. et al. Prevalência de quedas de idosos em situação de fragilidade. **Rev. Saúde Pública**, v. 47, p. 266-273, 2013. ISSN 0034-8910. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000200266&nrm=iso>. Acesso em: 30 mai. 2015.
- 47 RODRIGUES, I. G. **Velocidade da marcha, quedas, medo de cair e capacidade funcional em idosos da comunidade: dados do FIBRA.** [Dissertação de Mestrado]. Universidade Estadual de Campinas . Faculdade de Ciências Médicas. 2009.
- 48 BATISTA, W. O. et al. Influence of the length of institutionalization on older adults' postural balance and risk of falls: a transversal study. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, p. 645-653, 2014. ISSN 0104-1169. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000400645&nrm=iso>. Acesso em: 05 jun. 2015.
- 49 MACHADO, T. R. et al. Avaliação da presença de risco para queda em idosos. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 11, n. 1, p. 32-38, 2009. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n1/pdf/v11n1a04.pdf>. Acesso em: 5 jun. 2015.
- 50 ESQUENAZI, D.; DA SILVA, S. B.; GUIMARÃES, M. A. Aspectos fisiopatológicos do envelhecimento humano e quedas em idosos. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 13, n. 2, 2014. ISSN 1983-2567.
- 51 COCCO, A. R. et al. A imobilidade em Instituição de Longa Permanência: Compreendendo o desafio vivenciado pelas equipes de saúde. **Kairós Gerontologia**, v. 16, n. 2, p. 263-284, 2013. ISSN 2176-901X.

- 52 DOS SANTOS BOECHAT, J. C. et al. A síndrome do imobilismo e seus efeitos sobre o o aparelho locomotor do idoso. **InterSciencePlace**, v. 1, n. 22, 2015. ISSN 1679-9844.
- 53 JEREZ-ROIG, J.; SOUZA, D. L. B. D.; LIMA, K. C. Incontinência urinária em idosos institucionalizados no Brasil: uma revisão integrativa. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 16, p. 865-879, 2013. ISSN 1809-9823. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232013000400865&nrm=iso>. Acesso em: 23 jul. 2015.
- 54 MELO, B. E. S. et al. Correlação entre sinais e sintomas de incontinência urinária e autoestima em idosas. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 15, p. 41-50, 2012. ISSN 1809-9823. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232012000100005&nrm=iso>. Acesso em: 23 jul. 2015.
- 55 TAMANINI, J. T. N. et al. Validação para o português do "International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form" (ICIQ-SF). **Rev. Saúde Pública**, v. 38, p. 438-444, 2004. ISSN 0034-8910. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000300015&nrm=iso>. Acesso em: 30 jul. 2015.
- 56 COOPER, Z.; ROSE, S. Fecal Incontinence: a Clinical Approach. **Mt Sinai J Med.**, v. 67, n.2, p.96-105, 2000. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10747364>>. Acesso em: 30 jul. 2015.
- 57 ROCKWOOD, T. Incontinence severity and QOL scales for fecal incontinence. **Gastroenterology**, v.126, p.106-113, 2004. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14978646>>. Acesso em: 30 jul. 2015.
- 58 KALANTAR, J.S.; Howell, S; Talley, N.J. Prevalence of faecal incontinence and associated risk factors. **Med J Aust**, v.21, n.176, p.54-57, 2002. Disponível em: <<https://www.mja.com.au/journal/2002/176/2/prevalence-faecal-incontinence-and-associated-risk-factors>>. Acesso em: 30 jul. 2015.
- 59 BARIŠIĆ, G.; KRIVOKAPIĆ, Z. Adynamic and dynamic muscle transposition techniques for anal incontinence. **Gastroenterology Rep**, v. 2, n. 2, p. 98-105, 2014. ISSN 2052-0034. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4020134/>>. Acesso em: 30 jul. 2015.
- 60 BHARUCHA, A. E. et al. Prevalence and burden of fecal incontinence: a population-based study in women. **Gastroenterology**, v. 129, n. 1, p. 42-9, Jul 2005. Disponível em:

- <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16012933>>. Acesso em: 30 jul. 2015.
- 61 YUSUF, S. A. I. et al. Avaliação da qualidade de vida na incontinência anal: validação do questionário FIQL (Fecal Incontinence Quality of Life). **Arqu Gastroenterol**, v. 41, p. 202-208, 2004. ISSN 0004-2803. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-28032004000300013&nrm=iso>. Acesso em: 05 ago. 2015.
- 62 PRICE, R. O.; BRADLEY, R. Assessing and treating faecal incontinence. **Nurs Older People**, v. 25, n. 7, p. 16-23, Sep 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23984701>>. Acesso em: 05 ago. 2015.
- 63 MAEDA, Y. et al. Does the St. Mark's incontinence score reflect patients' perceptions? A review of 390 patients. **Dis Colon Rectum**, v. 51, n. 4, p. 436-42, Apr 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18219532>>. Acesso em: 05 ago. 2015.
- 64 CESAR, M. A. P. et al. Distúrbios evacuatórios em primigestas após parto normal: estudo clínico. **Rev Bras. Colo-proctol**, v. 31, p. 126-130, 2011. ISSN 0101-9880. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-98802011000200003&nrm=iso>. Acesso em: 05 ago. 2015.
- 65 SANSONI, J. et al. The revised faecal incontinence scale: a clinical validation of a new, short measure for assessment and outcomes evaluation. **Dis Colon Rectum**, v. 56, n. 5, p. 652-9, May 2013. ISSN 0012-3706.
- 66 ALVARENGA, M. R. M. et al. Rede de suporte social do idoso atendido por equipes de Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 16, p. 2603-2611, 2011. ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000500030&nrm=iso>. Acesso em: 05 set. 2015.
- 67 RIBEIRO, L. H. M.; NERI, A. L. Exercícios físicos, força muscular e atividades de vida diária em mulheres idosas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 17, p. 2169-2180, 2012. ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000800027&nrm=iso>. Acesso em: 05 set. 2015.
- 68 FHON, J. R. S. et al. Accidental falls in the elderly and their relation with functional capacity. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, v. 20, p. 927-934, 2012. ISSN 0104-1169. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000500015&nrm=iso>. Acesso em: 05 set. 2015.

- 69 CAPORICCI, S.; NETO, M. F. O. Estudo comparativo de idosos ativos e inativos através da avaliação das atividades da vida diária e medição da qualidade de vida. **Motricidade**, v. 7, p. 15-24, 2011. ISSN 1646-107X. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-107X2011000200003&nrm=iso>. Acesso em: 05 set. 2015.
- 70 BRITO, M. D. C. C. et al. Atenção à saúde do idoso e família: evidências da produção científica. **Kairós Gerontologia**, v. 17, n. 1, p. 87-101, 2014. ISSN 2176-901X.
- 71 RIBEIRO, O. et al. Versão Portuguesa da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6). **Kairós Gerontologia**, v. 15, p. 217-234, 2012. ISSN 2176-901X.
- 72 RODRIGUES, A. G.; SILVA, A. A. D. A rede social e os tipos de apoio recebidos por idosos institucionalizados. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 16, p. 159-170, 2013. ISSN 1809-9823. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232013000100016&nrm=iso>. Acesso em: 05 set. 2015.
- 73 SERBIM, A. K. **Redes e apoio social percebido por idosos usuários de um serviço de emergência**. [Dissertação de Mestrado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. 2012.
- 74 LEMES, N. ; MEDEIROS, S. L. Suporte social ao idoso dependente. In: FREITAS, E.V. et al (Org) . **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 1227-33
- 75 ROSA, T.E.C. Redes de apoio social. In: LITVOC, J. ; BRITO, F.C. **Envelhecimento: prevenção e promoção a saúde**. São Paulo: Editora Atheneu, 2004. p. 203-217
- 76 NUNES, M. Apoio social na diabetes. **Millenium**, n. 31, p. 135-149, 2016. ISSN 1647-662X.
- 77 DIAS, A. B. et al. Religiosidade como força da família: um estudo de caso. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 7, 2013. ISSN 1984-7513.
- 78 HAYWOOD, K.; GETCHELL, N. **Desenvolvimento motor ao longo da vida**. 6. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2016. p.434
- 79 DE FREITAS PEREIRA, L. et al. Retrato do perfil de saúde-doença de idosos longevos usuários da atenção básica de saúde. **Rev enferm UERJ**, v. 23, n. 5, p. 649-655, 2015. ISSN 0104-3552.

- 80 DA SILVA, T. R.; MOTTA, R. F. A percepção dos usuários sobre a política de saúde na atenção básica. **Mudanças-Psicologia da Saúde**, v. 23, n. 2, p. 17-25, 2015. ISSN 2176-1019.
- 81 BRASIL; SAÚDE, M. D. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990**: Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm. Acesso em: 29 de jul. 2015.
- 82 FARIA, L. R. D.; ALVES, C. A. O cuidado na atenção primária à saúde: preliminares de um estudo comparativo Brasil/Canadá. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 24, n. 1 p. 72-85, 2015. ISSN 0104-1290. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000100072&nrm=iso >. Acesso em: 29 de set. 2015.
- 83 DURANZA, R. L. C. **A produção de cuidado para os portadores de diabetes mellitus tipo 2 na atenção primária de saúde**. [Tese Doutorado] Escola de Enfermagem de Ribeirao Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirao Preto, 2010.
- 84 BRASIL; SAÚDE, M. D. **PNAB Política Nacional de Atenção Básica**. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 03 ago. 2015. 2012.
- 85 ERDMANN, A. L. et al. Secondary Health Care: best practices in the health services network. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, p. 131-139, 2013. ISSN 0104-1169. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000700017&nrm=iso>. Acesso em: 16 out. 2015.
- 86 ELIAS, P. E. **Sistemas de Saúde**. Disponível em: <http://www2.fm.usp.br/cedem/did/atencao/Texto01.pdf>. Acesso em: 03 ago. 2015. 2011.
- 87 BRITO, M. D. C. C. et al. Atenção à saúde do idoso: o sistema de referência e contrarreferência nos serviços de saúde. **Rev. pesquis. cuid. fundam.**, v. 6, n. 3, p. 1128-1138, 2014. ISSN 2175-5361.
- 88 PROTASIO, A. P. L. et al. Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1º ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 209-220, 2014. ISSN 0103-1104. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600209&nrm=iso >. Acesso em: 9 out. 2015. 2011.
- 89 BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 10 ago. 2015. 1988.

- 90 FERREIRA, O. G. L. et al. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. **Texto contexto - Enferm.**, v. 21, p. 513-518, 2012. ISSN 0104-0707. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000300004&nrm=iso >. Acesso em: 9 out. 2015.
- 91 JUREMA RIBEIRO LUIZ, G. Promoção do envelhecimento ativo e saudável: uma possibilidade de assistência. **Saúde Coletiva**, v. 45, n. 7, p. 262, 2010. ISSN 18063365.
- 92 BRASIL; SAÚDE, M. D. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf. Acesso em: 10 ago. 2015. 2004.
- 93 BRASIL; SAÚDE, M. D. **Política Nacional de Promoção da Saúde : PNaPS : revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006**. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_pnaps.pdf. Acesso em: 03 ago. 2015. 2014.
- 94 BRASIL; SAÚDE, M. D. **40 anos Programa Nacional de Imunização**. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_nacional_imunizacoes_pni40.pdf. Acesso em: 03 ago. 2015. 2013.
- 95 BRASIL; SAÚDE, M. D. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Infecções Sexualmente**. Disponível em:
http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDT_IST_CP.pdf. Acesso em: 03 ago. 2015. 2015.
- 96 BRASIL; SAÚDE, M. D. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf. Acesso em: 03 ago. 2015. 2011.
- 97 BRASIL; SAÚDE, M. D. **Caderno de Atenção Básica Diabetes Mellitus**: Disponível em:
http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_36.pdf. Acesso em: 27 out. 2014 p. 2013.
- 98 BRASIL; SAÚDE, M. D. **Caderno de Atenção Básica Hipertensão Arterial Sistêmica**: Disponível em:
http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf. Acesso em: 27 out. 2014 p. 2013.

- 99 BRASIL; SAÚDE, M. D. **Portaria 1.823, 23 de agosto de 2012:** Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html. Acesso em: 24 out. 2014 p.
- 100 BRASIL; SAÚDE, M. D. **Portaria 2.439 de 8 de dezembro DE 2005:** Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/retrol/registrocancer/Portaria2439GM_MS.pdf. Acesso em: 27 out. 2014 p.
- 101 BRASIL; SAÚDE, M. D. **Portaria 1.944, de 27 de agosto de 2009:** Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.html. Acesso em: 24 out. 2014 p.
- 102 BRASIL; SAÚDE, M. D. **Programa nacional de controle do câncer da próstata: documento de consenso.** Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cancer_da_prostata.pdf. Acesso em: 03 de ago. 2015. 2002.
- 103 BRASIL; SAÚDE, M. D. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes:** Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf. Acesso em: 24 out. 2014 p. 2004.
- 104 BRASIL; SAÚDE, M. D. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo:** Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_direitos_sexuais_reprodutivos.pdf. Acesso em: 29 jul. 2015. 24 p. 2005.
- 105 BRASIL; SAÚDE, M. D. **Portaria 2.528 de 19 de outubro de 2006:** Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-2528.htm>. Acesso em: 24 out. 2014 p.
- 106 BRASIL; SAÚDE, M. D. **Estatuto do idoso.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm. Acesso em: 20 marc. 2014. p. 2003.
- 107 BRASIL; SAÚDE, M. D. **Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/leis/L8213cons.htm. Acesso em: 12 ago. 2015. 1991.
- 108 TEMPORÃO, J. G. O Programa Nacional de Imunizações (PNI): origens e desenvolvimento. **Hist. cienc, Saúde-Manguinhos**, v. 10, p. 601-617, 2003. ISSN 0104-5970. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702003000500008&nrm=iso. Acesso em: 12 ago. 2015.

- 109 SILVA JUNIOR, J. B. D. 40 anos do Programa Nacional de Imunizações: uma conquista da Saúde Pública brasileira. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 22, p. 7-8, 2013. ISSN 1679-4974. Disponível em: < http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000100001&nrm=iso >. Acesso em: 12 ago. 2015
- 110 BRASIL; SAÚDE, M. D. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf. Acesso em: 18 ago. 2015. 2014.
- 111 BRASIL; SAÚDE, M. D. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem : princípios e diretrizes**. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/21/CNSH-DOC-PNAISH---Principios-e-Diretrizes.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2015. 2009.
- 112 BRASIL; SAÚDE, M. D. **Plano de Ação Nacional 2009-2011 da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/21/CNSH-DOC-Plano-Nacional---PNAISH-2009-2011.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2015. 2009.
- 113 BRASIL; SAÚDE, M. D. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde: 124 p. 2013.
- 114 BRASIL; SAÚDE, M. D. **Medida Provisória nº 676, de 17 de Junho de 2015**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2015-2018/2015/Mpv/mpv676.htm. Acesso em: 12 ago. 2015. 2015.
- 115 JODELET, D.; HAAS, V. Place de l'expérience vécue dans le processus de formation des représentations sociales. In: **Les savoirs du quotidien. Transmissions, Appropriations, Représentations**. Rennes: Les Presses universitaires de Rennes, 2007, 274 p.
- 116 GOMES, A. M. T.; SILVA, É. M. P.; OLIVEIRA, D. C. D. Social representations of AIDS and their quotidian interfaces for people living with HIV. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, p. 485-492, 2011. ISSN 0104-1169. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000300006&nrm=iso >. Acesso em: 6 nov. 2015.
- 117 SÁ, C. P. **A construção do objeto de pesquisa em representações Sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998. 110 p.
- 118 SÊGA, R. A. O conceito de representação social nas obras de Denise Jodelet e Serge Moscovici. **Anos 90**, v. 8, n. 13, 2000. ISSN 1983-201X.
- 119 FERREIRA, M. D. A. Teoria das Representações Sociais e Contribuições para as Pesquisas do Cuidado em Saúde e de

- Enfermagem. **Esc Anna Nery**, v. 20, p. 214-219, 2016. ISSN 1414-8145. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000200214&nrm=iso>. Acesso em: 15 ago. 2016.
- 120 MAGALHÃES, E. M. M. O trabalho docente por professores de curso de Pedagogia. **Múltiplas Leituras**, v. 2, n. 1, p. 189-206, 2009. ISSN 1982-8993.
- 121 RODRIGUES, J. N.; RANGEL, M. A Teoria das Representações Sociais: um esboço sobre um caminho teórico-metodológico no campo da pesquisa em educação. **Inter Ação**, v. 38, n. 3, p. 537-554, 2013. ISSN 1981-8416.
- 122 FREITAS, N. O. D.; SOUZA, J. C. D.; ARAÚJO, E. C. D. As Representações Sociais. **Journal of Nursing UFPE on line**, v. 9, n. 7, 2015. ISSN 1981-8963.
- 123 LIMA, L. B. **O cotidiano programático e institucional em um Centro de Atenção Psicossocial: elementos representacionais acerca do cuidado de enfermagem na perspectiva de usuários do serviço**. [Dissertação de Mestrado]. Manaus: Universidade Federal de Manaus, Mestrado em Enfermagem. 2016.
- 124 SANTOS, M. P. D. A teoria das representações sociais como referencial didático-metodológico de pesquisa no campo das ciências humanas e sociais aplicadas. **Emancipacao**, v. 13, n. 1, p. 9-21, 2014. ISSN 1982-7814.
- 125 SILVA, R. C. D.; FERREIRA, M. D. A. A dimensão da ação nas representações sociais da tecnologia no cuidado de enfermagem. **Esc Anna Nery**, v. 15, p. 140-148, 2011. ISSN 1414-8145. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000100020&nrm=iso>. Acesso em: 15 ago. 2016.
- 126 BANCHS, M. A. Alternativas de apropiación teórica: abordaje procesual y estructural de las representaciones sociales. In: CASADO, E.; CALONGE, S. **Conocimiento Social y sentido comum**. Fondo Editorial de Humanidades y Educacion Universad Central de Venezuela. 2001.
- 127 JODELET, D. O movimento de retorno ao sujeito e a abordagem das representações sociais. **Sociedade e Estado**, v. 24, p. 679-712, 2009. ISSN 0102-6992. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922009000300004&nrm=iso>. Acesso em: 15 ago. 2016.
- 128 ABRIC, J.C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (org). **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB, 1998. p. 27 - 38.

- 129 ROCHA, E. N. et al. Estrutura representacional de profissionais da estratégia de saúde da família sobre violência intrafamiliar contra idosos. **Rev enferm UERJ**, v. 23, n. 2, p. 178-184, 2015. ISSN 0104-3552.
- 130 OLIVEIRA, D. C. D. **A enfermagem e as necessidades humanas básicas: o saber/fazer a partir das representações sociais**. [Dissertação Mestrado]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem, 2001.
- 131 BITTENCOURT, I. S.; VILELA, A. B. A. Representações sociais: uma abordagem teórica em saúde. **RBPS**, v. 24, n. 1, p. 80-85, 2011. ISSN 1806-1222.
- 132 GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.
- 133 MCEWEN, M.; WILL, E. M. **Bases teóricas de enfermagem**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.
- 134 TORRES, G. D. V.; DAVIM, R. M. B.; NÓBREGA, M. M. L. D. Aplicação do processo de enfermagem baseado na teoria de OREM: estudo de caso com uma adolescente grávida. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, v. 7, p. 47-53, 1999. ISSN 0104-1169. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691999000200007&nrm=iso>. Acesso em: 12 jan. 2016.
- 135 O'CATHAIN, A.; MURPHY, E.; NICHOLL, J. The quality of mixed methods studies in health services research. **J Health Serv Res Policy**., v. 13, n. 2, p. 92-98, 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18416914>>. Acesso em: 12 jan. 2016.
- 136 DAL-FARRA, R. A.; LOPES, P. T. C. Métodos mistos de pesquisa em educação: pressupostos teóricos. **Nuances: estudos sobre Educação**, v. 24, n. 3, 2014. ISSN 2236-0441.
- 137 CRESWELL, J. W. **Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches**. 4 ed. Sage, 2013.
- 138 KLEIN, C.H.; BLOCK, K.V. Estudos Seccionais. In: MEDRONHO, R. D. A. et al. **Epidemiologia**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2009.
- 139 BURNETTE, D.; MYAGMARJAV, S. Translation and validation of the 18-item Lubben Social Network Scale with older adults in Mongolia. **Int Psychogeriatr**, v. 25, n. 9, p. 1493-502, Sep 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23790039>> Acesso em: 12 fev. 2016.
- 140 SANTOS, V. R. D. et al. Avaliação de Sistema de Leitura Portátil (SLP) para baixa visão desenvolvido no Brasil. **Rev bras. oftalmol**, v. 68, p.

259-263, 2009. ISSN 0034-7280. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72802009000500002&nrm=iso>. Acesso em: 12 mar. 2016.

- 141 MARTINS, N. A. **Pessoas idosas e incontinência urinária: trajetória da proposição de um modelo de sistematização da assistência especializada em enfermagem**. [Dissertação de Mestrado]. Juiz de Fora: Faculdade de Enfermagem, Mestrado em Enfermagem, 2014.
- 142 SOUZA, L. C. D. **Incontinência anal e diagnósticos de enfermagem: determinantes, prevalência e Representações sociais**. [Dissertação de Mestrado]. Juiz de Fora: Faculdade de Enfermagem, Mestrado em Enfermagem, 2015.
- 143 RAFAEL PECLY, W.; JO, U. E. O. W. Índices complementares para o estudo de uma representação social a partir de evocações livres: raridade, diversidade e comunidade. **Revista Psicologia : Teoria e Prática**, v. 15, n. 2, p. 119-129, 2013. ISSN 1516-3687.
- 144 BRUNETTE, W. et al. **Open data kit 2.0: expanding and refining information services for developing regions**. Proceedings of the 14th Workshop on Mobile Computing Systems and Applications: ACM, 2013. 10 p.
- 145 DE OLIVEIRA, D. V. Processo de punção de vasos periféricos em adultos: diversidade de experiências e Representação Social. [Dissertação de Mestrado]. Juiz de Fora: Faculdade de Enfermagem, Mestrado em Enfermagem, 2010.
- 146 VERGÈS, P. **Ensemble de programmes permettant l'analyse des evocation (EVOC)el Version 3.10**. Aix-en-Provence: Laboratoire Méditerranéen de Sociologie, 2000.
- 147 QUEIROZ, C. M. et al. Triangulação de métodos na representação social: auto punção de drogas em (ex) usuários soropositivos para HIV. **R. Enferm. Cent. O Min.**, v. 4, n. 3, p. 276-286, 2014. ISSN 2236-6091.
- 148 OLIVEIRA, D. C. D. Construction and transformation of social representations of AIDS and implications for health care. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, p. 276-286, 2013. ISSN 0104-1169. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000700034&nrm=iso>.
- 149 WACHELKE, J.; WOLTER, R. Critérios de construção e relato da análise prototípica para representações sociais. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 27, p. 521-526, 2011. ISSN 0102-3772. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722011000400017&nrm=iso>. Acesso em: 12 abr. 2016.

- 150 MINAYO, M. C. D. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 30 ed. Petrópolis: Vozes, 2011.
- 151 BRASIL; MS. **Resolução n, 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde.: Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 21 out. 2014 p. 2012.
- 152 FELIX, Z. C. et al. Nursing care in terminality: compliance with principles of bioethics. **Rev Gaucha Enferm**, v. 35, n. 3, p. 97-102, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472014000300097>. Acesso em: 24 mai. 2016.
- 153 POTTER, P. A. **Fundamentos de enfermagem**. 8 ed. Rio de Janeiro: Mosby, 2013.
- 154 KNOBEL, E.; LASELVA, C. R.; MOURA JÚNIOR, D. F. **Terapia intensiva enfermagem**. São Paulo: Atheneu, 2006.
- 155 SAÚDE., B. M. D. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional-SISVAN**. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 76 p.
- 156 OLIVEIRA, L. P. M. D. et al. Índice de massa corporal obtido por medidas autorreferidas para a classificação do estado antropométrico de adultos: estudo de validação com residentes no município de Salvador, estado da Bahia, Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 21, n. 2, p. 325-332, 2012. ISSN 1679-4974. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000200015&nrm=iso>. Acesso em: 24 jun. 2016.
- 157 SILVA, J. C. M. Família: demandas para o serviço social. **Revista Saberes da UNIJIPA**, v. 4, n. 4, 2012. ISSN 2359-3938.
- 158 CASTRO, L. et al. Competências dos cuidadores informais familiares no autocuidado: Autoestima e suporte Social. **Atas CIAIQ2016**, v. 2, p. 1346- 55, 2016. ISBN: 978-972-8914-58-5
- 159 DO NASCIMENTO TEIXEIRA, I. et al. Resiliência na Velhice: Uma análise das representações sociais dos idosos. **Kairós Gerontologia**, v. 18, n. 4, p. 215-232, 2015. ISSN 2176-901X.
- 160 DE CARVALHO, T. A. D. O.; DA COSTA LOPES, R. G. A família brasileira numa perspectiva histórica, baseado nos estudos de Engels. **Revista Portal de Divulgação**, n. 48, 2016.

- 161 ALVARENGA, W. D. A. et al. Weakened social network: the experience of caregivers of the HIV-exposed infant. **Texto contexto - enferm.**, v. 24, p. 775-783, 2015. ISSN 0104-0707. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000300775&nrm=iso>. Acesso em: 24 jul. 2016.
- 162 LLEWELLYN, G.; MCCONNELL, D. *Mother with learning difficulties and their support networks*. **J Intellectual Disabil Res.**, v.46, p.17-34, 2002. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11851853>> Acesso em: 24 jul. 2016.
- 163 ALVES, C. F.; DELL'AGLIO, D. Social Support Perception of Adolescents from Public Schools. **Revista de Psicologia da IMED**, v. 7, n. 2, p. 89-98, 2015. ISSN 2175-5027.
- 164 FRANKL, V. E. **A presença ignorada de Deus**. 10. ed. Petrópolis: Vozes. 2007
- 165 HOLANDA, C. M. D. A. et al. Support networks and people with physical disabilities: social inclusion and access to health services. **Ciênc saúde coletiva**, v. 20, n. 1, p. 175-184, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000100175>. Acesso em: 30 jul. 2016.
- 166 DAMÁSIO, C. P.; NUNES, L.; SOBRAL, J. M. A Análise de Redes Sociais no estudo do processo da construção da ajuda mútua da pessoa com doença oncológica com blogue. **Redes: revista hispana para el análisis de redes sociales**, v. 25, p. 153-189, 2014.
- 167 AMARAL, F. L. J. D. S. et al. Perfil do apoio social de idosos no município de Natal, Estado do Rio Grande do Norte, Brasil, 2010-2011. **Epidemiol Serv. Saúde**, v. 22, p. 335-346, 2013. ISSN 1679-4974. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000200015&nrm=iso>. Acesso em: 05 ago. 2016.
- 168 MAIA, C. M. L. et al. Redes de apoio social e de suporte social e envelhecimento ativo. **INFAD Revista de Psicologia.**, v. 1, n. 1, p. 293-306, 2016. ISSN 0214-9877.
- 169 SILVA, A. S. D. **Um estudo sobre a qualidade no atendimento no centro de saúde Daura Ribeiro da Silva, em Jacaraú-PB**. [Trabalho de conclusao de curso]. Paraíba: Faculdade de Administracao, Universidade Estadual da Paraíba, 2015.
- 170 MARTINS, R.; ANDRADE, A. I.; RODRIGUES, M. D. L. A vida ... vista pelos idosos. **Millenium**, n. 39, p. 121-130, 2010. ISSN 1647-662X.
- 171 SANTOS, V. B. D.; TURA, L. F. R.; ARRUDA, A. M. S. As representações sociais de "pessoa velha" construídas por idosos. **Saude**

- Soc**, v. 22, p. 138-147, 2013. ISSN 0104-1290. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000100013&nrm=iso>. Acesso em: 10 ago. 2016.
- 172 GALINHA, S. A. Bem-estar e envelhecimento ativo: para uma intervenção socioeducativa em idade avançada. *quadernsanimacio.net*, n.23. 2016. ISSN: 1698-4404
- 173 DE LACERDA ARAÚJO, J.; BELO, R. P.; RESENDE, J. W. R. Trabalho e envelhecimento na contemporaneidade: uma análise acerca da representação social da aposentadoria. **Perspectivas em Psicologia**, v. 20, n. 1, p. 120 -144, 2016. ISSN 2237-6917.
- 174 DA SILVA BARRETO, M.; DE OLIVEIRA ARRUDA, G.; MARCON, S. S. Como os homens adultos utilizam e avaliam os serviços de saúde. **Rev Eletr. Enf.**, v. 17, n. 3, 2015. ISSN 1518-1944.
- 175 FIGUEIREDO, W. S.; SCHRAIBER, L. B. Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina, São Paulo, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, supl. 1, p. 935-944, 2011 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 ago. 2016.
- 176 CODOGNO, J. S. et al . Comparação de gastos com serviços de atenção básica à saúde de homens e mulheres em Bauru, São Paulo, 2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 24, n. 1, p. 115-122, 2015 . Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000100115&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 ago. 2016.
- 177 COSTA, N. R. C. D. et al. Política de saúde do idoso: percepção dos profissionais sobre sua implementação na atenção básica/ Health policy for elderly people: perception of professionals about its. **Rev Pesq Saúde**, v. 16, n. 2, 2015. ISSN 2236-6288.
- 178 LAFORTUNE, C. et al. Community-based primary health care for older adults: a qualitative study of the perceptions of clients, caregivers and health care providers. **BMC Geriatrics**, v. 15, p. 57, 2015. ISSN 1471-2318. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4434544/>>. Acesso em: 29 ago. 2016.
- 179 SILVA, L. D. C. et al. Evaluation of the policy of integral attention the men's health. **Rev Enferm UFPI**, v. 4, n. 3, p. 65-70, 2015. ISSN:2238-7234
- 180 NOGUEIRA, J. et al . Síndrome da imunodeficiência adquirida em adultos com 50 anos e mais: características, tendência e difusão

- espacial do risco. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n. 3, p. 355-363, June 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000300355&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 set. 2016.
- 181 REICHERT, T. et al. Efeitos da hidroginástica sobre a capacidade funcional de idosos: metanálise de estudos randomizados. **Rev Bras Ativ Fis Saúde**, v. 20, n. 5, p. 447, 2015. ISSN 2317-1634.
- 182 PROBO, A. et al. Níveis dos sintomas climatéricos em mulheres fisicamente ativas e insuficientemente ativas. **Rev Bras Ativ Fis Saúde**, v. 21, n. 3, p. 246-254, 2015. ISSN 2317-1634.
- 183 SOUSA, C. M. P. B. D. et al. Representações sociais sobre o envelhecer e os direitos sociais dos idosos. O caso do Programa Municipal da Terceira Idade, Viçosa–Minas Gerais. **Revista Brasileira de Economia Doméstica**, v. 27, n. 1, p. 135-156, 2016. ISSN 2236-8493.
- 184 MURAKAMI, E. et al. Ser nonagenário: a percepção do envelhecimento e suas implicações. **Psicol. Hosp.**, v. 12, p. 65-82, 2014. ISSN 1677-7409. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092014000200005&nrm=iso>. Acesso em: 02 set. 2016.
- 185 FERNANDES, G. et al. Influências do climatério para o envelhecimento na percepção de mulheres idosas: subsídios para a enfermagem. **Rev Eletr. Enf.**, v. 17, n. 3, 2016. ISSN 1518-1944.
- 186 VILELA, A. B. A. Envelhecimento bem-sucedido: representação de idosos. **Rev Saúde. Com**, v. 2, n. 2, 2006.
- 187 MARI, F. R. et al. The aging process and health: what middle-aged people think of the issue. **Rev. bras. geriatr. gerontol**, v. 19, p. 35-44, 2016. ISSN 1809-9823. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000100035&nrm=iso>. Acesso em: 02 set. 2016.
- 188 MACHADO, Y. Y. et al. **Representações sociais de profissionais de saúde sobre HIV/AIDS: uma análise estrutural**. 2016. Disponível em: <<http://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/14463>>. Acesso em: 02 set. 2016.
- 189 SILVA FILHO, J. M. D. A relação da qualidade do sono e o bem-estar subjetivo nos idosos residentes no município de Campina Grande–PB. **Estud. interdiscipl. envelhec.**, v. 19, n. 3, p. 775-791, 2014.

- 190 MINÓ, N. M. As especificidades do envelhecimento humano sob uma ótica positiva. **Estud. interdiscipl. envelhec.**, v. 20, n. 3, 2015. ISSN 2316-2171.
- 191 DEON, R. G. et al. Consumo de alimentos dos grupos que compõem a pirâmide alimentar americana por idosos brasileiros: uma revisão. **Ciência & Saúde**, v. 8, n. 1, p. 26-34, 2015. ISSN 1983-652X.
- 192 VIEIRA, D. C. R.; AQUINO, T. A. A. D. Vitalidade subjetiva, sentido na vida e religiosidade em idosos: um estudo correlacional. **Temas Psicol**, v. 24, p. 483-494, 2016. ISSN 1413-389X. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2016000200005&nrm=iso>. Acesso em: 02 set. 2016.
- 193 SANTOS, J. R. **Envelhecimento, nível de atividade física, percepção de saúde e qualidade de vida em grupos de convivência de uma mesorregião do Nordeste brasileiro.** [Dissertação de Mestrado]. Sergipe: Faculdade de Educação Física, Universidade Federal de Sergipe, 2016.
- 194 REYNOLDS, S.L.; SILVERSTEIS, M. Observing the onset of disability in olders adults. *Soc Sci Med.*, 2003, 1875-89. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14499512>>. Acesso em: 02 set. 2016.
- 195 WANDERBROOKE, A. C. et al. Oficina de memória para idosos em uma unidade básica de saúde: um relato de experiência. **Psi Revista. Revista São Paulo**. v. 24, n. 2, p. 253-263, 2015. ISSN 1413-4063.
- 196 KUZNIER, T. P. et al. Fatores de risco para quedas descritos na taxonomia da NANDA-I para uma população de idosos. **R. Enf Cent O. Min.**, v. 5, n. 3, 2015. ISSN 2236-6091.

ANEXOS E APÊNDICES

ANEXO A— SOBRE REPRESENTAÇÃO SOCIAL**Anexo A1: Instrumentos Coleta de dados.****Etapa exclusiva para pessoas com idade compreendida entre 40 e 64 anos**

| TÉCNICA DA EVOCAÇÃO PELA TALP | | |
|--|--------------|------------------|
| Mencionar as cinco primeiras palavras que lhe veem à mente quando os termos indutores a seguir são mencionados | | |
| “Ter 40 a 64 anos” | “Envelhecer” | “Envelhecer bem” |
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |
| Comente o que considerar importante sobre a temática | | |

| “Precisar de alguma coisa” | “Precisar de alguém” | “Precisar de algum lugar” |
|----------------------------|----------------------|---------------------------|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |

Anexo A2: Etapa comum aos participantes com idade \geq 40 anos: Entrevista individual com gravação de áudio

| ABORDAGEM PROCESSUAL DA TRS (entrevista gravada sobre rede de apoio) | |
|---|---|
| Relacionamento com familiares, amigos e vizinhos | |
| Familiares | <p>Questão Norteadora:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Como é o relacionamento do (a) senhor (a) com seus familiares? 2) Do que o (a) senhor(a) sente falta? 3) Em quem o(a) Sr. (a) confia e com quem conta? 4) Conte um caso que possa exemplificar sobre a família que lhe chamou atenção ou que o (a) Sr. (a) lembra como importante. 5) Quais as características de uma família? 6) O (a) Sr. (a) acha que seus familiares serão suficientes para quando estiver idoso(a)? |
| Amigos | <p>Questão Norteadora:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Como é o relacionamento do(a) senhor (a) com seus amigos? 2) Do que o(a) senhor(a) sente falta? 3) Em quem o(a) Sr. (a) confia e com quem conta? 4) Conte um caso que possa exemplificar sobre amigo que lhe chamou atenção ou que o (a) Sr. (a) lembra como importante. 5) Quais as características de um amigo? 6) O (a) Sr. (a) acha que seus amigos serão suficientes para quando estiver idoso(a)? |
| Vizinhos | <p>Questão Norteadora:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Como é o relacionamento do senhor (a) com seus vizinhos? 2) Do que o(a) senhor(a) sente falta? 3) Em quem o(a) Sr. (a) confia e com quem conta? 4) Conte um caso que possa exemplificar sobre vizinho que lhe chamou atenção ou que o (a) Sr. (a) lembra como importante. 5) Quais as características de um vizinho? 6) O (a) Sr. (a) acha que seus vizinhos serão suficientes para quando estiver idoso(a)? |
| Lugares que frequenta em seu cotidiano (comércio, passeio, locais religiosos, serviços de saúde) | |
| Comércio | <p>Questão Norteadora:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Qual (is) o(s) lugares que o (a) Sr. (a) tem hábito de frequentar? 2) Como o (a) senhor (a) é tratado (a) nesse(s) lugar (es)? 3) O que falta no relacionamento com as pessoas nestes lugares? 4) Quais as características dos lugares de comércio? 5) Conte um caso que o (a) Sr. (a) lembra ou achou importante sobre lugares em que esteve. 6) O (a) Sr. (a) acha que o comércio será suficiente para quando estiver idoso (a)? |
| Passeio ou Saída | <p>Questão Norteadora:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Qual (is) o(s) lugares que o (a) Sr. (a) tem hábito de frequentar? 2) Como o(a) senhor(a) é tratado(a) nesse(s) lugar (es)? 3) O que falta no relacionamento com as pessoas nestes lugares? 4) Quais as características de um local para passeio ou saída? 5) Conte um caso que o (a) Sr. (a) lembra ou achou importante sobre lugares? 6) O(a) Sr. (a) acha que o passeio ou saída será suficiente para quando estiver idoso(a)? |
| Serviços de Saúde | <p>Questão Norteadora:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Qual (is) o(s) lugares que o (a) Sr (a) tem hábito de freqüentar? 2) Como o(a) senhor (a) é tratado(a) nesse(s) lugar (es)? 3) O que falta no relacionamento com as pessoas nestes lugares? 4) Quais as características de um serviço de saúde? 5) Conte um caso que o (a) Sr. (a) lembra ou achou importante sobre lugares. 6) O (a) Sr. (a) acha que o serviço de saúde será suficiente para quando estiver idoso(a)? |

| | |
|--|--|
| Locais Religiosos | <p>Questão Norteadora:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Qual (is) o(s) lugares que o (a) Sr. (a) tem hábito de frequentar? 2) Como o(a) senhor(a) é tratado (a) nesse(s) lugar (es)? 3) O que falta no relacionamento com as pessoas nestes lugares? 4) Quais as características de um local para passeio ou saída? 5) Conte um caso que o (a) Sr. (a) lembra ou achou importante sobre lugares. 6) O(a) Sr. (a) acha que o local religioso será suficiente para quando estiver idoso(a)? |
| Objetos de apoio para o cotidiano | <p>Questão Norteadora:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) O (a) senhor(a) precisa usar algum objeto de apoio para andar, sair ou enxergar? 2) Se sim, como é adaptação a ele? 3) Quais as características de um objeto de apoio? 4) Conte-me um caso em que o(a) Sr. (a) necessitou de algum objeto de apoio ou que tenha acontecido com alguém que o(a) Sr. (a) considera importante. |
| INFORMAÇÕES ADICIONAIS | |
| | |
| Espaço para registro dos conteúdos do Diário de Campo | |
| | |

ANEXO B – ABORDAGEM QUANTITATIVA: SURVEY

Código participante

| 1.CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA | |
|--|-----------|
| Gênero: <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> feminino | Idade: |
| Ano de escolaridade (em anos): | |
| Estado civil: <input type="checkbox"/> solteiro <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> viúvo <input type="checkbox"/> divorciado <input type="checkbox"/> união estável <input type="checkbox"/> com companheiro(a) | |
| Cor da pele: <input type="checkbox"/> branca <input type="checkbox"/> parda <input type="checkbox"/> negra <input type="checkbox"/> outras especificar | |
| Forma de transporte: <input type="checkbox"/> carro ou táxi <input type="checkbox"/> bicicleta <input type="checkbox"/> a pé <input type="checkbox"/> ônibus <input type="checkbox"/> | |
| Profissão: | Ocupação: |
| Religião: <input type="checkbox"/> católica <input type="checkbox"/> protestante/batista/presbiteriana <input type="checkbox"/> espírita <input type="checkbox"/> umbandista <input type="checkbox"/> candomblé <input type="checkbox"/> | |

| Saúde Percebida |
|---|
| Como o(a) Sr(a) se sente em relação a pessoas mais velhas? 1- Muito melhor; 2- Melhor; 3- igual; 4- Pior; 5- Muito Pior |
| Como o(a) Sr(a) se sente em relação a pessoas contemporâneas? 2- Muito melhor; 2- Melhor; 3- igual; 4- Pior; 5- Muito Pior |
| Como o(a) Sr(a) se sente em relação a pessoas mais novas? 3- Muito melhor; 2- Melhor; 3- igual; 4- Pior; 5- Muito Pior |

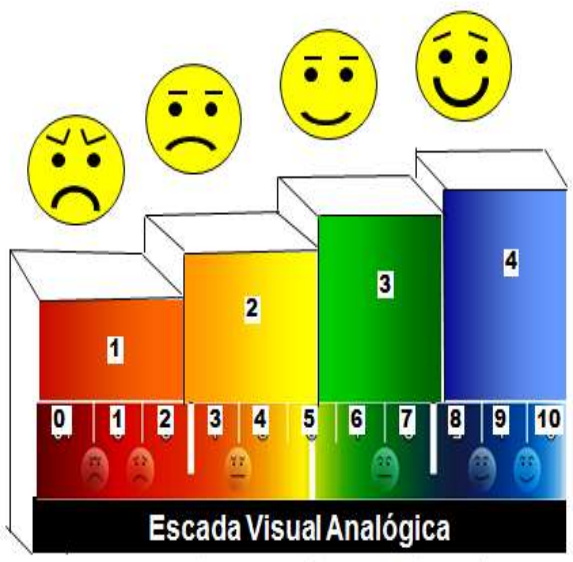

| Situação | SAÚDE PERCEBIDA PARA PROCESSO ENVELHECIMENTO SEGUNDO QUINQUÊNIO | | |
|---------------------------|---|---|---|
| | Como se avalia em relação aos últimos 5 anos (desempenho nos últimos 5 anos) | O quanto você considera que tem atualmente: Vulnerabilidade atual | O quanto você considera que daqui a 5 anos terá: Vulnerabilidade projetada |
| Queda | <input type="checkbox"/> risco máximo <input type="checkbox"/> risco elevado <input type="checkbox"/> risco médio <input type="checkbox"/> pouco risco <input type="checkbox"/> sem risco | <input type="checkbox"/> risco máximo <input type="checkbox"/> risco elevado <input type="checkbox"/> risco médio <input type="checkbox"/> pouco risco <input type="checkbox"/> sem risco | <input type="checkbox"/> risco máximo <input type="checkbox"/> risco elevado <input type="checkbox"/> risco médio <input type="checkbox"/> pouco risco <input type="checkbox"/> sem risco |
| Ter câncer | <input type="checkbox"/> risco máximo <input type="checkbox"/> risco elevado <input type="checkbox"/> risco médio <input type="checkbox"/> pouco risco <input type="checkbox"/> sem risco | <input type="checkbox"/> risco máximo <input type="checkbox"/> risco elevado <input type="checkbox"/> risco médio <input type="checkbox"/> pouco risco <input type="checkbox"/> sem risco | <input type="checkbox"/> risco máximo <input type="checkbox"/> risco elevado <input type="checkbox"/> risco médio <input type="checkbox"/> pouco risco <input type="checkbox"/> sem risco |
| Depressão | <input type="checkbox"/> totalmente deprimido <input type="checkbox"/> muito depressivo <input type="checkbox"/> deprimido <input type="checkbox"/> pouco deprimido <input type="checkbox"/> não deprimido | <input type="checkbox"/> totalmente deprimido <input type="checkbox"/> muito depressivo <input type="checkbox"/> deprimido <input type="checkbox"/> pouco deprimido <input type="checkbox"/> não deprimido | <input type="checkbox"/> totalmente deprimido <input type="checkbox"/> muito depressivo <input type="checkbox"/> deprimido <input type="checkbox"/> pouco deprimido <input type="checkbox"/> não deprimido |
| Autoimagem | <input type="checkbox"/> totalmente alterada <input type="checkbox"/> muito alterada <input type="checkbox"/> alterada <input type="checkbox"/> pouco alterada <input type="checkbox"/> não alterada | <input type="checkbox"/> totalmente alterada <input type="checkbox"/> muito alterada <input type="checkbox"/> alterada <input type="checkbox"/> pouco alterada <input type="checkbox"/> não alterada | <input type="checkbox"/> totalmente alterada <input type="checkbox"/> muito alterada <input type="checkbox"/> alterada <input type="checkbox"/> pouco alterada <input type="checkbox"/> não alterada |
| Ficar desanimado | <input type="checkbox"/> totalmente desanimado <input type="checkbox"/> muito desanimado <input type="checkbox"/> desanimado <input type="checkbox"/> pouco desanimado <input type="checkbox"/> não desanimado | <input type="checkbox"/> totalmente desanimado <input type="checkbox"/> muito desanimado <input type="checkbox"/> indeferente <input type="checkbox"/> pouco animado <input type="checkbox"/> animado | <input type="checkbox"/> totalmente desanimado <input type="checkbox"/> muito desanimado <input type="checkbox"/> indeferente <input type="checkbox"/> pouco animado <input type="checkbox"/> animado |
| Esquecer coisas | <input type="checkbox"/> sempre esquecido <input type="checkbox"/> muitas vezes esquecido <input type="checkbox"/> esquecido ocasionalmente <input type="checkbox"/> pouco esquecido <input type="checkbox"/> não esquecido | <input type="checkbox"/> sempre esquecido <input type="checkbox"/> muitas vezes esquecido <input type="checkbox"/> esquecido ocasionalmente <input type="checkbox"/> pouco esquecido <input type="checkbox"/> não esquecido | <input type="checkbox"/> sempre esquecido <input type="checkbox"/> muitas vezes esquecido <input type="checkbox"/> esquecido ocasionalmente <input type="checkbox"/> pouco esquecido <input type="checkbox"/> não esquecido |
| Tomar vacina | <input type="checkbox"/> nunca em dia <input type="checkbox"/> poucas vezes em dia <input type="checkbox"/> às vezes em dia <input type="checkbox"/> muitas vezes em dia <input type="checkbox"/> sempre em dia | <input type="checkbox"/> nunca em dia <input type="checkbox"/> poucas vezes em dia <input type="checkbox"/> às vezes em dia <input type="checkbox"/> muitas vezes em dia <input type="checkbox"/> sempre em dia | <input type="checkbox"/> nunca em dia <input type="checkbox"/> poucas vezes em dia <input type="checkbox"/> às vezes em dia <input type="checkbox"/> muitas vezes em dia <input type="checkbox"/> sempre em dia |
| Ter doença crônica | <input type="checkbox"/> risco máximo <input type="checkbox"/> risco elevado <input type="checkbox"/> risco médio <input type="checkbox"/> pouco risco <input type="checkbox"/> sem risco | <input type="checkbox"/> risco máximo <input type="checkbox"/> risco elevado <input type="checkbox"/> risco médio <input type="checkbox"/> pouco risco <input type="checkbox"/> sem risco | <input type="checkbox"/> risco máximo <input type="checkbox"/> risco elevado <input type="checkbox"/> risco médio <input type="checkbox"/> pouco risco <input type="checkbox"/> sem risco |
| Remédios autodeterminação | <input type="checkbox"/> uso contínuo <input type="checkbox"/> uso periódico <input type="checkbox"/> uso ocasional <input type="checkbox"/> uso raro <input type="checkbox"/> sem uso | <input type="checkbox"/> uso contínuo <input type="checkbox"/> uso periódico <input type="checkbox"/> uso ocasional <input type="checkbox"/> uso raro <input type="checkbox"/> sem uso | <input type="checkbox"/> uso contínuo <input type="checkbox"/> uso periódico <input type="checkbox"/> uso ocasional <input type="checkbox"/> uso raro <input type="checkbox"/> sem uso |
| Remédios recomendados | <input type="checkbox"/> sem uso <input type="checkbox"/> uso raro <input type="checkbox"/> uso periódico <input type="checkbox"/> uso ocasional <input type="checkbox"/> uso contínuo | <input type="checkbox"/> uso contínuo <input type="checkbox"/> uso periódico <input type="checkbox"/> uso ocasional <input type="checkbox"/> uso raro <input type="checkbox"/> sem uso | <input type="checkbox"/> uso contínuo <input type="checkbox"/> uso periódico <input type="checkbox"/> uso ocasional <input type="checkbox"/> uso raro <input type="checkbox"/> sem uso |
| Visão (saúde ocular) | <input type="checkbox"/> totalmente comprometida <input type="checkbox"/> muito comprometida <input type="checkbox"/> comprometimento ocasional <input type="checkbox"/> raramente comprometida <input type="checkbox"/> sem comprometimento | <input type="checkbox"/> totalmente comprometida <input type="checkbox"/> muito comprometida <input type="checkbox"/> comprometimento ocasional <input type="checkbox"/> raramente comprometida <input type="checkbox"/> sem comprometimento | <input type="checkbox"/> totalmente comprometida <input type="checkbox"/> muito comprometida <input type="checkbox"/> comprometimento ocasional <input type="checkbox"/> raramente comprometida <input type="checkbox"/> sem comprometimento |
| Estresse | <input type="checkbox"/> máximo estresse <input type="checkbox"/> grande estresse <input type="checkbox"/> médio estresse <input type="checkbox"/> pouco estresse <input type="checkbox"/> sem estresse | <input type="checkbox"/> máximo estresse <input type="checkbox"/> grande estresse <input type="checkbox"/> médio estresse <input type="checkbox"/> pouco estresse <input type="checkbox"/> sem estresse | <input type="checkbox"/> máximo estresse <input type="checkbox"/> grande estresse <input type="checkbox"/> médio estresse <input type="checkbox"/> pouco estresse <input type="checkbox"/> sem estresse |
| Mudança hormonal | <input type="checkbox"/> totalmente alterado <input type="checkbox"/> muito alterado <input type="checkbox"/> alteração ocasional <input type="checkbox"/> raramente alterado <input type="checkbox"/> sem alteração | <input type="checkbox"/> totalmente alterado <input type="checkbox"/> muito alterado <input type="checkbox"/> alteração ocasional <input type="checkbox"/> raramente alterado <input type="checkbox"/> sem alteração | <input type="checkbox"/> totalmente alterado <input type="checkbox"/> muito alterado <input type="checkbox"/> alteração ocasional <input type="checkbox"/> raramente alterado <input type="checkbox"/> sem alteração |
| Ter cabelos brancos | <input type="checkbox"/> totalmente brancos <input type="checkbox"/> maioria brancos <input type="checkbox"/> metade brancos <input type="checkbox"/> poucos brancos <input type="checkbox"/> nenhum branco | <input type="checkbox"/> totalmente brancos <input type="checkbox"/> maioria brancos <input type="checkbox"/> metade brancos <input type="checkbox"/> poucos brancos <input type="checkbox"/> nenhum branco | <input type="checkbox"/> totalmente brancos <input type="checkbox"/> maioria brancos <input type="checkbox"/> metade brancos <input type="checkbox"/> poucos brancos <input type="checkbox"/> nenhum branco |
| Ter rugas | <input type="checkbox"/> totalmente com rugas <input type="checkbox"/> muitas rugas <input type="checkbox"/> algumas rugas <input type="checkbox"/> poucas rugas <input type="checkbox"/> nenhuma ruga | <input type="checkbox"/> totalmente com rugas <input type="checkbox"/> muitas rugas <input type="checkbox"/> algumas rugas <input type="checkbox"/> poucas rugas <input type="checkbox"/> nenhuma ruga | <input type="checkbox"/> totalmente com rugas <input type="checkbox"/> muitas rugas <input type="checkbox"/> algumas rugos <input type="checkbox"/> poucas rugas <input type="checkbox"/> nenhuma ruga |
| Elasticidade da pele | <input type="checkbox"/> totalmente sem elasticidade <input type="checkbox"/> elasticidade muito comprometida <input type="checkbox"/> elasticidade comprometida <input type="checkbox"/> elasticidade próxima ao normal <input type="checkbox"/> elasticidade normal | <input type="checkbox"/> totalmente sem elasticidade <input type="checkbox"/> elasticidade muito comprometida <input type="checkbox"/> elasticidade comprometida <input type="checkbox"/> elasticidade próxima ao normal <input type="checkbox"/> elasticidade normal | <input type="checkbox"/> totalmente sem elasticidade <input type="checkbox"/> elasticidade muito comprometida <input type="checkbox"/> elasticidade comprometida <input type="checkbox"/> elasticidade próxima ao normal <input type="checkbox"/> elasticidade normal |
| Disposição p/atividades | <input type="checkbox"/> não dou conta <input type="checkbox"/> dou conta com esforço grande <input type="checkbox"/> dou conta com algum esforço <input type="checkbox"/> dou conta sem esforço <input type="checkbox"/> dou conta com tranquilidade | <input type="checkbox"/> não dou conta <input type="checkbox"/> dou conta com esforço grande <input type="checkbox"/> dou conta com algum esforço <input type="checkbox"/> dou conta sem esforço <input type="checkbox"/> dou conta com tranquilidade | <input type="checkbox"/> não dou conta <input type="checkbox"/> dou conta com esforço grande <input type="checkbox"/> dou conta com algum esforço <input type="checkbox"/> dou conta sem esforço <input type="checkbox"/> dou conta com tranquilidade |

| PROGRAMAS E POLÍTICAS PÚBLICAS PARA PESSOAS COM 40 A 64 ANOS | | | | | | | | | |
|--|-------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
| Tipo | Conhecimento | | Adesão | | Adequada para transição | | | | |
| Saúde trabalhador | <input type="checkbox"/> desconhece | <input type="checkbox"/> ouviu falar | <input type="checkbox"/> conhece | <input type="checkbox"/> não | <input type="checkbox"/> raro | <input type="checkbox"/> às vezes | <input type="checkbox"/> inadequada | <input type="checkbox"/> indiferente | <input type="checkbox"/> adequada |
| Saúde Adulto | <input type="checkbox"/> desconhece | <input type="checkbox"/> ouviu falar | <input type="checkbox"/> conhece | <input type="checkbox"/> não | <input type="checkbox"/> raro | <input type="checkbox"/> às vezes | <input type="checkbox"/> inadequada | <input type="checkbox"/> indiferente | <input type="checkbox"/> adequada |
| Saúde Mulher | <input type="checkbox"/> desconhece | <input type="checkbox"/> ouviu falar | <input type="checkbox"/> conhece | <input type="checkbox"/> não | <input type="checkbox"/> raro | <input type="checkbox"/> às vezes | <input type="checkbox"/> inadequada | <input type="checkbox"/> indiferente | <input type="checkbox"/> adequada |
| Saúde Idoso | <input type="checkbox"/> desconhece | <input type="checkbox"/> ouviu falar | <input type="checkbox"/> conhece | <input type="checkbox"/> não | <input type="checkbox"/> raro | <input type="checkbox"/> às vezes | <input type="checkbox"/> inadequada | <input type="checkbox"/> indiferente | <input type="checkbox"/> adequada |
| Outubro Rosa | <input type="checkbox"/> desconhece | <input type="checkbox"/> ouviu falar | <input type="checkbox"/> conhece | <input type="checkbox"/> não | <input type="checkbox"/> raro | <input type="checkbox"/> às vezes | <input type="checkbox"/> inadequada | <input type="checkbox"/> indiferente | <input type="checkbox"/> adequada |
| Novembro Azul | <input type="checkbox"/> desconhece | <input type="checkbox"/> ouviu falar | <input type="checkbox"/> conhece | <input type="checkbox"/> não | <input type="checkbox"/> raro | <input type="checkbox"/> às vezes | <input type="checkbox"/> inadequada | <input type="checkbox"/> indiferente | <input type="checkbox"/> adequada |
| Câncer pele | <input type="checkbox"/> desconhece | <input type="checkbox"/> ouviu falar | <input type="checkbox"/> conhece | <input type="checkbox"/> não | <input type="checkbox"/> raro | <input type="checkbox"/> às vezes | <input type="checkbox"/> inadequada | <input type="checkbox"/> indiferente | <input type="checkbox"/> adequada |
| Câncer próstata | <input type="checkbox"/> desconhece | <input type="checkbox"/> ouviu falar | <input type="checkbox"/> conhece | <input type="checkbox"/> não | <input type="checkbox"/> raro | <input type="checkbox"/> às vezes | <input type="checkbox"/> inadequada | <input type="checkbox"/> indiferente | <input type="checkbox"/> adequada |
| Câncer intestino | <input type="checkbox"/> desconhece | <input type="checkbox"/> ouviu falar | <input type="checkbox"/> conhece | <input type="checkbox"/> não | <input type="checkbox"/> raro | <input type="checkbox"/> às vezes | <input type="checkbox"/> inadequada | <input type="checkbox"/> indiferente | <input type="checkbox"/> adequada |
| Inatividade/práticas esportivas | <input type="checkbox"/> desconhece | <input type="checkbox"/> ouviu falar | <input type="checkbox"/> conhece | <input type="checkbox"/> não | <input type="checkbox"/> raro | <input type="checkbox"/> às vezes | <input type="checkbox"/> inadequada | <input type="checkbox"/> indiferente | <input type="checkbox"/> adequada |
| Alimentação saudável | <input type="checkbox"/> desconhece | <input type="checkbox"/> ouviu falar | <input type="checkbox"/> conhece | <input type="checkbox"/> não | <input type="checkbox"/> raro | <input type="checkbox"/> às vezes | <input type="checkbox"/> inadequada | <input type="checkbox"/> indiferente | <input type="checkbox"/> adequada |
| Exame de vista | <input type="checkbox"/> desconhece | <input type="checkbox"/> ouviu falar | <input type="checkbox"/> conhece | <input type="checkbox"/> não | <input type="checkbox"/> raro | <input type="checkbox"/> às vezes | <input type="checkbox"/> inadequada | <input type="checkbox"/> indiferente | <input type="checkbox"/> adequada |

ANEXO C – ESCALAS E INSTRUMENTOS:

| LUBBEN SOCIAL NETWORK SCALE – 18 (LSNS-18) FAMILY: | | | | | |
|---|-----------------------|-------------|-----------------------|----------------------|-----------------------------------|
| FAMILY: Considering the people to whom you are related by birth, marriage, adoption, etc... | | | | | |
| 1. How many relatives do you see or hear from at least once a month? | 0 = none | 1 = one | 2 = two | 3 = three or four | 4 = five thru eight |
| 2. How often do you see or hear from relative with whom you have the most contact? | 0 = less than monthly | 1 = monthly | 2 = few times a month | 4 = few times a week | 5 = daily |
| 3. How many relatives do you feel at ease with that you can talk about private matters? | 0 = none | 1 = one | 2 = two | 3 = three or four | 4 = five thru eight |
| 4. How many relatives do you feel close to such that you could call on them for help? | 0 = none | 1 = one | 2 = two | 3 = three or four | 4 = five thru eight |
| 5. When one of your relatives has an important decision to make, how often do they talk to you about it? | 0 = never | 1 = seldom | 2 = sometimes | 3 = often | 4 = very often |
| 6. How often is one of your relatives available for you to talk to when you have an important decision to make? | 0 = never | 1 = seldom | 2 = sometimes | 3 = often | 4 = very often |
| NEIGHBORS: Considering those people who live in your neighborhood... | | | | | |
| 7. How many of your neighbors do you see or hear from at least once a month? | 0 = none | 1 = one | 2 = two | 3 = three or four | 4 = five thru eight |
| 8. How often do you see or hear from the neighbor with whom you have the most contact? | 0 = less than monthly | 1 = monthly | 2 = few times a month | 3 = weekly | 4 = few times a week 5 = daily |
| 9. How many neighbors do you feel at ease with that you can talk about private matters? | 0 = none | 1 = one | 2 = two | 3 = three or four | 4 = five thru eight |
| 10. How many neighbors do you feel close to such that you could call on them for help? | 0 = none | 1 = one | 2 = two | 3 = three or four | 4 = five thru |

| | | | | | |
|---|-----------------------|-------------|-----------------------|----------------------|---------------------|
| | | | | | eight |
| 11. When one of your neighbors has an important decision to make, how often do they talk to you about it? | 0 = never | 1 = seldom | 2 = sometimes | 3 = often | 4 = very often |
| 12. How often is one of your neighbors available for you to talk to when you have an important decision to make? | 0 = never | 1 = seldom | 2=someti mes | 3 = often | 4 = very often |
| FRIENDSHIPS: Considering your friends who do not live in your neighborhood... | | | | | |
| 13. How many of your friends do you see or hear from at least once a month? | 0 = none | 1 = one | 2 = two | 3 = three or four | 4 = five thru eight |
| 14. How often do you see or hear from the friend with whom you have the most contact? | 0 = less than monthly | 1 = monthly | 2 = few times a month | 4 = few times a week | 5 = daily |
| 15. How many friends do you feel at ease with that you can talk about private matters? | 0 = none | 1 = one | 2 = two | 3 = three or four | 4 = five thru eight |
| 16. How many friends do you feel close to such that you could call on them for help? | 0 = none | 1 = one | 2 = two | 3 = three or four | 4 = five thru eight |
| 17. When one of your friends has an important decision to make, how often do they talk to you about it? | 0 = never | 1 = seldom | 2 = sometimes | 3 = often | 4 = very often |
| 18. How often is one of your friends available for you to talk to when you have an important decision to make? | 0 = never | 1 = seldom | 2=someti mes | 3 = often | 4=very often |
| <i>LSNS-R total score is an equally weighted sum of these twelve items. Scores range from 0 to 90</i> | | | | | |
| A escala de Rede Social possui 18 itens distribuídos em três dimensões (relação com familiares; amigos; vizinhos) os escores variam de 0 a 90 | | | | | |

| Escada Visual Analógica | Tabela de leitura para perto Jaeger |
|---|--|
|  <p>Escada Visual Analógica</p> <p><small>PIVOTO, Paulo Ferreira FERNADES, Ana Alexandre SOTELHO, Maria Amália Silveira. Escada visual analógica: teste de leitura em saúde e em situação física. XXXI Congresso da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo-SOCESP. IX Simposio de Educação Física e Esporte em Cardiologia. Suplemento Especial da Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo. novembro/2008. 18(2):152.</small></p> |  <p>TABELA DE LEITURA PARA PERTO</p> <p>0.37 m J 1</p> <p>0.50 m J 2</p> <p>0.67 m J 3</p> <p>0.75 m J 4</p> <p>1.00 m J 5</p> <p>1.25 m J 6</p> <p><small>ALLERGAN</small></p> |

| Perfil de saúde pessoal | | |
|--|---|---------------|
| Peso: Altura: | IMC: Classificação: <input type="checkbox"/> baixo peso, <input type="checkbox"/> ideal <input type="checkbox"/> sobrepeso Obesidade: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> | |
| Avaliação: dobras cutâneas, circunferências e áreas adiposas | | |
| Estatura (m) | Quadril (cm) | |
| Massa Corporal (kg) | Cintura (cm) | |
| Oximetria de pulso: | | |
| Risco para visão alterada | | |
| SAÚDE OCULAR: Leitura com fontes de tamanhos distintos | | |
| Testes realizados e resultados | | |
| Tipo | Resultados OE | Resultados OD |
| Leitura de impresso | | |
| Impresso para avaliar visão de perto | | |
| LEITURA COM FONTES DE TAMANHOS DISTINTOS. Texto LINGUAGEM Fonte Viva | | |
| Menor tamanho de letra em que mantém o conforto Visual: | | |

Escala de Lubben 18

Tabela 20: Distribuição dos componentes da Escala Lubben (LSNs-18)

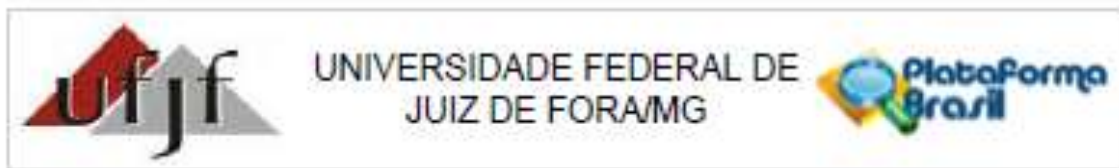
| Família | | Vizinhos | | Amigos | | | |
|--|----|----------|--|--------|------|--|----|
| | N | % | | N | % | N | % |
| Parentes que vê ou tem notícias pelo menos uma vez ao mês | | | Vizinhos que vê ou tem notícias pelo menos uma vez ao mês | | | Amigos que vê ou tem notícias pelo menos uma vez ao mês | |
| Nenhum | - | - | Nenhum | 20 | 10,8 | Nenhum | 22 |
| Um | 10 | 5,4 | Um | 7 | 3,8 | Um | 34 |
| Dois | 16 | 8,6 | Dois | 38 | 20,4 | Dois | 28 |
| Três ou quatro | 40 | 21,5 | Três ou quatro | 44 | 23,7 | Três ou quatro | 38 |
| Cinco a oito | 51 | 27,4 | Cinco a oito | 30 | 16,1 | Cinco a oito | 31 |
| Nove ou mais | 69 | 37,1 | Nove ou mais | 47 | 25,3 | Nove ou mais | 33 |
| | | | | | | | |
| Frequência com que vê ou tem notícias dos parentes pelo menos uma vez por mês | | | Frequência com que vê ou tem notícias dos vizinhos pelo menos uma vez por mês | | | Frequência com que vê ou tem notícias dos seus amigos pelo menos uma vez por mês | |
| Menos de uma vez ao mês | 10 | 5,4 | Menos de uma vez ao mês | 28 | 15,1 | Menos de uma vez ao mês | 37 |
| Uma vez ao mês | 7 | 3,8 | Uma vez ao mês | 4 | 2,2 | Uma vez ao mês | 12 |
| Poucas vezes ao mês | 15 | 8,1 | Poucas vezes ao mês | 11 | 5,9 | Poucas vezes ao mês | 25 |
| Uma vez por semana | 28 | 15,1 | Uma vez por semana | 7 | 3,8 | Uma vez por semana | 23 |
| Algumas vezes por semana | 36 | 19,4 | Algumas vezes por semana | 42 | 22,6 | Algumas vezes por semana | 30 |
| Diariamente | 90 | 48,4 | Diariamente | 94 | 50,5 | Diariamente | 59 |
| | | | | | | | |
| Parentes com quem se sente à vontade o suficiente para falar sobre assuntos | | | Vizinhos com quem se sente à vontade o suficiente para falar sobre assuntos | | | Amigos com quem se sente à vontade o suficiente para falar sobre assuntos íntimos | |

| íntimos | | | íntimos | | | | | |
|--|----|------|--|-----|------|--|----|------|
| Nenhum | 42 | 22,6 | Nenhum | 136 | 73,1 | Nenhum | 35 | 18,8 |
| Um | 65 | 34,9 | Um | 27 | 14,5 | Um | 63 | 33,9 |
| Dois | 42 | 22,6 | Dois | 16 | 8,6 | Dois | 51 | 27,4 |
| Três ou quatro | 27 | 14,5 | Três ou quatro | 5 | 2,7 | Três ou quatro | 23 | 12,4 |
| Cinco a oito | 6 | 3,2 | Cinco a oito | 1 | 0,5 | Cinco a oito | 9 | 4,8 |
| Nove ou mais | 4 | 2,2 | Nove ou mais | 1 | 0,5 | Nove ou mais | 5 | 2,7 |
| Parentes com quem se sente à vontade o suficiente para pedir ajuda | | | Vizinhos com quem se sente à vontade o suficiente para pedir ajuda | | | Amigos com quem se sente à vontade o suficiente para pedir ajuda | | |
| Nenhum | 32 | 17,2 | Nenhum | 94 | 50,5 | Nenhum | 29 | 15,6 |
| Um | 63 | 33,9 | Um | 39 | 21 | Um | 60 | 32,3 |
| Dois | 38 | 20,4 | Dois | 35 | 18,8 | Dois | 60 | 32,3 |
| Três ou quatro | 40 | 21,5 | Três ou quatro | 10 | 5,4 | Três ou quatro | 22 | 11,8 |
| Cinco a oito | 6 | 3,2 | Cinco a oito | 4 | 2,2 | Cinco a oito | 11 | 5,9 |
| Nove ou mais | 7 | 3,8 | Nove ou mais | 4 | 2,2 | Nove ou mais | 4 | 2,2 |
| Frequência com que os parentes conversam com participante para tomar uma decisão importante | | | Frequência com que os vizinhos conversam com participante para tomar uma decisão importante | | | Frequência com que os amigos conversam com participante para tomar uma decisão importante | | |
| Nunca | 30 | 16,1 | Nunca | 113 | 60,8 | Nunca | 31 | 16,7 |
| Raramente | 7 | 3,8 | Raramente | 4 | 2,2 | Raramente | 9 | 4,8 |
| Algumas vezes | 18 | 9,7 | Algumas vezes | 16 | 8,6 | Algumas vezes | 18 | 9,7 |
| Frequentemente | 47 | 25,3 | Frequentemente | 15 | 8,1 | Frequentemente | 42 | 22,6 |
| Muito frequentemente | 2 | 1,1 | Muito frequentemente | 1 | ,5 | Muito frequentemente | 4 | 2,2 |
| Sempre | 82 | 44,1 | Sempre | 37 | 19,9 | Sempre | 82 | 44,1 |

| Frequência em que um dos parentes está disponível para conversar com participantes quando este tem que tomar decisão importante | | | Frequência em que um dos vizinhos está disponível para conversar com participantes quando este tem que tomar decisão importante | | | Frequência em que um dos amigos está disponível para conversar com participantes quando este tem que tomar decisão importante | | |
|---|----|------|---|-----|------|---|----|------|
| Nunca | 27 | 14,5 | Nunca | 106 | 57 | Nunca | 31 | 16,7 |
| Raramente | 7 | 3,8 | Raramente | 4 | 2,2 | Raramente | 7 | 3,8 |
| Algumas vezes | 21 | 11,3 | Algumas vezes | 17 | 9,1 | Algumas vezes | 10 | 5,4 |
| Frequentemente | 46 | 24,7 | Frequentemente | 18 | 9,7 | Frequentemente | 40 | 21,5 |
| Muito frequentemente | 3 | 1,6 | Muito frequentemente | 3 | 1,6 | Muito frequentemente | 13 | 7 |
| Sempre | 82 | 44,1 | Sempre | 38 | 20,4 | Sempre | 85 | 45,7 |

Fonte: Dados gerados no programa SPSS

ANEXO D – APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ¿VULNERABILIDADE DECORRENTES DO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL PARA DEMANDAS DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE¿

Pesquisador: Cristina Arreguy Sena

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 40476214.8.0000.5147

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.026.421

Data da Relatoria: 28/04/2015

Apresentação do Projeto:

Apresentação do projeto esta clara e detalhada de forma objetiva. Descreve as bases científicas que justificam o estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Apresenta clareza e compatibilidade com a proposta de estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo, considerando que os indivíduos não sofrerão qualquer dano ou sofrerão prejuízo pela participação ou pela negação de participação na pesquisa e benefícios esperados, estão adequadamente descritos.

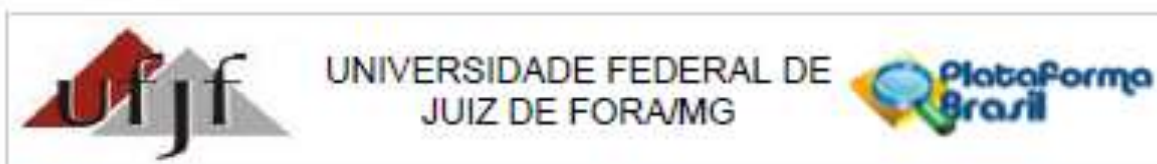
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto está em configuração adequada e há apresentação de declaração de infraestrutura e de

Endereço: JOSE LOURENÇO KELMER BIN
 Bairro: SÃO PEDRO CEP: 36.036-000
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 1.026.421

concordância com a realização da pesquisa, assinada pelo responsável da Instituição onde será realizada a pesquisa. Apresentou de forma adequada o termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: Agosto de 2016.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº001/2013 CNS, manifesta-se pela **APROVAÇÃO** do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

JUIZ DE FORA, 16 de Abril de 2015

Assinado por:
Francis Ricardo dos Reis Justi
(Coordenador)

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-000
UF: MG Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

APÊNDICE A —TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (pessoas de 40 a 64 anos)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS - CEP/UFJF- 36036-900 JUIZ DE FORA - MG – BRASIL

NOME DO SERVIÇO DA PESQUISADORA: UFJF- FACULDADE DE ENFERMAGEM- **PESQUISADORA RESPONSÁVEL:** CRISTINA ARREGUY-SENA **ENDEREÇO:** RUA OLEGÁRIO MACIEL 1716/204, PAINEIRAS. CEP: 36016011 – JUIZ DE FORA – MG FONE: (32) 32162532. E-MAIL: CRISTINA.ARREGUY@UFJF.EDU.BR

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(A) Sr.(a) _____ está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa intitulada: “**VULNERABILIDADES DECORRENTES DO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL PARA DEMANDAS DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**” que objetiva: analisar qual é a forma como as pessoas vêem, interpretam o processo de envelhecimento, a ajuda com que podem contar nesta fase e ajudar à Enfermagem a construir uma forma de auxiliá-lo (a), usando seu conhecimento.

Os motivos que nos levam a estudar este assunto foram: 1) conhecê-los melhor, conhecer suas necessidades de ajuda e a forma como encaram o processo do envelhecimento com vista a ajudá-los.

Para esta pesquisa, adotaremos os **seguintes procedimentos**, ou seja, a sua participação consistirá em: responder às questões propostas, sendo que parte delas será registrada em papel pela entrevistadora e parte, gravada, deixar que façamos medidas corporais. A presente pesquisa **classifica-se em nível de risco e desconforto mínimos**, uma vez que o método e a técnica utilizados durante a coleta de dados serão individualizados e o processamento e divulgação dos resultados serão anônimos e não modificarão sua forma de viver. Para minimizar os riscos e desconfortos, daremos garantia do anonimato de sua participação, utilizaremos técnicas comunicacionais, interacionais e estabeleceremos uma convivência respeitosa e digna. **Dentre os benefícios na realização da presente pesquisa, destacamos:** conhecer as situações de vulnerabilidades/riscos vivenciadas pelas pessoas com idade compreendida entre 40 a 64 anos, a rede de apoio que têm e precisam a ponto de ajudar na tomada de decisão para melhorar o atendimento de saúde e, do ponto de vista da enfermagem, ajudar na definição de melhorias em sua saúde.

Para participar desta pesquisa, o(a) Sr(a) não terá nenhum custo; nem receberá qualquer vantagem em dinheiro, o(a) Sr(a) será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. Sua participação será voluntária e não remunerada, havendo possibilidade de recusa em participar sem que seja acarretada qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido(a) por nós, as pesquisadoras. As pesquisadoras irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, ou seja, seu nome não será mencionado. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada e serão utilizados para ampliar o conhecimento da área de saúde, sendo utilizados em eventos e artigos científicos. O(a) Sr(a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar desta investigação.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em 2 vias originais, sendo que uma delas será arquivada com a pesquisadora responsável, Profa. Dra. Cristina Arreguy-Sena, em seu arquivo pessoal, juntamente com os impressos de coleta de dados durante cinco anos, e a outra será fornecida ao(à) Sr(a).

Eu, _____, portador(a) do documento de Identidade _____, fui informado(a) dos objetivos da pesquisa intitulada “**VULNERABILIDADES DECORRENTES DO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL PARA DEMANDAS DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que, a qualquer momento, poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar ou não da pesquisa se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desta pesquisa. Recebi uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 20__.

| | |
|--|---|
| Nome do participante: Assinatura | Assinatura Pesquisadora responsável: Profa Cristina Arreguy-Sena, Rua Olegário Maciel, 1716/204 Paineiras, 36016011. Juiz de Fora, MG. Tel: 3216.2532. E-mail: cristina.arreguy@uff.edu.br |
| Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar: CEP - Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humano-UFJF . Campus Universitário da UFJF. Pró-Reitoria de Pesquisa. CEP: 36036-900 Fone: (32) 2102- 3788. e-mail: cep.propesq@uff.edu.br | |

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

NOME DO SERVIÇO DA PESQUISADORA: UFJF- FACULDADE DE ENFERMAGEM- **PESQUISADORA RESPONSÁVEL:** CRISTINA ARREGUY-SENA **ENDEREÇO:** RUA OLEGÁRIO MACIEL 1716/204, PAINEIRAS. CEP: 36016011 – JUIZ DE FORA – MG FONE: (32) 32162532. E-MAIL: CRISTINA.ARREGUY@UFJF.EDU.BR

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(A) Sr.(a) _____ está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa intitulada: **“PESSOAS DE 40 AOS 64 ANOS, POLÍTICAS PÚBLICAS E ENFERMAGEM: DETERMINANTES DO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS”** que objetiva conhecer os fatores e as situações de risco que pessoas que têm idade compreendida entre 40 e 64 anos estão expostas, o que pensam sobre o processo do envelhecimento e quais os serviços de saúde podem lhes atender. O motivo que nos leva a estudar este assunto baseia-se na intenção de identificar se as políticas públicas e os serviços atendem às situações próprias que surgem entre pessoas que têm 40 a 64 anos de idade, quais as condições em que usam redes de apoio e quais situações de risco a que estão expostas.

Para esta pesquisa, adotaremos os seguintes procedimentos: entrevista individual com registro por escrito de parte dos dados que daremos opções e gravada para que o(a) Sr(a) possa dizer o que pensa sobre viver o período de ter 40 a 64 anos de idade, ou seja, transitar da fase adulta para a idosa. A pesquisa se caracteriza por apresentar risco mínimo aos participantes, para minimizar os desconfortos, serão adotadas as seguintes condutas: encontros para coletar dados, será dividida em quantos encontros forem necessários e confortáveis ao Sr(a); utilizadas técnicas comunicacionais e relacionais em todos os encontros e será utilizado o anonimato do cenário e dos participantes.

Para participar desta pesquisa, o(a) Sr(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o(a) Sr.(a) tem assegurado o direito a indenização em caso de comprovação de danos decorrentes desta investigação. Será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto, em qualquer momento que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação será voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido(a) pelas pesquisadoras. Sua identidade será tratada com padrões profissionais de sigilo, ou seja, seu nome não será mencionado. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada e serão utilizados para fins acadêmicos e científicos. Seu nome ou o material que indique sua participação não serão liberados sem a sua permissão. O(A) Sr (a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar desta pesquisa.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em 2 vias originais, sendo uma arquivada com a pesquisadora responsável, Profa. Dra Cristina Arreguy-Sena, em seu arquivo pessoal, juntamente com o instrumento de coleta de dados durante 5 anos e a outra via deste termo será fornecida ao(à) senhor(a). Após este tempo todo, a documentação será destruída. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de anonimato, atendendo à legislação brasileira (Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador(a) do documento de Identidade _____, fui informado(a) dos objetivos da pesquisa **“PESSOAS DE 40 AOS 64 ANOS, POLÍTICAS PÚBLICAS E ENFERMAGEM: DETERMINANTES DO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS”**, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 20 ____ .

| | |
|---|--|
| Nome do participante Assinatura | Nome do Pesquisador Responsável: Cristina Arreguy-Sena. Endereço: Rua Olegário Maciel, 1716, apto 204 Paineiras, CEP:36016011. Juiz de Fora MG. E-mail: cristina.arreguy@uff.edu.br |
| Em caso de dúvidas, sobre aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar: CEP - Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humano-UFJF. Campus Universitário da UFJF. Pró-Reitoria de Pesquisa. CEP: 36036-900. Fone: (32)2102-3788. E-mail: cep.propesq@uff.edu.br | Pesquisadora participante: Jussara Regina Martins Endereço: Rua Poeta Daltomar Lima nº 180/401. CEP: 36083-015 / Juiz de Fora - MG.Fone: (32) 3224-4085. E-mail: jussararmartins@hotmail.com |