



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

Talyta do Carmo Vilela

**REDE DE APOIO PARA PESSOAS IDOSAS ABORDADAS
EM DOMICÍLIO: ESTUDO DE MÉTODO MISTO**

Juiz de Fora
Outubro- 2016

Talyta do Carmo Vilela

**REDE DE APOIO PARA PESSOAS IDOSAS
ABORDADAS EM DOMICÍLIO: ESTUDO DE MÉTODO
MISTO**

Relatório de pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, para a fase de Defesa.

Área de Concentração: Enfermagem

Linha de Pesquisa: Tecnologia e Comunicação no Cuidado em Saúde e Enfermagem (TECCSE) na linha “Processo do Envelhecimento no *Continuum* do Desenvolvimento Humano” e “Cultura e Comunicação em Saúde e em enfermagem”

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

**Juiz de Fora
Outubro- 2016**

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

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

Vilela, Talyta do Carmo.

Rede de apoio para pessoas idosas abordadas em domicílio: estudo de método misto / Talyta do Carmo Vilela. -- 2016. 199 f.

Orientadora: Cristina Arreguy-Sena

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

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

Investigação desenvolvida no Núcleo de pesquisa **“Tecnologia, cultura e comunicação em Saúde e em Enfermagem” – TECCSE – UFJF** e inserida na linha “Cultura e Comunicação em saúde e em enfermagem (Grupo: Tecnologia, cultura e comunicação em Saúde e em Enfermagem- TECCSE) e, no Programa de Pós-graduação em Enfermagem.

Cabe mencionar que esta investigação é parte da pesquisa intitulada: “Vulnerabilidade decorrentes do processo de envelhecimento: diagnóstico situacional para demandas de cuidados de enfermagem na atenção primária à saúde”.

Esta pesquisa contou com o apoio da Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (CAPES) na modalidade de bolsa para a mestranda no período compreendido entre 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. (032) 2102-3297 – E-MAIL:
mestrado.enfermagem@ufjf.edu.br



Talyta de Carmo Vilela

**REDE DE APOIO PARA PESSOAS IDOSAS ABORDADAS EM DOMICÍLIO:
ESTUDO DE MÉTODO MISTO**

Relatório de pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, como requisito para o título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em: 11 de Outubro de 2016

COMISSÃO JULGADORA

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

Profa. Dra Maria Márcia Bachion- 1ª avaliadora
Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás- UFG

Profa. Dra Edna Aparecida Barbosa de Castro- 2ª avaliadora
Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora (FACENF-UFJF)

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

Suplente 2- Prof. Paulo Ferreira Pinto
Universidade Federal de Juiz de Fora- FAEFID

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ser fiel a mim e providenciar todas as maravilhas em minha vida, por preparar o momento certo para que as coisas acontecessem, surpreendendo-me e me proporcionando alegrias.

Aos meus pais, Marco Lúcio e Eliete, e irmãos Vitor e Matheus, que sempre estiveram próximos, mesmo que em pensamentos e em palavras, encorajado-me a permanecer firme nos meus objetivos e não me deixando esquecer dos valores humanos que ultrapassam qualquer desejo profissional.

Agradeço ao meu avô Último que antes de falecer no dia 12/09/2016 me proporcionou viver momentos únicos de afeto e amor cultivados pela oportunidade do cuidado mútuo exercendo de fato uma rede de apoio capaz de gerar confiança, solidariedade, carinho e perceber a generosidade é acima de tudo, amor.

Em especial, à minha orientadora, Professora Dra. Cristina Arreguy-Sena, o carinho, companheirismo, compreensão e dedicação na construção do projeto e com humildade, compartilhando conhecimentos e sábios conselhos que, por diversas vezes, acalmaram meu coração. Obrigada pelo olhar generoso e acolhedor que me abriu as portas para o mestrado, as portas de sua casa e até mesmo daquilo que lhe é mais precioso, da sua família que me recebeu com tamanho zelo. Aos queridos filhos André e Lorraine pela acolhida carinhosa se mostrando educados e atenciosos, ao seu esposo Paulo por estar do nosso lado, colaborando e nos ensinando.

Agradeço à Universidade Federal de Juiz de Fora, 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.

Agradeço ainda aos enfermeiros de composição da banca de qualificação, Profa. Dra. Maria Márcia Bachion, Profa. Dra. Edna Aparecida Barbosa de Castro, Profa. Dr. Angélica da Conceição Oliveira Coelho Fabri, Prof. Dr. Pedro Miguel Dinis Parreira e Prof. Paulo Ferreira

Pinto, a disponibilidade de ler meu trabalho e as contribuições, que certamente foram pertinentes e enriquecedoras para minha formação.

Agradeço à Enfermeira Vanderléia Sueli de Barros Zampier o apoio recebido para que a ambiência do cenário e a aproximação com os participantes se efetuassem.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Aos meus avôs Alexandre e Último (em memória)

“Se meu andar é hesitante e minhas
mãos trêmulas, ampare-me...Se minha audição
não é boa e tenho de me esforçar para ouvir
o que você está dizendo, procure entender-me...
Se minha visão é imperfeita e o meu
entendimento é escasso, ajude-me com paciência...
Se minhas mãos tremem e derrubam comida
na mesa ou no chão, por favor não se irrite,
tentei fazer o melhor que pude...Se você me
encontrar na rua, não faça de conta que
não me viu, pare para conversar comigo,
sinto-me tão só... Se você na sua sensibilidade
me vê triste e só, simplesmente partilhe um sorriso
e seja solidário...Se lhe contei pela terceira vez
a mesma "história" num só dia, não me repreenda,
simplesmente ouça-me...Se me comporto como
criança, cerque-me de carinho...Se estou com medo
da morte e tento negá-la, ajude-me na preparação
para o adeus...Se estou doente e sou um peso em
sua vida, não me abandone, um dia você terá a
minha idade...A única coisa que desejo neste meu final
da jornada, é um pouco de respeito e de amor...
Um pouco...Do muito que te dei um dia !!!”

(Autor Desconhecido)

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Esquema ilustrativo da composição de como a presente investigação foi apresentada	3
Figura 2	Esquema do processo de valiação da LSNS-18	17
Figura 3	Distribuição de participantes, perdas segundo motivos e reposições	20
Figura 4	Esquema ilustrativo das dimensões de apoio social	36
Figura 5	Esquema ilustrativo sobre a aproximação entre síndromes geriátricas	44
Figura 6	Representação esquemática das síndromes geriátricas	45
Figura 7	Esquema sobre os três pilares da estrutura política do envelhecimento ativo segundo os princípios das Nações Unidas para os idosos	47
Figura 8	Esquema sobre a articulação das redes de apoio e os alicerces do envelhecimento ativo	61
Figura 9	Esquema representativo sobre estrutura conceitual da teoria de Betty Neuman	69
Figura 10	Esquema ilustrativo da articulação da abordagem qualitativa e quantitativa no Método Misto	75
Figura 11	Imagens utilizadas para subsidiar a realização da TALPDI em concomitância com a técnica de evocação desencadeada por termos indutores “envelhecer” e “envelhecer bem” ao abordar o processo do envelhecimento	79
Figura 12	Imagens utilizadas para subsidiar a realização da TALPDI em concomitância com a técnica de evocação desencadeada por termos indutores ao abordar a rede de apoio	80
Figura 13	Fluxo de participantes na investigação	84
Figura 14	Tela final gerada pelo programa EVOG contendo esquema do quadro de quatro casas	93

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Representação esquemática da correlação que há entre os eixos temáticos das categorias utilizando do gráfico de círculo segundo as dimensões representacionais	90
Gráfico 2	Dendograma e gráfico de círculo apresentando as dimensões representacionais da rede social	101
Gráfico 3	Dendograma e gráfico de círculo apresentando as dimensões representacionais da rede de lugares	113
Gráfico 4	Dendograma e gráfico de círculo apresentando as dimensões representacionais da rede de objetos/materiais	123

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Escala <i>Lubben Social Network Scale</i> – 18 em sua versão original	13
Quadro 2	Distribuição dos participantes segundo cenário e atuação	20
Quadro 3	Comparação das versões geradas a partir da retradução, duplo painel e pré-teste	27
Quadro 4	Escala <i>Lubben Rede Social</i> – 18 em sua versão validada	30
Quadro 5	Distribuição estatística de acordo com os itens da LSNS-18	32
Quadro 6	Estrutura da representação social do grupo de pessoas com idade ≥ 65 anos cadastradas em uma unidade de atenção primária à saúde sobre envelhecer e envelhecer bem	130
Quadro 7	Estrutura da representação social do grupo de pessoas com idade ≥ 65 anos cadastradas em uma unidade de atenção primária à saúde sobre precisar de alguma coisa	136
Quadro 8	Estrutura da representação social do grupo de pessoas com idade ≥ 65 anos cadastradas em uma unidade de atenção primária à saúde sobre precisar de algum lugar	139
Quadro 9	Estrutura da representação social do grupo de pessoas com idade ≥ 65 anos cadastradas em uma unidade de atenção primária à saúde sobre precisar de alguém	144

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização dos participantes do processo de tradução, adaptação transcultural e validação da LSNS-18	24
Tabela 2	Distribuição dos participantes conforme atividades desempenhadas pela profissão e ocupação	25
Tabela 3	Distribuição dos participantes conforme contato/aproximação com a língua inglesa e portuguesa do Brasil	26
Tabela 4	Caracterização dos participantes segundo o gênero, idade, cor da pele, escolaridade, estado civil e quantidade de filhos	96
Tabela 5	Distribuição da rede social, de lugares e objetos dos 190 participantes idosos	97
Tabela 6	Distribuição dos participantes segundo profissão e ocupação	98
Tabela 7	Distribuição segundo a autopercepção de saúde	100
Tabela 8	Dimensão Familiar da LSNS-18	105
Tabela 9	Dimensão sobre vizinhos da LSNS-18	107
Tabela 10	Dimensão sobre amigos da LSNS-18	111
Tabela 11	Distribuição dos 190 participantes para a escala LSNS-18	127
Tabela 12	Distribuição dos 183 participantes para a escala ESSS	128
Tabela 13	Correlação entre a LSNS-18 e ESSS e entre a LSNS-18 com a idade dos participantes	128

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

a.C	Antes de Cristo
AAVD	Atividades Avançadas da Vida Diária
ABVD	Atividades Básicas da Vida Diária
AIVD	Atividades Instrumentais da Vida Diária
APS	Atenção Primária à Saúde
AVD	Atividades da Vida Diária
BBS	<i>Berg Balance Scale</i>
BSS	<i>Balance Stability System</i>
CIPE	Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem
CM	Centímetros
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESSS	Escala de Satisfação do Suporte Social
EUA	Estados Unidos da América
FIQL	<i>Fecal Incontinence Quality of Life</i>
Fr	Frequência
FRT	<i>Functional Reach Test</i>
H1N1	Influenza A
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICIQ-SF	<i>Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form</i>
IU	Incontinência Urinária
LSNS-18	<i>Lubben Social Network Scale-18</i>
MEEM	Miniexame do Estado Mental
MS	Ministério da Saúde
OLB	<i>One-leg Balance</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pressão Arterial
PAM	Pressão Arterial Média
PE	Processo de Enfermagem
PNI	Política Nacional do Idoso
QID	Quadrante Inferior Direiro
QIE	Quadrante Inferior Esquerdo
QSD	Quadrante Superior Direito
QSE	Quadrante Superior Esquerdo
RFIS	<i>Reside Faecal Incontinence Scale</i>
RS	Representações Sociais
SS	Suporte Social

SUS	Sistema Único de Saúde
TALP	Técnica de Evocação por meio da Associação livre de Palavras
TALPDI	Técnica de Associação Livre de Palavras Desencadeada por Imagens
TCLE	Termo de Consentimento Livre e esclarecido
TECCSE	Tecnologia, Cultura e Comunicação em Saúde e em Enfermagem
TRS	Teoria das Representações Sociais
TUG	<i>Timed Up and Go</i>
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
VES-13	<i>Vulnerable Elders Survey-13</i>

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	1
	CAPÍTULO 1: TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DA <i>LUBBEN SOCIAL NETWORK SCALE-18</i> (LSNS-18)	
1	INTRODUÇÃO	5
2	OBJETIVOS E HIPÓTESES	10
2.1	OBJETIVOS GERAIS	10
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
2.3	HIPÓTESES	10
3	MARCO TEÓRICO	11
4	MÉTODOS E TÉCNICAS	16
4.1	ASPECTOS ÉTICOS	16
4.2	DELINEAMENTO	16
4.3	CENÁRIO DA INVESTIGAÇÃO	17
4.4	PARTICIPANTES	18
4.5	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	21
4.6	PROCESSO DE COLETA DE DADOS	21
4.7	ANÁLISE DOS DADOS	23
5	RESULTADOS E DISCUSSÕES	24
5.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	24
5.2	PROCESSO DE TRADUÇÃO, RETRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DA LSNS-18	27
5.3	A VERSÃO LUBBEN-18 TRADUZIDA, ADAPTADA E VALIDADA DO INGLÊS PARA O PORTUGUÊS	29
6	CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	34

CAPÍTULO 2: REPRESENTAÇÃO SOCIAL SOBRE REDE DE APOIO E PROCESSO DE ENVELHECIMENTO NUMA ABORDAGEM DOMICILIAR E SURVEY

1	INTRODUÇÃO	35
2	OBJETIVOS, PRESSUPOSTOS E HIPÓTESES	42
2.1	OBJETIVOS GERAIS	42
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	42
2.3	PRESSUPOSTOS	43
2.4	HIPÓTESES	43
3	MARCO TEÓRICO	44
3.1	SÍNDROMES GERIÁTRICAS E O ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO	44
3.2	FUNCIONALIDADE E O SURGIMENTO DE LIMITAÇÕES	49
3.3	REDE DE APOIO NO ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO	59
3.4	TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	65
3.5	TEORIA DE BETTY NEUMAN, PROCESSO DO ENVELHECIMENTO E O CUIDADO DE ENFERMAGEM: REFLEXÕES PARA A ATUAÇÃO DE ENFERMEIROS	67
5	MÉTODOS E TÉCNICAS	73
5.1	ASPECTOS ÉTICOS	73
5.2	DELINEAMENTO	74
5.3	CENÁRIO DA INVESTIGAÇÃO	75
5.4	PARTICIPANTES	77
5.5	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	78
5.6	PROCESSO DE COLETA DE DADOS	82
5.7	ANÁLISE DOS DADOS	87
5.7.1	Representação social processual e os registros de diário de campo	87
5.7.2	Representação social estrutural	91
5.7.3	Survey	94
6	RESULTADOS E DISCUSSÕES	96
6.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	96
6.2	TRIANGULAÇÃO DOS RESULTADOS DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS, OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE E SURVEY NA ABORDAGEM DO MÉTODO MISTO	99
6.2.1	Abordagem processual sobre rede de apoio e escalas	100
6.2.2	Representação social Estrutural sobre processo de envelhecimento e rede de apoio	130
6.3	REFLEXÕES SOBRE O CUIDADO DE ENFERMAGEM PARA PESSOAS APÓS 65 ANOS ÀS LUZ DA TEORIA DE BETTY NEUMAN	151
7	CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	155
8	REFERÊNCIAS	158
	ANEXOS E APÊNDICES	172

ANEXO 1	Parecer consubstanciado do CEP	173
ANEXO 2	TCLE tradução, adaptação transcultural e validação- para pessoas idosas	175
ANEXO 3	TCLE para participantes da tradução, adaptação transcultural e Validação	176
ANEXO 4	Instrumento de coleta de dados destinado aos peritos tradutores e retradutores	177
ANEXO 5	Processo de tradução, adaptação transcultural e validação	178
ANEXO 6	Termo de consentimento livre e esclarecido para pessoas com idade \geq 65 anos	189
ANEXO 7	Escala de Satisfação do suporte social (ESSS)	190
ANEXO 8	Planilha para gerenciamento da operacionalização da investigação	191
APÊNDICE 1	Caracterização sociodemográficas e etapa qualitativa da representação social com abordagem estrutural	192
APÊNDICE 2	Roteiro utilizado para registro em diário de campo, percepção da rede de apoio	193
APÊNDICE 3	Etapa da abordagem processual das representações sociais exclusiva para pessoas com idade \geq 65 anos	194
APÊNDICE 4	Autopercepção de saúde	196
APÊNDICE 5	Instrumento para abordagem da rede de apoio	197
APÊNDICE 6	Material proveniente da Retradução da LSNS-18	198

REDE DE APOIO PARA PESSOAS IDOSAS ABORDADAS EM DOMICÍLIO: ESTUDO DE MÉTODO MISTO

Talyta do Carmo Vilela

Orientadora: Profa Dra. Cristina Arreguy-Sena

VILELA, Talyta do Carmo. **REDE DE APOIO PARA PESSOAS IDOSAS ABORDADAS EM DOMICÍLIO: ESTUDO DE MÉTODO MISTO**. [Dissertação] Juiz de Fora: Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu*. Mestrado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, 2016, 195 p.

RESUMO: Pesquisa delineada em método misto. Objetivou-se validar a escala *Scale Network Social Lubben-18* (LSNS-18) e compreender as representações sociais sobre a rede de apoio e o processo de envelhecimento em pessoas com idade ≥ 65 anos. Pesquisa alicerçada no processo do envelhecimento humano, rede de apoio, Teoria das Representações Sociais e Teoria de Betty Neuman. Realizada três visitas em domicílios adstritos a uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) de Minas Gerais. Delineamento amostral de seleção completa. Foram critérios de inclusão: pessoas com idade ≥ 65 anos, lúcidas e não acamadas. Etapa das representações sociais utilizou abordagem processual e estrutural complementada pela observação participativa. Da etapa do *survey* incluiu escalas: LSNS-18 com prévia tradução, adaptação transcultural e validação, Escala de Satisfação do Suporte Social (ESSS). Aplicada técnica de evocação apoiada por imagens e entrevistas individuais norteadas por questões norteadoras. Coleta de Fevereiro/2016 a Julho/2016 com registro por áudio ou apoio do aplicativo *Open Data Kit*. Dados quantitativos consolidados em programa SPSS e qualitativos nos Programas Nvivo Pro® e EVOC. Atendidos preceitos éticos e legais de pesquisa envolvendo seres humanos. Na etapa *survey* participaram 190 pessoas: 78,4% mulheres, idade média de 75 anos, 68,6% com companheiro, 81,5% com ≤ 5 anos de estudo. Na etapa da Representação Social (RS) com abordagem estrutural participaram 195 pessoas. Na representação sobre o processo de envelhecimento emergiu as dimensões informativas ligadas a limitações funcionais (saúde-doença) com diferenciação dos elementos simbólicos segundo termos indutores (envelhecer-envelhecer bem). Os cognemas da RS sobre rede de apoio remeteu a conteúdos simbólicos de fisiologia (alimento), ajuda (colaboração), lazer (passear) e papel da família no provimento de apoio (filho-esposo). Fragmentos das falas dos participantes enriqueceram e corroboraram para a discussão dos resultados. Foi possível apreender as representações simbólicas dos participantes sobre o processo do envelhecimento e a rede de apoio, sendo que a triangulação de métodos de coleta e análise dos dados permitiram aprofundar a temática. A escala LSNS-18 foi validada (alpha de Crombach 0,860) assegurando a validade do constructo e 78,9% com avaliação regular/satisfatória para o apoio social. Escore de 38,8% retratou a satisfação dos participantes com sua rede de apoio. Segundo a teoria de Neuman foi possível identificar estressores de origem intrapessoais, interpessoais e extrapessoais cujas fontes subsidiam reflexões sobre o direcionamento do cuidado de enfermagem, a atuação do enfermeiro e da equipe de saúde na Atenção Primária à Saúde na perspectiva de prevenção do isolamento social e do enfrentamento do processo do envelhecimento bem sucedido. A presente investigação trouxe como contribuição a disponibilidade da LSNS-18 para o português do Brasil na perspectiva de uma abordagem na UAPS, a realização de um diagnóstico local sobre a rede de apoio disponível para pessoas idosas e o aprofundamento da temática na abordagem de método misto. Recomenda-se a utilização da escala LSNS-18 na realidade brasileira com pessoas com idade ≥ 65 anos de outros perfis socioeconômicos e realidades culturais.

Palavras-chave: Envelhecimento; Rede Social; Enfermagem; Vulnerabilidade em Saúde; Diagnóstico da Situação de saúde em grupos específicos.

SUPPORT NETWORK FOR ELDERLY ADDRESSED IN HOUSEHOLD: METHOD OF JOINT STUDY

Talyta do Carmo Vilela

Guidance: Profa Dra. Cristina Arreguy-Sena

VILELA, Talyta do Carmo. **SUPPORT NETWORK FOR ELDERLY ADDRESSED IN HOUSEHOLD: METHOD OF STUDY JOINT.** [Master] Juiz de Fora: Graduate Program Stricto Sensu. Master in Nursing Nursing School of the Federal University of Juiz de Fora, 2016, 195 p.

Abstract: Outline research in a mixed method. This study aimed to assess the *Scale Network Social Lubben-18* (LSNS-18). To understand the social representations of the support network and the aging process in people aged ≥ 65 years. Founded research in the process of human aging, support network, Theory of Social Representations and Betty Neuman's Theory. Was realized three visits in households assigned to a Unit of Primary Health Care (UAPS) of Minas Gerais, Brazil. Sample design complete selection. The inclusion criteria were: people aged ≥ 65 years, lucid and unjumble. The stage of social representations used procedural approach and structural complemented by participatory observation. The survey step includes the scales: LSNS-18 translated, cross-cultural adaptation and validation, Social Support Satisfaction Scale (ESSS). Was applied evocation technique supported by images and individual interviews guided by guiding questions. The data was collected from February/2016 to July/2016 with record by audio or the app support *Open Data Kit*. Quantitative data consolidated by the program SPSS and qualitative in Programs Nvivo Pro® and EVOC. Attended ethical and legal research involving human subjects. In the survey step participated 190 people: 78.4% women, mean age 75 years, 68.6% with a partner, with 81.5% with ≤ 5 study's years. In the stage of Social Representation (SR) with structural approach, were attended 195 people. In representation of the aging process emerged the informational dimensions linked to functional limitations (health-disease) with differentiation of symbolic elements according to inducing terms (age-aging well). The cognemas SR on support network refers to symbolic physiology contents (food). help (collaboration), leisure (walk) and family role in providing support (child-husband). Fragments of the speeches from the participants enriched and corroborate the discussion of results. It was possible to grasp the symbolic representations of the participants about the aging process and support network, being the methods triangulation of collection and analysis of data allowed to deepen the theme. The LANSS-18 scale was validated (alpha of Cronbach 0,860) ensuring construct validity and 78.9% with regular / satisfactory assessment for social support. The 38,8% score portrayed participant's satisfaction with their support network. According to Neuman's theory it was possible to identify stressors intrapersonal origin, interpersonal and extra personal whose sources subsidize reflections on nursing care guidance. Also, the work of nurses and health staff in primary health care from the perspective of prevention of social isolation and confrontation of the successful aging process. This research brought as contribution availability of LSNS-18 for the Portuguese of Brazil from the perspective of an approach in the UAPS, conducting a local diagnosis of the network of support available to older people and the deepening of the theme in the mixed method approach. It is recommended to use the LANSS-18 scale in the Brazilian reality with people aged ≥ 65 years from other socioeconomic profiles and cultural realities.

Key-words: Aging; Social network; Nursing; Health Vulnerability; Diagnosis of Health Situation of in Specific Groups.

RED DE APOYO PARA MAYORES DIRIGIDA EN CASA: MÉTODO DE ESTUDIO DE CONJUNTO

Talyta do Carmo Vilela

Supervisor: Profa Dra. Cristina Arreguy-Sena

VILELA do Carmo Talyta. **RED DE APOYO PARA MAYORES DIRIGIDA EN CASA: MÉTODO DE ESTUDIO DE CONJUNTO.** [Master] Juiz de Fora: Programa de Posgrado en sentido estricto. Master en Nursing School de la Universidad Federal de Juiz de Fora, 2016, 195 p.

RESUMEN: Investigación delineada en método mixto. Se objetivó validar la escala *Scale Network Social Lubben-18* (LSNS-18) y comprender las representaciones sociales sobre la red de apoyo y el proceso de envejecimiento en personas con edad de ≥ 65 años. La investigación basada en el proceso del envejecimiento humano, la red de apoyo, la Teoría de las Representaciones Sociales y la Teoría de Betty Neuman. Fueron realizadas tres visitas en domicilios adjuntos a una Unidad de Atención Primaria a la Salud (UAPS) de Minas Gerais. Diseño de la muestra de selección completa. Fueron criterios de inclusión: personas con edad de ≥ 65 años, lúcidas y no postradas en cama. La etapa de las representaciones sociales utilizó un abordaje procesal y estructural complementado por la observación participativa. La etapa *survey* incluyó las escalas: LSNS-18 con previa traducción, adaptación transcultural y validación y la Escala de Satisfacción del Soporte Social (ESSS). Fue aplicada la técnica de evocación apoyada por imágenes y entrevistas individuales norteadas por cuestiones orientadoras. La colecta fue de febrero/2016 a julio/2016 con registro por audio o apoyo de la aplicación *Open Data Kit*. Obtención de datos cuantitativos consolidados en programa SPSS y cualitativos en los Programas Nvivo Pro® y EVO. Fueron atendidos preceptos éticos y legales de investigación envolviendo seres humanos. En la etapa *survey* participaron 190 personas: el 78,4% mujeres, edad promedio de 75 años, el 68,6% tiene pareja, el 81,5% con ≤ 5 años de estudio. En la etapa de la Representación Social (RS) con abordaje estructural participaron 195 personas. En la representación sobre el proceso de envejecimiento emergieron las dimensiones informativas unidas a limitaciones funcionales (salud-enfermedad) con diferenciación de los elementos simbólicos según términos inductores (envejecer-envejecer bien). Los cognemas de la RS sobre la red de apoyo remitió a contenidos simbólicos de fisiología (alimento), ayuda (colaboración), ocio (pasear) y papel de la familia en la provisión de apoyo (hijo-esposo). Los fragmentos de los diálogos de los participantes enriquecieron y corroboraron la discusión de los resultados. Fue posible aprender las representaciones simbólicas de los participantes sobre el proceso de envejecimiento y la red de apoyo, siendo que la triangulación de los métodos de colecta y análisis de los datos permitieron profundizar la temática. La escala LSNS-18 fue validada (alpha de Crombach 0,860) confirmando la validez del constructo y el 78,9% con evaluación regular/satisfactoria para el apoyo social. La puntuación de 38,8% retrató la satisfacción de los participantes con su red de apoyo. Según la teoría de Neuman fue posible identificar tensiones de origen intrapersonales, interpersonales y extrapersonales cuyas fuentes subsidian reflexiones sobre la dirección del cuidado de enfermería, la actuación del enfermero y del equipo de salud en la Atención Primaria a la Salud en la perspectiva de la prevención del aislamiento social y del enfrentamiento del proceso del envejecimiento exitoso. La presente investigación trajo como contribución la disponibilidad de la LSNS-18 para el portugués de Brasil en la perspectiva de un abordaje en la UAPS, la realización de un diagnóstico local sobre la red de apoyo disponible para personas ancianas y la profundización de la temática en el abordaje del método mixto. Se recomienda la utilización de la escala LSNS-18 en la realidad brasileña con personas con edad de ≥ 65 años de otros perfiles socioeconómicos y realidades culturales.

Palabras clave: Envejecimiento; Red Social; Enfermería; Vulnerabilidad en Salud; Diagnóstico de la Situación de salud en grupos específicos.

APRESENTAÇÃO

A minha aproximação com o tema do envelhecimento teve início bem cedo, ainda na infância, a partir da convivência afetuosa e justa com meus avós, em especial com meu avô, que me proporcionou momentos de descontração, ensinamentos e transferência de saberes que despertaram em mim carisma e afeição por suas palavras sábias. Tal oportunidade possibilitou a construção de uma relação intergeracional que culminou quando eu ainda tinha 10 anos de idade e me deparei com uma separação que não soube recompor.

Durante minha experiência como acadêmica, dirigi meu olhar para a adolescência, buscando resgatar momentos de minha vida familiar na qual a presença de meus ancestrais era uma referência que buscava sem compreender bem a razão.

Ao responder a minha primeira indagação de investigar a respeito da vulnerabilidade de adolescentes para o uso de drogas numa cidade do interior do Estado de Minas Gerais, fui surpreendida novamente pela influência e relevância da estrutura familiar, social, econômica e cultural como elemento interveniente sobre as relações entre as pessoas. Tal fato me permitiu compreender a influência do contexto familiar sobre a formação do caráter, a assimilação de valores cuja leitura pode ser realizada a partir dos conteúdos representacionais identificados entre os adolescentes, participantes da investigação.

Durante o curso de graduação em Enfermagem, o momento que me aguçou a curiosidade nas instituições de saúde era ver os usuários chegarem com as pessoas que os apoiavam no momento de adoecimento ou vinham em busca de atendimento de saúde.

Pude ver que as visitas eram ansiadas pelas pessoas internadas, que passavam momentos de espera na instituição onde eram atendidas, onde elas se restabeleciam fisicamente, mas, nas ocasiões em que o encontro com os queridos/amigos se aproximava, algo de especial era aguardado.

Para as pessoas idosas, em especial, naqueles momentos de comunhão/encontro, elas se recuperavam afetivamente, enchiam-se de notícias que desencadeavam sentimentos e comportamentos dúbios. Oscilavam entre a intensificação de suas preocupações e o alento em ter superada a distância do convívio. Estes momentos pareciam que as (re)caracterizavam enquanto pessoas socialmente ativas e integrantes de um clã num dado contexto social.

Fatos semelhantes pude perceber em minha caminhada profissional, ao atuar no setor de urgência e emergência e numa Unidade de Terapia Intensiva. Tive nesses cenários a oportunidade de identificar que as doenças crônico-degenerativas, quando acometem pessoas

idosas, constituem problemas de saúde cujas repercussões alcançam as dimensões do indivíduo, sua família, das instituições de saúde, dos recursos públicos e das políticas públicas.

O impacto deste perfil de adoecimento pode intensificar situações de agudização e justificar a ocorrência de 70% das causas de mortes e agravos à saúde, principalmente entre a parcela da população que tem baixo poder aquisitivo e/ou está exposta a vulnerabilidades como: baixa renda, inatividade física, moradia precária, alimentação inadequada, dificuldades no acesso à educação e saúde, exposição aumentada para o álcool e tabaco, o que favorece o adoecimento precoce da população¹.

Diante da relevância do assunto, da profundidade das reflexões que estes fatos anteriormente mencionados geravam em mim, pude me inserir no grupo de pesquisa intitulado “Tecnologia, Cultura e Comunicação em Saúde e em Enfermagem” - TECCSE-UFJF.

Nele me aproximei do tema sobre envelhecimento na esperança de reencontrar minhas dúvidas e lembranças; na busca por responder a algumas indagações relacionadas ao processo do envelhecimento humano, das relações interpessoais contextualizadas socialmente na teia da convivência familiar. Aliado a esta oportunidade, tinha simultaneamente o anseio por me inserir na área do ensino e da investigação.

Inserir-me no mestrado correspondia, na ocasião, a uma oportunidade para instrumentalizar um pensamento crítico a respeito da prática de enfermagem e me inserir na área de investigação sobre questões capazes de contribuir para a construção de conhecimentos em minha área de formação. A aproximação entre fundamentos epistemológicos e metodológicos seria capaz de alicerçar uma coerência para indagar e percorrer o caminho em busca das respostas para estas indagações.

Minhas indagações de investigação se delinearão em decorrência de um conjunto de situações que caracterizam um novo momento das pessoas, dos serviços e das práticas de saúde^{1; 2; 3}. Elas se fundamentaram nas modificações do perfil populacional, nas influências dos avanços tecnológicos (medicamentos, equipamentos modernos e recursos terapêuticos) e da acessibilidade das pessoas a elas com impacto sobre o cuidado e a expectativa de vida; na reordenação e reorientação dos serviços desenvolvidos pela Atenção Primária à Saúde e na necessidade de uma rede apoio capaz de subsidiar o processo de envelhecimento com autonomia.

Valorizar as pessoas idosas, estimular sua inserção social e política ativamente requer discussão de novas estratégias e, para isso, faz-se necessário conhecer o perfil dessa parcela da população, destacando a importância de se desenvolver pesquisas que investiguem quais os fatores de vulnerabilidades, os determinantes sociais, familiares, socioculturais, econômicos, de

saúde, bem como conhecer a rede social/de apoio que com ela se articula². No âmbito intergeracional, investigar qual o tipo de relacionamento entre idosos e seus descendentes e contemporâneos se torna importante, visto que a família é um elemento da rede social/de apoio⁴.

O aumento da longevidade faz com que as pessoas envelhecidas desenvolvam problemas cognitivos e demência. Pesquisas demonstram que o engajamento social é algo que influencia diretamente na forma como esses adultos estão envelhecendo e no desenvolvimento de problemas cognitivos⁵. Os aspectos positivos e negativos de relações sociais estão associados à cognição durante a vida adulta⁵.

A relação entre o apoio social e os múltiplos aspectos de saúde e bem-estar tem se fortalecido na medida em que a saúde física, aliada à saúde psicológica, manifesta-se como a maneira mais eficaz de se envelhecer bem e aumentar a longevidade⁵.

O fato de nosso grupo de pesquisa estar aprofundando conhecimentos sobre o processo de envelhecimento humano, ter identificado nas redes de apoio uma temática oportuna para investigação e estar estudando sobre representações sociais favoreceu a reunião dessas duas possibilidades como referenciais para minha investigação.

Diante dessas oportunidades, busquei investigar a rede de apoio das pessoas com idade ≥ 65 anos a fim de compreender sua influência sobre o enfrentamento do processo de envelhecimento. Na busca por um método que possibilitasse reunir análise e compreensão, optamos pela utilização de uma pesquisa delineada no método misto (**Figura 1**).

Figura 1: Esquema ilustrativo da composição de como a presente investigação foi apresentada.



Fonte: Elaborado pelas autoras.

No **primeiro capítulo**, a escala LSNS-18 será validada com vistas a sua utilização com pessoas idosas e de escolaridade variada.

No **capítulo dois**, será realizada uma investigação delineada na abordagem de método misto, compreendendo as seguintes etapas: 1) observação participante com registros realizados em diário de campo; 2) Teoria das Representações Sociais com as abordagens estrutural, utilizando a Teoria do Núcleo Central em coerência com a proposta de Abric, e processual, segundo proposta de Moscovici sobre envelhecimento e rede de apoio; 3) *survey* descritivo e exploratório transversal para aferição da rede apoio e processo de envelhecimento e 4) reflexão sobre as evidências obtidas com as etapas anteriores do método misto com vistas a sua aplicabilidade e impacto para o planejamento do cuidado de enfermagem à luz da Teoria de Neuman.

CAPÍTULO 1: TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DA *LUBBEN SOCIAL NETWORK SCALE-18 (LSNS-18)*

1 INTRODUÇÃO

Em todos os países, a mudança no perfil demográfico da população e o aumento da expectativa de vida foram influenciados pelo avanço tecnológico na área da saúde, pela valorização da APS e políticas públicas voltadas para hábitos de vida saudável, contribuindo para que a população atinja idades cada vez mais avançadas⁶. Situação essa que exige medidas e políticas que objetivam o auxílio à população para que as pessoas se mantenham saudáveis, levando em conta os direitos, necessidades, preferências e habilidades deste público, tomados não como um luxo e sim como uma necessidade que vem aumentando cada vez mais⁷.

Entre 1970 e 2025, espera-se um crescimento de 223%, ou em torno de 694 milhões, no número de pessoas mais velhas, justificado pela redução nas taxas de fertilidade e um aumento da longevidade, ocasionando o fenômeno apelidado por “agrisalhamento” da população mundial⁷.

O envelhecimento é foco de políticas de saúde, porém é perceptível a carência de mão de obra especializada e profissionais com competências/habilidades para lidar com este público e desenvolver cuidados que atendam suas demandas. Isso requer a formação de um binômio expresso pela integração de profissionais de saúde com a comunidade numa atuação conjunta no sentido de identificar e prover cuidados/rede de suporte direcionados às demandas emergentes que impactem a redução de danos e contribuam para uma vida saudável^{6; 8-9}.

Investimentos e recursos nesta área são necessários, visto que as projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) colocam o Brasil em sexto lugar em quantitativo de idosos atualmente e com estimativa para 2050 de que superará o número de jovens entre 0 e 15 anos de idade⁹ e, até 2060, o segmento de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos representará 26,7% da população total brasileira¹⁰.

Considera-se indivíduo idoso, no Brasil, aqueles que com idade a partir de 60 anos. Apesar de existirem leis e estatuto de proteção aos idosos, ainda são vivenciados atos de agressão, exclusão social e abandono dessa população¹¹. O estatuto se estabelece por meio de medidas que visam à acessibilidade e ao bem-estar do idoso¹¹.

O tema “envelhecimento” tem sido debatido em todo o mundo, por meio de documentos que discutem o processo de envelhecimento na perspectiva de manter o indivíduo ativo, baseando-se não apenas em dados estatísticos, mas também em múltiplos determinantes. Entre estes estão as relações

dos idosos com ascendentes, contemporâneos, descendentes, síndromes geriátricas e redes de apoio¹².

É importante compreender sua relação com as redes de apoio visto que é indispensável o estabelecimento de estratégias que visem valorizar a pessoa idosa e reconhecê-la como parte integrante capaz de contribuir com a sociedade².

A Rede de Apoio está ligada a diversos determinantes capazes de influenciar direta ou indiretamente no modo de viver dos grupos e seus constituintes⁴. Os componentes do suporte social englobam quatro tipos. O de caráter Constitucional, que inclui as necessidades financeiras e de suporte existente. O Relacional, que está associado aos estatutos familiar e profissional e à participação em organizações sociais. O Funcional, que se relaciona com todo suporte, a exemplo do emocional, informacional, instrumental e material, e o Componente estrutural, que está ligado à frequência e à manutenção dos contatos pessoais realizados, à proximidade psicológica e ao nível de relação¹³.

O contexto em que o idoso está inserido é fator interveniente sobre a forma como vivencia e estabelece suas relações e tal fato pode impactar sobre a qualidade dos anos vividos¹³. A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece a prevenção do isolamento social como medida a ser adotada na busca da promoção de saúde das pessoas mais velhas e no incentivo ao envelhecimento ativo, bem como a intensidade dos relacionamentos com sua família, amigos, sociedade, serviços de saúde, enfim, com as redes sociais¹³.

Nessa concepção, estabelecer relações alargadas entre o idoso e as redes de apoio oportuniza a busca por ajuda emocional, econômica e social, favorecendo para que estratégias de melhoria na qualidade de vida sejam ampliadas e as transformações vivenciadas nesta etapa da vida sejam compreendidas mais facilmente^{2; 13}.

O suporte de que uma pessoa dispõe para conviver com as limitações próprias do processo do envelhecimento, do ponto de vista de sua extensão/limitação, frequência/abrangência, valoração ou (des)concordância com o desejo da pessoa idosa, é capaz de comprometer ou favorecer a satisfação com os anos vividos.

Na gerontologia, os determinantes do processo de envelhecimento são utilizados como estratégias capazes de retratar as necessidades humanas e estão atrelados à infraestrutura disponibilizada à pessoa idosa. Nesse sentido, quando se pretende compreender qual é a vivência das pessoas em processo de envelhecimento e como estas avaliam suas vidas, é necessário identificar quais são suas necessidades e contemplar o processo de envelhecimento e/ou as redes de apoio.

A atuação das pessoas que compõem o apoio social constitui elemento encorajador para a superação e a convivência com as limitações próprias do processo de envelhecimento na medida em

que elas são capazes de distinguir a (in)capacidade da pessoa idosa em atender as próprias necessidades¹⁴.

Para as pessoas que integram o apoio social, conhecer o perfil de adoecimento, as limitações e as restrições que surgem com o processo do envelhecimento (síndromes geriátricas)¹⁴ pode favorecer a identificação precoce dessas manifestações e desencadear ações que impactem o processo de saúde/adoecimento e morbimortalidade.

Verificar a rede social abrange não apenas as questões sociais, como o número de amigos, frequência em que se encontram, intensidade da amizade, contatos com as pessoas, mas também aspectos subjetivos como a percepção que o indivíduo tem sobre estas relações, da satisfação e dimensão social da sua vida¹³. É possível dizer que o apoio social está relacionado à existência de pessoas com as quais se mantém vínculos de afeto ou de confiança, aquelas que se preocupam ou que se mostram confiáveis¹³.

No sentido de aferir o apoio social, buscaram-se escalas previamente validadas que possibilitassem subsidiar sua utilização com pessoas com idade ≥ 65 anos. A presença de uma lacuna na identificação das escalas para aferir o apoio social que contemplassem as peculiaridades da família brasileira das pessoas com idade ≥ 65 anos (prole numerosa) suscitou a opção por usar a escala LSNS. Ela está disponível nas versões 6, 10 e 18 e originalmente na língua inglesa.

A que se mostrou mais propícia foi a LSNS-18, utilizando-se como critério a abordagem pretendida, embora ela ainda não esteja validada para a língua portuguesa do Brasil. Ela afere o apoio nos níveis a partir de três subescalas que abordam a rede social estabelecida com familiares, com vizinhos e amigos¹³ e, como não está disponível validada para a língua portuguesa do Brasil, será previamente validada.

A forma como o processo de cuidar em enfermagem ocorre requer que escalas como as mencionadas anteriormente sejam utilizadas para subsidiar elementos capazes de sustentar o raciocínio clínico e a tomada de decisão. Isso porque a atuação do enfermeiro e sua equipe na APS inclui a promoção da saúde, a prevenção de doenças, a redução de agravos à saúde e da carga de hospitalização¹⁵, dirigindo seu olhar para ações voltadas ao atendimento integral e individualizado do ser humano.

Nesse sentido, o uso da escala LSNS-18 mostra-se passível de captar informações de interesse para o planejamento do cuidado de enfermagem a pessoas idosas, na medida em que ter uma rede de apoio disponível, reconhecê-la e saber da satisfação que ela possa proporcionar às pessoas idosas pode auxiliar o enfermeiro no direcionamento de suas ações laborais com essa clientela.

Cabe ao enfermeiro utilizar estratégias e conhecimentos disponíveis sobre os fatores determinantes do processo de envelhecimento, compreendendo a complexidade e magnitude das potenciais restrições que surgem ao longo dos anos para que possa atuar na promoção da saúde, enfrentamento das situações crônicas e na prevenção de doenças e agravos/agudizações^{16; 17}.

A atuação do enfermeiro nos diferentes pontos de atenção à saúde mostra a importância do cuidado integral ao idoso^{13; 18;15}. Dentro de suas especificidades no atendimento domiciliar, é possível compreender o contexto familiar, a realidade vivenciada por essas pessoas, sua interação com os serviços de saúde, ou seja, aproximar-se da rede de apoio.

Diante do exposto, a presente investigação propõe como objeto a tradução, adaptação transcultural e validação da *Lubben Social Network Scale-18* (LSNS-18) da língua inglesa para a língua portuguesa (Brasil) com vistas a ser utilizada na realidade brasileira com pessoas em processo de envelhecimento de níveis de escolaridade variados.

A realização desta investigação se alicerça nas argumentações mencionadas a seguir. Primeiro, inclui a necessidade de fazer a tradução e o ajustamento cultural da *Lubben Social Network Scale-18* (LSNS-18) destinada a mensurar o apoio social¹⁹ de pessoas em processo de envelhecimento na realidade brasileira que apresentem níveis de escolaridade distintos, tendo em vista a relevância da apreensão de como o processo de envelhecimento e suas relações com familiares, amigos e vizinhos ocorrem.

Segundo, requer o ajustamento da linguagem, mantendo-se a equivalência universalista para a escala LSNS-18 no contexto e realidade apresentado pelo cenário da investigação.

Terceiro, prevê a necessidade de validar a escala LSNS-18 para a realidade em que está sendo proposta com vista a manter o rigor por meio da utilização de métodos que possam ser reproduzidos, aplicados e adequados para a realidade da investigação, mantendo-se a consistência com investigações prévias e sua aplicabilidade na prática clínica de enfermeiros.

E, em quarto lugar, a garantia de que a escala LSNS-18, na realidade brasileira, possa ser utilizada após a tradução, coesão dos termos e variáveis a ponto de assegurar sua validade e equivalências: semântica/conceitual (equivalência no significado das palavras e conceitos); idiomática (peculiares a um idioma); experimental (situações representadas na versão original, mas que devem ser adequadas ao contexto cultural da língua-alvo), funcional (ser compreendida pelas pessoas às quais for aplicada) e mensurativa (manter confiabilidade e apreensão da capacidade de resposta ao que se pergunta)^{19; 20}.

Do ponto de vista de sua aplicabilidade para a enfermagem, a presente investigação instrumentaliza o profissional enfermeiro com uma escala capaz de aferir e conhecer a rede de apoio,

uma vez que essa abordagem integra as ações e os conteúdos pertinentes aos processos de saúde nos quais o enfermeiro deve atuar.

2 OBJETIVOS E HIPÓTESES

A seguir, serão apresentados os objetivos específicos que permitem operacionalizar a etapa do método misto referente à tradução, adaptação transcultural e validação da escala LSNS-18 e as hipóteses elaboradas.

2.1 GERAIS

Proceder à tradução, adaptação transcultural e validação da *Lubben Social Network Scale-18* (LSNS-18) do inglês para o português do Brasil, intensificando a capacidade psicométrica da referida escala para sua aplicação em pessoas em processo de envelhecimento com níveis de escolaridade variados.

2.2 ESPECÍFICOS

Realizar a tradução da Escala LSNS-18 da língua inglesa para a portuguesa do Brasil;

Realizar o ajustamento cultural das traduções da Escala LSNS-18 da língua inglesa para a cultura portuguesa do Brasil na abordagem de pessoas em processo de envelhecimento com níveis de escolaridade variados.

Validar a escala LSNS-18

2.3 HIPÓTESES

A seguir, serão apresentadas as hipóteses construídas com suas respectivas correspondentes de nulidade.

H1: A tradução e a adaptação transcultural da *Lubben Social Network Scale-18* (LSNS-18) para o português do Brasil possibilita sua aplicação em pessoas em processo de envelhecimento com níveis variados de escolaridade com valores de α de Cronbach compreendidos entre 0.6 a 0.95. **H0:** A tradução e a adaptação transcultural da *Lubben Social Network Scale-18* (LSNS-18) para o português do Brasil não possibilita sua aplicação em pessoas em processo de envelhecimento com níveis variados de escolaridade com valores de α de Cronbach >0.6 e <0.95

3 MARCO TEÓRICO

O envelhecimento, enquanto um fenômeno progressivo, irreversível e processual, caracteriza-se pelo surgimento de limitações que podem se manifestar nas dimensões biológica, emocional, social, econômica e relacional²¹. Por isso, requerer enfrentamento e aprendizagem por parte das pessoas idosas, a fim de que possam manter e agregar convivência e vínculos alicerçados na construção de uma rede de apoio, quando as limitações se tornarem evidentes ao ponto de elas não serem capazes de se autocuidarem²¹. Há necessidade de que esse processo de construção de vínculos agregue satisfação para ressignificar os dias a serem vividos²².

Do ponto de vista orgânico, a incapacidade cognitiva é uma situação a ser enfrentada, uma vez que pode desencadear dificuldade de uma pessoa construir vínculos com seu contexto. No que tange ao processo de cuidar de pessoas idosas, isso ocorre devido à impossibilidade ou restrição da pessoa idosa em acessar novos conhecimentos, informações, comportamentos e pessoas de seu cotidiano e criar vínculos com aqueles que considera significativos^{21; 23}.

As Redes de Apoio são constituídas por dimensões que abrangem de forma integral e visam aprimorar a qualidade de vida, atendendo às necessidades demandadas por pessoas idosas para que envelheçam de forma ativa e bem-sucedida⁴. Elas se constroem a partir da extensão, dimensão, qualidade, convivência e frequência⁴. O apoio social constitui-se em quatro dimensões, sendo elas: estrutural, funcional, relacional, constitucional e de satisfação.

Na dimensão estrutural, é importante ressaltar o número de pessoas com as quais o idoso convive e a proximidade com as pessoas, pois quanto maior a proximidade maiores são as chances de se constituir contato e de formar vínculos; grau de intimidade entre os indivíduos, disponibilidade e reciprocidade, definindo a intensidade emocional; grau de semelhança entre eles como, por exemplo: idade e condição socioeconômica⁴.

A dimensão funcional se caracteriza pela atuação no suporte emocional, informacional, instrumental, fazendo a conexão entre o material disponível, a qualidade de suporte oferecida, o desejo de apoiar e a quantidade de apoio necessário⁴.

Na dimensão relacional, estão incluídas as relações familiares, estatutos profissionais e participação em organizações sociais. A dimensão constitucional se baseia na carência entre as demandas necessárias e o suporte disponível. Já a dimensão de satisfação baseia-se na relação entre as demandas de necessidades, na utilidade identificada em algo ou alguém e na expectativa de ajuda que se pode obter²⁴.

Dois termos são mencionados sempre que se trata de redes de apoio: apoio social e rede social. Apesar de apresentarem semelhanças entre si, possuem características que os definem de modo individual. A rede social abrange a dimensão estrutural ou institucional ligada a um indivíduo como, por exemplo, a vizinhança, o sistema de saúde, escolar ou grupos religiosos²⁴.

O apoio social se encontra na dimensão pessoal (interpessoal), que se constitui de membros desta rede social que possui valor significativo para as famílias, que formam vínculos sociais. Constitui-se num conceito de difícil definição e mensuração por ser caracterizado como multifacetado. Para tal, percebe-se a necessidade de identificar características, necessidades, disponibilidades para que seja possível compreender os anseios de apoio que as famílias necessitam para que a promoção da saúde seja realizada de forma mais adequada²⁴.

O fato de a população idosa estar em constante crescimento faz com que, com o passar dos anos, aumentem as necessidades de se apropriar de um conhecimento maior sobre as constantes mudanças por que passa esse grupo e conhecer suas demandas. Faz-se necessária uma investigação minuciosa sobre os seus determinantes (serviços sociais e de saúde, econômicos, sociais, comportamentais, ambiente físico, pessoais) para compreender como as redes de apoio contribuem para um envelhecimento bem-sucedido^{4: 25}.

Entre as possibilidades de mensuração da rede social estão as versões da *Lubben Social Network Scale (LSNS)*²⁶. Essa escala é utilizada para aferir o isolamento social em pessoas idosas e está disponível em quatro versões, LSNS-6¹³, LSNS-10²⁶, LSNS-R²⁷, LSNS-18²⁸.

As LSNS são utilizadas tanto na prática quanto na pesquisa, principalmente com pessoas idosas, em ambientes diversos como, por exemplo, na comunidade, em hospitais, consultórios médicos e instituições de longa permanência (asilos e abrigos)²⁶.

Essa escala foi desenvolvida em 1988 pelo pesquisador James Lubben da Universidade *Louise McMahon Ahearn in Boston College*, na Escola de Trabalho Social, onde também atua como diretor do Programa Internacional de Doutorado em Assistência Social²⁶. Há um *site* que concentra estudos com sua aplicação, a partir do qual existem orientações para os pesquisadores que desejam realizar a validação da mesma para outros idiomas e culturas²⁶.

Cabe mencionar que a primeira versão da LSNS foi constituída por uma quantidade igualmente ponderada de dez itens, sendo utilizada para medir o tamanho, a proximidade e a frequência dos contatos da rede social do indivíduo. Ela não se encontra disponível, o que justifica a existência, a partir de 2002, de duas outras versões e por isso a LSNS-R foi considerada a primeira versão disponível²⁶.

A primeira versão denominada de *Lubben Social Network Scale – Revised* (LSNS-R) contém 12 itens distribuídos em dois domínios (familiares e amigos), sendo constituída de seis itens em cada domínio e com variação no ponto de corte entre 0 e 60²⁷.

A versão *Lubben Social Network Scale -6* (LSNS-6) é apresentada de forma reduzida por conter seis itens e dois domínios (familiares e amigos), ou seja, três itens em cada domínio e seu escore varia de 0 a 30 pontos, e visa atender às necessidades das pessoas idosas, uma vez que sua operacionalização é rápida^{13; 26}.

A *Lubben Social Network Scale -18* (LSNS-18) possui 18 itens e capacidade de aferir o isolamento social a partir da abordagem em três domínios (familiares, amigos e vizinhos). Cada um deles apresenta seis itens e a pontuação varia em 0 a 90. Possui capacidade psicométrica para captar o tamanho da rede de apoio social, a proximidade (vínculo) e a frequência de contato do participante com sua rede social. Seu diferencial se relaciona à importância de se aferir as conexões estabelecidas com os vizinhos, população que se insere na rede de apoio e estabelece relações de vínculo e ajuda no dia a dia^{13; 26; 28}.

Ao comparar a LSNS-R com a LSNS-6, é possível perceber que a primeira, por ser mais extensa, mensura as relações com profundidade no que tange aos familiares e amigos, distingue a natureza das redes sociais de família e amigos, diferenciando os parentes e os não parentes, apesar de não ser capaz de diferenciar amigos de vizinhos^{13; 26}.

Há versões traduzidas e validadas para o idioma dos seguintes países: Japão (LSNS-6); Coreia (LSNS-6 e LSNS-18); Mongólia (LSNS-18) e Portugal (LSNS-6)²⁶. A tradução, adaptação transcultural e validação da LSNS-18 foi alvo da presente investigação. Sua versão original está disponível na língua inglesa e a forma como deverá ser aplicada consta do **Quadro 1**.

Quadro 1: Escala *Lubben Social Network Scale – 18* em sua versão original.

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	5=nine or more
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	3 = weekly	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	5=nine or more
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=nine or more

Continua

Continuação

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	5 = always
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	5 = always
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	5 = nine or more
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	5 = nine or more
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	5 = nine or more
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	5 = always
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 = sometimes	3 = often	4 = very often	5 = always
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	5 = nine or more
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	3 = weekly	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	5 = nine or more
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	5 = nine or more

Continua

Continuação

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	5=always
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 = sometimes	3 = often	4 = very often	5=always
<i>LSNS-18 total score is an equally weighted sum of these twelve items. Scores range from 0 to 90</i>						

Fonte: <http://www.bc.edu/schools/gssw/lubben/downloads.html>

A escolha pela tradução, adaptação transcultural e validação da versão LSNS-18 baseou-se em critérios gerais e específicos. Entre os critérios gerais está o fato de: 1) o Brasil possuir conglomerados urbanos com proximidade de moradias e potencialidades para criar vínculos de autoproteção e 2) a intensidade dos vínculos estabelecidos ser fator determinante sobre a disponibilidade de apoio cuja repercussão reflete no processo de envelhecimento entre os mais idosos e com demandas de cuidados.

Os critérios específicos envolvem o contexto do grupo investigado propriamente dito. O primeiro se deve ao fato de a constituição de família, na realidade em que os dados foram coletados, ser numerosa, apesar da diminuição dos índices de natalidade²⁹.

O segundo critério, decorrente do primeiro, está ligado à característica de alocação e convivência do grupo investigado. O fato de as famílias serem precursoras do povoamento do bairro fez com que elas se instalassem em moradias próximas, o que justifica a convivência de longa data e parte dos vizinhos serem parentes.

Tal fato foi percebido através do contato com os participantes em outra ocasião na qual o grupo de pesquisa TECCSE conduziu outras investigações e permitiu confirmar a presença de um perfil de convivência. Neste havia: capacidade de identificação precoce das necessidades emergentes, disponibilidade em atender-se mutuamente, compartilhamento do cotidiano e apoio em situações de necessidades.

Por isso a escolha pela tradução, adaptação transcultural e validação da versão LSNS-18 se justifica na medida em que ela se mostra capaz de aferir o isolamento social não apenas entre familiares e amigos, mas também contempla a abordagem de vizinhos como elemento integrador dos vínculos que se estabelecem no entorno das residências, aferindo sua disponibilidade e influência sobre o contexto das relações interpessoais.

4 MÉTODOS E TÉCNICAS

A seguir, estão apresentados os métodos e as técnicas para viabilização desta investigação.

4.1 ASPECTOS ÉTICOS

Desde a idealização até a finalização da investigação, foi previsto o atendimento de todos os critérios éticos e legais de pesquisa envolvendo seres humanos de acordo com a legislação brasileira (Resolução n. 466/2012³⁰ do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, legislação em vigor no período de submissão).

O início do processo de coleta de dados foi subordinado à aprovação em Comitê de Ética da Universidade Federal de Juiz de Fora, instituição à qual as pesquisadoras estão vinculadas.

Cabe mencionar que a presente investigação integra uma pesquisa e será realizada em duas realidades: uma brasileira e outra portuguesa, na qual é intitulada “Tradução e adaptação transcultural da escala de rede social (LSNS-18) para o português do Brasil/Portugal”. Por isso, essa etapa da presente investigação se inscreveu como parte da pesquisa guarda-chuva e como um recorte para a validação da LSNS-18 na realidade brasileira. Ela foi aprovada em Comitê de Ética da Universidade Federal de Juiz de Fora segundo parecer n. e 41478915.7.0000.5147, em 06/07/2015.

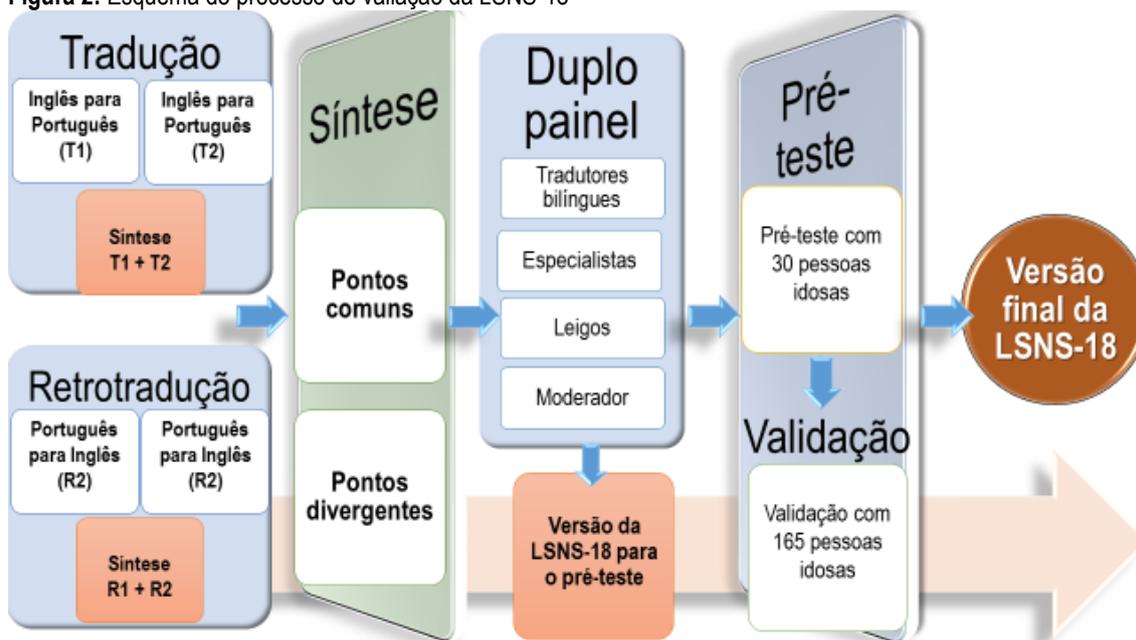
A etapa de pré-teste e validação se inscreveu como parte da pesquisa intitulada “Vulnerabilidades decorrentes do processo de envelhecimento: diagnóstico situacional para demandas de cuidados de enfermagem na Atenção Primária à Saúde”. Ela foi aprovada em comitê de Ética segundo parecer número 40476214.8.0000.5147, em 16/04/2015.

4.2 DELINEAMENTO

Trata-se de uma investigação de tradução, adaptação transcultural e validação da escala LSNS-18 da língua inglesa para o português do Brasil segundo proposta de Epstein³¹.

Para melhor compreensão do leitor está apresentado na **Figura 2**, uma representação esquemática das etapas que foram percorridas.

Figura 2: Esquema do processo de valiação da LSNS-18



Fonte: As autoras

Com base na **Figura 2** é possível perceber que a pesquisa foi operacionalizada nas seguintes etapas: 1) tradução da escala da língua original (inglesa) para a língua-alvo (Portuguesa-Brasil); 2) síntese das duas versões traduzidas; 3) retrotradução da escala traduzida para a língua de origem; 4) síntese das versões retraduzidas e verificação da validade; 5) avaliação das equivalências pelo duplo painel, adaptação cultural e consensualização da versão pré-final³¹; 6) pré-teste e *Debriefing* com 30 participantes idosos; 7) validação da LSNS-18 com aplicação em 165 pessoas idosas e 8) retorno da escala validada para os autores²⁰.

4.3 CENÁRIO DA INVESTIGAÇÃO

A etapa relativa à realidade no Brasil foi desenvolvida em dois cenários que serviram de suporte para a operacionalização da investigação.

O primeiro cenário foi uma Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais, localizada em uma cidade com aproximadamente de 517.872 habitantes, dos quais 11,9% têm idade ≥ 65 anos^{32; 33}. Esse foi o local utilizado como suporte para o desenvolvimento das atividades de tradução/retradução e consensualização por sediar o espaço onde as atividades do núcleo de pesquisa TECCSE ocorrem, no qual essa etapa da investigação se inscreve.

A estrutura física da universidade conta com salas amplas, arejadas e confortáveis, com serviços de internet e materiais de suporte para projeção de imagens. A missão da instituição é formar enfermeiros generalistas com perfil para atuarem no Sistema Único de Saúde. Para isso oferta 40 vagas semestrais nos cursos de bacharelado em graduação e de licenciatura, ambos na modalidade presencial. Há também a oferta anual de 20 vagas para o mestrado acadêmico em enfermagem.

O corpo docente, atualmente, é constituído de 27 doutores e 16 mestres³⁴. A instituição conta com serviço de transporte coletivo. Está situada em local silencioso, o que compatibiliza esse cenário com a realização de possíveis reuniões para operacionalizar as etapas de tradução/retradução e adaptação cultural da LSNS-18.

O segundo cenário foi a área de abrangência de uma APS e os domicílios de pessoas com idade ≥ 65 anos moradoras dessas áreas onde foram realizadas as etapas de pré-teste e validação da escala.

4.4 PARTICIPANTES

Houve dois grupos de participantes, a saber: 1) tradutores/retradutores e peritos/especialistas e 2) pessoas com idade ≥ 65 anos que compuseram o duplo painel, o pré-teste e a validação.

No caso dos tradutores/retradutores e peritos/especialistas e das pessoas com idade ≥ 65 anos que compuseram o duplo painel, a amostra foi de conveniência e composta de cinco segmentos: tradutores, retradutores, peritos/especialistas, leigos e moderador.

No caso das pessoas com idade ≥ 65 anos que integraram a fase de validação, a amostra foi de seleção completa e, para aquelas que participaram do duplo painel e do pré-teste, a amostra foi de conveniência.

O critério de conveniência adotado para a abordagem das pessoas idosas foi a sequência de seus registros dentro da lista de participantes disponível e que foi consolidada após a coleta de dados da etapa do survey que consta do capítulo dois.

Foram **critérios de inclusão** comuns a todos os participantes: aceitar integrar a investigação de forma voluntária, externar aquiescência em participar por meio da assinatura do TCLE após ser esclarecido quanto ao objetivo da investigação, sua participação e direitos. Considerando haver segmentos distintos de participantes, os critérios de inclusão e exclusão estão apresentados segundo cada segmento.

Foram critérios de inclusão para os **tradutores e retradutores** ser qualificado e fluente em ambas as línguas de origem e destino (bilingue), familiarizado com as culturas (bicultural) e ter experiências distintas com o conteúdo do instrumento a ser avaliado.

Foram critérios de inclusão para os **peritos/especialistas** ser profissional da área de saúde com experiência em pesquisa na área de envelhecimento e/ou validação de instrumentos e/ou metodologia da investigação; profissional da área de humanas com formação bilingue para os binômios das línguas inglesa/portuguesa do Brasil e ter aproximação com grupos de pessoas que apresentem níveis de escolaridade variados.

As **pessoas idosas** que integraram o duplo painel, o pré-teste e a validação tiveram como critério de inclusão ser/ter: idade ≥ 40 anos, moradora de área adstrita a uma UAPS, condição para expressar-se verbalmente com coerência e lucidez.

Foram **critérios de exclusão para integrar a investigação na condição de tradutor/retradutor e perito/especialista**: não atender aos critérios de inclusão segundo o segmento que integraria; recusar-se a participar ou a continuar na investigação durante sua realização e protelar sua participação após três tentativas de convite sem justificativa consistente.

Cabe ressaltar que a inclusão do último critério mencionado deveu-se à necessidade de se criar estratégia de proteção para os potenciais participantes que não desejavam integrar a pesquisa e não se sentiam à vontade para fazer um posicionamento de não participação ou interrupção da participação de forma direta.

E, para integrar o segmento de **pessoas com idade ≥ 65 anos**, foram **critérios de exclusão**: estar internado, doente; ter viajado ou ter modificado endereço de forma a inviabilizar o contato; ter idade ≤ 64 anos; não se apresentar lúcido e com fala coerente; modificar seu nível de lucidez ou estar incapacitado para se exprimir verbalmente com coerência após integrar uma das etapas anteriores.

Os participantes foram recrutados por convite individual ou por contato telefônico. Utilizou-se como critério de escolha o reconhecimento pelos pares. Foi estimada a participação de 210 pessoas. A formação, características e etapa da investigação estão explicitadas no **Quadro 2**.

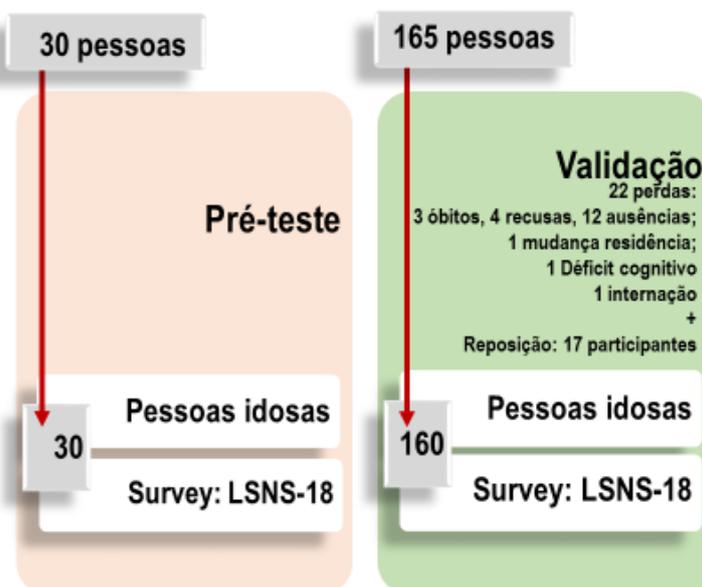
Quadro 2: Distribuição dos participantes segundo cenário e atuação.

Etapa/finalidade	n
TRADUÇÃO	
Tradutores bilíngues	2
Retradutores	2
DUPLO PAINEL	
Profissionais de saúde bilíngue com formação/experiência em linguística, metodologia da pesquisa e/ou envelhecimento	3
Profissionais da área de humanas bilíngue com formação/experiência em linguística, metodologia da pesquisa e/ou envelhecimento	3
Pessoas idosas com idade ≥ 65 anos e nível de escolaridade variado	4
Participantes do pré-teste subgrupo de área geográfica delimitada	30
Participantes com idade ≥ 65 anos	165
Total	210

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Considerando que a participação dos integrantes desta investigação permitiu a conciliação de um ou mais critérios de elegibilidade durante a fase de tradução, retradução e duplo painel (excetuando a validação), foi possível que o quantitativo de participantes no processo de (re)tradução e adaptação transcultural fosse de 14 pessoas, no entanto serão apresentados diferentes justificado pelo fato de haver pessoas que atenderam a dois dos critérios de inclusão.

Para a fase de pré-teste, foi utilizada uma amostra de seleção por tipicidade composta de um subgrupo dos participantes cujo critério de seleção foi a área geográfica da moradia com 30 participantes. Integraram a fase de validação 160 participantes com idade ≥ 65 anos conforme mostra a **Figura 3**.

Figura 3: Distribuição de participantes, perdas segundo motivos e reposições

Fonte: As autoras

Cabe ressaltar que a fase de tradução e retradução teve a participação de quatro profissionais remunerados.

4.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento de coleta de dados para a realização do processo de tradução, adaptação transcultural e validação da escala LSNS-18 foi elaborado a partir de quatro passos: 1) caracterização sociodemográfica dos peritos bilíngues; 2) perfil de caracterização da perícia; 3) tradução, retrotradução, adaptação transcultural, pré-teste e validação sugeridos por Epstein³¹ e impressos adaptados com base na proposta de Beaton²⁰ e 4) informações adicionais.

Foram utilizados vários impressos que possibilitaram a abordagem dos conteúdos apresentados na escala LSNS-18 e as etapas metodológicas propostas^{19; 20; 31} no processo de tradução, adaptação transcultural e validação. Durante a etapa de tradução/retradução e duplo painel, surgiu a necessidade de se criar dois impressos para integrarem a investigação.

Foram utilizados nove impressos pelos peritos/especialistas, a saber. 1) caracterização dos participantes: variáveis sociodemográficas, perfil profissional e a aproximação com os idiomas envolvidos (inglês americano e português do Brasil) (**Anexo 3**); 2) processo de tradução e retradução: impressos destinados à tradução, conciliação, retradução, reconciliação, síntese, adaptação cultural e à avaliação da clareza das variáveis, gerando a versão pré-final da escala a ser aplicada na fase de pré-teste (**Anexo 4**).

4.6 PROCESSO DE COLETA DE DADOS

A tradução inicial da LSNS-18 da língua inglesa para a portuguesa do Brasil foi realizada por dois tradutores (remunerados) bilíngues com domínio do idioma original, que realizaram suas traduções individualmente, o que gerou dois documentos os quais foram comparados durante a fase de síntese (reconciliação) e reunião dos tradutores com a pesquisadora. Neste momento, houve divergências de expressões e/ou palavras devido à gramática e pela própria adequação à língua-alvo. Posteriormente deu-se a consensualização entre os tradutores, levando em conta as condições socioeconômicas e o nível de escolaridade da população respondente da LSNS-18, o que resultou em uma versão na língua portuguesa.

Dois tradutores bilíngues, que também detiam domínio do idioma inglês, procederam à retrotradução da escala para sua língua de origem em busca de validá-la. Os retrotradutores

atuaram de forma individual e se reuniram no momento de síntese, juntamente com a pesquisadora, para a realização das discussões e adequação dos termos divergentes encontrados.

Em um outro momento, a pesquisadora solicitou o duplo painel com a presença dos dois tradutores/retradutores bilíngues, três profissionais bilíngues que opinavam sobre as equivalências (semântica, conceitual, idiomática, etc.)³¹ e a adaptação cultural, três profissionais de saúde (dois médicos e um educador físico, todos com experiência sobre o processo de envelhecimento), uma profissional pedagoga/linguística e quatro pessoas leigas com idades entre 40 e 82 anos com escolaridade variada.

O duplo painel possibilitou um amplo debate sobre a versão em português gerada a partir das sínteses com o instrumento original. Cabe ressaltar que houve consenso entre os integrantes do duplo painel, no qual foi realizado ajustamento de palavras e expressões mais comuns na população com a adaptação cultural, resultando na versão pré-final que foi aplicada na fase de pré-teste.

Durante a fase de pré-teste, algumas adaptações foram realizadas a partir do *debriefing* (entrevistas cognitivas) e calibração da pesquisadora que identificou nesta população idosa a dificuldade de autopreenchimento da escala demandada pela baixa escolaridade, idade avançada e problemas visuais. Diante disso, houve a necessidade de que o preenchimento fosse realizado pela própria pesquisadora.

Cabe mencionar que os encontros ocorreram individualmente, via telefonia e via internet com tradutores, retradutores, especialistas e com profissionais de saúde de acordo com a dinâmica da tradução e a necessidade de ajustamento da linguagem para sua aplicação em pessoas com níveis de escolaridade variados.

O processo de reconciliação se deu por meio da aplicação da técnica Delphi e foi realizado com apoio de mídia eletrônica, com vistas a viabilizar os horários, a disponibilidade e a operacionalização econômica dessa etapa da investigação.

Cabe mencionar que houve disponibilidade para que os encontros com os participantes ocorressem de acordo com a preferência individual e/ou grupal. Para isso foram utilizados encontros presenciais e aplicadas estratégias tecnológicas de aproximação entre as pessoas por contato virtual operacionalizados por via telefônica ou por serviços de internet.

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados provenientes da aplicação da escala e avaliação de sua compreensão pelos participantes foram consolidados no *Programa Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 22.

O escore obtido pelos participantes para a escala LSNS-18 varia entre 0 e ≤ 90 pontos e, em cada item, a variação fica entre 0 e 5 pontos. A pontuação total LSNS-18 é uma soma igualmente ponderada desses itens³⁵. Foi pontuada por domínios e não por escore geral, na qual quanto menor a pontuação obtida pior é o apoio social relacionado àquele domínio³⁶.

O parâmetro utilizado foi o coeficiente Alfa de Cronbach, ou seja, medida utilizada com o objetivo de estimar a confiabilidade de um questionário aplicado a uma determinada pesquisa. O valor mínimo aceitável para a confiabilidade de um questionário é de $\alpha \geq 0,70$. Abaixo deste valor, considera-se que a consistência interna da escala utilizada é baixa. Os valores acima de 0,90 indicam que existem itens redundantes, ou seja, que aferem o mesmo elemento do constructo e por isso devem ser eliminados³⁷.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os participantes que integraram a etapa de tradução e adaptação cultural foram: 1) dois tradutores bilíngues (línguas inglesa/portuguesa do Brasil) remunerados; 2) dois retradutores bilíngues voluntários; 3) três profissionais de saúde que atuam na pesquisa com pessoas em processo de envelhecimento no Brasil (dois médicos e um educador físico) 4) um profissional da área de humanas com formação em linguística e experiência em tradução e adaptação cultural; 5) cinco pessoas bilíngues com opiniões sobre características semânticas e culturais 6) quatro pessoas leigas com idade ≥ 65 anos e baixo nível de escolaridade.

Cabe mencionar que em alguns casos o mesmo participante atendia mais de um critério de inclusão.

5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIOCULTURAL DOS PARTICIPANTES

A caracterização dos participantes consta de gênero, idade, escolaridade e estado civil conforme na **Tabela 1**.

Tabela 1: Caracterização dos participantes do processo de tradução, adaptação transcultural e validação da LSNS-18.

Caracterização		Grupo de avaliadores		Grupo de pessoas idosas	
Gênero		n	%	N	%
	Masculino	8	57,2	149	78,4
	Feminino	6	42,8	41	21,5
	Total	14	100	Total	190
Idade				65---69	47
	26-----46	6	42,8	70---74	55
	47-----77	7	50	75---79	30
	≥ 88	1	7,2	80---84	34
	Total	14	100	≥ 85	24
				Total	190
Escolaridade				Ensino primário	79
	Ensino primário	2	14,3	Ensino fundamental	14
	Ensino fundamental	2	14,3	Ensino médio	7
	Ensino médio	1	7,1	Ensino superior	14
	Ensino superior	9	64,3	Total	190
	Total	14	100		100
Estado civil					
	Solteiro	2	14,5		10
	casado	10	71,4		126
	divorciado	1	7,1		9
	Viúvo	-	-		41
	União estável	1	7,1		14
	Total	14	100	Total	190

Fonte: Elaborado pelas autoras.

A profissão dos participantes integrantes dessa etapa da investigação constam na **Tabela 2.**

Tabela 2: Distribuição dos participantes conforme atividades desempenhadas pela profissão e ocupação.

Participantes da etapa do Duplo painel					
Profissão	n	%	Ocupação	n	%
Professora	3	21,7	Tradutora	3	21,7
Do lar	2	14,3	Doméstica	2	14,3
Engenheiro(a)	2	14,3	Aposentada	2	14,3
Arquiteta/linguística	1	7,1	médico	1	7,1
Cineasta	1	7,1	Doutoranda exterior	1	7,1
Marketing	1	7,1	Comércio	1	7,1
Médico	1	7,1	Editor	1	7,1
Educador físico	1	7,1	Engenheiro	1	7,1
Secretária	1	7,1	Funcionária pública	1	7,1
Tipógrafo	1	7,1	Professor	1	7,1
Total	14	100	Total	14	100
Participantes da etapa do pré-teste, adaptação transcultural e validação					
Aposentado	141	76	Aposentado	163	86
Do lar	12	6	Do lar	13	7
Professor	8	4,2	Pedreiro	2	1
Pedreiro	4	2,1	Manutenção equipamento	1	0,5
Costureira	3	1,1	Empresário	1	0,5
Serviços gerais	3	1,1	Artesão	1	0,5
Motorista	2	1	Babá	1	0,5
Secretária	2	1	Comércio	1	0,5
Artesão	1	0,5	Estofador	1	0,5
Autônomo	1	0,5	Locutor	1	0,5
Babá	1	0,5	Motorista	1	0,5
Calderista	1	0,5	Pensionista	1	0,5
Cozinheira	1	0,5	Professor	1	0,5
Digitadora	1	0,5	Serviços gerais	1	0,5
Economista	1	0,5	Trabalho voluntário	1	0,5
Estofador	1	0,5	Total	190	100
Ferroviário	1	0,5			
Locutor	1	0,5			
Lustrador de móveis	1	0,5			
Metalúrgico	1	0,5			
Pensionista	1	0,5			
Telefonista	1	0,5			
Trabalhador rural	1	0,5			
Total	190	100			

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Apesar dos participantes idosos da presente investigação ocuparem cargos em profissões diversas, se mostrando atuantes e participativos economicamente, a maioria (33,6%) dependem apenas da aposentadoria para as demandas financeiras. Fato também observado em uma investigação realizada em Terezina onde 40% das pessoas idosas possuíam renda compreendida entre um a três salários mínimos³⁸.

Para os integrantes da fase de duplo painel, as características sobre a aproximação com a língua inglesa e portuguesa constam na **Tabela 3.**

Tabela 3: Distribuição dos participantes conforme contato/aproximação com a língua inglesa e portuguesa do Brasil.

Aproximação língua Inglesa (Contato Inglês)				Aproximação língua Portuguesa (Contato Português)			
	n	%	n	%			
Morou em país que fala a língua por:							
6 meses	1	7,3	-	-			
12 meses	3	21,4	-	-			
Mais de 12 meses	4	28,5	14	100			
Não se aplica	6	42,8	-	-			
Total	14	100	14	100			
Morou em país que fala a língua irmã							
6 meses	1	7,1	-	-			
12 meses	1	7,1	4	28,4			
Mais de 12 meses	7	50	5	35,8			
Não se aplica	5	35,8	5	35,8			
Total	14	100	14	100			
Mantém contato pessoa/profissional/pessoas do idioma							
nunca	-	-	-	-			
raramente	-	-	-	-			
ocasionalmente	-	-	-	-			
frequentemente	2	14,2	-	-			
sempre	8	57,3	8	57,3			
Não se aplica	4	28,5	6	42,8			
Total	14	100	14	100			
Leciona usando o idioma inglês							
fundamental	-	-	2	14,2			
médio	4	28,5	-	-			
superior	4	28,5	1	7,1			
Não se aplica	6	42,8	11	78,5			
Total	14	100	14	100			
Leciona usando o idioma Português							
Tipo de atividade que exercer na língua inglesa remunerado							
Tradução com ganhos financeiros							
raramente	1	7,1	-	-			
ocasionais	1	7,1	3	21,5			
frequentes	1	7,1	2	14,2			
sempre	5	35,8	3	21,5			
Não se aplica	6	42,8	6	42,8			
Total	14	100	14	100			
Tradução sem ganhos financeiros							
raramente	-	-	-	-			
ocasionais	-	-	1	7,1			
frequentes	1	7,1	1	7,1			
sempre	6	42,8	5	35,7			
Não se aplica	7	50,1	7	50,1			
Total	14	100	14	100			
Elaboração de trabalho científico							
raramente	-	-	-	-			
ocasionais	1	7,1	-	-			
frequentes	-	-	1	7,1			
sempre	7	50,1	6	42,8			
Não se aplica	6	42,8	7	50,1			
Total	14	100	14	100			
Tipo de atividade que exercer na língua portuguesa							

Continua

Continuação

Leitura de texto na língua

raramente	-	-	-	-
ocasionais	-	-	1	7,1
frequentes	-	-	-	-
sempre	8	57,2	7	50,1
Não se aplica	6	42,8	6	42,8
Total	14	100	14	100

Fonte: elaborado pelas autoras.

5.2 PROCESSO DE TRADUÇÃO, RETRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DA LSNS-18

Para a realização da tradução, adaptação transcultural e validação da LSNS-18, foi necessária modificações da escala original para viabilização de sua aplicação em pessoas idosas nas realidade brasileira. As versões originadas da fase de retradução constam do **Apêndice 5**, o consenso das retraduições, do duplo painel e do pré-teste constam do **Quadro 3**.

Quadro 3: Comparação das versões geradas a partir da retradução, duplo painel e pré-teste.

Versão original com marcação em cor das diferenças na fase de retradução	Concensono no duplo painel com modificação marcadas em cor	Adaptações no pré-teste
FAMILY: Considering the people to whom you are related by birth, marriage, adoption, etc...	FAMÍLIA: Considerando as pessoas com as quais o(a) senhor(a) tem vínculo, desde o nascimento, a partir do casamento, por adoção, etc...	FAMÍLIA: Considerando as pessoas com as quais o(a) senhor(a) tem vínculo, desde o nascimento, a partir do casamento, por adoção, etc...
1. How many relatives do you see or hear from at least once a month?	1. Quantos parentes o(a) senhor(a) vê ou de quantos o(a) senhor(a) tem notícias pelo menos uma vez por mês?	1. Quantos parentes o(a) senhor(a) vê ou de quantos o(a) senhor(a) tem notícias pelo menos uma vez por mês?
2. How often do you see or hear from relative with whom you have the most contact?	2. Com qual frequência o(a) senhor(a) vê ou tem notícias pelo menos uma vez por mês?	2. Quantas vezes o(a) senhor(a) vê ou tem notícias no mês ?
3. How many relatives do you feel at ease with that you can talk about private matters?	3. Com quantos parentes o(a) senhor(a) se sente à vontade o suficiente para falar sobre assuntos íntimos ?	3. Com quantos parentes o(a) senhor(a) se sente à vontade o suficiente para falar sobre assuntos pessoais/intimos ?
4. How many relatives do you feel close to such that you could call on them for help?	4. Com quantos parentes o(a) senhor(a) se sente à vontade o suficiente para pedir ajuda?	4. Com quantos parentes o(a) senhor(a) sente intimidade para pedir ajuda?
5. When one of your relatives has an important decision to make, how often do they talk to you about it?	5. Quando um de seus parentes tem que tomar uma decisão importante , com que frequência eles conversam com o(a) senhor(a) sobre isso?	5. Quando um de seus parentes tem que tomar uma decisão importante, com quantas vezes eles conversam com o(a) senhor(a) sobre isso?
6. How often is one of your relatives available for you to talk to when you have an important decision to make?	6. Com que frequência um de seus parentes está disponível para conversar quando o(a) senhor(a) tem de tomar uma decisão importante?	6. Quantas vezes um de seus parentes está disponível para conversar quando o(a) senhor(a) tem de tomar uma decisão importante?

Continua

Continuação

NEIGHBORS: Considering those people who live in your neighborhood...	VIZINHOS: Considerando as pessoas que moram na sua vizinhança...	VIZINHOS: Considerando as pessoas que moram na sua vizinhança...
7. How many of your neighbors do you see or hear from at least once a month?	7. Quantos vizinhos o(a) senhor(a) vê ou de quantos o(a) senhor(a) tem notícias pelo menos uma vez por mês?	7. Quantos vizinhos o(a) senhor(a) vê ou de quantos o(a) senhor(a) tem notícias pelo menos uma vez por mês?
8. How often do you see or hear from the neighbor with whom you have the most contact?	8. Com que frequência o(a) senhor(a) vê ou tem notícias dos vizinhos com os quais o(a) senhor(a) tem mais contato?	8. Quantas vezes o(a) senhor(a) vê ou tem notícias dos vizinhos que o(a) senhor(a) tem mais contato?
9. How many neighbors do you feel at ease with that you can talk about private matters?	9. Com quantos vizinhos o(a) senhor(a) se sente à vontade para falar de assuntos pessoais?	9. Com quantos vizinhos o(a) senhor(a) sente intimidade para falar de assuntos pessoais/ íntimos ?
10. How many neighbors do you feel close to such that you could call on them for help?	10. Com quantos vizinhos o(a) senhor(a) tem intimidade o suficiente para chama-los em caso de necessidade?	10. Com quantos vizinhos o(a) senhor(a) tem intimidade/ proximidade o suficiente para chama-los em caso de necessidade?
11. When one of your neighbors has an important decision to make, how often do they talk to you about it?	11. Quando um de seus vizinhos precisa tomar uma decisão importante , com que frequência ele conversa com o(a) senhor(a) sobre isso?	11. Quando um de seus vizinhos precisa tomar uma decisão importante, quantas vezes ele conversa com o(a) senhor(a) sobre isso?
12. How often is one of your neighbors available for you to talk to when you have an important decision to make?	12. Com que frequência um de seus vizinhos está disponível para conversar quando o(a) senhor(a) tem de tomar uma decisão importante ?	12. Quantas vezes um de seus vizinhos está disponível para conversar quando o(a) senhor(a) tem de tomar uma decisão importante?
FRIENDSHIPS: Considering your friends who do not live in your neighborhood...	AMIGOS: Considerando seus amigos que não moram na sua vizinhança...	AMIGOS: Considerando seus amigos que não moram na sua vizinhança...
13. How many of your friends do you see or hear from at least once a month?	13. Quantos amigos o(a) senhor(a) vê ou de quantos o(a) senhor(a) tem notícias pelo menos uma vez por mês?	13. Quantos amigos o(a) senhor(a) vê ou de quantos o(a) senhor(a) tem notícias pelo menos uma vez por mês?
14. How often do you see or hear from the friend with whom you have the most contact?	14. Com que frequência o(a) senhor(a) vê ou tem notícias de um amigo de quem o(a) senhor(a) é mais íntimo/proximidade ?	14. Quantas vezes o(a) senhor(a) vê ou tem notícias de um amigo de quem o(a) senhor(a) é mais íntimo/ próximo ?
15. How many friends do you feel at ease with that you can talk about private matters?	15. Com quantos amigos o(a) senhor(a) se sente à vontade para conversar sobre assuntos pessoais?	15. Com quantos amigos o(a) senhor(a) se sente à vontade para conversar sobre assuntos pessoais?
16. How many friends do you feel close to such that you could call on them for help?	16. Com quantos amigos o(a) senhor(a) tem intimidade/proximidade o suficiente para chama-los em caso de necessidade?	16. Com quantos amigos o(a) senhor(a) tem intimidade/proximidade o suficiente para chama-los em caso de necessidade?
17. When one of your friends has an important decision to make, how often do they talk to you about it?	17. Quando um de seus amigos tem que tomar uma decisão importante, com que frequência eles conversam com o(a) senhor(a) sobre isso?	17. Quando um de seus amigos tem que tomar uma decisão importante, quantas vezes eles conversam com o(a) senhor(a) sobre isso?

Continua

Continuação

18. How often is one of your friends available for you to talk to when you have an important decision to make?	18. Com que frequência um de seus amigos está disponível para conversar quando o(a) senhor(a) tem de tomar uma decisão importante?	18. Quantas vezes um de seus amigos está disponível para conversar quando o(a) senhor(a) tem de tomar uma decisão importante?
<i>LSNS-18 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	A escala de Rede Social possui 18 itens distribuídos em três dimensões (relação com familiares; amigos; vizinhos) os escores variam de 0 a 90
none	Nenhum	Nenhum
never	Nunca	Nunca
less than monthly	Menos que uma vez ao mês	Menos que uma vez ao mês
one	Um	Um
seldom	Raramente	Raramente
monthly	uma vez por mês	uma vez por mês
two	Dois	Dois
few times a month	poucas vezes por mês	poucas vezes por mês
sometimes	Algumas vezes	Algumas vezes
three or four	três ou quatro	três ou quatro
often	frequentemente	frequentemente
weekly	Uma vez por semana	Uma vez por semana
five thru eight	De cinco a oito	cinco a oito
very often	Muitas vezes	Muitas vezes
few times a week	Algumas vezes por semana	Algumas vezes por semana
nine or more	Nove ou mais	Nove ou mais
always	Sempre	Sempre
daily	Diariamente	Diariamente

Fonte: Arreguy-Sena, C; Vilela, T,C; Pinto, P; Parreira, P, M, D; F; Braga, L, M.

As palavras grafadas em negrito foram aquelas divergentes na adaptação transcultural de acordo com cada etapa na qual sucedeu a pesquisa. A adaptação transcultural otimizou a comunicação entre o pesquisador e o entrevistado, viabilizando a aplicação da escala LSNS-18.

Devido ao fato de a população alvo da pesquisa possuir peculiaridades (escolaridade variada) que exige das pesquisadoras uma comunicação clara, eficiente e com vocabulário simples, justifica-se a utilização de sinônimos acessíveis a elas. Nesse sentido, o termo “senhor(a)” por se tratar de um pronome de tratamento frequentemente utilizado entre a população brasileira que manifesta o posicionamento respeitoso ao se referir a pessoa idosa atendeu aos critérios de uma validação cultural.

5.3 A VERSÃO LUBBEN-18 TRADUZIDA, ADAPTADA E VALIDADA DO INGLÊS PARA O PORTUGUÊS

A seguir consta da escala LSNS-18 em sua versão validada com população com idade \geq 65 anos moradores de uma comunidade brasileira.

Quadro 4: Escala *Lubben* Rede Social – 18 em sua versão validada.

Escala <i>Lubben</i> Rede Social						
FAMÍLIA: Considerando as pessoas com as quais o(a) senhor(a) tem vínculo, desde o nascimento, a partir do casamento, por adoção, etc...						
1. Quantos parentes o(a) senhor(a) vê ou de quantos o(a) senhor(a) tem notícias pelo menos uma vez por mês?	0 = nenhum	1 = um	2 = dois	3 = três ou quatro	4 = de cinco a oito	5 = nove ou mais
2. Quantas vezes o(a) senhor(a) vê ou tem notícias no mês?	0 = menos que uma vez ao mês	1 = uma vez por mês	2 = algumas vezes por semana	3 = uma vez por semana	4 = algumas vezes por semana	5 = diariamente
3. Com quantos parentes o(a) senhor(a) se sente à vontade o suficiente para falar sobre assuntos pessoais/íntimos?	0 = nenhum	1 = um	2 = dois	3 = três ou quatro	4 = de cinco a oito	5 = nove ou mais
4. Com quantos parentes o(a) senhor(a) sente intimidade para pedir ajuda?	0 = nenhum	1 = um	2 = dois	3 = três ou quatro	4 = de cinco a oito	5 = nove ou mais
5. Quando um de seus parentes tem que tomar uma decisão importante, com quantas vezes eles conversam com o(a) senhor(a) sobre isso?	0 = nunca	1 = raramente	2 = algumas vezes	3 = frequentemente	4 = muitas vezes	5 = sempre
6. Quantas vezes um de seus parentes está disponível para conversar quando o(a) senhor(a) tem de tomar uma decisão importante?	0 = nunca	1 = raramente	2 = algumas vezes	3 = frequentemente	4 = muitas vezes	5 = sempre
VIZINHOS: Considerando as pessoas que moram na sua vizinhança...						
7. Quantos vizinhos o(a) senhor(a) vê ou de quantos o(a) senhor(a) tem notícias pelo menos uma vez por mês?	0 = nenhum	1 = um	2 = dois	3 = três ou quatro	4 = de cinco a oito	5 = nove ou mais
8. Quantas vezes o(a) senhor(a) vê ou tem notícias dos vizinhos que o(a) senhor(a) tem mais contato?	0 = menos que uma vez ao mês	1 = uma vez por mês uma vez por mês	2 = algumas vezes por semana	3 = uma vez por semana	4 = algumas vezes por semana	5 = diariamente
9. Com quantos vizinhos o(a) senhor(a) sente intimidade para falar de assuntos pessoais/íntimos?	0 = nenhum	1 = um	2 = dois	3 = três ou quatro	4 = de cinco a oito	5 = nove ou mais
10. Com quantos vizinhos o(a) senhor(a) tem intimidade/proximidade o suficiente para chama-los em caso de necessidade?	0 = nenhum	1 = um	2 = dois	3 = três ou quatro	4 = de cinco a oito	5 = nove ou mais
11. Quando um de seus vizinhos precisa tomar uma decisão importante, quantas vezes ele conversa com o(a) senhor(a) sobre isso?	0 = nunca	1 = raramente	2 = algumas vezes	3 = frequentemente	4 = muitas vezes	5 = sempre
12. Quantas vezes um de seus vizinhos está disponível para conversar quando o(a) senhor(a) tem de tomar uma decisão importante?	0 = nunca	1 = raramente	2 = algumas vezes	3 = frequentemente	4 = muitas vezes	5 = sempre

Continua

Continuação

AMIGOS: Considerando seus amigos que não moram na sua vizinhança...						
13. Quantos amigos o(a) senhor(a) vê ou de quantos o(a) senhor(a) tem notícias pelo menos uma vez por mês?	0 = nenhum	1 = um	2 = dois	3 = três ou quatro	4 = de cinco a oito	5= nove ou mais
14. Quantas vezes o(a) senhor(a) vê ou tem notícias de um amigo de quem o(a) senhor(a) é mais íntimo/próximo?	0 = menos que uma vez ao mês	1 = uma vez por mês	2 = algumas vezes por semana	3 = uma vez por semana	4 = algumas vezes por semana	5= diariamente
15. Com quantos amigos o(a) senhor(a) se sente à vontade para conversar sobre assuntos pessoais?	0 = nenhum	1 = um	2 = dois	3 = três ou quatro	4 = de cinco a oito	5= nove ou mais
16. Com quantos amigos o(a) senhor(a) tem intimidade/proximidade o suficiente para chama-los em caso de necessidade?	0 = nenhum	1 = um	2 = dois	3 = três ou quatro	4 = de cinco a oito	5= nove ou mais
17. Quando um de seus amigos tem que tomar uma decisão importante, quantas vezes eles conversam com o(a) senhor(a) sobre isso?	0 = nunca	1 = raramente	2 = algumas vezes	3 = frequentemente	4 = muitas vezes	5= sempre
18. Quantas vezes um de seus amigos está disponível para conversar quando o(a) senhor(a) tem de tomar uma decisão importante?	0 = nunca	1 = raramente	2 = algumas vezes	3 = frequentemente	4 = muitas vezes	5= sempre
A escala de Rede Social possui 18 itens distribuídos em três dimensões (relação com familiares; amigos; vizinhos) os escores variam de 0 a 90.						

Fonte: Elaborado pelas autoras.

A versão brasileira da LSNS-18 foi validada na realidade brasileira e se mostrou capaz de aferir o apoio social acessado/disponibilizado por pessoas com idade ≥ 65 anos. Sua versão final manteve a mesma estrutura (apresentação, domínios e parâmetros avaliativos) da escala original.

Foram avaliados os 18 itens da escala que possuem consistência interna avaliada pelo alpha de Crombach 0,860 indicando uma consistência interna adequada. O mesmo ocorreu em um processo de validação da LSNS-18 na Mongólia, apresentando alpha de Crombach 0,89²⁸. Caso algum item seja excluído, os valores de sua variância encontram-se no **Quadro 5**.

Quadro 5: Distribuição estatística de acordo com os itens da LSNS-18.

Se o item for excluído	Média	Variância	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Crombach
1. Quantos parentes o(a) senhor(a) vê ou de quantos o(a) senhor(a) tem notícias pelo menos uma vez por mês?	33,81	237,715	0,419	0,435	0,855
2. Quantas vezes o(a) senhor(a) vê ou tem notícias no mês?	34,46	244,605	0,240	0,256	0,863
3. Com quantos parentes o(a) senhor(a) se sente à vontade o suficiente para falar sobre assuntos pessoais/íntimos?	35,20	235,138	0,443	0,558	0,854
4. Com quantos parentes o(a) senhor(a) sente intimidade para pedir ajuda?	34,79	234,510	0,492	0,456	0,852
5. Quando um de seus parentes tem que tomar uma decisão importante, com quantas vezes eles conversam com o(a) senhor(a) sobre isso?	36,02	238,978	0,352	0,365	0,858
6. Quantas vezes um de seus parentes está disponível para conversar quando o(a) senhor(a) tem de tomar uma decisão importante?	34,66	224,355	0,503	0,557	0,852
7. Quantos vizinhos o(a) senhor(a) vê ou de quantos o(a) senhor(a) tem notícias pelo menos uma vez por mês?	33,94	232,114	0,565	0,596	0,850
8. Quantas vezes o(a) senhor(a) vê ou tem notícias dos vizinhos que o(a) senhor(a) tem mais contato?	33,65	240,110	0,408	0,409	0,856
9. Com quantos vizinhos o(a) senhor(a) sente intimidade para falar de assuntos pessoais/íntimos?	36,14	243,723	0,370	0,420	0,857
10. Com quantos vizinhos o(a) senhor(a) tem intimidade/proximidade o suficiente para chama-los em caso de necessidade?	35,14	231,737	0,528	0,548	0,851
11. Quando um de seus vizinhos precisa tomar uma decisão importante, quantas vezes ele conversa com o(a) senhor(a) sobre isso?	36,44	242,302	0,382	0,489	0,857
12. Quantas vezes um de seus vizinhos está disponível para conversar quando o(a) senhor(a) tem de tomar uma decisão importante?	35,44	231,860	0,432	0,518	0,855
13. Quantos amigos o(a) senhor(a) vê ou de quantos o(a) senhor(a) tem notícias pelo menos uma vez por mês?	34,81	229,705	0,532	0,632	0,850
14. Quantas vezes o(a) senhor(a) vê ou tem notícias de um amigo de quem o(a) senhor(a) é mais íntimo/próximo?	35,33	235,352	0,482	0,420	0,853
15. Com quantos amigos o(a) senhor(a) se sente à vontade para conversar sobre assuntos pessoais?	35,61	233,356	0,549	0,721	0,850
16. Com quantos amigos o(a) senhor(a) tem intimidade/proximidade o suficiente para chama-los em caso de necessidade?	35,26	227,955	0,626	0,794	0,847
17. Quando um de seus amigos tem que tomar uma decisão importante, quantas vezes eles conversam com o(a) senhor(a) sobre isso?	35,93	229,941	0,569	0,679	0,849
18. Quantas vezes um de seus amigos está disponível para conversar quando o(a) senhor(a) tem de tomar uma decisão importante?	35,01	219,505	0,567	0,718	0,849

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Considerando os 18 itens pertencentes a LSNS-18, a pontuação média da escala total é: média 37,16, variância 260,261 e desvio padrão 16,133.

A análise da versão brasileira LSNS-18 ocorrerá no capítulo dois juntamente com a discussão articulada da rede de apoio.

Para a aferição da rede apoio social de pessoas idosas faz se necessário a utilização de instrumentos previamente validados para aplicação na população idosa. Os resultados obtidos da presente investigação indicam características psicométricas adequadas e capazes de aferir a rede social de pessoas idosas quanto ao relacionamento com seus familiares, vizinhos e amigos. A manutenção da estrutura e da forma de se aplicá la conforme a versão original, permite reforçar suas potencialidades e utilidade.

A classificação das pessoas idosas quanto ao risco de isolamento social é fator interveniente no processo laboral do enfermeiro, uma vez que o tipo de interação social mantido ao longo da vida está diretamente relacionado à disponibilidade de apoio disponível na fase idosa e à forma de enfrentamento dessas pessoas frente ao surgimento de limitações^{13; 39}.

A falta de assistência social pode gerar perda da identidade, de liberdade, de autoestima, culminar no sentimento de solidão capaz de causar prejuízo cognitivo, sendo este sugestivo de internação em instituições de longa permanência para idosos, o que intensifica o declínio da capacidade funcional e reduz a independência e a qualidade de vida desses usuários.

Levando em consideração que a baixa escolaridade, a idade avançada e o isolamento social são fatores de risco para o comprometimento cognitivo e déficit funcional, a aplicação da LSNS-18 torna-se um instrumento passível de ser utilizado por profissionais de saúde na detecção e classificação dos usuários com isolamento social.

A institucionalização de pessoas idosas no Brasil é crescente, por isso, a busca por instrumentos validados na realidade brasileira permite a detecção de fatores de risco, possibilitando ao profissional enfermeiro traçar metas terapêuticas para a comunidade com objetivo de minimizar as internações hospitalares.

6 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao proceder a tradução, adaptação transcultural e validação da LSNS-18 do inglês para o português do Brasil, com vistas a intensificar a capacidade psicométrica da referida escala para sua aplicação em pessoas em processo de envelhecimento com níveis de escolaridade variados para o contexto brasileiro foi possível obter uma versão na língua portuguesa que pode ser compreendida pelos participantes em virtude do ajustamento cultural realizado.

Tal fato possibilitou negar H₀, tendo em vista que a tradução e a adaptação transcultural da LSNS-18 para pessoas em processo de envelhecimento com baixa escolaridade obteve α de Crombach compreendido em 0,860.

Dentre as contribuições identificadas com a presente etapa da investigação, destaca-se sua utilização para aferição do apoio social de pessoas idosas residentes em comunidade.

Do ponto de vista do profissional enfermeiro a disponibilidade da escala LSNS-18 a instrumentaliza para obtenção de informações capazes de subsidiar a identificação de diagnósticos situacionais vinculados a rede de apoio social a ponto de guiá-lo em suas decisões clínicas no sentido de identificar necessidades e traçar estratégias terapêuticas em consonância com as peculiaridades de cada pessoa que atende.

Do ponto de vista do uso da LSNS-18 pessoas com perfil semelhante aos dos participantes integraram essa etapa da investigação, ou seja, pessoas com idade ≥ 65 anos, há expectativa de que essa escala seja utilizada. Tal raciocínio está alicerçado no fato de sua utilização ser compatível com as projeções de envelhecimento da população brasileira e ela se mostrar como uma estratégia de aferição do apoio social, principalmente entre culturas em que o núcleo familiar é marcante.

Sugere-se realizar os testes de estatística Kappa com ponderação quadrática, rotação Varimax e índice de Kaiser para a extração de fatores de afericidade e reafirmação da pertinência da referida validação.

CAPÍTULO 2: REPRESENTAÇÃO SOCIAL SOBRE REDE DE APOIO E PROCESSO DE ENVELHECIMENTO NUMA ABORDAGEM DOMICILIAR E SURVEY

O presente capítulo trata-se da rede de apoio acessada/disponível na população com idade ≥ 65 anos na perspectiva do processo de envelhecimento humano.

1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas constituem problema de saúde pública, causando impactos significativos na população, representam 70% das causas de mortes e agravos à saúde e atingem a população mais pobre, que é caracterizada por grupos expostos a vulnerabilidades como: baixa renda, inatividade física, moradia precária, alimentação inadequada, dificuldades no acesso à educação e saúde, exposição aumentada para o álcool e tabaco, o que favorece o adoecimento precoce da população¹.

O Ministério da Saúde (MS) criou um plano de Ações Estratégicas das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), levantando estimativas e preparando o Brasil para o enfrentamento dessas doenças nos próximos dez anos¹.

Com significativa incidência de mortes ocasionadas por DCNTs, viu-se a necessidade de ampliar a Atenção Básica, promovendo condições de melhoria à saúde¹. Sendo assim, com o crescimento da Atenção Básica e melhoria na assistência desde os anos 1990, houve redução de aproximadamente 20% nas taxas de mortalidade ocasionadas pelas DCNTs. Isso reforça a importância de se investir na saúde com enfoque nas ações de promoção, prevenção, vigilância e redução de agravos, sendo fundamental para a recuperação dos usuários e melhoria na qualidade de vida¹.

O envelhecimento é foco de políticas de saúde, porém é perceptível a carência de mão de obra especializada e de cuidados específicos que atendam às suas demandas, exigindo dos profissionais de saúde e da comunidade preparo para que o cuidado seja prestado com eficiência e que as ações sejam desenvolvidas para a diminuição de danos e promoção de uma vida saudável^{6, 8}, por pessoas que detenham o conhecimento ideal para lidar com este grupo⁹.

As projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) colocam o Brasil em sexto lugar em quantitativo de idosos atualmente e estimam para 2050 que superará o número de jovens entre 0 e 15 anos de idade⁹ e que, até 2060, a população atingirá 73,5 milhões com idade superior a 60 anos^{10, 40}.

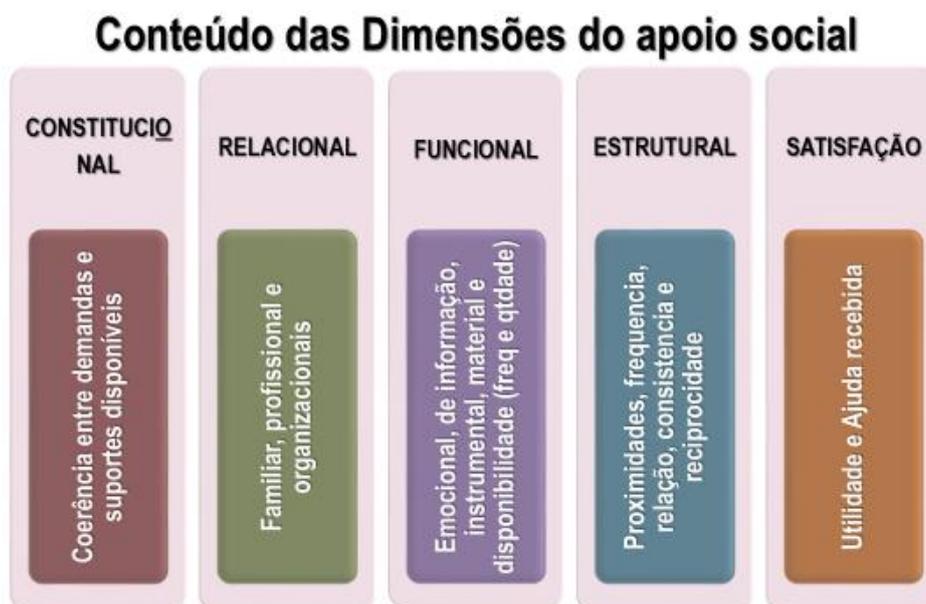
No Brasil, o indivíduo é classificado como idoso quando a sua idade atinge os 60 anos. A escolha por pessoas com idade ≥ 65 anos ocorreu pelo fato de essa fase da vida oportunizar manifestações peculiares ao processo de envelhecimento humano e garantir a transposição da fase de transição presente em algumas pessoas durante os 60 aos 64 anos e por isso possibilitar a aferição da rede de apoio de acordo com o declínio funcional, além de viabilizar parâmetro comparativo com realidade(s) internacionais uma vez que para alguns países essa é a idade e o parâmetro norteador do processo de envelhecimento humano.

O tema “envelhecimento” tem sido discutido em todo o mundo, por meio de documentos que visam ao envelhecimento ativo, baseando-se não apenas em dados estatísticos, mas em múltiplos determinantes, entre os quais estão as relações dos idosos com ascendentes, contemporâneos, descendentes, síndromes geriátricas e redes de apoio¹².

É importante compreender sua relação com as redes de apoio, visto que é indispensável o estabelecimento de estratégias que visem valorizar a pessoa idosa e reconhecê-la como parte integrante, capaz de contribuir com a sociedade². A Rede de Apoio está ligada a diversos determinantes capazes de influenciar direta ou indiretamente no modo de viver dos grupos e seus constituintes⁴.

Do ponto de vista dos componentes da rede de apoio social, é possível dizer que se constitui através de pessoas consideradas importantes para as famílias (dimensão pessoal). O apoio social pode ser analisado do ponto de vista de cinco subgrupos: estrutural; funcional; relacional; constitucional e de satisfação²⁴, conforme consta na **figura 4**.

Figura 4: Esquema ilustrativo das dimensões de apoio social.



Fonte: Ribeiro, J. L. P. Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise psicológica*, v. 17, n. 3, p. 547-558, 1999.

A dimensão Constitucional se relaciona com as necessidades demandadas e o suporte disponível, incluindo as financeiras e as de suporte existente, e a última dimensão é a Satisfação, que se baseia na relação entre utilidade e ajuda^{4; 24}.

A dimensão Relacional trata das relações familiares, atuação profissional e participação em organizações sociais, estruturando uma rede mais alargada^{4; 13}. Já a dimensão Funcional é caracterizada por sua influência no suporte emocional, informacional e instrumental recebido, ou seja, faz a conexão entre o acesso de materiais disponíveis, a qualidade de suporte oferecida (interação e intimidade, aliadas ao desejo de apoiar) e a quantidade de apoio recebido/necessário para cada indivíduo de maneira individualizada^{4; 13; 41}.

A dimensão Estrutural contempla a frequência e a manutenção dos contatos pessoais realizados, a proximidade psicológica e nível de relação¹³, o quantitativo de pessoas com as quais se convive e qual a distância em que vivem umas das outras, pois quanto maior a proximidade maiores são as chances de se constituir contato e formar vínculos. Isso fortalece os laços afetivos entre os indivíduos, de disponibilidade e reciprocidade, contribuindo para a formação de grupos definidos por características convergentes, com determinação da intensidade emocional; proximidade entre pares com idades próximas e condição socioeconômica similar^{4; 41}.

O componente Satisfação está relacionado à ajuda ofertada e recebida em relação à necessidade do indivíduo⁴.

Diante da diversidade de nomenclaturas encontradas na literatura a respeito da rede de apoio e seus componentes, na presente investigação, fez-se necessário estabelecer os limites conceituais para esses elementos.

O suporte social pode ser classificado em psicológico e não psicológico. O suporte psicológico é aquele representado pelas pessoas em que se confia, acredita e se sente confortável com sua presença. Por isso ele é percebido como desejável e pode ou não estar disponível para ser acessado em caso de necessidade. O suporte não psicológico contempla o apoio que possibilita operacionalizar as atividades do cotidiano, podendo ser nomeado em caso de necessidade para suprir uma dada demanda sem ser necessariamente a pessoa desejável, embora seja a disponível. Por isso esse suporte expressa-se de forma tangível no cotidiano e retrata uma possibilidade ou uma disponibilidade conhecida para a resolução de um fato. Pode ser uma opção ou representar a falta da mesma, sendo acessado em instância formal ou informal¹³.

Na presente investigação, a terminologia suporte social (SS) está sendo utilizado como apoio social (AS). Apoio social pode variar em quantidade, disponibilidade, frequência,

intensidade e grau de vínculos, correspondendo a pessoa desejada e/ou acessada para atender as demandas situacionais ou circunstanciais da pessoa idosa que necessita de uma ajuda. Essas pessoas podem exemplificadas por familiares, vizinhos, amigos, conhecidos, cuidadores ou desconhecidos.

Por isso, o apoio social pode ser aferido pelo aspecto valorativo atribuído a uma pessoa, pela pessoa a qual se deseja o apoio, pela especificação do quantitativo de pessoas que se considera necessário no cotidiano, pelo número de vezes que se busca o apoio e por quem se considera relevante.

Devido a diversidade de pessoas que integram o apoio social, faz-se necessário delinear a concepção de rede de apoio que, na presente investigação, inclui o apoio social (pessoas e a forma como elas se articulam), a rede de apoio social (que inclui as instituições de todas as naturezas que são ou podem ser acessadas) e o apoio de locais e de objetos (que incluem os recursos materiais a exemplo dos equipamentos e das condições para se atender as demandas pessoais).

Estudos realizados com a participação de pessoas com doenças crônicas categorizam o suporte emocional como prático, quando ocorre pela presença compartilhada no cotidiano da pessoa que atua como fornecedora do apoio social^{13; 18}. Não objetiva diretamente a permuta de confidências, mas se apresenta pela atuação nas demandas implícitas e explícitas, expressando satisfação no apoio social.

O outro tipo de suporte emocional é o informativo^{13; 18}, que pode ser exemplificado pela atuação de uma pessoa com a qual não haja compartilhamento presencial, mas com quem as confidências ocorrem e se traduzem em sugestões de condutas, opiniões e pareceres.

O contexto em que o idoso está inserido é fator interveniente sobre a forma como vivencia e estabelece suas relações, refletindo na qualidade de vida. Na gerontologia, a abordagem dos determinantes do processo de envelhecimento se torna essencial para compreender a vivência e a qualidade de vida desta população¹⁴. As redes de apoio atuam como subsídio capaz de viabilizar o acesso a recursos materiais, psicológicos e a redes sociais¹³.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece a prevenção do isolamento social como medida a ser adotada na busca da promoção de saúde das pessoas mais velhas e no incentivo ao envelhecimento ativo, bem como a intensidade dos relacionamentos com sua família, amigos, sociedade, serviços de saúde, enfim, com as redes sociais¹³. Estabelecer relações mais alargadas entre o idoso e as redes de apoio oportuniza a busca por ajuda emocional, econômica e social, favorecendo para que estratégias de melhoria na qualidade de

vida sejam ampliadas e as transformações vivenciadas nesta etapa da vida sejam compreendidas mais facilmente^{2; 13}.

O processo de envelhecimento envolve transformações biológicas, físicas, psicológicas e sociais, inerentes ao organismo e que acontecem de maneira gradativa e variam de indivíduo para indivíduo⁴². Fatores genéticos e ambientais estão envolvidos neste processo em que as mudanças fisiológicas e anatômicas são detectadas facilmente com o envelhecimento, período em que os riscos de adoecimento e quedas aumentam^{43; 44}.

A identidade que se cria em torno do ser envelhecido é sustentada por diversos fatores¹¹. A forma de o indivíduo se colocar e se inserir na sociedade não depende só dele, mas também de agentes sociais e externos, formando o conceito que se tem sobre o processo de envelhecimento, no qual a pessoa é bem aceita socialmente quando ela consegue se inserir na sociedade⁹. Uma das imagens que se têm em relação aos idosos é estruturada em valores sociais, culturais, históricos e econômicos do processo de envelhecimento humano⁹.

A velhice é vista pela sociedade como uma datação cronológica em que as pessoas são classificadas conforme sua identidade etária²⁵. A transformação da velhice em problema social não deve se justificar pelo aumento demográfico desta população, visto que um problema social decorre de um emaranhado de fatores ligados a um trabalho de reconhecimento, mobilização e legitimação de uma questão particular¹⁸.

Reconhecer o envelhecimento como parte do processo da vida implica perceber sua dimensão histórica e social com a mudança da representação social da pessoa envelhecida e da sociedade ao longo dos anos¹⁸.

Até o século XVIII, a velhice era vista como uma doença que deveria ser evitada e foi, a partir daí, que tiveram início as diferentes formas de encarar a velhice⁴⁵. Este fenômeno começou a ser visto como algo natural e que se transforma de acordo com variáveis pessoais⁴⁴.

As diferentes formas de envelhecer se correlacionam ao desgaste do corpo e da mente, conceito que vem sofrendo modificações e questionamentos na atualidade, uma vez que pessoas têm protagonizado um envelhecimento bem-sucedido, como, por exemplo, em grupos de convivência e universidades da terceira idade^{41; 44}.

A velhice e seus papéis sociais se modificam de acordo com o histórico das diferentes sociedades e culturas. A sociedade contemporânea visa, de maneira exacerbada, o corpo sadio, ágil, a beleza física e juvenil, fazendo com que a velhice acarrete sentimento de incômodo⁴⁶. Os idosos se deparam com várias perdas: a viuvez, o aparecimento de doenças, a perda de amigos e parentes, as dificuldades financeiras, a perda de papéis importantes na sociedade, fatores que influenciam diretamente em sua autoestima, tornando-os mais dependentes e depressivos⁴⁶. O

enfrentamento deste quadro se inicia com o posicionamento positivo ou negativo do indivíduo diante destas circunstâncias⁴⁴.

Atualmente há a tendência de o processo do envelhecimento estar associado a uma imagem positiva em que se pode viver mais e viver bem⁴⁷. Entretanto esta perspectiva não é acessível a todo cidadão, que enfrenta o capitalismo e a desigualdade ligada às camadas mais pobres e desassistidas da sociedade⁴⁷. Por isso alguns desafios a serem vencidos são lembrados como: a carga tripla de doenças, o maior risco de deficiências, provisão de cuidados para as populações, a feminização do envelhecimento, a ética e iniquidades, a economia de uma população em processo de envelhecimento e a criação de um novo paradigma^{7; 48; 49}.

A inserção da enfermagem no que diz respeito ao envelhecimento humano se alicerça no processo de cuidar, na promoção da saúde, prevenção de doenças/agravos e de suas ações voltadas para o atendimento integral e individualizado das pessoas nos diversos níveis de atenção à saúde^{50; 51}.

Incentivar o autocuidado terapêutico também é um papel exercido por enfermeiros, cujas orientações devem basear-se em diagnósticos que levem em conta os fatores determinantes do processo de envelhecimento, compreender a complexidade dessa fase da vida para atuar na prevenção de doenças e agravos e favorecer que as pessoas aprendam a conviver com as cargas de doenças e medicalização, ou seja, situações inerentes a esta etapa da vida^{16; 17}.

Independentemente do nível de atuação do enfermeiro no sistema de saúde, o enfoque do cuidado integral ao idoso é fundamental¹⁵. Um exemplo é a sua inserção no atendimento domiciliar, quando tem a oportunidade de compreender o contexto familiar, a realidade vivenciada pela pessoa idosa e seus familiares, as interações que eles estabelecem com os serviços de saúde, as situações e frequência de morbidades, as circunstâncias que tornam os idosos vulneráveis, as relações intergeracionais e as redes de apoio de que dispõem²⁵. Cabe considerar que qualquer intervenção em nível de prevenção de agravos é capaz de impactar a necessidade de hospitalização, a agudização de problemas crônicos e os custos em saúde¹⁵.

Diante do exposto, será objeto da presente investigação compreender as representações sociais que as pessoas idosas fazem sobre a rede de apoio/processo de envelhecimento e o perfil de pessoas com idade ≥ 65 anos segundo as escalas de apoio social e satisfação com o apoio social. Neste sentido, buscou-se escalas previamente validadas que possibilitassem a utilização com pessoas com idade ≥ 65 anos.

As argumentações que alicerçam a relevância desta investigação na perspectiva da atuação do enfermeiro e o cuidado de enfermagem para pessoas com idade ≥ 65 anos são: 1) as pessoas envelhecem de forma peculiar dependendo de como se preparam e enfrentam este

momento em seu contexto de vida; 2) as pessoas vivem o processo do envelhecimento, expressando-se com respostas individualizadas que são influenciadas pelos determinantes deste processo, cujas manifestações surgem de forma progressiva em coerência com a síndrome geriátrica; 3) para que as pessoas agreguem qualidade aos anos vividos, é necessário dispor de uma rede de apoio composta por apoio social, de serviços, material e financeiro para que seja mantida a autonomia, saúde e segurança e 4) a realização de um diagnóstico sociocultural contextualizado é importante, bem como o estabelecimento do perfil de pessoas com idade ≥ 65 anos, do ponto de vista da atuação do enfermeiro e do cuidado pelo qual ele pode se responsabilizar. Este constitui uma estratégia capaz de subsidiar as decisões terapêuticas, educacionais, políticas e técnicas para que o processo do envelhecimento ocorra de forma ativa, com vínculos intergeracionais e inserção sociocultural/política, assegurando a saúde mental daqueles que envelhecem. Isso porque compreender o indivíduo como um todo e como ele se insere em uma sociedade é parte da abordagem dos processos de saúde nos quais o enfermeiro deve atuar.

2 OBJETIVOS, PRESSUPOSTOS E HIPÓTESES

A seguir, serão apresentados os objetivos específicos que permitem operacionalizar a etapa do método misto referente às representações sociais, aos pressupostos e às hipóteses desta investigação.

2.1 OBJETIVOS GERAIS

Compreender as representações sociais que pessoas com idade ≥ 65 anos fazem sobre rede de apoio e o processo de envelhecimento;

Analisar o perfil de envelhecimento de pessoas com idade ≥ 65 anos segundo a rede de apoio;

Refletir sobre como as evidências advindas desta investigação pode retratar respostas humanas do indivíduo/coletividade e subsidiar o planejamento das atividades laborais de enfermeiros na atenção primária à saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Compreender os elementos representacionais, seu sistema hierárquico e a origem da representação social que pessoas com idade ≥ 65 anos fazem sobre rede de apoio e o processo de envelhecimento.

Identificar as respostas humanas de cunho coletivo de um grupo socialmente contextualizado sobre a rede de apoio e o processo de envelhecimento na perspectiva do cuidado de enfermagem.

Avaliar a rede de apoio social e a satisfação dos participantes durante o processo de envelhecimento e a autopercepção de saúde.

Correlacionar a rede de apoio com a satisfação do suporte social de pessoas com idade ≥ 65 anos durante o processo de envelhecimento.

Caracterizar as evidências de acesso à rede de apoio e a qualidade deste no cotidiano dos participantes.

2.3 PRESSUPOSTOS

Pessoas com idade ≥ 65 anos, do ponto de vista cronológico, são consideradas idosas e por isso possuem proximidade/vivência com as limitações peculiares às síndromes geriátricas, quer seja por experiência própria, quer seja pelo convívio deste evento em seus ascendentes/contemporâneos familiares/conhecidos que lhes possibilitam ancorar e objetivar o processo do envelhecimento e identificar a necessidade de rede de apoio para que tenham um envelhecimento ativo.

Moradores de regiões geográficas comuns e que se aproximam das limitações peculiares às síndromes geriátricas demandam recursos, infraestrutura sociocultural e rede de apoio que, aliados às suas vivências e experiências, permitem caracterizá-los como um grupo socialmente contextualizado.

2.4 HIPÓTESES

A seguir, serão apresentadas as hipóteses construídas com suas respectivas correspondentes de nulidade.

H1: A dimensão familiar da escala LSNS-18 no Brasil é o fator mais pontuado entre os participantes. **H0:** A dimensão familiar da escala LSNS-18 no Brasil não é o fator mais pontuado entre os participantes.

H2: O uso de rede de apoio social entre pessoas com idade ≥ 65 anos se correlaciona com a idade dos participantes na perspectiva de um envelhecimento ativo. **H0:** O uso de rede de apoio social entre pessoas com idade ≥ 65 anos não se correlaciona com a idade dos participantes na perspectiva de um envelhecimento ativo

3 MARCO TEÓRICO

A seguir, serão apresentados os marcos teóricos e metodológicos que foram utilizados nessa etapa da investigação. A trajetória traçada abordará: 1) síndromes geriátricas e o envelhecimento bem-sucedido; 2) funcionalidade e o surgimento de limitações; 3) rede de apoio no envelhecimento bem-sucedido; 4) Teoria das Representações sociais e 5) Teoria de Betty Neuman, processo do envelhecimento e o cuidado de enfermagem: reflexões para a atuação de enfermeiros.

3.1 SÍNDROMES GERIÁTRICAS E O ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO

A soma de características peculiares ao processo de envelhecimento permite reunir um conjunto de manifestações próprias desta etapa da vida que são denominadas de síndromes geriátricas. Elas se manifestam por meio das cargas de doenças crônico-degenerativas, das limitações que surgem, do aumento progressivo do número de medicamentos de uso diário, das limitações de expressão, mobilidade, surgimento de fragilidades físicas/orgânicas e cognitivas, entre outras^{6; 46}.

As incapacidades cognitivas, queda, a imobilidade, as incontínências esfincterianas e as incapacidades comunicativas constituem componentes das síndromes geriátricas que necessitam ser monitorizadas quanto ao seu surgimento e progressão¹⁴ (Figura 5) .

Figura 5: Esquema ilustrativo sobre a aproximação entre síndromes geriátricas.



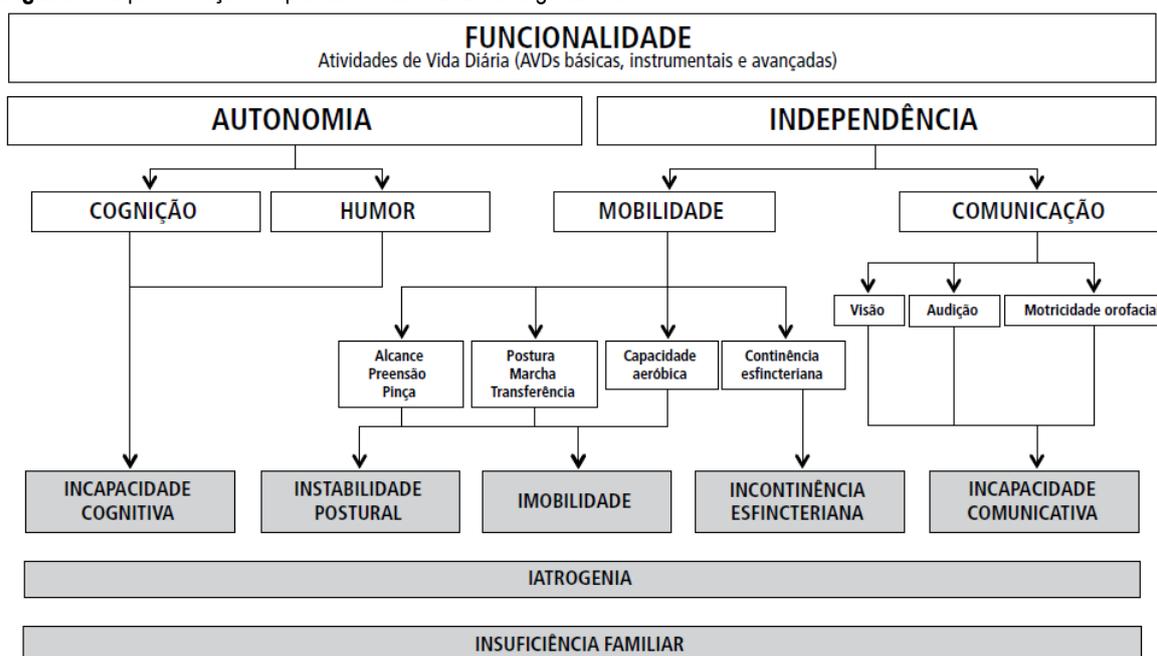
Fonte: Elaborado pelas autoras.

As síndromes geriátricas estão relacionadas com os sistemas funcionais que impactam sobre a autonomia (cognição e humor) e independência (mobilidade e comunicação) a ponto de gerar incapacidade cognitiva, queda, imobilidade, incontínências e incapacidade comunicativa. Cabe acrescentar que qualquer comprometimento em um dos sistemas anteriormente mencionados é suficiente para agravar a condição de saúde da pessoa idosa¹⁴.

O conhecimento das manifestações das síndromes geriátricas, além de retratar o impacto do envelhecimento sobre o processo saúde/doença, possibilita àqueles que envelhecem antever limitações próprias da idade e se prepararem para enfrentar as fragilidades, limitações, incapacidades, dependência e perda da autonomia¹⁴.

Para melhor compreensão de como as síndromes geriátricas se articulam com a autonomia e a dependência da pessoa idosa, a seguir serão abordadas as incapacidades e limitações decorrentes de sua presença (**Figura 6**).

Figura 6: Representação esquemática das síndromes geriátricas



Fonte: MORAES, E. N. D. Atenção à Saúde do Idoso: Aspectos Conceituais. SAÚDE, O. P.A. D. e SAÚDE, M. D. Brasília-DF. 1: 99 p. 2012.

A incapacidade cognitiva refere-se à dificuldade do indivíduo em se vincular ao seu contexto, na medida em que impossibilita ou restringe o conhecimento e a atualização diante de fatos novos que emergem do cotidiano, bem como a compreensão das situações, as razões para a manutenção e criação de novos vínculos e as intenções das relações interpessoais. Devido a essa incapacidade, não há motivação para se inserir no contexto e nos fatos da contemporaneidade, dificultando a criação e a manutenção de vínculos entre as pessoas e com

o contexto imediato, a ponto de restringir as possibilidades de inserção da pessoa idosa e, em médio/longo prazos, reduzir sua autonomia⁴⁶.

A queda e a imobilidade estão interligadas e potencializam o aumento das vulnerabilidades a que as pessoas idosas estão expostas e podem comprometer a capacidade de alcance, a precisão dos movimentos, dificultando a realização de procedimentos que requerem habilidades motoras finas. Um exemplo entre as mulheres é a redução da habilidade para continuarem a realizar bordados, costura, escrita (mantendo a caligrafia e a qualidade do que produz) e até mesmo a perda de força muscular e forma como deambulam, o que faz com que aumentem os riscos de queda⁴⁶.

Também são desencadeadores da queda e da imobilidade a perda de força muscular e a modificação da marcha que passa a ter como características: passadas curtas, apoio inicial no momento de transferência dos pés para a ponta dos dedos, intensificando o desequilíbrio na deambulação⁵².

As incontinências esfinterianas são condições que atuam sobre a (i)mobilidade do idoso, restringindo-o em suas atividades diárias, como a realização de atividades físicas, convivência com outras pessoas, e levam ao isolamento social, ao déficit na autoestima e à dificuldade no enfrentamento de situações adversas^{33; 46; 53}.

A incapacidade comunicativa pode excluir o indivíduo do eixo social e até mesmo familiar, considerando o despreparo da sociedade e de instituições na estrutura e acolhimento destas pessoas. Com o avanço da idade, a perda da acuidade visual e da audição tende a ser progressiva, modificando os costumes e as rotinas dos indivíduos, sendo necessária a criação de estratégias de enfrentamento e de adaptação à nova circunstância^{46; 53; 54}.

A comunicação é uma forma de se estimular a pessoa idosa no aspecto cognitivo, valorizando sua sabedoria e ampliando seus conhecimentos até mesmo como forma de enfrentamento da fase em que se insere, despojando-se dos preconceitos e estereótipos criados acerca da pessoa idosa⁵⁵.

Estimular o indivíduo a realizar tarefas que sejam agradáveis à vida, que lhe proporcionem conhecimento e autoestima, exercitando a memória e o aprendizado, demanda uma relação de empatia e motivação não somente da pessoa idosa, mas principalmente de cuidadores, familiares e profissionais de saúde, que estão presentes em seu cotidiano e detêm tal responsabilidade⁵⁵.

As alterações cognitivas e comportamentais presentes no processo de envelhecimento podem interferir na capacidade da pessoa idosa em expressar seus pensamentos, conversar e estabelecer vínculos, dificultando a comunicação e as relações, por isso, adaptar-se à realidade

e às necessidades individuais de forma integral favorece para que o objetivo proposto, que é proporcionar o bem-estar, o estímulo cognitivo e a felicidade, seja atingido⁵⁵.

A comunicação é uma maneira de gerar estímulo e de quebrar barreiras, possibilitando a criação de vínculo/confiança. Isso só acontecerá quando houver um planejamento em relação aos cuidados prestados por familiares, cuidadores e profissionais de saúde, viabilizando capacitações e treinamentos quanto à importância de seu trabalho e de fato assumindo o papel de cuidadores de idosos⁵⁵.

Esta responsabilidade se estende à Atenção Primária à Saúde (APS), que tem o potencial de estimular a organização da comunidade e a autonomia das famílias com a realização de grupos de promoção da saúde que encorajem as famílias e as pessoas idosas a assumirem o controle de sua saúde, fortalecendo o suporte social e as redes de apoio^{4; 25}. As atividades grupais, além de orientarem sobre as doenças crônicas e hábitos saudáveis de vida, promovem a comunicação terapêutica, reflexões e mecanismos de diversão e distração para idosos, tirando a atenção dos mesmos do processo de adoecimento e fazendo com que se interessem por atividades que contribuem para a qualidade de vida e o combate ao isolamento social^{25; 56}.

Tendo em vista a identificação de necessidades de pessoas em fase de envelhecimento a partir da abordagem dos determinantes e do surgimento de condições previstas nas síndromes geriátricas, as Nações Unidas definiram pilares a partir dos quais deverão ser alicerçadas as políticas públicas quando se pretende proporcionar respostas que impactem a qualidade da população mundial que envelhece. São três pilares da estrutura política para o envelhecimento: a garantia de seguridade, saúde e participação social⁷ (**Figura 7**).

Figura 7: Esquema sobre os três pilares da estrutura política do envelhecimento ativo segundo os princípios das Nações Unidas para os idosos.



Fonte: ORGANIZATION, W. H. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. 2005

As síndromes geriátricas trazem para os profissionais, cuidadores e familiares que convivem com pessoas idosas a possibilidade de identificar as manifestações físicas, sociais, emocionais e estruturais peculiares ao processo do envelhecimento¹⁴.

Uma estratégia para enfrentamento das limitações progressivas que surgem com o passar dos anos, a ponto de preservar a autonomia, a participação, a independência e as relações interpessoais, é compreender quais são as condições de saúde e as capacidades que são passíveis de ser resgatadas, maximizar a convivência intergeracional e o fortalecimento dos vínculos entre as pessoas idosas e seus familiares/comunidade¹⁴

A presença de incapacidades ligadas às doenças e condições de saúde é o principal agente responsável pelas hospitalizações, institucionalizações e preditor de mortalidade. Por isso, conhecer e intervir diretamente no agente causador pode caracterizar uma importante estratégia de prevenir/diminuir agravos à saúde da pessoa idosa⁴⁶.

As limitações físicas e psíquicas desenvolvidas ao longo dos anos impactam a vida das pessoas de maneira a comprometer sua atuação na sociedade, no núcleo familiar e no provimento de seu próprio cuidado, aumentando sua dependência e intervindo de maneira negativa no processo de envelhecimento⁴⁶.

De acordo com a política de envelhecimento ativo proposta pela Organização Pan-Americana de Saúde, para que seja alcançada esta meta de envelhecer bem, é necessário que a política e os programas públicos de apoio ao processo do envelhecimento sejam estruturados num tripé composto pela saúde, segurança e participação (inserção social)⁴⁶.

A autonomia está relacionada à capacidade de tomar decisões, lidar com situações pessoais ou até mesmo adversas em seu cotidiano⁵⁷. A independência é a capacidade de executar tarefas e funções necessárias no dia a dia de forma independente, sem necessitar de qualquer ajuda de outras pessoas⁵⁸, mantendo a qualidade de vida e a percepção do indivíduo de sua atuação na sociedade, valorizando expectativas, padrões e preocupações não somente como fator social, mas também na capacidade de prover cuidados com a própria saúde.

A esperança de se alcançar uma vida saudável envolve os anseios de como as pessoas podem viver e esperar os dias que se sucederão, tendo ou não deficiências ou dificuldades. Isso equivale a dizer que, para alcançar qualidade nos anos vividos, é necessário que a pessoa em processo de envelhecimento faça seu caminhar integrando-se ao contexto familiar, comunitário, inserindo-se nele, tendo na convivência intergeracional uma razão que a faça se sentir bem, acolhida, útil e respeitada⁵⁹.

A autopercepção de envelhecimento e a busca por uma vida saudável, mesmo fazendo uso de medicamentos e convivendo com doenças crônicas, são dimensões da saúde ampliada, que visam à resiliência do indivíduo frente às condições de saúde em que se encontra⁶⁰.

Do ponto de vista gerontológico, o termo “envelhecimento ativo” aborda conceitos que vão além da inserção da pessoa idosa no mercado de trabalho (fator econômico) e do envelhecimento positivo voltado para a produção, atinge uma concepção multidimensional de “saúde”. Leva em conta a saúde psicológica/mental, social e econômica que se faz presente na fala das pessoas quando relatam um envelhecimento bem-sucedido, embora nem sempre isentas de doenças ou alguma deficiência⁵⁹.

Esta concepção implica que, para se conquistar um envelhecimento ativo e bem-sucedido, é necessária uma combinação entre a perspectiva biomédica, o atendimento de suas necessidades e a autopercepção de valoração, utilidade, a fim de que se dê sentido à razão para um existir/viver com limitações/restrições. A saúde psicossocial é uma temática cujas evidências científicas apontam para ser um dos fatores primordiais ao alcance de um processo do envelhecimento ativo⁵⁹.

Diante do exposto, abordagens que superam o aspecto biológico do processo do envelhecimento e foram estruturadas em concepções mais integralizadoras (biopsicossociais, ambientais, ideológicas e comunicacionais) necessitam ser incluídas a partir de indicadores objetivos e subjetivos na perspectiva e realidade do indivíduo em processo de envelhecimento⁶¹.

Compreender o cenário em que uma pessoa em processo de envelhecimento está e se insere implica contemplar variáveis subjetivas que podem contribuir para que existam expectativas de qualidade dos anos para aqueles que ultrapassaram os 64 anos⁵⁹.

O envelhecimento ativo, com ou sem doenças, requer que a dimensão do usuário seja contemplada nos serviços de saúde e pelos profissionais de saúde quando se almeja contribuir para identificar e abordar terapeuticamente as necessidades numa perspectiva de individualização do cuidado. Intervenções terapêuticas pactuadas e inseridas de uma forma contextualizada constituem estratégias que favorecem o processo de enfrentamento do envelhecimento. Para isso, há evidências de que a inclusão do gênero e da cultura deve ser abordada de forma transversal dentro do processo do envelhecimento⁵⁹.

3.2 FUNCIONALIDADE E O SURGIMENTO DE LIMITAÇÕES

Para abordar o processo do envelhecimento humano, houve a necessidade de se construir uma linha de raciocínio capaz de conduzir o leitor à compreensão de como é o

envelhecer, como surgem as limitações peculiares a este processo e quais as demandas requeridas para que o idoso disponha de uma rede de ajuda capaz de favorecê-lo com a preservação de sua autonomia diante das situações/circunstâncias próprias do cotidiano.

Neste contexto, busca-se identificar quais são as necessidades e demandas de cuidados de enfermagem de pessoas com idade ≥ 65 anos, à luz de um referencial de enfermagem e das possibilidades de que dispõe o enfermeiro para se inserir na Atenção Primária à Saúde (APS) numa abordagem domiciliar, no intuito de promover a saúde da comunidade e contribuir para que seja alcançado um envelhecimento ativo.

As pessoas em processo de envelhecimento, do ponto de vista biológico^{62; 63}, perdem progressivamente a capacidade para atender suas demandas cotidianas, sendo as modificações percebidas por meio dos tipos de atividades da vida diária que desenvolvem.

As pessoas que compartilham este cotidiano, bem como os profissionais de saúde, são capazes de identificar e reconhecer estas restrições, quando atentas a elas, e de compreenderem que são progressivas, mas podem ser minimizadas quando são oferecidos estímulos para maximizar a integração, participação e inserção da pessoa idosa em seu contexto sociocultural.

Tal fato faz com que as atividades cotidianas possam ser consideradas como marcadores das limitações que surgem, a exemplo das atividades básicas da vida diária (ABVDs), das atividades instrumentais da vida diária (AIVDs) e das atividades avançadas da vida diária (AAVDs)¹⁴.

As ABVDs são aquelas que estão vinculadas ao provimento do autocuidado com o corpo ou autopreservação, por isso podem ser consideradas as ações simples presentes no dia a dia; as AIVDs são aquelas que envolvem complexidade para sua realização e, por isso, podem ser consideradas indicadoras para se definir qual é a capacidade da pessoa idosa de viver sozinha com segurança em seu meio social/comunitário e as AAVDs estão relacionadas à inserção da pessoa idosa na sociedade e sua capacidade de envolvimento com as atividades produtivas, recreativas e sociais¹⁴.

Cabe acrescentar que o surgimento da incontinência urinária e/ou anal não se constitui num parâmetro único e definitivo para considerar que uma pessoa seja categorizada como possuidora de dependência, por se tratar de uma alteração funcional que pode ser compatível com o provimento do autocuidado de forma independente¹⁴.

Aferir a habilidade da pessoa idosa em se inserir nas atividades da vida, quer sejam cotidianas, quer sejam instrumentais ou avançadas, possibilita identificar seu grau de autonomia

e independência, na medida em que estes parâmetros retratam a capacidade da pessoa de se autocuidar e de gerenciar sua vida⁴⁶.

Por isso, a complexidade e a limitação que se instalam no organismo de uma pessoa em processo de envelhecimento retratam a presença de exigências corporais que surgem em decorrência do desequilíbrio dos sistemas funcionais e fisiológicos¹⁴. Indicam a necessidade de se contar ou não com um apoio adicional para se manter a condição de sociabilidade e assegurar, simultaneamente, o atendimento de uma necessidade humana básica.

Condições e situações de negligência com os cuidados diários e rotineiros e/ou as solicitações/necessidades de inserir pessoal para auxiliar/realizar ajuda adicional com vistas ao provimento de cuidados constituem condições que impactam a autonomia e podem assegurar a funcionalidade^{7: 14}.

Ao analisar as demandas de cuidados de pessoas em processo de envelhecimento⁵⁹ à luz da atuação da enfermagem, quando se pretende garantir qualidade aos anos vividos, é necessário: 1) conhecer as situações peculiares ao processo de envelhecimento, ou seja, as síndromes geriátricas e 2) pactuar intervenções terapêuticas capazes de diminuir as condições de agravos à saúde; 3) atuar preventivamente sobre as condições de morbimortalidade; 4) intensificar a resiliência e aumentar a rede de apoio para se evitar impactos psicológicos, episódios de solidão; 5) favorecer a participação social e intensificar a sensação de pertencimento e autorrealização⁵⁹.

Diante do exposto, faz-se necessário compreender não somente o que seja o processo de envelhecimento, mas também como ele pode ocorrer de forma a maximizar as oportunidades de saúde, segurança e participação social. Alguns “determinantes” são utilizados para se compreender o processo de envelhecimento e como ele ocorre na dimensão do indivíduo, sua família e contexto sociocultural⁷.

Segundo a OMS, os “determinantes” influenciam o processo de envelhecimento dos indivíduos e, por isso, compreender como eles se articulam e como estão inseridos no contexto das pessoas pode favorecer as políticas públicas e programas que buscam alternativas para que o envelhecimento da população seja bem-sucedido, ou seja, considerado ativo^{7: 64}.

Esses determinantes foram classificados em seis categorias: determinantes de serviços sociais e de saúde, comportamentais, pessoais, ambiente físico e econômicos. Possuem como eixo transversal o gênero e a cultura e abordam aspectos que influenciam o modo que as pessoas vivem⁷.

Os determinantes de serviços sociais e de saúde devem ser integrados de modo a estimular a abordagem digna e respeitosa do indivíduo e evitar a discriminação de qualquer espécie, visando à promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças⁷.

A prevenção pode ser classificada em três níveis, primário, secundário e terciário. São exemplos destes níveis: primário – estratégias que estimulam a abstenção do tabaco e álcool; secundário – triagem em busca de realizar o diagnóstico precoce de doenças crônicas e terciário – tratamento clínico adequado de acordo com as manifestações próprias do processo de envelhecimento (síndromes geriátricas)^{7; 65}.

Apesar dos esforços empreendidos em relação à prevenção primária e secundária, percebe-se que há um elevado número de pessoas que necessitam de serviços de prevenção em nível terciário, ou seja, precisam recorrer a serviços curativos, uma vez que a exposição ao risco de doenças crônicas é crescente e há um aumento da carga de medicamentos que são inseridos à medida que os anos passam⁷.

As políticas de saúde, além de incluírem a oferta de medicamentos para o tratamento de doenças crônicas, contemplam a atenção em longo prazo e os sistemas de apoio formais e informais⁷. Entre estes sistemas de apoio estão os serviços comunitários, a exemplo de tratamentos paliativos de saúde pública e domiciliar. Todos eles atuam no fortalecimento da assistência à saúde e do vínculo entre as pessoas idosas com seus familiares, amigos e grupos sociais com vistas a apoiar o processo de saúde/doença do indivíduo⁷.

Destacam-se também a atenção à saúde mental e a assistência no transcurso da vida, visando aos problemas psiquiátricos, uma vez que possibilitam o diagnóstico precoce de depressão e conseqüentemente seu tratamento, evitando as taxas de suicídios e o isolamento social^{1; 7}.

Os determinantes comportamentais influenciam o processo de envelhecimento positiva ou negativamente pela adoção de estilo de vida saudável/não saudável. Quando os comportamentos não são saudáveis, eles favorecem o surgimento de DCNT, de fragilidades, a perda de autonomia e o surgimento da dependência^{1; 14; 25}.

A adesão à prática de atividade física é um exemplo de determinante comportamental capaz de melhorar o condicionamento físico, diminuir o sedentarismo, os índices de doenças dislipidêmicas e as mortalidades por causas cardíacas, além de melhorar o convívio social e fortalecer as redes de apoio^{7; 25; 42; 51}. Outros exemplos são: a abstinência de álcool e fumo (substâncias que tornam o indivíduo mais vulnerável às situações de risco e violência), a alimentação saudável e o uso correto de medicamentos que contribui para o tratamento e

controle das doenças, além de se traduzir em um indicador de incentivo para que o indivíduo se responsabilize pela sua própria saúde⁷.

A adesão para um estilo de vida saudável e a inclusão de atitudes de proteção à saúde influenciam no processo de envelhecimento de indivíduos em qualquer faixa etária na medida em que previnem o declínio funcional e melhoram a qualidade dos anos vividos⁷.

Os determinantes relacionados aos aspectos pessoais envolvem a influência do fator genético sobre o envelhecimento. Incluem as capacidades adaptativas diante de situações de estresse ou justificam o surgimento de algumas doenças durante o processo de envelhecimento, a ponto de explicar por que as pessoas idosas adoecem mais que as jovens. Isso suscita a seguinte indagação: Por que, com o passar dos anos, a exposição a agentes externos, comportamentais e ambientais é capaz de desencadear enfermidades?^{7;60}.

A história do *continuum* saúde-doença é resultado de uma trajetória percorrida durante a vida que se expressa pelas escolhas e formas de viver. Estas incluem os hábitos alimentares, a carga genética, os fatores ambientais, que se manifestam no indivíduo mais ou menos precocemente, de acordo com a exposição aos fatores como o comportamento de fumar, de não dispor de rede de apoio consistente. Tais fatores precisam ser fortalecidos ou modificados para auxiliar no enfrentamento dos problemas/situações de estresse a ponto de minimizar o impacto da hereditariedade e adiar o surgimento do declínio funcional^{7; 60; 66}.

Determinantes relacionados ao ambiente físico agem sobre as pessoas com impacto diferenciado à medida que os anos surgem e podem ser exemplificados pelas barreiras físicas decorrentes de situações de precariedade nas moradias ou de sua localização em áreas de risco. Geralmente este tipo de determinante está aliado à restrição na rede de apoio de infraestrutura e/ou financeira. Entre os motivos que justificam sua ocorrência estão: a urbanização, a migração dos jovens da zona rural para as cidades grandes em busca de emprego e oportunidades e sua desvinculação com os idosos da família^{7; 65; 66; 67}.

O processo de urbanização tem como consequência o isolamento do idoso, sua desvinculação com familiares, a restrição de pessoas para compartilhar com ele os valores culturais, familiares, de tradição, a redução do número de pessoas no cotidiano com as quais possui vínculos afetivos. Todos estes fatores contribuem para que o idoso perceba o surgimento da solidão, a dificuldade para acessar os serviços sociais e de saúde, que nem sempre estão próximos dele⁶⁰.

As moradias precárias/inadequadas no que tange à infraestrutura podem constituir ambientes de vulnerabilidade para queda, internação e dependência; a exemplo das casas que possuem pisos irregulares e escorregadios, contam com iluminação insuficiente, tapetes nas

áreas de fluxo, ausência de corrimão, excesso de móveis em relação ao espaço e sem acessibilidade⁷.

Determinantes relacionados ao ambiente social que favorecem o envelhecimento incluem aqueles que oportunizam o aprendizado e a educação, proporcionam paz, asseguram proteção à saúde, estimulam a participação social e familiar e garantem a segurança contra a violência às pessoas em processo de envelhecimento⁷. Evitar a solidão e o isolamento social não significa apenas reduzir os problemas psicológicos e a mortalidade, mas também garantir melhores condições de bem-estar e a manutenção dos vínculos afetivos^{4; 7}.

O determinante econômico contempla a renda, o trabalho e a proteção social⁷. Cabe também ressaltar que o recebimento de aposentadoria ou rendimentos de pensão pelos idosos, por vezes, motiva a reunião de familiares com o intuito de se beneficiarem dessa renda e utilizá-la de forma compartilhada para atender às demandas do núcleo familiar^{14; 67; 68}.

Há situações opostas à descrita anteriormente, na qual a renda favorece a proteção social, na medida em que os membros da família se inserem na responsabilidade pelo apoio necessário para que o envelhecimento seja ativo. Isso porque, no Brasil, as famílias ainda se caracterizam por uma prole numerosa em que se tem entre filhos ou parentes uma ou mais pessoas que se constituem na referência para a pessoa idosa^{69; 70; 71}.

Caso distinto ocorre nas populações envelhecidas, a exemplo de Portugal, onde há necessidade de redes institucionais de apoio ao processo do envelhecimento, como o modelo assistencial dos Centros de Dia, unidades de pequeno porte que comportam o atendimento de até 15 a 20 idosos⁷².

Estes passam o dia no local e retornam às suas casas após receberem alimentação, desenvolverem atividades sociais, culturais, educativas, físicas e de recreação e receberem a alimentação a ser consumida em casa. Estas atividades possibilitam a integração entre eles no local de acordo com as suas preferências⁷².

Na realidade portuguesa, a necessidade de alternativas aos vínculos familiares suscitou mudanças na forma como a sociedade provê o convívio intergeracional. Conciliar as atividades laborais dos adultos com o provimento de cuidados progressivos peculiares ao processo de envelhecimento requer adaptação do contexto das famílias e programas capazes de dar sustentabilidade à proteção social às pessoas idosas e estas atividades implicam contemplar os determinantes financeiros^{4; 7; 71}.

Em diversos países, os fundos de pensão e programas que beneficiam a pessoa idosa são falhos, no entanto, em países desenvolvidos, os custos com as aposentadorias são intensificados por motivos ocupacionais em populações mais novas²⁵.

O impacto do processo de envelhecimento sobre a economia se justifica porque algumas reformas políticas nos países europeus encorajam a pessoa idosa a trabalhar por mais tempo e obter uma aposentadoria gradual, com vistas a mantê-la inserida no mercado de trabalho, compartilhando suas experiências, sentindo-se útil e obtendo apoio social com o aumento de sua rede de apoio^{4; 7}.

Na concepção do processo de envelhecimento da OMS, acrescidas aos determinantes do processo de envelhecimento ativo, estão duas situações que foram abordadas na perspectiva da transversalidade, que são o gênero e a cultura. Estas dimensões abrangem todas as populações e têm forte influência sobre os determinantes⁷.

A dimensão “cultural” envolve a convivência intergeracional e como a sociedade reage à interação cotidiana entre os idosos e os jovens na diversidade de contextos sociais que coexistem em nossa sociedade⁷. Do ponto de vista do Brasil, a miscigenação característica de nossa população justifica a pluralidade cultural e a diversidade de tradições, de comportamentos e hábitos. Um componente que necessita ser inserido no contexto cultural é a acessibilidade ou analfabetismo digital na era das tecnologias de informação e a modalidade de convivência vislumbrada com as redes sociais peculiares à era digital⁷³.

Justaposta ao critério “cultura” está a transversalidade ao eixo do “gênero”. Numa sociedade em que há diferença entre o *status* social do homem e da mulher, este é um fator para o qual se justifica uma abordagem específica⁷.

As mulheres ainda possuem valores/oportunidades e reconhecimento inferiores quando comparadas aos homens. Há diferenças de acesso das mulheres a alimentos nutritivos, educação, salários melhores em relação aos homens; em contrapartida, estes estão mais expostos a acidentes automobilísticos, lesões incapacitantes e à violência, assumindo também comportamentos de fumar e consumir bebida alcoólica^{74; 75}.

No caso das mulheres, tradicionalmente são elas quem se responsabilizam pela educação dos filhos quando na fase adulta e dos familiares na transição da fase adulta para a idosa, assumindo o papel de cuidadoras. Além das diversas tarefas nas quais a mulher se insere, sua imersão no mercado de trabalho contribuiu para o acúmulo de atividades, o que pode resultar na sobrecarga física, mental e o adoecimento que se intensifica com o processo de envelhecimento^{9; 76}. Em contraposição, a mulher tem sua inserção social/intergeracional assegurada em decorrência destes vínculos, o que poderá lhe favorecer e justificar a longevidade quando comparada aos homens^{3; 7; 76}.

A diferença entre os gêneros masculino e feminino no que tange aos comportamentos, atitudes, inserção social e ganhos/perdas que ocorre durante a fase adulta justifica a inclusão do gênero como elemento transversal no processo de envelhecimento ativo⁷.

A cultura e o gênero, enquanto componentes intervenientes sobre o processo de envelhecimento, foram contempladas de forma transversal em relação aos outros seis determinantes tendo em vista sua relevância.⁷ A forma de apresentar os determinantes do processo de envelhecimento visa organizar, do ponto de vista didático, a multidimensionalidade existente no ser humano que está em fase de envelhecimento e não pretende representá-lo de maneira fragmentada ou reduzida^{2:7}.

Quando o processo de envelhecimento é analisado na perspectiva da abordagem da enfermagem, enfocá-lo parcialmente corresponde a reduzir o ser humano e fragmentar o cuidado, perdendo a integralidade da assistência, que é fundamental à compreensão dos tipos e das dimensões de respostas emitidas por pessoas idosas, a partir das quais se pode inferir sobre os cuidados demandados⁷⁷.

O processo de envelhecimento por ser progressivo e envolver múltiplos fatores requer uma abordagem desta fase da vida que contemple seu caráter processual⁷. A proposta do Envelhecimento Ativo retrata esta perspectiva de compreensão do processo de envelhecimento na medida em que apresenta os componentes serviços sociais e de saúde, comportamentais, ambiente físico, pessoais e econômicos e dois outros (cultura e gênero) a partir dos quais se articula uma possibilidade política, em nível internacional, que visa auxiliar as pessoas a envelhecerem e viverem os anos que lhes restam com qualidade e o máximo de inserção social e autonomia possível⁷.

Na prática clínica de enfermagem, lidar com pessoas idosas permite identificar que, ao longo dos anos, somam-se as limitações, debilidades, aumento da carga de doenças e uso de medicamentos, sendo este processo irreversível. O surgimento dessas limitações pode ser percebido pela pessoa idosa em seu contexto como um fator gerador de estresse, conflitos, limitações e modificações na forma de viver a ponto de requerer uma rede de apoio para que alcance um enfrentamento eficaz^{4:25}.

É necessário maximizar as potencialidades e garantir às pessoas em fase de envelhecimento o máximo de autonomia, independência e participação social, quando se pretende valorizá-las. Atender às demandas motivacionais das pessoas que passam pelo processo de envelhecimento equivale a contemplar suas preferências, hábitos, costumes e comportamentos. É indispensável, para alcançar este nível, que o enfermeiro aborde a questão de gênero e cultura como um fator transversal na forma de vivenciar⁷.

O envelhecimento é o processo de desgaste do corpo com o decorrer dos anos após atingir a idade adulta⁶⁸, com isso se constituiu o conceito sobre o “envelhecimento ativo” por meio de uma política de saúde criada pela OMS para se referir ao envelhecimento da população como uma experiência positiva, uma vida prolongada e alicerçada pelo acesso aos cuidados com a saúde, a participação social e a segurança. Objetiva-se melhorar as condições de vida à medida que as pessoas vão envelhecendo, uma vez que se estima que, em 2025, o Brasil ocupará o sexto lugar no mundo a possuir pessoas com idade ≥ 60 anos⁷.

A palavra “ativo” se refere a um conceito amplo segundo o qual o indivíduo possui participação contínua nas questões civis, sociais, nas tomadas de decisão, religiosas, econômicas e culturais. Contribui ativamente para seus familiares, para a comunidade e até mesmo para seu país, ainda que portando doenças crônicas e possuindo algumas limitações, o que ultrapassa o conceito retrógrado em que a necessidade era de uma pessoa idosa atuante apenas no mercado de trabalho¹.

Muitos são os desafios para que se conquistem comportamentos, ações, recursos e mudanças no estilo de vida da população para que se obtenha um envelhecimento ativo, no entanto a tarefa mais árdua neste sentido fica a cargo dos países em desenvolvimento. Estes lidam com as transformações e crescimento de DCNTs, aumento da industrialização e desnutrição e carga tripla de medicações, o que faz com que os recursos financeiros fiquem cada vez mais escassos¹. Serão apresentados a seguir sete desafios previstos para que a política nacional do envelhecimento ativo viabilize melhores condições de vida para a população e que de fato seja resolutiva^{7; 48}.

O desafio diante da carga tripla de doenças devido à crescente industrialização dos países, mudanças nos padrões de vida e conseqüentemente nos padrões de doenças é cada vez mais significativo e presente no dia a dia da população. Há ocorrência de doenças crônico-degenerativas, infectocontagiosas, relacionadas a causas externas; eventos de gravidez (parto/puerpério); as doenças relacionadas à transição demográfica (diminuição da natalidade e aumento da longevidade), o que causa um impacto orçamentário no país e restringe o acesso às tecnologias existentes⁴⁸.

Doenças crônicas como cardiopatias, câncer e depressão estão se tornando as principais causas de morte e invalidez. Em 1990, 51% da carga global de doenças era representada por doenças não transmissíveis, doenças mentais e lesões. Em 2020, a tendência é de que este percentual aumente para aproximadamente 78%, o que exige capacitação profissional, recursos financeiros e educação para lidar com esta situação^{7; 68; 78}.

O desafio dá-se com o maior risco de deficiência que se instala a partir de doenças crônicas relacionadas diretamente à deficiência física, mental e à pior qualidade de vida, ameaçando a independência das pessoas afetadas. O aumento da expectativa de vida também se reflete em pessoas portadoras de deficiências intelectuais, por conseguinte há necessidade de adequações no sistema de saúde e atenção dos governantes para esta questão^{1:7}.

A provisão de cuidados para as populações é um dos maiores desafios das políticas de saúde, pois, para que ocorra de forma integral, faz-se necessário articular o apoio ao “autocuidado” (pessoas que cuidam de si mesmas), apoio informal (cuidado por familiares e amigos) e cuidado formal (serviço social e de saúde)⁷, visando o autocuidado terapêutico.

É possível inferir sobre a importância de se preparar e conscientizar a população de forma geral sobre a necessidade de informações e instruções de como agir em prol do envelhecimento ativo. Torna-se imprescindível a discussão sobre a incorporação de programas de treinamento para todos os trabalhadores das áreas sociais, de saúde, de recreação, planejamento urbano e arquitetura, visando atingir o equilíbrio e as dimensões de todas as formas de cuidado citadas anteriormente^{7:77}.

A feminização do envelhecimento com o aumento da expectativa de vida das mulheres em relação aos homens tem ficado cada vez mais evidente em todo o mundo, por exemplo, na Europa, em 2002, havia 678 homens para cada mil mulheres com 60 anos ou mais de idade. Em regiões menos desenvolvidas, havia 879 homens para cada mil mulheres, correspondendo a aproximadamente dois terços da população acima de 75 anos em países como o Brasil e a África do Sul. No entanto, com a longevidade, as mulheres são vítimas mais frequentes de discriminação no acesso à educação, violência doméstica, salário, heranças, medidas de poder político, entre outros fatores que interferem indiretamente no fato de as mulheres idosas serem comumente negligenciadas ou ignoradas, o que as torna mais dependentes⁷⁹.

Ao se tratar do aspecto ético e iniquidades, cabe ressaltar que os avanços científicos e a medicina moderna despertaram indagações quanto aos recursos da biotecnologia e da indústria médica/farmacêutica que garantem alternativas para prolongamento da vida. Independentemente da cultura, informações sobre falsas declarações de produtos que retardam o envelhecimento e cirurgias revolucionárias devem ser esclarecidas ao consumidor, preservando seus direitos éticos e a saúde³⁰.

O receio dos governantes no que se refere ao envelhecimento rápido da população está relacionado à economia que não acompanha este ritmo, refletindo na falta de recursos repassados para a área da saúde e na previdência social. Isso exige ainda mais a escolha de

políticas planejadas, evidenciadas e culturalmente apropriadas para minimizar os danos sofridos pela população⁶⁸.

A necessidade de mudar conceitos, opiniões e paradigmas, principalmente sobre a inserção de pessoas idosas no mercado de trabalho, surge como último desafio discutido pela política de saúde, uma vez que não é comum em países em desenvolvimento que pessoas com idades avançadas continuem exercendo suas atividades^{7; 79}.

Os idosos estão associados à aposentadoria, doenças e dependência e não têm acesso ao aprendizado, que é restrito às pessoas jovens. Estimular e prover oportunidades de acesso da pessoa idosa ao aprendizado, a sua permanência no mercado de trabalho propicia o fortalecimento de vínculos, a convivência com pessoas de diferentes idades. Isso favorece a solidariedade entre as gerações, o alargamento da rede de apoio e proporciona segurança para crianças, adultos e pessoas idosas^{7; 79}.

3.3 REDE DE APOIO NO ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO

A reunião de informações sobre a quantidade, qualidade e satisfação da convivência das pessoas idosas com seus familiares, amigos, vizinhos, conhecidos, cuidadores e profissionais de saúde, quando aliada ao conhecimento sobre o provimento de suas necessidades humanas e de apoio para anteder à funcionalidade, à saúde, à segurança e à participação social, possibilita a identificação de qual é a inserção da pessoa idosa na realização das atividades da vida diária, se há ou não comprometimentos (funcional, social, econômico, ambiental, comportamental, psicológico e de saúde) do provimento de cuidados e se a rede de apoio de que dispõem é suficiente para impactar favoravelmente a qualidade dos anos vividos^{25; 46; 80}.

Diante do exposto, é possível considerar que a rede de apoio é uma terminologia utilizada que se modifica ao longo dos anos e pode ser concebida por meio de informações recebidas, falas, auxílio material, em que é fomentado o contato sistemático entre as pessoas e gera efeitos emocionais e comportamentos positivos⁴. Elas são constituídas por dimensões que abrangem de forma integral os idosos e visam aprimorar a qualidade de vida destes, atendendo às necessidades demandadas para que envelheçam de forma ativa e bem-sucedida⁴.

O apoio social se efetiva na relação pessoal com membros da rede social, alicerçando-se nos afetos e preferências, fato que lhe propicia a formação de vínculos sociais e rede de apoio significativa, a exemplo das ligações que se estabelecem com familiares, vizinhos e amigos⁴. Para sua detecção na prática de cuidados, é necessário identificar características,

necessidades, disponibilidades, compreender anseios de apoio, expectativas e disponibilidades⁴;
²⁴. Isso equivale a recorrer à abordagem dos determinantes para identificá-los⁴.

A aproximação da rede de apoio com os pilares do processo do envelhecido ativo possibilita reflexões sobre sua relevância para se alcançar as metas da política do processo de envelhecimento ativo, uma vez que a progressão dos anos vividos pode intensificar as perdas funcionais, e o surgimento das manifestações das síndromes geriátricas irá requerer uma rede de apoio para seu enfrentamento²; ²⁵.

Uma das formas de promover a interação social é intensificar os vínculos dos relacionamentos com familiares, amigos, sociedade, segmentos da sociedade, serviços de saúde. Deve-se também valorizar as contribuições e experiências das pessoas idosas no convívio intergeracional e incentivar sua participação e inserção social. Isso implica criar uma rede de apoio para o desenvolvimento, manutenção e resgate das redes sociais¹³; ¹⁴; ⁸¹.

Estabelecer relações mais alargadas entre o idoso e as redes de apoio, quando aliadas à construção de vínculos de solidariedade e afetividade, oportuniza à pessoa idosa a buscar por ajuda naquilo que se encontra alterado segundo os fatores determinantes do processo do envelhecimento e a ser capaz de impactar favoravelmente a qualidade dos anos vividos para que eles sejam ampliados. Favorece também o enfrentamento das cargas de doenças e de medicalização e auxilia no processo de superação das transformações peculiares a esta etapa da vida²; ¹³.

Isso porque a prevenção do isolamento social e o incentivo à resiliência durante o processo de envelhecimento são medidas a serem adotadas quando se pretende a promoção da saúde das pessoas e a obtenção de um envelhecimento ativo²; ⁸².

O apoio social se refere às relações estabelecidas entre as pessoas. No caso da pessoa idosa ele pode se expressar pelo contato com vizinhos, familiares, amigos e comunidade a ponto de propiciar a interação a ponto de fortalecer dos vínculos²¹.

Por conseguinte, a rede de apoio social inclui as situações/circunstâncias que vinculam os indivíduos com as dimensões estruturais ou institucionais, articulando-os²⁴. Ela abarca os vínculos estabelecidos com: a comunidade (vizinhança), o sistema de saúde (serviços e profissionais), o sistema de ensino (escolar, comunidades de alfabetização ou que estimulam a continuidade dos estudos); grupos beneficentes/religiosos (comunidade de práticas ou ritos religiosos e atividades filantrópicas); grupos de lazer/atividade física (passeios, práticas manuais, esportivas; clubes, atividades de dança) e comunidades que se vinculam a temáticas específicas (proteção aos animais, culinária, questões ambientais), entre outros.

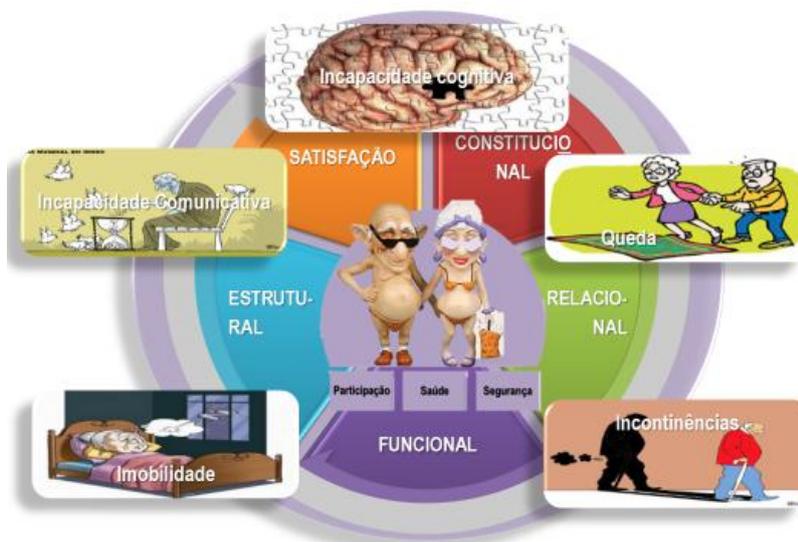
As dimensões que compõem a rede de apoio social são: tamanho, dispersão geográfica, força das ligações, densidade e integração dos contatos, composição e homogeneidade dos membros e enraizamento social⁴.

Cabe mencionar que a forma como as pessoas viveram e se relacionaram ao longo da vida esclarece qual foi o suporte que elas construíram em sua existência e este suporte constituirá a ponte de acesso às relações interpessoais mais ou menos ricas quando se encontram na fase do envelhecimento. No caso do Brasil, o fato de haver famílias numerosas constitui um fator contribuinte para que os parentes estabeleçam vínculos de alguns deles com seus ancestrais. Este vínculo, quando reforçado e estimulado, favorece a superação da “insuficiência familiar”^{25; 73}.

Nos casos em que os vínculos não foram construídos durante a vida, é necessário criar uma rede de apoio capaz de preencher a lacuna da convivência com vistas a se evitar o empobrecimento social e atender às demandas de cuidados enquanto forma de garantia da seguridade⁷³.

Muitos são os desafios para o desenvolvimento de políticas que atuem efetivamente para proporcionar condições para que se envelheça bem, promover o envelhecimento ativo, criar condições melhores, por meio do combate à pobreza, favorecendo o enfrentamento e a convivência com manifestações da síndrome geriátrica, evitando a exclusão social, encorajando o voluntariado e estimulando a participação social². A conciliação das síndromes geriátricas com os pilares do envelhecimento ativo e as dimensões do apoio social consta do esquema apresentado na **figura 8**.

Figura 8: Esquema sobre a articulação das redes de apoio e os alicerces do envelhecimento ativo.



Fonte: Elaborado pelas autoras.

Para se efetivar o apoio social, é necessário criar uma rede de suporte para ele que está sendo concebida como rede de apoio social. Este constitui um suporte que se insere na dimensão pessoal e remete à ligação que se estabelece entre o indivíduo e os membros da rede social com os quais foi/está sendo construída uma ligação de significado existencial que torna a convivência entre ambos relevante do ponto de vista pessoal/emocional/social²⁴.

Ele se estabelece na convivência do indivíduo com famílias, vizinhos, membros de comunidades, decorre de preferências, necessidades, oportunidades, identidade ou conveniências e possibilita a formação de vínculos²¹. Por ser multifatorial, a rede de apoio é semelhante ao processo comunicacional, pois envolve o receptor e o doador do apoio, o conteúdo e a forma de efetivá-lo. Por isso a rede de apoio possui características próprias que surgem de demandas, necessidades e envolvem a disponibilidade das pessoas para que ela possa ser construída. Isso faz com que ela se delinee nas relações interpessoais a partir de desejos, anseios, necessidades e significados que (des) favorecem a adesão para responsabilidade com a saúde de quem é o receptor do apoio⁴.

Uma proposta que visa explicar o apoio social se alicerça em três concepções, a saber: de reforço (referindo-se a expressões de cunho emocional, de reconhecimento e afeto, informativo e instrumental), informativa (sugestões, informações, conselhos e opiniões), instrumental (auxílio financeiro, tempo dedicado e disponibilidade de recursos, serviços), que permitem sua apresentação em duas categorias: emocional e instrumental. Embora seja uma explicação sintética do ponto de vista das categorias conceituais, os autores a subdividem de maneira a abarcar o indivíduo numa concepção não fragmentada⁴.

Outra forma de conceber o apoio social em sua complexidade é utilizar-se de duas categorias, a saber: atributos e antecedentes. Atributos são características diferentes e, apesar disso, não perdem sua consistência, a exemplo da informação e do apoio social (interpessoal). Os antecedentes estão relacionados às condições preestabelecidas que favorecem o apoio social, a exemplo do fato de o receptor reconhecer que necessita de assistência⁴.

As relações sociais também se modificam com algumas condições, tais como: reciprocidade, acessibilidade e confiança, Estas últimas contemplam os recursos emocionais, a inclusão, os materiais, componentes cognitivos, entre outros⁴.

Na gerontologia, a abordagem de alguns fatores sociais e econômicos é essencial na busca de compreender a vivência e a qualidade de vida desta população. As redes de apoio atuam como subsídio para os recursos materiais e psicológicos aos quais as pessoas têm acesso por meio de suas redes sociais¹³. O suporte social (SS) é um fator encorajador para o enfrentamento de doenças e superação das mesmas¹³.

Analisar qual é o SS que uma pessoa possui equivale a abordar não apenas as questões sociais, mas inclui conhecer o número de amigos, a frequência em que se encontra com eles, os conteúdos que abordam, além de contemplar aspectos subjetivos, tais como: a percepção que o indivíduo tem sobre estas relações, a satisfação que o convívio lhe proporciona, a intensidade dos vínculos estabelecidos e o impacto sobre o atendimento de suas necessidades^{13; 83}.

O suporte social pode ser alicerçado, do ponto de vista de sua conceituação, em três pilares: fatores que possibilitam o sujeito acreditar que é amado e existem pessoas que se preocupam com ele; fatores que o levam a crer que é apreciado e possui valor perante estas pessoas e fatores que fazem com que as pessoas acreditem que elas pertencem a uma rede de comunicação e possuem obrigações a serem cumpridas^{13; 18}.

Cabe ressaltar que na presente investigação o SS equivale ao apoio social.

Todos os itens anteriormente mencionados constituem fatores intervenientes sobre o processo de envelhecimento na medida em que retratam suporte e recurso para que a assistência e o apoio prestados a um indivíduo seja viabilizados. As pessoas que podem compor a rede de apoio necessária são representadas pela família, instituições afins, grupos religiosos, amigos, vizinhos, conhecidos, entre outros^{59; 70}.

O apoio social que aborda o aspecto psicológico está relacionado com a confiabilidade construída e conquistada entre as pessoas, por isso ele pode ter um cunho imaginário, real ou com componentes de potencialidade^{59; 70}.

Daí a necessidade de se compreender aquilo que as pessoas idosas acreditam ter disponível de contato humano, o quanto se sentem confiantes com a presença de alguém e o quanto realmente podem recorrer a esse apoio e recebê-lo quando há alguma demanda. Isso equivale a dizer que é preciso conhecer quais são os indivíduos em que a pessoa idosa deposita suas expectativas no sentido de estarem presentes, disponíveis e serem úteis a ela caso tenha uma necessidade^{25; 71; 73}.

As variáveis de interesse numa escala de avaliação das redes sociais devem contemplar a inserção de familiares, vizinhos, amigos e conhecidos, além de analisar o envolvimento, a amizade, a satisfação social, a afetividade, a confiança entre o requerente e o provedor do apoio^{13; 18; 20}, e sua aplicação em pessoas idosas requer um instrumento capaz de captar estas variáveis.

As metas almejadas pelas políticas de saúde direcionadas às pessoas em processo de envelhecimento pressupõem a existência de infraestrutura de apoio capaz de acolhê-las e proporcionar resolubilidade às demandas que surgem⁷. Porém alcançá-las constitui um desafio

que coloca em foco a dificuldade de conciliar o amparo com a preservação da autonomia, da participação social e da segurança².

Pensar na infraestrutura necessária capaz de responder aos desafios do processo de envelhecimento na perspectiva do envelhecimento ativo e diminuir as vulnerabilidades inclui: 1) dispor de uma rede de atenção à saúde que seja reconhecida por sua capacidade de acolhimento, resolubilidade e qualidade de atendimento; 2) obter profissionais treinados e capacitados para desenvolver práticas de prevenção, ações que reforçam o papel das famílias, das relações intergeracionais e assistência adequada (políticas de formação de recursos para profissionais da área de saúde e correlatas); 3) habilitar os cuidadores (curso de formação de cuidadores); 4) proporcionar recursos logísticos, suporte social com a criação de programas integradores (estimulação dos vínculos familiares, afetivos, religiosos, grupos de apoio e comunidades com interesses comuns); 5) prover de recursos financeiros que propiciam facilidades e acesso da população idosa (políticas de farmácia popular e distribuição gratuita de medicamentos para situações crônicas) para atender às demandas não resolvidas pela organização social, familiar e comunitária e pela responsabilidade humanitária e 6) estimular o aprendizado ao longo da vida, fortalecendo a autoestima, a participação social e gerando aprendizado que oportuniza uma renda complementar para a família².

A busca por um suporte ou infraestrutura para auxiliar as pessoas em processo de envelhecimento pressupõe distinguir dois termos, do ponto de vista conceitual e/ou operacional que, em determinados momentos, tangenciam-se por serem próximos e/ou complementares, a saber: o apoio social e a rede social.

Se, por um lado, a rede social inclui a interação/ligação do indivíduo com a dimensão estrutural ou institucional (in) formal (vizinhança, organizações religiosas, sistema de saúde e escolar), por outro, o apoio social remete à intensidade da interação/ligação entre as pessoas ou com as instituições⁴.

Cabe ressaltar que a concepção de saúde não se restringe à ausência de doenças, mas está relacionada também à capacidade em desenvolver atividades e obter satisfação sobre elas^{2:7}. O surgimento de doenças relacionadas ao processo de envelhecimento é inevitável, no entanto, reflexões se fazem necessárias na medida em que esse processo não se conceitua pela carga medicamentosa ou pela presença de doenças, mas pela capacidade em manter o máximo de saúde, segurança e participação⁷. Isso faz com que o idoso seja engajado socialmente, fortalecendo e alargando a rede de apoio social e que as relações intergeracionais sejam preservadas e fortalecidas, propiciando um campo fértil para o envelhecimento ativo e bem-sucedido^{2:7}.

A pessoa que consegue se adaptar às limitações que surgem, mantendo sua autonomia, independência, engajamento social e atitude positiva perante a vida, pode ser considerada incluída em um envelhecimento bem-sucedido, uma vez que fatores objetivos e subjetivos são componentes essenciais neste processo^{60; 84}.

A compreensão das redes de apoio da pessoa idosa possibilita reflexões sobre quais estratégias necessitam ser implementadas para ela seja valorizada, reconhecida como sujeito contextualizado de um grupo sociofamiliar, respeitada em sua capacidade de estabelecer vínculos culturais e de tradições nas relações intergeracionais a ponto de se sentir integrada e pertencente socialmente². Neste contexto, a rede de apoio é capaz de se ligar aos determinantes do processo de envelhecimento e influenciar (in)diretamente sobre os modos de viver das pessoas em família, comunidades e grupos sociais⁴.

Na perspectiva da rede de apoio, abordar o contexto no qual o idoso está inserido equivale identificar os fatores intervenientes sobre a forma como ele vivencia, articula-se e estabelece suas relações.

Na presente investigação, a rede de apoio social está sendo concebida como suporte estruturado a partir de cinco dimensões que retratam dimensões humanas que influenciam a qualidade de vida e facilitam o atendimento de necessidades para que as pessoas idosas possam envelhecer de forma ativa e bem-sucedida⁴. Dimensões de cunho objetivo e subjetivo que integram o idoso em suas relações, abordando a extensão, dimensão, qualidade, convivência, frequência, ou seja, um conceito de Rede de Apoio que subsidia o indivíduo no desenvolvimento físico, cognitivo e afetivo⁴.

3.4 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

A escolha da Teoria das Representações Sociais como o quarto alicerce teórico decorreu-se do fato de se buscar compreender como, do ponto de vista social, o processo de envelhecimento é percebido por aqueles que o vivenciam.

O uso das representações sociais se justifica na medida em que permite captar o conteúdo do senso comum (pensamento de massa), que se constrói a partir da interação dos indivíduos e integrado às formas de comunicação sobre determinado fenômeno. Isso possibilita ao pesquisador apreender os conceitos e a visão dos participantes a respeito da temática, e, no que tange a sua aplicação à enfermagem, permite a compreensão das dimensões e tipos de necessidades que a pessoa a ser cuidada demanda, direcionando a prática e tornando o não familiar em familiar^{85; 86}.

O esclarecimento de alguns conceitos como a objetivação e a ancoragem e seus desdobramentos é componente integrante do processo de compreensão da representação social. Estes dois conceitos permitem compreender qual objeto poderá ser representado: a objetivação e a ancoragem, sendo que uma representação somente ocorre quando o grupo socialmente constituído é apresentado a um objeto passível de ser apreendido pelo grupo. No caso da objetivação de uma representação, ela consiste na transformação de uma ideia, de um conceito, ou de uma opinião em algo concreto, que aparece alocado no núcleo central no quadro de quatro casas^{17; 85}.

A ancoragem desempenha um papel fundamental no estudo das representações sociais e do desenvolvimento da consciência, uma vez que se constitui na parte operacional do núcleo central e em sua concretização. Ela consiste no processo de integração cognitiva do objeto representado e contextualizado implicitamente⁸⁵.

A Teoria das Representações Sociais permite a compreensão destas e traduz a realidade a partir da identidade de grupos, descrevendo e explicando comportamentos e práticas⁸⁷. Na abordagem estrutural proposta por Abric, toda representação social possui um núcleo central estruturante e unificador ao redor do qual estão outros elementos considerados periféricos. O núcleo central é capaz de criar ou transformar o significado dos elementos periféricos da representação⁸⁸. É no âmbito do núcleo central que as representações sociais se solidificam e estabilizam, a partir da vinculação de ideias as quais são mediadas pela realização de ações concretas e resistentes a mudanças⁸⁹.

O núcleo central possui estabilidade e coerência, relativamente independente do contexto imediato. Os elementos periféricos, por sua adaptabilidade, permitem a construção de representações sociais individualizadas. A existência da dinâmica entre o núcleo central e seus elementos periféricos, nos contextos das representações sociais, permite que elas sejam ao mesmo tempo estáveis e móveis, rígidas e flexíveis⁸⁷.

Os elementos periféricos possuem componentes concretos e acessíveis que fazem a interface entre o núcleo central e a realidade. Eles são dependentes do contexto e da ancoragem da representação na realidade. Isso equivale a dizer que podem modificar um determinado grupo sem que a representação se altere, fato que não ocorre com o núcleo central. Quando este modifica, a representação social também se altera^{87; 88}.

O núcleo periférico, ao contrário do central, é caracterizado por sua flexibilidade, capaz de sofrer transformações que permitem a integração das experiências e histórias individuais. Sensível ao contexto imediato, ele suporta contradições e a heterogeneidade do grupo enquanto protege o sistema central. Já o núcleo central está ligado à memória e à história coletiva, é

consensual e define a homogeneidade do grupo, estável, coerente, rígido, resistente à mudança, mostra-se pouco sensível ao contexto imediato^{85; 90; 91}.

Abrieux destaca cinco funções da ancoragem, ou do sistema periférico, no funcionamento e na dinâmica das representações, a saber: 1) concretização do núcleo central; 2) regulação, que consiste na adaptação da representação às transformações do contexto; 3) prescrição de comportamentos; 4) proteção do núcleo central e 5) as modulações individualizadas que são as representações relacionadas ao contexto de vida do sujeito^{87; 92}.

Outra abordagem das representações sociais é a processual, na qual não são os componentes que são relevantes e nem sua hierarquia, mas como ela foi construída. O núcleo figurativo de uma RS traz a marca da cultura e das normas sociais do ambiente do sujeito. Proporcionando categorias e interpretações de novas informações⁹³.

A representação social processual possui abordagem da hermenêutica, que busca entender o ser humano como produtor de sentido, focando nas análises das produções simbólicas e da linguagem construídas por meio do mundo em que vivem⁹³. A representação social societal é uma terceira abordagem, no entanto não terá enfoque na presente investigação.

Entre as razões que motivaram a busca pelos quatro alicerces teóricos (envelhecimento ativo, síndromes geriátricas, redes de apoio e Teoria das Representações Sociais) está a busca por abranger, da forma menos fragmentada e mais individualizada possível, o processo de envelhecimento por que passam pessoas com idade de 65 anos ou mais.

A ênfase pela abordagem social e pela dimensão cultural justifica-se na concepção do processo de envelhecimento, requerendo redes de apoio. A composição da rede de apoio é considerada mais significativa para aquele que envelhece, uma vez que aumentam as demandas de cuidados e de companhia.

3.5 TEORIA DE BETTY NEUMAN, PROCESSO DO ENVELHECIMENTO E O CUIDADO DE ENFERMAGEM: REFLEXÕES PARA A ATUAÇÃO DE ENFERMEIROS

Betty Neuman nasceu em uma fazenda na cidade de Lowell, em 1924. Formou-se em bacharel em enfermagem no ano de 1957, conquistou seu título de mestre em Saúde Mental em 1966 e concluiu o doutorado em psicologia clínica anos mais tarde^{94; 95}.

Durante sua atuação ao final dos anos 60, a partir do movimento comunitário, ela desenvolveu um modelo de enfermagem “abordagem da pessoa total” baseado numa estrutura

de adaptação de sistemas. Sua teoria é alicerçada em uma abordagem das necessidades humanas numa perspectiva de integralidade e sistemas interligados à semelhança de sua proposta de vida, na qual se empenhava por preservar a satisfação e alegria diante das situações apresentadas pela vida. Isso explica seu envolvimento com o processo de aconselhamento de famílias e empenho em atuar na promoção do bem-estar das pessoas.

O modelo conceitual de Neuman é abrangente e dinâmico e possui uma visão multidimensional das famílias, dos grupos e dos indivíduos que se mantêm em contato com os estressores ambientais a todo momento. Tal modelo é considerado adequado para as profissões que cuidam da saúde, não se restringe apenas à enfermagem⁹⁵.

A forma como Neuman concebe sua teoria está centrada nas necessidades individuais e humanas de proteção e de alívio do estresse, já que acredita que as causas do estresse podem ser identificadas e tratadas por intervenções de enfermagem⁹⁵.

Sua abordagem conceitual foi influenciada pelas seguintes teorias: do campo, dos sistemas abertos de energia e do estresse⁹⁵. A teoria de campo enfatiza que a presença de um problema resulta no desequilíbrio que equivale a um estímulo capaz de integrar o homem com o meio ambiente. Esta teoria, aliada à dos sistemas, retrata a ligação do indivíduo ou sociedade com os estressores ambientais⁹⁵. A origem da teoria dos sistemas data de 2.500 a.C. e mantém sua lógica conceitual que, ao ser aplicada a várias situações, adquire matizes diferentes, conservando, porém, o objetivo em comum do “esforço humano para prever o futuro”⁹⁶.

Iniciou-se com os estudos realizados sobre os astros e a natureza, quando se buscou compreender a sintonia que deveria existir entre eles, ou seja, tentava explicar as modificações da natureza associadas à influência dos astros, a exemplo das cheias dos rios. A partir das fases da lua, criou-se o ano contendo 12 meses, alicerce da Lógica, ordem ou algo que era previsível, ou seja, que pelo encadeamento de situações gerava um sistema⁹⁶. Tal conceito teve continuidade no mundo moderno, tendo como seguidor o médico Claude Bernard (1813-1878), que buscou diferenciar os termos “ambiente externo e interno” ao aplicá-los ao estudo do corpo humano⁹⁶.

Nos anos 40, a teoria dos sistemas foi oficializada após a participação dos Estados Unidos da América (EUA) na guerra mundial. O enfoque de sistema utilizado nesta ocasião foi o de ser possível prever os procedimentos conforme suas funções, estruturas e processos para que tudo ocorresse de modo organizado⁹⁷. Diante do exposto, pode-se dizer que sistema era concebido como uma forma lógica, a partir da qual o modo de ordenação dos acontecimentos permite apreender uma realidade de maneira operativa voltada ao alcance de um objetivo⁹⁷.

Outros modelos teóricos serviram de alicerce para a estrutura conceitual de sistemas proposta por Betty Neuman. Ela enfatizou a reação do indivíduo ao estresse e aos fatores de adaptação, retratados por cinco variáveis interativas, a saber: fisiológica, psicológica, sociocultural, desenvolvimental e espiritual^{94; 98} (**Figura 9**).

Figura 9: Esquema representativo sobre estrutura conceitual da teoria de Betty Neuman.



Fonte: Elaborado para fins deste estudo.

A estrutura proposta por este modelo descreve o indivíduo como um ser holístico inserido num contexto e visto como um sistema aberto constituído por um centro e cercado por círculos concêntricos que representam os fatores básicos de sobrevivência e são comuns aos seres humanos⁹⁴.

Ao redor destes círculos concêntricos, existem as linhas: normal de defesa, flexível de defesa e de resistência, conforme consta do esquema da **figura 9**. O diagrama esquematizado por Neuman para explicar seu modelo teórico possibilita compreender que os estressores interagem com o ser humano e este com o meio ambiente a ponto de exercer uma reação sobre a unidade total do indivíduo⁹⁴. Os dois componentes mais importantes do modelo de sistemas de Neuman são os estressores e as reações aos estressores⁹⁸.

Com base na Teoria de Betty Neuman, o indivíduo é concebido como um sistema aberto que está interagindo com forças externas e internas (estressores ambientais) a todo momento, e estas se modificam num movimento que busca pela harmonia e pelo equilíbrio⁹⁴.

Na teoria, estão conceituados os estressores, os indivíduos/homem/cliente e o ambiente/entorno. Estressores são forças ou estímulos que atuam sobre o indivíduo (sistema),

eles podem estar presentes no ambiente interno e externo do sistema, alterando o equilíbrio do mesmo⁹⁴. O indivíduo é considerado um sistema aberto que interage permanentemente com o meio cuja composição inclui as variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais, desenvolvimentais e espirituais, que são capazes de alterar seu equilíbrio⁹⁴.

O ambiente é formado pelo conjunto de forças internas e externas que atuam sobre o indivíduo por todo tempo de maneira multidimensional e dinâmica. O ambiente interno está relacionado ao homem e o ambiente externo corresponde ao inter e extrapessoal, ou seja, tudo aquilo que é externo ao homem⁹⁴.

As linhas de resistência são fatores internos, isto é, defesas contra os tipos de estressores e são ativas nas situações em que as linhas de defesa normal são atingidas pela influência/invadidas por estressores ambientais.

Já a linha flexível de defesa é dinâmica e se modifica rapidamente, agindo como amortecedor para a linha normal de defesa, contribuindo para o desenvolvimento. Os estressores são classificados em: 1) intrapessoais: de origem interna do indivíduo; 2) interpessoais: as forças ocorrem entre os indivíduos; 3) extrapessoais: são as forças advindas do meio externo ao indivíduo, porém têm ação sobre ele.

Analisar a aplicabilidade desta teoria às pessoas idosas à luz dos estressores permite identificar qual o impacto destes estressores sobre o sistema de energia dos idosos (concepção de doença) e compreender como eles agem, quais as habilidades de enfrentamento/adaptações às mudanças requeridas para que os próprios idosos sejam capazes de re-harmonizar suas linhas de defesa.

Por outro lado, quando a própria pessoa idosa está incapacitada para superar a desarmonia de seu sistema de energia, caberá ao enfermeiro desenvolver sua atuação laboral (ação terapêutica) no sentido de auxiliá-la a reestruturar seu equilíbrio/harmonia, ou seja, restabelecer o bem-estar^{99; 100}.

Para que o cuidado de enfermagem aconteça de maneira eficaz, proporcionando bem-estar ao cliente e mantendo a estabilidade do sistema cliente/paciente, deve haver interação/empatia entre aquele que executa e o que recebe o cuidado^{94; 98}.

Para Neuman, a prevenção de estressores é uma estratégia de intervenção que visa amenizar suas ações e fortalece a linha flexível de defesa; a prevenção é classificada em três dimensões: primária, secundária e terciária. A prevenção primária tem como objetivo atenuar os estressores e fortalecer a linha flexível de defesa, promovendo o bem-estar. A prevenção secundária envolve a colaboração entre o cliente/paciente e o enfermeiro, para que estratégias sejam estabelecidas para aliviar os sintomas dos estressores, evitando que a linha flexível de

defesa, linha normal de defesa e linhas de resistência sejam ultrapassadas⁹⁸. A prevenção terciária é descrita como uma maneira de garantir o bem-estar por meio do tratamento dos estressores e manutenção do equilíbrio e estabilidade^{94; 98}.

Ela acredita que o modelo de sistemas é geral por natureza, diferente das ações de enfermagem que são específicas de acordo com as variáveis que afetam o próprio cuidado de enfermagem⁹⁵. Nesta concepção, ao enfermeiro, como responsável por intervenções que visam à redução dos fatores de estresse e das situações adversas na condição clínica do indivíduo, caberá abordar aqueles fatores estressantes que são potenciais ou reais⁹⁵.

Em sua teoria, alguns conceitos e metaparadigmas foram criados, nos quais os seres humanos são tidos como “sistema paciente/paciente” que envolve variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais, que são representadas por anéis concêntricos protetores da estabilidade e integridade do sistema⁹⁵. O ambiente passa a ser composto por forças externas e internas em torno do paciente que sofre influências e influencia o meio em todo momento. A saúde é tida como o melhor estado, ou equivale à estabilidade ideal/possível do sistema. A autora ressalta que saúde e doença ocupam posições antagônicas e por isso estão representadas em seu diagrama em extremidades opostas à semelhança dos braços de uma balança de fulcro. Qualquer alteração ou variação do bem-estar é causada pela invasão da linha normal de defesa pelos estressores⁹⁵.

A Teoria de Neuman se alicerça em alguns pressupostos: cada sistema é único; existência de estressores que podem ser (des)conhecidos e universais; cada estressor é capaz de afetar a estabilidade do sistema de maneira individual; os indivíduos (paciente/sistema) desenvolvem respostas ao ambiente, que são chamadas de linhas de defesa normais; as linhas de defesa flexíveis não são capazes de garantir proteção ao paciente/sistema contra os estressores ambientais, pois os mesmos rompem a linha normal de defesa, afetando sua integridade; as linhas de resistência atuam para estabilizar o paciente/sistema ao estado de saúde habitual, por isso as estratégias preventivas estão relacionadas à manutenção da linha normal de resistência.

A prevenção primária está ligada ao conhecimento dos fatores de risco, ou seja, dos estressores, de forma a reduzi-los para prevenir as possíveis reações. A prevenção secundária associa-se com os sinais e sintomas apresentados a partir da ação do estressor, e uma maneira de reduzir seus efeitos desfavoráveis é identificar as prioridades das intervenções e a escolha do tratamento adequado^{95; 98}. E a prevenção terciária ocorre quando os processos de ajuste dos fatores de manutenção alocam o paciente na área circular à prevenção primária⁹⁵.

A meta da atuação laboral do enfermeiro é garantir a manutenção da estabilidade do paciente/sistema, usando para isso o conhecimento dos estressores que podem afetar tal estabilidade e auxiliando o indivíduo para que ele alcance sua saúde ideal/possível⁹⁵.

Na aproximação entre a Teoria de Betty Neuman com o processo de envelhecimento, é possível identificar que a enfermagem está diretamente relacionada a ele, uma vez que se alicerça no cuidar, na prevenção de doenças, promoção da saúde e de suas ações voltadas para o atendimento integral e individualizado do ser humano^{94; 98}.

Incentivar o autocuidado também é um papel exercido por enfermeiros, assim como orientações baseadas em estratégias e conhecimentos quanto aos fatores determinantes deste processo, compreendendo a complexidade e magnitude para que a promoção da saúde seja realizada juntamente com a prevenção de doenças e agravos⁴⁹.

A atuação do enfermeiro na rede de atenção à saúde mostra a importância do cuidado integral ao idoso^{13; 18, 15}. Dentro de suas especificidades no atendimento domiciliar, é possível compreender o contexto familiar, a realidade vivenciada por essas pessoas, sua interação com os serviços de saúde, os agravos de doenças, relação intergeracional, com o meio e compreender as Redes de Apoio e sociais. Torna-se possível a atuação otimizada do enfermeiro na redução aos agravos à saúde e conseqüentemente na redução da sobrecarga hospitalar e por serviços especializados¹⁵.

5 MÉTODOS E TÉCNICAS

A seguir, foram apresentadas a trajetória e as técnicas que possibilitaram a operacionalização da presente investigação.

5.1 ASPECTOS ÉTICOS

Desde a idealização até a finalização da investigação foram previstos o atendimento de todos os critérios éticos e legais de pesquisa envolvendo seres humanos de acordo com a legislação brasileira (Resolução n. 466/2012³⁰ do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, legislação em vigor no período de submissão).

O início do processo de coleta de dados foi subordinado à aprovação em Comitê de Ética da Universidade Federal de Juiz de Fora, instituição à qual as pesquisadoras estão vinculadas. A presente investigação se inscreveu como parte da pesquisa intitulada “Vulnerabilidades decorrentes do processo de envelhecimento: diagnóstico situacional para demandas de cuidados de enfermagem na Atenção Primária à Saúde”. Ela foi aprovada em comitê de Ética segundo parecer número 40476214.8.0000.5147, em 16/04/2015.

Foram atendidos os princípios de 1) justiça: em que a preocupação está associada à equidade na divisão de bens e recursos comuns, oportunizando o acesso mais homogêneo a estes bens; 2) respeito à autonomia: ser consciente sobre o direito de a pessoa possuir opiniões divergentes, de realizar suas escolhas de maneira livre e autônoma, agindo segundo seus valores e convicções; 3) beneficência: o profissional de saúde contribui para o bem-estar das pessoas, promovendo ações que beneficiem, não causando danos, partindo da obrigação moral de agir para o benefício do outro e 4) não maleficência: o profissional de saúde tem o dever de intencionalmente não causar danos à pessoa que atende, exceto quando o benefício gerado a partir desse dano seja comprovadamente maior que o malefício, sendo assim, do ponto de vista ético, a ação se justifica¹⁰¹.

Os riscos dos participantes para integrarem esta investigação foram considerados mínimos, ou seja, semelhantes aos de situações cotidianas da vida, havendo a preocupação e atenção das pesquisadoras no sentido de minimizá-los, por meio da utilização de técnicas comunicacionais, interacionais, com garantia do anonimato da instituição e dos participantes, além do respeito ao ser humano segundo seus valores pessoais e humanitários¹⁰¹.

Do ponto de vista dos vínculos institucionais, eles foram respeitados desde a idealização da investigação. Foi solicitada e obtida autorização das instâncias responsáveis, junto ao serviço público, pela área de abrangência dos domicílios a serem investigados no nível de atenção primária à saúde e dos responsáveis pela instituição de ensino na qual esta investigação se inscreveu.

Cabe acrescentar que a todos os participantes foi previsto aceitação para integrar a investigação de forma voluntária, externada por meio da assinatura do TCLE, após esclarecidos quanto a sua participação e direitos; independentemente de gênero, cor de pele e convicções religiosas declaradas.

5.2 DELINEAMENTO

Trata-se de uma investigação delineada na abordagem de método misto. O método misto, inicialmente usado nas ciências sociais e humanas, concebe a aproximação das abordagens qualitativa e quantitativa. Isso equivale a dizer que é um método alicerçado em pressupostos filosóficos, procedimentos técnicos e metodológicos distintos¹⁰², mas que mantém o intuito de intensificar as formas de apreensão e aprofundamento de um determinado objeto de investigação sem as amarras das limitações conceituais de cada abordagem.

A escolha pelo método misto possibilitou comparar, triangular ou convergir informações obtidas a partir de técnicas distintas com vistas a subsidiar o aprofundamento de conhecimentos sobre o objeto de investigação elencado.

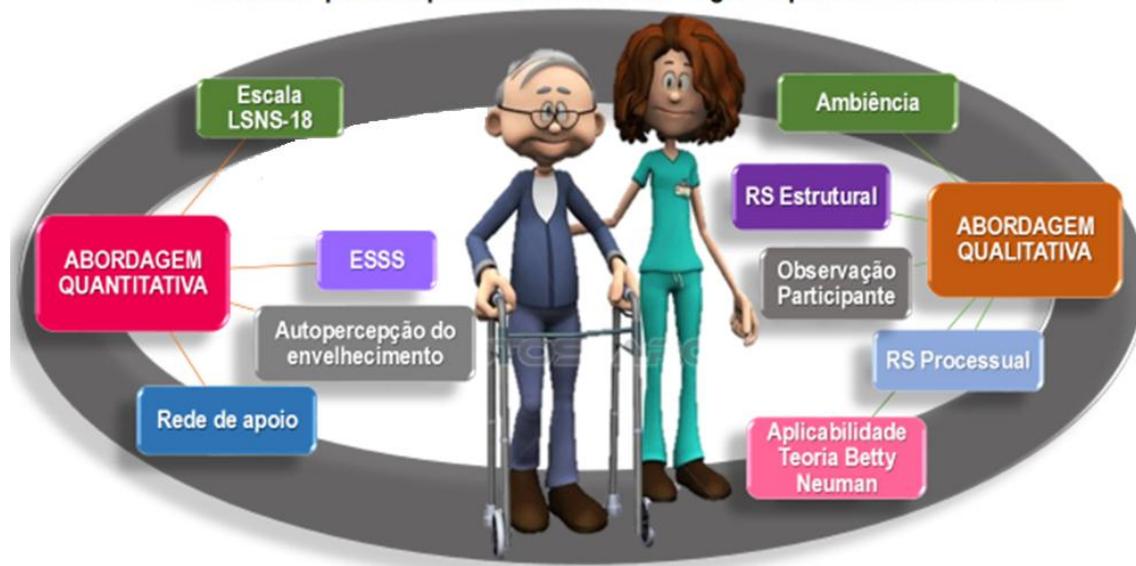
A forma de operacionalização desta investigação foi por método misto sequencial convergente, que ocorre por meio de etapa predeterminada (tipo fixo) na abordagem quantitativa e articulação dos métodos emergentes da etapa qualitativa, culminando na convergência dos dados^{103; 104}.

A aproximação das abordagens quanti e quali ocorreu por meio de procedimentos sequenciais (quando os resultados de um método são complementados com outro método) e simultâneos (buscando-se as possibilidades de convergir informações com a finalidade de responder às questões de investigação) a ponto de subsidiar a discussão sobre a atuação do enfermeiro junto a este segmento populacional¹⁰³.

A forma de apresentação dos dados, por coerência conceitual, está esquematizada na **figura 10**.

Figura 10: Esquema ilustrativo da articulação da abordagem qualitativa e quantitativa no Método Misto.

Rede de Apoio em pessoas idosas: abordagem a partir do método misto



Fonte: elaborado pelas autoras.

A etapa desta pesquisa delineada na abordagem qualitativa inclui o uso da: 1) observação participante com foco na rede de apoio identificada no período de coleta de dados; 2) Teoria das Representações Sociais nos referenciais de Abric (abordagem estrutural alicerçada na Teoria do Núcleo Central) e Moscovici (abordagem processual), contemplando o processo de envelhecimento e a rede de apoio.

A etapa com abordagem quantitativa inclui a realização de um *survey*, abordando a rede de apoio, a autopercepção de saúde e a satisfação com suporte social disponível.

5.3 CENÁRIO DA INVESTIGAÇÃO

A pesquisa foi realizada no ambiente domiciliar dos participantes e suas residências estavam situadas em microáreas de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de uma cidade da Zona da Mata Mineira que possui população aproximada de 517.872 habitantes, sendo que destes 11,9% encontram-se acima de 60 anos de idade e 8,3% com idade ≥ 65 anos¹⁰⁵.

Por se tratar de uma investigação delineada na Teoria das Representações Sociais em que há a necessidade de contextualização do cenário em que ela ocorreu, cabe acrescentar algumas peculiaridades e detalhes que explicitam o cenário em que esta pesquisa foi realizada.

Do ponto de vista da estrutura física do bairro, a região integra um complexo de bairros que dispõem de infraestrutura de apoio, instituições de saúde, mercados, comércio amplo e

variado, com agência bancária, lotérica, três postos de gasolina, academias de ginástica, salões de beleza, empresa farmacêutica, ponto de coleta de sangue de laboratório e fábrica de produção de alimentos (biscoito).

Conta também com uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Estratégia Saúde da Família (ESF) integrada à APS, postos de coleta e laboratórios de análises clínicas particulares, um centro municipal de especialidades ortodônticas conveniado com uma universidade federal. Os bares e casas noturnas na região são frequentados predominantemente por visitantes externos ao bairro, geram renda para os moradores e melhoram seu poder aquisitivo.

A população da região não dispõe de áreas públicas próprias destinadas ao lazer, embora exista um campo de futebol privado no bairro, que se destina a jovens e adultos jovens com renda para arcar com as mensalidades, sendo a maioria de seus frequentadores provenientes de outros bairros. Por isso, a maioria dos moradores utiliza o ambiente de uma universidade que disponibiliza vagas em projetos de extensão e espaço físico, cultural e social para a realização de atividades recreativas e de convivência intergeracional.

Apesar de a região possuir uma variedade de estabelecimentos comerciais e de saúde, as residências ficam localizadas preferencialmente em ruas secundárias. Há relação de conhecimento entre os moradores. Eles se reconhecem por nome e fazem referência ao núcleo familiar ao mencionar um de seus membros ou para identificar a família a que eles pertencem.

O trânsito de carros ocorre prioritariamente nas ruas centrais do bairro onde há redutores de velocidade, fato que não ocorre nas ruas residenciais. Durante a realização da ambiência, foi possível identificar uma variedade de estruturas de residências. Elas oscilam de infraestrutura básica à requintada.

Do ponto de vista do perfil econômico, trata-se de um bairro em que há discrepâncias socioeconômicas, convivendo casas simples e antigas com a substituição lenta das mesmas por condomínios e lojas comerciais. Antigos moradores vendem seus lotes no intuito de produzirem renda e se deslocam para as extremidades do bairro, ao passo que os compradores de tais lotes fazem investimentos e construções modernas em substituição às antigas casas.

A influência religiosa do catolicismo e protestantismo é predominante sobre os moradores. Nas casas de moradores mais antigos católicos, permanecem vestígios da cultura das procissões, havendo, no interior das residências, altar no átrio de acesso às casas, onde ficam imagens religiosas que evidenciam a crença em Nossa Senhora Aparecida, padroeira do bairro. Tal fato retrata o vínculo dessas famílias com a religião e a influência desta.

5.4 PARTICIPANTES

Amostra de seleção completa composta por moradores de um bairro que pertence à área adstrita de uma região sanitária. Considerando as peculiaridades de morbimortalidade que caracterizam o processo do envelhecimento, foi prevista a aceitação de até 10% de perdas, sendo que, para valores superiores a esse quantitativo, predefiniu-se a reposição por ampliação da área de cobertura, desde que a mesma fosse parte integrante da abrangência da UAPS onde a presente investigação se inscreve.

Foram considerados **critérios de elegibilidade**: 1) ser morador em ruas de um bairro previamente delimitadas segundo concomitância entre o mapeamento utilizado de acordo com critérios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e das áreas adstritas à UAPS, 2) ter idade ≥ 65 anos; 3) concordar em participar como voluntário não remunerado, externando a aquiescência pela assinatura do TCLE e 4) apresentar-se lúcido e com fala coerente.

Foram **critérios para não participação**: 1) não atender aos critérios de inclusão; 2) estar internado, mudar-se ou viajar durante o período de coleta de dados e 3) estar ausente do domicílio em pelo menos quatro tentativas ou adiar a realização da coleta de dados por cinco recusas sequenciais em ocasiões distintas.

Os critérios para escolha inicial do bairro foram: parâmetros do IBGE onde residiam pessoas com idade ≥ 65 anos em maior número a fim de atender aos critérios de inclusão da presente investigação, factibilidade de acesso das investigadoras e proximidade da área com uma universidade pública.

Considerando que a estimativa do cálculo amostral foi de 198 participantes, tendo como referências: desvio padrão, erro máximo da estimativa e o nível de significância 5%, segundo os gêneros e as faixas etárias por quinquênio após 65 anos, buscou-se a aproximação da estimativa de participantes para 200 pessoas idosas.

Tendo em vista que foram visitadas e localizadas 234 pessoas com idade ≥ 65 anos por ocasião da vacinação em áreas de abrangência do cenário investigado, optou-se por selecionar as ruas com maior aglomerado de participantes, reservando as demais para sua utilização em casos de reposição amostral.

A escolha de um grupo de pessoas com idade ≥ 65 anos como participantes do estudo se justifica na medida em que é nessa etapa da vida que se evidenciam demandas de cuidados que requererem com mais frequência o acesso à rede de apoio, bem como se intensificam os riscos de isolamento social, caso tal rede não seja/esteja construída/disponível para suporte e sustentável. A opção por essa faixa etária possibilita uma comparação com estudos

internacionais em que essa idade é o critério utilizado para se determinar que uma pessoa é idosa¹⁰⁶.

O processo de recrutamento ocorreu por convite individual realizado no domicílio ou em suas proximidades para pessoas elegíveis segundo critérios estipulados na investigação com a abordagem inicial de 234 potenciais participantes. Considerando a processualidade e a complexidade do processo de coleta de dados, o quantitativo de participantes e as perdas serão mencionados neste processo.

5.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento de coleta de dados foi composto de cinco etapas: 1) caracterização sociodemográfica; 2) roteiro para realização da observação participante com a pessoa idosa em seu domicílio; 3) técnica de evocação a partir de termos indutores e com o apoio da Técnica de Associação Livre de Palavras Desencadeadas por Imagens (TALPDI)⁸²; 4) questões norteadoras para a abordagem processual das representações, 5) *survey* para apreensão do perfil dos participantes, autopercepção de saúde e percepção/mensuração da rede de apoio (escalas LSNS-18- validada no capítulo um e ESSS já validada na literatura) e 6) informações adicionais.

Para caracterizar os participantes do ponto de vista sociodemográfico (**Apêndice 1**), foram incluídos: gênero, idade, estado civil, cor de pele declarada e religião. Essas variáveis foram apresentadas em questões fechadas, abertas e semifechadas com opção de resposta adicional.

Cabe mencionar que, para religião e cor da pele, houve estranhamento de algumas opções disponíveis, ou seja, a cor de pele parda foi recusada e descrita com morena e, quanto ao termo religião protestante, priorizaram se autodenominar como evangélicos.

O conteúdo do diário de campo, por necessidade de direcionamento de registro sobre a rede de apoio, foi estruturado de forma a nortear o olhar da entrevistadora e auxiliá-la a captar as variáveis de interesse do estudo durante o contato que teve com os participantes.

Nesse sentido, o roteiro destinou-se a nortear a observação, servindo, por isso, de estrutura para a realização de uma observação participante (**Apêndice 2**). Nessa ocasião, a pesquisadora teve a oportunidade de triangular fontes de informações a partir dos registros contidos em seu diário de campo.

O roteiro contemplou características da rede de apoio nas dimensões: pessoal (aparência, cuidado, higiene e estado emocional); social (pessoas de convivência, parentesco, relações interpessoais, prática de atividade física); domiciliar (infraestrutura, tipo de material,

forma de acessá-los, movimento na dinâmica do cotidiano e presença de símbolos religiosos); estrutural/institucional (locais de apoio mencionados e utilizados no cotidiano do lar, instituição de saúde e lazer) e equipamentos (acessórios requeridos *versus* utilizados, frequência de uso, habilidade ao manuseio e necessidades identificadas); expressões/comunicações não verbais, paraverbais e extraverbais.

Tendo em vista que há formas de comunicação (in)direta¹⁰⁷, a pesquisadora pode direcionar seu olhar para as situações/circunstâncias em que pode apreender como os participantes/familiares/acompanhantes percebem, lidam, enfrentam e se cuidam^{107; 108}.

A observação participante consistiu em apreender o cotidiano dos participantes a partir da reunião da observação (in)direta, da análise indutiva e da compreensão dos fatos e situações presenciadas e presentes (in)diretamente no relato dos participantes¹⁰⁷.

A pesquisadora utilizou a suspensão de julgamento ao captar evidências e compor o mosaico de expressões, sentimentos e formas de enfrentamento capazes de retratar como a rede de apoio é acessada, está disponível, é desejada ou percebida como necessária. Para isso procurou se embasar em habilidades pessoais para objetivar o processo de descrição dos fatos, situações e circunstâncias com vistas a contextualizar a rede de apoio.

Para a realização da abordagem estrutural das Representações Sociais (RS), segundo a Teoria do Núcleo Central proposta por Jean Claude Abric, foi utilizada a Técnica de evocação por meio da Associação Livre de Palavras-TALP (**Apêndice 1**), com a estratégia da Técnica de Associação Livre de Palavras Desencadeadas por Imagens (TALPDI)³³, utilizando o suporte adicional de imagens¹⁰⁹ (**Figuras 11 e 12**).

Figura 11: Imagens utilizadas para subsidiar a realização da TALPDI em concomitância com a técnica de evocação desencadeada por termos indutores “envelhecer” e “envelhecer bem” ao abordar o processo do envelhecimento.



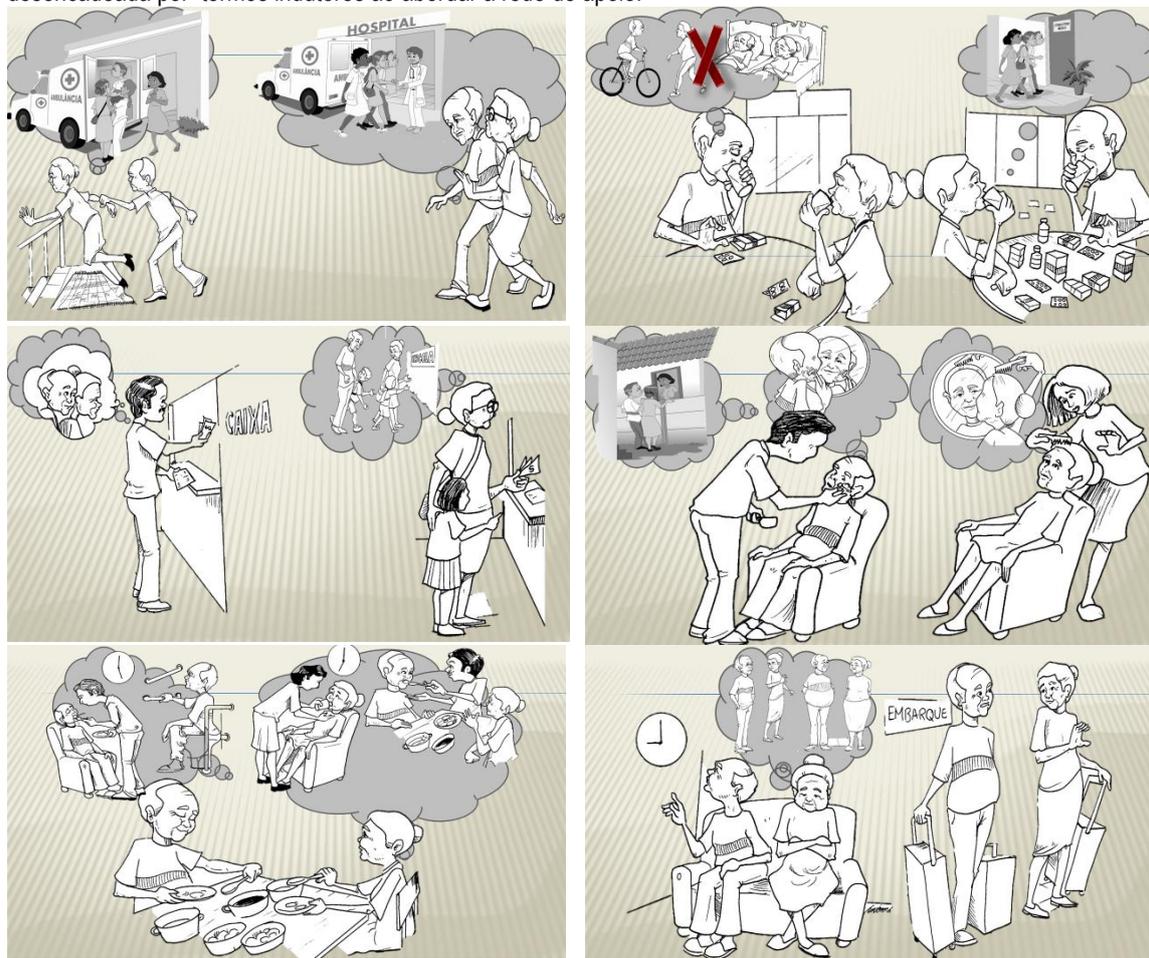
Fonte: MELO, L. D. D. O Processo de envelhecimento para pessoas idosas: estudo de representações sociais e crenças de Rokeach. 2015. Programa de Pós-Graduação em enfermagem, Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora.

A inclusão das imagens foi utilizada como recurso auxiliar para acessar os elementos simbólicos das representações sobre envelhecimento, tendo sido selecionadas seis lâminas oriundas de outra investigação¹⁰⁹. Elas eram previamente validadas e sua utilização, nesta investigação, contou com a autorização dos autores.

Aquelas utilizadas para abordar a rede de apoio foram selecionadas a partir de um banco de dados e complementadas de acordo com os seguintes critérios: integrar o cotidiano dos participantes e retratar situações em que a rede de apoio pode ser acessada, necessária, desejada ou requisitada por eles. Isso justifica a inclusão das atividades básicas, instrumentais e avançadas da vida diária na seleção dessas figuras.

Para retratá-las, as imagens foram previamente idealizadas pelas pesquisadoras juntamente com um profissional desenhista (**Figura 12**).

Figura 12: Imagens utilizadas para subsidiar a realização da TALPDI em concomitância com a técnica de evocação desencadeada por termos indutores ao abordar a rede de apoio.



Fonte: Elaborado pelas autoras.

O processo de validação seguiu as recomendações para a aplicação dessa técnica para fins de complementação dos recursos previstos para auxiliar no processo de evocação com

peças de baixa escolaridade e idosas. Ele foi desencadeado e contemplou as seguintes etapas:

[...] 1) sugestão de seis profissionais que atuavam com incontinência e/ou processo do envelhecimento; 2) criação de figuras cujos pares possibilitavam a abordagem da (in)continência numa dimensão positiva, neutra e negativa e que exprimissem possíveis comportamentos, atitudes e informações pela imagem e 3) triagem das figuras com seleção de número não superior a seis a partir de consenso com três peritos a ponto de contemplar dimensões valorativas complementares para o enfoque da (in)continência^{33:48p}.

As figuras para acessar os elementos simbólicos sobre rede de apoio foram validadas por expertises que as consideraram como sendo representativas sobre a temática. Tais especialistas tinham experiência em lidar com pessoas idosas e com investigações utilizando figuras como elementos complementares/auxiliares em representação social pela técnica de evocação e alguma aproximação na abordagem delineada nas representações sociais³³.

As figuras foram consensualizadas e agrupadas de forma a proporcionar uma abordagem com conteúdo valorativo amplo (positivo, neutro e negativo) para a temática da rede de apoio à semelhança da forma como foram compostas para abordar o processo de envelhecimento³³.

Elas obtiveram um fundo com predomínio de cor neutra, visando eliminar mensagens subliminares que poderiam ser motivadas pelas cores e foram plastificadas com a finalidade de favorecer a higienização das mesmas³³.

Para a realização da abordagem processual das Representações Sociais (RS), segundo Moscovici, foi prevista a utilização de questões norteadoras (**Apêndice 3**) com gravação de áudio. Os aspectos abordados foram: contatos sociais (convivência com familiares, amigos, vizinhos e Deus), lugares que frequenta e objetos de apoio utilizados. A meta era obter um discurso que fosse a base de análise da identificação da composição e da origem das representações sociais dos participantes sobre rede de apoio.

Diante da possibilidade de algum relato espontâneo ocorrer durante a abordagem qualitativa ou nas visitas de coleta de dados, procedeu-se à inclusão do item informações adicionais (**Apêndice 2**). Nesse espaço, foram apontados relatos de campo, indagação/questão proposta pelos participantes (in)diretamente sobre a temática e foram registrados conteúdos de *feedback* das atividades de extensão articuladas com a pesquisa. Tal fato se traduziu na permeabilidade entre pesquisa e extensão.

A abordagem quantitativa foi operacionalizada por meio de um instrumento contendo questões fechadas e semiestruturadas a partir de um delineamento do tipo survey exploratório com corte-transversal¹¹⁰. Com essa abordagem foi possível caracterizar a rede de apoio (apoio

social por meio da escala LSNS-18), a autopercepção de saúde e a satisfação com o suporte social (escala ESSS) ^{13; 24; 111}.

Na abordagem sobre Rede de Apoio e suas dimensões, o questionário apresentou perguntas do tipo likert que avaliaram a frequência, a necessidade e quais os serviços de saúde são utilizados, as pessoas com quem mais convivem, os locais que frequentam e os objetos de apoio de que necessitam no cotidiano.

A ESSS, por sua vez, avalia a satisfação existente em relação ao suporte social, é constituída por 15 frases de autopreenchimento que avaliam quatro fatores: 1) satisfação com as amizades/amigos; 2) existência de suporte social íntimo; 3) satisfação familiar e 4) satisfação com as atividades sociais que realiza^{13;24}.

Em cada questão, as numerações variam de um a cinco, de acordo com a resposta do participante (concordo plenamente, concordo na maior parte do tempo, não concordo e nem discordo, discordo na maior parte e discordo totalmente)²⁴.

A escala LSNS-18 foi validada para a realidade brasileira nesta investigação. Ela é composta por três dimensões que abordam a rede social estabelecida com familiares, vizinhos e amigos¹³.

5.6 PROCESSO DE COLETA DE DADOS

O instrumento de coleta de dados, em virtude da sua extensão, foi fragmentado para que sua aplicação ocorresse de acordo com as visitas aos participantes, contribuindo para a formação de vínculo e a consolidação da confiança entre entrevistado/entrevistadora, sendo dada a alternativa de que os encontros ocorressem em seu domicílio ou na sede da instituição de ensino onde esta pesquisa se originou.

Após a seleção das ruas, foi iniciada a abordagem individual dos participantes em suas respectivas residências e feito o convite para integrarem a investigação após serem informados dos objetivos e em que consistiria sua participação.

A realização da ambiência antecedeu o processo de coleta de dados e foi iniciada com o preenchimento do mapa de potenciais participantes (**Anexo 7**) que posteriormente seriam convidados a integrar a investigação.

A estratégia para o desenvolvimento da ambiência foi a de integrar a realização de atividades de extensão do projeto intitulado: Processo de envelhecimento: contribuições para o envelhecimento ativo. A presente pesquisa se inseriu nas atividades planejadas pela Unidade Básica de Saúde para intensificar o processo de cobertura vacinal de pessoas idosas da região de abrangência.

Nesse ocasião, ao realizar o processo de vacinação, houve a oportunidade de fazer a ambiência com aproximação da pesquisadora com os moradores em seus domicílios. Utilizou-se para isso, como critério, a definição prévia das regiões de abrangência desta investigação.

O motivo da visita domiciliar foi a busca por conhecer o estado vacinal de todos os moradores das casas que tinham pessoas com idade ≥ 60 anos (condição para serem vacinados), tendo em vista a superação de subnotificação para vacinação e ampliação da proteção imunológica das pessoas idosas.

As visitas domiciliares possibilitaram a criação de um cadastro atualizado de necessidades de imunização de pessoas com idade ≥ 60 anos (critério para serem imunizadas), constando: o nome, endereço, idade e estado vacinal para o vírus Influenza A subtipo H1N1.

Cabe mencionar que as vacinações foram ministradas em conformidade com o Informe Técnico da Secretaria Estadual de Saúde e sua ocorrência foi motivada pela busca por melhorar as metas almejadas pelo Centro de Vigilância em Saúde (centro responsável que forneceu as vacinas utilizadas)¹¹².

A oportunidade de atualizar os registros dos moradores idosos da unidade, segundo as ruas em que residiam, configurou-se como uma estratégia de aproximação com os potenciais participantes e favoreceu a triagem de pessoas com idade ≥ 65 anos, de acordo com os critérios de inclusão para esta investigação. Foram visitados 234 idosos com esta idade que se configuraram como potenciais participantes deste estudo.

Trata-se da utilização de triangulação de técnicas, métodos e instrumentos para a coleta de dados que ocorreu processualmente. O processo de coleta de dados se deu por meio de entrevistas individuais no domicílio e utilizou-se de três estratégias para o registro das informações coletadas.

Na primeira estratégia, aplicou-se o programa *Open Data Kit Collect* (ODK) em *tablet* para registro de todos os conteúdos, excetuando-se a entrevista gravada e a documentação realizada no diário de campo.

O ODK é um aplicativo que organiza as informações por meio de registros digitais realizados em ambientes que não dispõem de rede de internet gratuita. Atualmente ele é uma das principais alternativas para a viabilização/facilitação do processo de coleta de dados, sendo utilizado em dezenas de países com êxito¹¹³.

Entre as vantagens identificadas com o uso do ODK estão: armazenar informações em banco de dados acessível que possam ser resgatados por rede computadorizada; otimizar o tempo de coleta e reduzir o período destinado à consolidação dos dados quando comparado com sua transferência manual para planilha; gerenciar o processo de coleta de dados em tempo

real com a coleta; viabilizar transferência das informações no próprio ambiente onde foram geradas, destinando-as à nuvem em cadastro pessoal; minimizar erros oriundos do processo de digitação; minimizar gastos com papel e espaço destinado ao armazenamento dos impressos de pesquisa e contribuir para a sustentabilidade ambiental¹¹³.

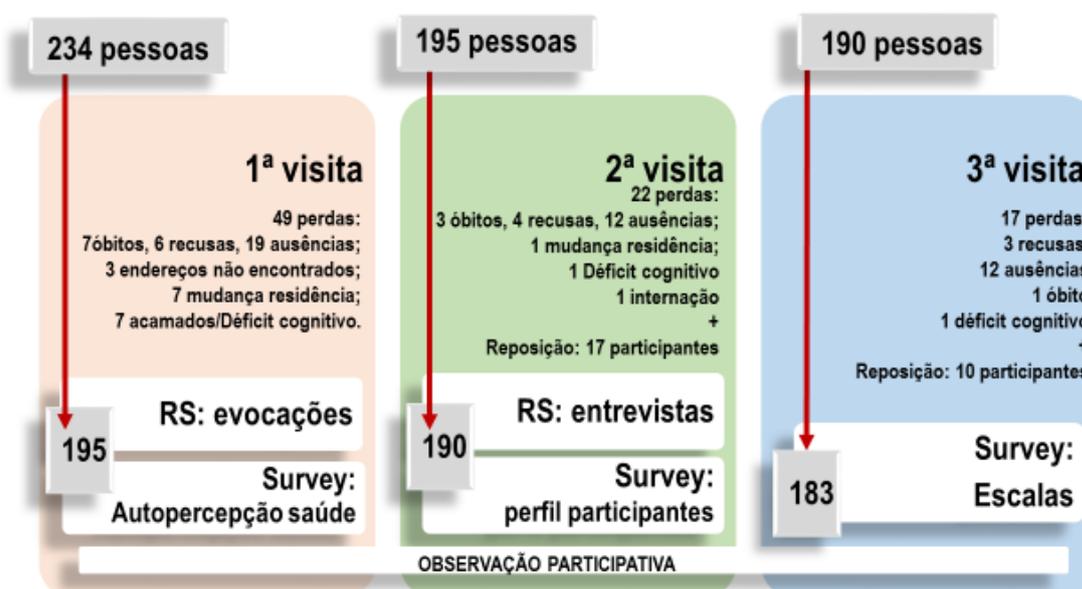
As desvantagens identificadas na forma de manuseio do aplicativo ODK que surgiram no período de teste piloto foram: 1) limitação no manuseio quando o mesmo foi operado por celular. Nesses casos, é possível a ocorrência de cansaço visual devido ao tamanho da fonte utilizada ou impossibilidade de visualizar todo o conteúdo nas questões em que havia muitas opções ou conteúdos de orientação registrados e 2) necessidade de investimento financeiro para aquisição dos dispositivos.

A segunda estratégia incluiu o registro de dados por gravação de áudio desencadeados e guiados por questões norteadoras. Sua utilização ocorreu na fase da abordagem processual das Representações Sociais.

A terceira estratégia foi complementar a anterior e subsidiou também a realização da observação participante. Foram feitos registros cursivos documentados pela entrevistadora após cada entrevista e visita/encontro, os quais compuseram o diário de campo. Em seu teor integraram conteúdos não verbais e respostas às indagações que constavam do roteiro para nortear sua realização.

Os três encontros destinados a viabilizar o processo de coleta de dados constam da **Figura 13**.

Figura 13: Fluxo de participantes na investigação.



Fonte: Elaborado pelas autoras.

A primeira visita contemplou a caracterização socioeconômica dos participantes abrangendo: gênero, idade, estado civil, cor de pele declarada, profissão, ocupação e renda. A saúde percebida foi aferida por meio da indagação ao participante sobre o quanto ele se autoavalia comparativamente com pessoas da mesma idade, mais jovens e mais velhas.

Para a realização da abordagem estrutural, foi utilizada a técnica de associação livre de palavras viabilizada por meio da técnica de evocação induzida por termo indutor e apoiada por imagem. Esta foi uma estratégia para subsidiar a coleta dos dados segundo recomendação de especialistas e foi uma das possibilidades para obtenção de cognemas entre pessoas idosas e de baixa escolaridade³³.

O participante foi solicitado a evocar cinco palavras estimulado pela menção dos termos indutores “envelhecer”, “envelhecer bem”, “precisar de alguma coisa”, “precisar de algum lugar”, “precisar de alguém”, que foram apresentados um de cada vez.

Para minimizar a dificuldade de evocação das palavras entre as pessoas idosas, a técnica de evocação livre de palavras foi aliada à técnica TALPDI. O conjunto de figuras utilizadas nos dois eixos temáticos (processo do envelhecimento e rede de apoio) consta de 12 lâminas, apresentadas seis por tema.

A recomendação para a aplicação da TALPDI prevê que a pesquisadora, no momento de coleta de dados, apresente a cada participante um número não superior a seis figuras (por tema), posicionando as imagens em círculo. Seus conteúdos devem ter valoração positiva, neutra e negativa, simultaneamente, sendo utilizada para subsidiar o processo de evocação da palavras³³.

As figuras são disponibilizadas em forma de círculo de modo a evitar a hierarquização e indução na avaliação da figura pelo participante. Será esclarecido que não há figura melhor que a outra e a partir disso o participante é solicitado a mencionar as cinco palavras que lhe vierem à mente a partir de um termo indutor^{33:51p} sobre envelhecimento e rede de apoio^{33:51p}.

O objetivo da evocação é que o participante não emita palavras/expressões pelo processo de raciocínio ou reflexão sobre os conteúdos abordados e sim pelo acesso mental de conteúdos socialmente compartilhados. Cabe mencionar que as entrevistas foram realizadas individualmente, os cognemas evocados, registrados pela entrevistadora no aplicativo ODK.

No diário de campo, foram registrados sinais paraverbais, não verbais e extraverbais com o intuito de dar significado aos processos comunicacionais apreendidos pela entrevistadora em todas as etapas da investigação¹¹⁴ (**Apêndice 3**).

Na segunda visita, foi realizada a abordagem processual das representações sociais por meio da captação de discurso emitido pelos participantes com gravação de áudio⁵³

desencadeada a partir de questões norteadoras (**Apêndice 3**). Essas questões direcionaram os entrevistados para retratarem implícita ou explicitamente sobre o objeto simbólico acessado para cada temática e a forma em que foi realizada sua construção do ponto de vista das relações sociais.

A utilização de registro de áudio foi motivada para possibilitar a revisitação de conteúdo, significados atribuídos aos mesmos e interpretações dadas pelos participantes para os conteúdos abordados. Houve a preocupação de evitar interrupções e favorecer que os participantes expressassem seus posicionamentos, experiências, comportamentos, sentimentos, conhecimentos, informações e objetos pelos quais retratam o objeto representado a respeito da temática proposta. Para isso foram utilizadas expressões de acolhimento por parte da entrevistadora.

Buscou-se que a entrevista fosse realizada em ambiente que proporcionasse privacidade para inibir interrupções, possibilitando a expressão de conteúdos socialmente construídos e elaborados que poderiam ser revisitados no processo de análise. Os conteúdos comunicacionais não verbais foram registrados em diário de campo imediatamente após cada entrevista (**Apêndice 2**).

Devido ao fato de as pessoas idosas terem casos a serem retratados e utilizarem a memória retrógrada ativada, foi previsto um espaço para informações adicionais nas quais emergiram relatos de experiências, fatos vivenciados ou conhecidos mencionados pelo participante e documentado no diário de campo pela pesquisadora.

Após a realização da entrevista gravada, foi aplicado um questionário *survey* com questões fechadas e semiestruturadas, abordando o perfil dos participantes quanto a sua rede de apoio disponível, desejada e acessada.

Na terceira visita, ocorreu a aplicação das escalas LSNS-18 e ESSS. A realização da observação participante foi estruturada para permitir apreender as variáveis de interesse da rede de apoio na perspectiva das pessoas, lugares, objetos e demandas emergentes e ocorreu durante todo o processo de coleta de dados (três visitas).

Na fase inicial da observação participante, houve a preocupação em direcionar a observação para as situações gerais (contexto domiciliar e interpessoal), mas, com o passar dos encontros e na medida em que eles possibilitaram a construção dos vínculos, houve a oportunidade de conduzir a observação para situações de acontecimentos não esclarecidos inicialmente ou emergentes nos encontros¹⁰⁷. O confronto dessas informações permitiu reflexões sobre aspectos relacionais e de convivência velados pelos participantes (zona muda) diante do constrangimento de dizer algo contrário àquilo que é normativo perante a sociedade¹¹⁵.

Foi somente ao se aproximar do final do processo de contato com os participantes que a observação se tornou seletiva. Nessa ocasião, quando parte dos dados já havia sido reunida, houve a oportunidade de confirmação sobre possíveis situações de zonas mudas¹¹⁵.

O instrumento para subsidiar a observação participante possibilitou captar os indícios para a estruturação de um roteiro para abordagem das evidências passíveis de ser captadas em domicílio, norteou a ação da pesquisadora durante a coleta de dados realizada na visita domiciliar e direcionou seu olhar para a abordagem dos aspectos integrantes da rede de apoio.

A forma como foi utilizado o instrumento de coleta de dados proporcionou a individualização do olhar no sentido de captar as necessidades humanas dos participantes que não haviam sido contempladas pelo autocuidado e se constituíam em indícios da necessidade de rede de apoio para seu provimento, uma vez que tal fato não é factível de ser apreendido pelas escalas utilizadas.

Cabe acrescentar que como instrumento norteador para o processo de observação direcionada a uma temática o roteiro elaborado serve de guia para profissionais de saúde em processo de formação ou no ensino de iniciantes com o levantamento de dados.

5.7 ANÁLISE DOS DADOS

A seguir, será abordada a estrutura conceitual utilizada para idealizar e estruturar o processo de análise dos dados.

5.7.1 Representação social processual e os registros de diário de campo

Considerando que a investigação qualitativa requer aprofundamento das informações obtidas com os sujeitos e que as impressões da pesquisadora integram as fontes de informações advindas a partir de registros verbais, não verbais e paraverbais, a seguir esses registros comporão o acervo de informações a serem analisadas juntamente com os conteúdos da representação social.

Por isso, a análise dos conteúdos referentes à representação social com a abordagem processual será apresentada de forma aproximada com os registros do diário de campo que, devido à relevância, suscitaram a realização de uma observação participante.

Os conteúdos advindos das gravações de áudio foram transcritos na íntegra para o programa *Word for Windows* e posteriormente introduzidos no Programa Nvivo® Pro, versão 11

com vistas ao gerenciamento do processo de categorização. Cabe mencionar a necessidade de estruturação de cada entrevista em um arquivo com a codificação da mesma.

A possibilidade de representação dos sujeitos por elementos, objetos, cores, nomes fictícios é uma alternativa que, do ponto de vista operacional, nesta investigação, mostra-se não factível em decorrência de sua quantidade.

Os discursos provenientes das questões tiveram seus conteúdos introduzidos no Programa NVivo® com vistas à identificação das categorias e unidades de significado.

Optou-se pela técnica de análise de conteúdo¹¹⁶ operacionalizada pelo *software* Nvivo-Pro versão 11. O programa possibilita o armazenamento dos fragmentos textuais em nós e categorias de acordo com o sentidos e significados. Tal ferramenta é baseada em codificação na qual cada recorte textual é identificado.

A categorias foram construídas através do método dedutivo no intuito de reorganizar o pensamento social do grupo investigado, partindo do que é coletivo para chegar ao que é individual a partir das dimensões da representação social e da rede de apoio¹¹⁷.

A análise dos conteúdos utilizada na abordagem qualitativa buscou técnicas para evidenciar os sentidos das estruturas fonéticas captadas por meio das entrevistas gravadas, aliando essas informações aos conteúdos advindos dos registros realizados no diário de campo, a fim de possibilitar a interpretação e extrair os sentidos implícitos e explícitos advindos do contato com os participantes^{118; 119}.

Algumas etapas precisaram ser respeitadas para que a análise dos dados qualitativos (de conteúdo) ocorresse de forma a interpretar o discurso do participante, são elas: 1) fase de pré-exploração ou leituras flutuantes, na qual o pesquisador estabeleceu o primeiro contato com o *corpus* das entrevistas, apreendendo os sentidos principais, porém livre de interpretações complexas, deixando a análise para um outro momento; 2) a seleção das unidades de análise (ou unidades de significado): podendo ser formadas a partir de escolha de palavras, frases, falas, entrevistas, entre outros, as quais são agrupadas de acordo com o pesquisador no intuito de interpretá-las. O agrupamento realizado pela análise temática (temas) é frequentemente escolhido por meio do uso de palavras ou frases. Neste momento, os objetivos do trabalho e as teorias auxiliam para o surgimento das categorias e unidades de análise; 3) o processo de categorização que classificou os elementos, possibilitando a caracterização das categorias, tornando-se capazes de exprimir significados, proporcionando conhecimentos e atendendo ao objetivo do trabalho¹¹⁹.

Justaposto às unidades de análise, o processo de codificação permitiu seu agrupamento posterior expresso por meio de eixos temáticos que, no programa utilizado, são

denominados de nós. Eles possibilitam a explicitação das unidades de análise e servem para esclarecer a relevância de cada nó em relação aos demais¹²⁰.

No processo de delimitação amostral, foi estimado o número de participantes e utilizado o conceito de saturação dos dados para confirmação da consistência das informações. A saturação dos dados consiste na repetição de conteúdos e sua reafirmação por participantes distintos. Embora tenha sido prevista a revisitação de participantes, essa estratégia não foi utilizada. Nos casos de inconsistência nas informações, buscou-se esclarecimento sobre seu conteúdo com outros participantes, utilizando-se para isso de situações hipotéticas e solicitação para que o entrevistado se posicionasse quanto ao fato/circunstância/contexto que estava sendo investigado(a).

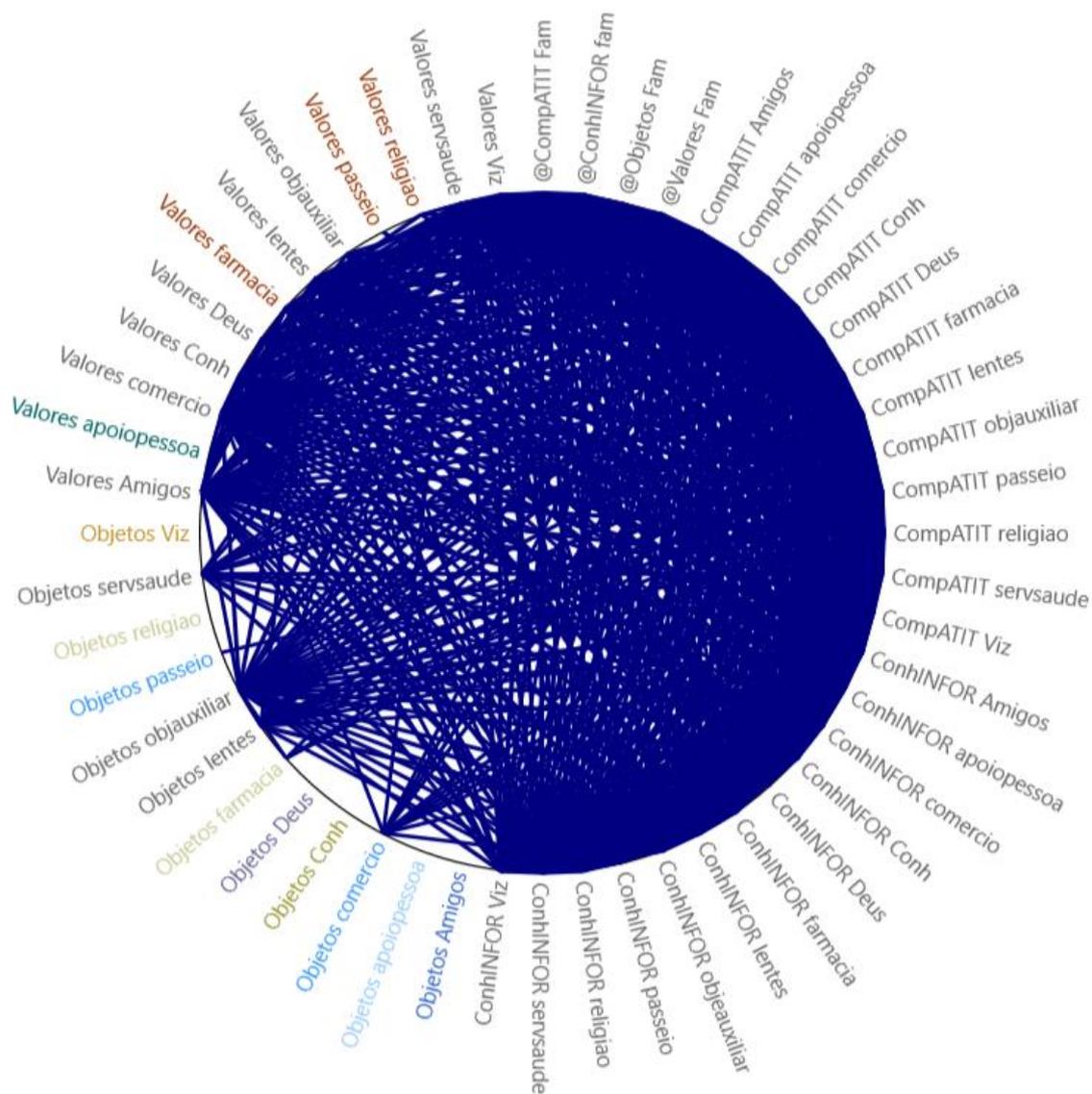
Os critérios utilizados para análise dos dados discursivos foram alicerçados na identificação de conteúdos significativos do ponto de vista de sua originalidade em relação aos outros depoimentos e de sua reafirmação por outros participantes.

Os eixos temáticos que subsidiaram a elaboração das categorias foram estruturados a partir das dimensões representacionais dos elementos simbólicos mencionados em literatura¹²¹. Para isso, utilizou-se dos nós (nodes), um dos recursos estruturais disponíveis no Programa Nvivo Pro versão 11®¹²⁰ para explicitação dos eixos temáticos.

Foram gerados inicialmente nós agrupados em *clusters* e posteriormente realizada a análise da ligação entre eles. Essa estrutura representativa consta do **Gráfico 1**, sendo os nomes registrados ao redor do círculo componentes das dimensões representacionais cuja aferição da saturação foi obtida por meio da correção de Pearson na similitude de palavras que variaram de 0,701059 a 0,962157.

Gráfico 1: Representação esquemática da correlação que há entre os eixos temáticos das categorias utilizando do gráfico de círculo segundo as dimensões representacionais.

Nós em cluster por similaridade de palavra



Fonte: Dados obtidos após tratamento dos dados no programa Nvivo-pro versão 11@.

Cabe mencionar que essa análise somente foi possível de ser realizada após os conteúdos significativos (ideias inéditas mencionadas pelos participantes e as que reafirmaram posicionamentos e reflexões sobre a temática) serem identificados e apreciados pelos participantes subsequentes. Tal fato refletiu em aprofundamento e explicitação de informações por meio dos fragmentos de discurso que ilustraram o posicionamento (in)direto dos participantes.

Isso equivale a dizer que a saturação dos dados foi identificada por meio da força de correlação entre os nós. A saturação foi dada na medida em que o acréscimo das informações não provocou alterações do ponto de vista da compreensão e das observações advindas do fenômeno em estudo¹²². Assim como o gráfico de círculo, foi possível que as categorias fossem apresentadas por meio de dendograma^{33:118}.

Cabe mencionar que o mesmo critério foi utilizado para identificação da pertinência dos eixos da rede de apoio, ou seja, para identificação da saturação dos dados utilizando como parâmetro os valores da correlação de Pearson para a rede social (0,962157 a 0,705358), a rede de locais (0,949083 a 0,704602) e de objetos/equipamentos (0,917115 a 0,701059).

Os conteúdos identificados foram analisados à luz dos referenciais teóricos e das evidências descritas na literatura com posterior reflexão de sua aplicabilidade para a área de conhecimento da Enfermagem.

As informações advindas da observação participante contemplaram o cenário da investigação, com base no ambiente domiciliar, nas relações interpessoais, nas condições de autocuidado (higiene pessoal e residencial) e nos vínculos acessados e disponíveis que integram a rede de apoio (**Apêndice 2**). Durante todo o processo de coleta de dados, essas informações foram documentadas no diário de campo e auxiliaram na interpretação dos conteúdos discursivos.

A análise dos dados provenientes da observação participante e registrados em diário de campo integrou o processo de interpretação dos conteúdos obtidos da mesma forma como se procedeu na abordagem processual das RSs.

5.7.2 Representação social estrutural

Os conteúdos provenientes das evocações foram consolidados no programa *Excel for Windows* e tratados utilizando-se da técnica do dicionário. A finalidade desta técnica foi homogenizar os cognemas evocados (segundo gênero, número, grau, flexão, vozes e tempo)¹²³, reduzir alocações e excluir preposições e pronomes.

De posse do dicionário finalizado, o conteúdo foi formatado, reunindo-se três blocos de elementos, a saber: 1) número contendo o quantitativo de casas correspondente ao número máximo de participantes; 2) características socioeconômicas estruturadas preferencialmente em variáveis dicotômicas e contemplando aquelas que poderiam interferir no objeto evocado e 3) cognemas evocados precedidos do número da ordem em que foram mencionados.

Cabe acrescentar que cada participante foi representado por uma linha de informações que, ao ser finalizada pelo sinal de ponto e vírgula, ficou assim estruturada: (001;1;2;1;2 1 cognema 2 cognema 3 cognema 4 cognema 5 cognema)¹²⁴.

Todo o conteúdo estruturado foi introduzido no Programa *Ensemble de Programmes Permettant l'analyse des Evocations* (EVOC 2000)¹²⁵ que procedeu aos cálculos, a partir da predefinição dos valores da frequência mínima e média e do ponto de corte para a ordem de citação das palavras evocadas.

Os parâmetros para construção do *corpus* foram estipulados a partir da Lei de Zipf que possibilitou estimar a frequência e a relação das palavras mencionadas em um determinado texto e também a região em que se concentraram as palavras-chave, com base no princípio do menor esforço de maneira a encontrar uma harmonia entre a uniformidade e a diversidade no uso das palavras^{126; 127}.

A Lei de Zipf é utilizada para estudar os diferentes fenômenos humanos, que podem ser analisados de vários modos com base na matemática. A ordem em que as palavras aparecem está diretamente ligada à importância dos termos mais frequentes inseridos no texto¹²⁸.

Além de pesquisar textos, a Lei de Zipf pode ser utilizada na análise de discursos orais, diferenciando-os de textos escritos, havendo uma transcrição do discurso para que ocorra a análise¹²⁸. É importante salientar que o discurso oral pode ser enriquecido com vícios de linguagem e por isso exige do pesquisador uma análise minuciosa para que as informações obtidas não sejam comprometidas¹²⁸.

Tal lei consiste numa estratégia empírica utilizada para realizar uma seleção de dados dentro de uma lista, garantindo sua representatividade a ponto de concentrar os elementos mais consensualizados que foram mencionados pelos participantes⁵³. É possível obter uma relação de proporcionalidade, tendo como base a distribuição e o número de ordem de uma lista, dada por uma fórmula^{128; 129}.

Esta técnica pode ser calculada ao dividir a frequência total dos cognemas evocados pela quantidade de palavras. O provável ponto de corte será visto no momento em que houver uma queda abrupta da frequência de aparição^{128; 129}.

O conteúdo das expressões evocadas, ao ser interpretado quanto a sua frequência e ordem de citação, em que o que é mais compartilhado tende a aparecer nas primeiras posições, proporciona a sua divisão em quatro partes, ou seja, quatro quadrantes, dando origem ao quadro de quatro casas⁸⁹.

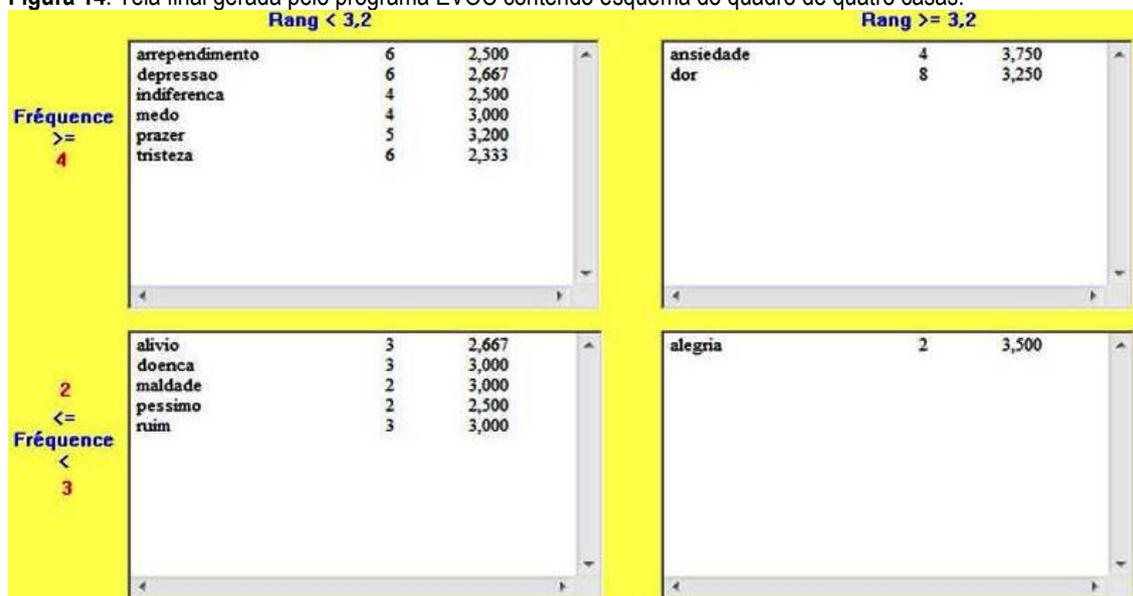
O programa EVOC® processa os dados de forma a apresentar o quadro de quatro casas a partir do cruzamento entre frequência e ordem de evocação, emitindo um esquema no

qual os dados são alocados num eixo de abscissas e ordenadas (quadrantes superiores direito e esquerdo e inferiores direito e esquerdo).

O quadro é formado de quatro quadrantes elaborados pelos espaços formados em decorrência das interseções entre abscissas e ordenadas nas quais estão alocados os cognemas. A alocação destes componentes utiliza como critério a comparação da frequência e do valor médio da ordem de evocação de cada termo, com os valores de corte dos quadrantes¹³⁰ (Figura 14).

A estrutura do quadro de quatro casas dá visualmente indícios da estrutura e da hierarquia das representações obtidas cujos quadrantes podem ser conhecidos como: área do núcleo central, área de contraste, primeira e segunda periferias, respectivamente¹³¹.

Figura 14: Tela final gerada pelo programa EVOC contendo esquema do quadro de quatro casas.



Fonte: QUEIROZ, C. M. et al. Triangulação de métodos na representação social: autopunção de drogas em (ex) usuários soropositivos para HIV. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro, 2015.

Na figura anterior, é possível ver o quadro de quatro casas que imaginariamente está estruturado a partir do eixo das ordenadas e das abscissas, originando quatro quadrantes, dois quadrantes superiores e dois inferiores¹³⁰.

No quadrante superior esquerdo (QSE), estão agrupadas as palavras que tiveram maior frequência de evocação e menor *rang* (ordem em que a palavra foi evocada), quanto menor for o *rang* significa que a palavra foi evocada nas primeiras posições de citação^{87; 130}. É no QSE que está localizado o possível núcleo central da representação social¹³⁰.

Os componentes do possível núcleo central se localizam no quadrante superior esquerdo (QSE); da primeira periferia, no quadrante superior direito (QSD); da segunda periferia,

no quadrante inferior direito (QID) e, por último, a área de contraste localizada no quadrante inferior esquerdo (QIE). Esta estratégia permite que se proceda à interpretação e caracterização dos conteúdos dos componentes da representação^{130; 132}.

No quadrante inferior esquerdo (QIE), encontra-se a área de contraste onde são alocados os cognemas que apresentam menor frequência e maior rang¹³⁰. No QSD, encontra-se a primeira periferia onde são alocados os cognemas que possuem frequência alta e rang alto, ou seja, são palavras muito evocadas, porém, foram localizadas em últimas posições, de acordo com a hierarquia de evocação⁸⁷. Se o rang for modificado, os cognemas passam a pertencer ao núcleo central. No QID, encontra-se a segunda periferia e são acomodados os cognemas com frequência de evocação baixa, o rang também apresenta valor abaixo do estipulado¹³⁰.

Os cognemas alocados nos quadrantes permitem identificar os elementos representacionais e interpretar as dimensões representacionais obtidas, ou seja, identificar as dimensões comportamentais/atitudinais, valorativas, informativas/cognitivas e objetos concretos que foram acessados pelos participantes por meio de elementos socialmente compartilhados¹²¹.

Os conteúdos advindos da abordagem estrutural serão aproximados daqueles advindos da abordagem processual para discussão subsidiada por evidências científicas existentes na literatura.

5.7.3 Survey

Os dados provenientes do *survey* foram consolidados no *Programa Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 22.

Para mensurar a dimensão da socialização, foram utilizadas as escalas LSNS-18; ESSS as quais foram analisadas segundo seus respectivos pontos de corte. Nesse sentido, a LSNS-18, que possui 18 itens com variação de 0 a 5 para cada questão, poderá ter pontuação máxima de 90 pontos^{13;28; 133}. Isso porque a pontuação total equivale à soma aritmética de todos os itens da escala.

Outra análise possível foi aquela elaborada a partir de seus domínios (familiar, amigos e vizinhos). A interpretação será dada por: quanto menor a pontuação obtida pior poderá ser considerado o apoio social relacionado àquele domínio²⁸.

O escore da escala ESSS varia de 15 a 75 e valores mais altos correspondem a uma percepção de maior suporte social²⁴.

Cabe esclarecer que a forma utilizada para operacionalizar a etapa de apresentação dos resultados e discussão dos mesmos será integrada.

Isso equivale a dizer que as informações são apresentadas à medida de sua pertinência e quando se mostrarem viáveis para esclarecer e corroborar como os participantes, na perspectiva individual e coletiva, respondem ao processo de envelhecimento humano e à presença/ausência/(in)satisfação com sua rede de apoio e não na estrutura fragmentária dos métodos.

Confrontar esses dados foi uma opção adotada em coerência com o método misto e na perspectiva que as autoras o apresentaram, ou seja, na possibilidade de acessar conteúdos de diversos delineamentos sem priorizar um em detrimento do outro, mas dando foco a possibilidade de iluminar a temática e responder aos objetivos apresentados como limites para essa investigação.

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A seguir, foram apresentados os dados na seguinte estrutura: caracterização dos participantes, triangulação das representações sociais, observação participante e survey na abordagem de método misto e reflexões sobre o cuidado de enfermagem para pessoas após 65 anos à luz da Teoria de Betty Neuman.

6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Participaram 190 pessoas, sendo caracterizadas segundo gênero, cor de pele, escolaridade, composição do núcleo familiar, idade, renda pessoal, renda familiar e estado civil conforme **Tabela 4**.

Tabela 4: Caracterização dos 195 participantes segundo o gênero, idade, cor da pele, escolaridade e estado civil.

Gênero	n	%	$\mu \pm DP$ (max-min)	Idade	n	%	$\mu \pm DP$ (max-min)
Masculino	41	21,5		65---69	50	26,3	
Feminino	149	78,4		70---74	54	28,6	μ 75,01
Total	190	100		75---79	30	15,7	
				80---84	33	17,3	65-96 \pm DP 7,109
				≥ 85	23	12,1	
Cor de pele				Total	190	100	
Branca	132	69,4		Escolaridade			
Negra	11	5,6		0 —5 anos	155	81,5	μ 4,85
Parda	46	24,5		5 —8 anos	14	7,5	
Não mencionado	1	0,5		8 —12 anos	7	3,7	0-18 \pm DP 4,63
Total	190	100		≥ 12 anos	14	7,3	
Estado Civil				Total	190	100	
solteiro	10	5,2		Renda pessoal			
casado	126	66,3		0	4	2,1	μ 1,91
separado	9	4,7		1 -----3	92	48,4	
viúvo	41	21,5		3 -----5	12	6,3	0-18 \pm DP 2,519
União estável	4	2,3		≥ 5	7	3,1	
Total	190	100		Não respondeu	76	40	
Possui filhos				Total	190	100	
Sim	98	51,6		Renda familiar			
Não	92	48,4		0	-	-	μ 3,20
Total	190	100		1 -----3	62	32,6	
Número de Filhos				3 -----5	31	16,4	1-18 \pm DP 2,629
0	92	48,3	μ 3,56	≥ 5	20	10,5	
1 -----3	28	14,9		Não respondeu	77	40,5	
3 -----5	41	21,5	1-10 \pm DP 1,814	Total	190	100	
≥ 5	29	15,3					
Total	190	100					

Fonte: Elaborado pelas autoras.

A seguir foram apresentadas informações referentes ao perfil da população idosa sobre a rede de apoio social, de lugares e objetos. Esses dados constam na **Tabela 5**.

Tabela 5: Distribuição da rede social, de lugares e objetos dos 190 participantes idosos.

*Rede de apoio de social					
Familiar que conta					
	n	%			
Esposo (a)	83	43,6			
Irmão	71	37,3			
Sobrinho	57	30			
Acompanhante	5	2,6			
Tio	7	3,6			
Primo	22	11,5			
Outros	3	1,5			
Filho	115	60,5			
Rede de apoio de locais					
Plano de saúde		n	%	*Receber aposentadoria/benefício	
sim	106	55,7		Banco	125 65,8
não	84	44,2		Lotérica	41 21,6
Total	190	100		Correios	12 6,3
				Parentes	42 22,1
*Realizar compras				*Passear	
Supermercado	130	68,4		Religiosos	122 65,2
Mercado bairro	128	67,4		Casa de parentes	97 51
Centro da cidade	108	56,8		Viagens	85 44,7
Padaria	102	53,7		Casa dos filhos	74 38,9
Açougue	87	45,8		Casa de amigos	59 31
Feira	73	38,4		Reunião de comunidade	55 28,9
Shopping	41	21,6		Baile/forró	4 2,1
*Atender necessidade religião				*Atendimento de Saúde	
Igreja/templo	132	69,5		UPA	103 54,2
Reunião amigos	28	14,7		APS	88 46,3
Encontros	24	12,6		Hospital público	78 41
Pela televisão	8	4,2		Ambulatório	51 26,8
Não frequenta	17	8,9		Consultório particular	33 17,3
				Pronto socorro	12 6,3
*Locomoção				Casa de conhecido	1 0,5
ônibus	128	67,4			
Carro/taxi	107	56,3			
A pé	4	2,1			
Rede de apoio de objetos					
*Apoio para deslocar/mobilizar		n	%	*Comunicação	
Não utiliza	145	76,3		Conversa pessoalmente	135 71,1
Barra de segurança	13	6,8		Telefone fixo	130 68,4
Bengala	9	4,7		Conversa em casa	129 18,9
Outros	8	4,2		Telefone celular	97 51,1
Ajuda de alguém	6	3,2		Visita para conversar	89 46,8
Muleta	5	2,6		Conversa social	36 18,9
Andador	4	2,1		Internet no celular	21 11,1
Total	190	100		Internet no computador	11 5,8

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Nota das autoras: *Os participantes escolheram mais de uma opção.

A participação das mulheres foi predominante na presente investigação, representando 78,4% dos entrevistados, o que reflete o panorama geral da população idosa com uma

proporção de mulheres maior quando comparada à de homens, ou seja, a feminização do envelhecimento.

Em uma pesquisa realizada na APS em uma cidade do Ceará, 64,2% dos participantes idosos eram do gênero feminino, corroborando com a presente investigação. Tal fato pode ser justificado pela mortalidade masculina relacionado a acidentes automobilísticos, violência e doenças relacionadas ao trabalho, assim como ao comportamento das mulheres de maior procura dos serviços de saúde quando comparadas aos homens¹³⁴. As famílias brasileiras ainda são caracterizadas pelo núcleo familiar extenso com μ 3,56 filhos por mulher, fato que influencia a rede de apoio familiar.

Ao analisar a escolaridade, foi possível identificar que a maioria das pessoas idosas (81,5%) estudou por um tempo compreendido entre zero e cinco anos. Tal fato pode ser justificado pelo difícil acesso à educação na época em que os participantes nasceram (moradores rurais), associado às dificuldades socioeconômicas que os obrigavam a iniciar a vida laboral precocemente e a desvalorização da educação nesta época.

A escolaridade e a renda são fatores que impactam a condição de saúde das pessoas, uma vez que interferem no autocuidado, uso correto de medicamentos e de meios de transporte. A condição intelectual inferior é um fator de vulnerabilidade para doenças e conseqüentemente maior demanda de atenção à saúde¹³⁴.

Dos 190 participantes, 79,5% declararam pertencer à religião católica, 12,1% à religião evangélica, 0,5% declarou ser adventista, 1% testemunha de Jeová, 1,5% espírita, 1,5% não respondeu e 2,1% não possuem religião.

A caracterização dos 190 participantes referente à profissão e à ocupação consta na

Tabela 6.

Tabela 6: Distribuição das 195 pessoas segundo profissão e ocupação.

Profissão	Pessoas com idade \geq 65 anos					
	Profissão		Ocupação			
	n	%		n	%	
Aposentado	141	74,2	Aposentado	163	85,5	
Artesão	1	0,5	Artesão	1	0,5	
Autônomo	1	0,5	Babá	1	0,5	
Babá	1	0,5	Comércio	1	0,5	
Calderista	1	0,5	Do lar	13	6,8	
Costureira	3	1,5	Empresário	1	0,5	
Cozinheira	1	0,5	Estofador	1	0,5	
Digitadora	1	0,5	Locutor	1	0,5	
Do lar	12	7,3	Manutenção equipamento	1	0,5	

Continua

Continuação					
Economista	1	0,5	Motorista	1	0,5
Estofador	1	0,5	Pedreiro	2	1
Ferroviário	1	0,5	Pensionista	1	0,5
Locutor	1	0,5	Professor	1	0,5
Lustrador de móveis	1	0,5	Serviços gerais	1	0,5
Metalúrgico	1	0,5	Trabalho voluntário	1	0,5
Motorista	2	1	Total	190	100
Pedreiro	4	2,4			
Pensionista	1	0,5			
Professor	8	4,2			
Secretária	2	1			
Serviços gerais	3	1,5			
Telefonista	1	0,5			
Trabalhador rural	1	0,5			
Total	190	100			

Fonte: Elaborado pelas autoras.

As pessoas idosas se inserem em atividades familiares, como exemplo cuidar dos netos, oportunizando a vida laboral de seus filhos, mas, em contrapartida, inviabilizando a própria inserção social e laboral. Tal fato pode justificar o resultado de 33,6% dos entrevistados terem como fonte de renda apenas a aposentadoria e 32,6% com renda familiar de um a três salários mínimos.

6.2 TRIANGULAÇÃO DOS RESULTADOS DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS, OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE E SURVEY NA ABORDAGEM DO MÉTODO MISTO

A forma como as pessoas vivem a sua cultura influencia diretamente o modo de vida empregado durante o processo de envelhecimento. Os valores e tradições permitem o julgamento de si por meio da autoavaliação e do outro quando há uma comparação do estado de saúde. A saúde percebida é uma avaliação subjetiva e diz respeito à qualidade de vida e ao enfrentamento das limitações físicas, cognitivas e funcionais que surgem ao longo do ciclo vital⁶².

Na presente investigação, a apreciação da saúde percebida ocorreu por meio da classificação do estado de saúde que as pessoas idosas fazem de seus antecedentes, contemporâneos e ascendentes comparados em relação a si, conforme a **Tabela 7**.

Tabela 7: Distribuição das 195 pessoas segundo a autopercepção de saúde.

Autoavaliação da Saúde Percebida	Mais Jovens		Contemporâneos		Mais velhos	
	n	%	n	%	n	%
Muito Melhor	21	10,7	1	0,6	1	0,6
Melhor	94	48,5	28	14,6	31	16,0
Igual	57	29,0	102	52,1	104	53,3
Pior	22	11,2	52	26,6	48	24,3
Muito Pior	1	0,6	12	6,1	11	5,8
Total	195	100	195	100	195	100

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Nota das autoras: Nessa etapa integraram 195 participantes.

A concepção de saúde das pessoas idosas em relação aos mais jovens demonstrou que 48,5% se sentem melhor e 29,0% igual. Em relação às pessoas de mesma idade, 52,1% se autoavaliam com saúde igual e 26,6% pior. Quando comparados a pessoas mais velhas, 53,3% se avaliam igual e 24,3% com estado de saúde pior.

Cabe ressaltar que para as pessoas idosas, quando comparados às pessoas com menor idade, consideram sua saúde melhor com tendência a se igualar, demonstrando o otimismo, enfrentamento e a sensação de não se sentirem envelhecidos. Há similaridade quando comparado às pessoas de mesma idade e mais velhas.

Em uma investigação realizada com população idosa em uma região próxima de onde ocorreu a presente pesquisa, quando questionados sobre sua autopercepção de saúde sobre estar conservado e ter disposição, 55% se consideram na condição de “conservados” e 60% se sentem “animados”⁶², resultado otimista frente ao envelhecimento. Isso corrobora com a investigação em que as pessoas se consideram com melhores condições de saúde quando comparadas aos mais jovens.

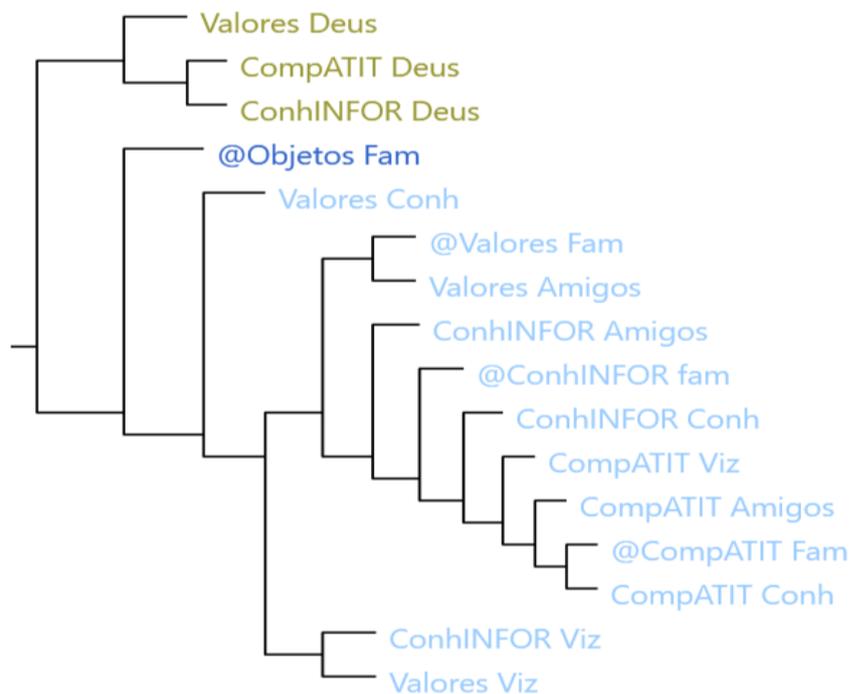
6.2.1. Abordagem processual sobre rede de apoio e escalas

A rede de apoio acessada pelos participantes durante o processo de envelhecimento é composta de pessoas (rede de apoio social), de lugares (rede de apoio de lugares) e de materiais (rede de apoio de suporte/objeto).

Ao investigar sobre a rede de apoio social, foi possível identificar que a mesma era composta de familiares, amigos, conhecidos, vizinhos e Deus, a qual é acessada de forma variável, dependendo das oportunidades, da disponibilidade dos componentes dessa rede e das necessidades da pessoa idosa, conforme pode ser identificado no **Gráfico 2**.

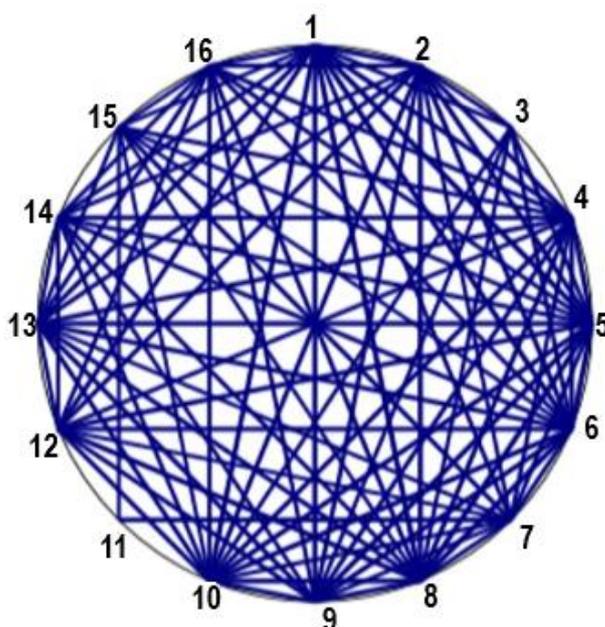
Gráfico 2: Dendograma e gráfico de círculo apresentando as dimensões representacionais da rede social

Nós em cluster por similaridade de palavra



Nós em cluster por similaridade de palavra

Legenda



- 1 Comportamento, atitude de família
- 2 Conhecimento, informação de família
- 3 Objetos família
- 4 Valores de família
- 5 Comportamento, atitude de amigo
- 6 Comportamento, atitude de conhecido
- 7 Comportamento, atitude de Deus
- 8 Comportamento, atitude de vizinho
- 9 Conhecimento, informação de amigo
- 10 Conhecimento, informação de conhecido
- 11 Conhecimento, informação de Deus
- 12 Conhecimento, informação de vizinho
- 13 Valores amigo
- 14 Valores conhecido
- 15 Valores Deus
- 16 Valores vizinho

Fonte: Programa Nvivo Pro versão 11@.

Os tracejamentos que constam do gráfico de círculo representam a força de ligação entre os componentes representacionais da rede e, a partir da análise dos valores do Coeficiente

de Pearson, foi possível identificar que houve três intensidades de forças de correlação entre os participantes e as dimensões da rede de apoio: valores que variaram de 0,962157 a 0,884555; de 0,750051 a 0,673854 e de 0,433406 a 0,230461. Para os primeiros, a correlação foi considerada muito boa; para os segundos, regular e, para os terceiros, muito ruim.

O apoio social envolve a interação das pessoas com seus familiares, amigos, vizinhos, comunidade e com Deus, possibilitando ações de mutualidade, de âmbito psicológico, cultural, econômico, sentimental, religioso e até mesmo político¹³⁵.

Cabe mencionar que, para vizinhos, conhecidos, amigos e Deus, não foram encontrados objetos que os identificasse de forma consistente. No caso de Deus, sua objetivação corresponderia, do ponto de vista religioso, a coisificá-lo, ao passo que, para vizinhos, conhecidos e amigos, o fato de eles não terem sido objetivados pode ser explicado pela força que a família representa para os participantes. O apoio social é um agente influenciador no bem-estar dos indivíduos, atuando de forma a amenizar os eventos adversos presentes no cotidiano.

Ao quantificar a rede de apoio social dos participantes por meio da frequência de companhia, 30,6% relataram que, às vezes, possuem companhia para fazer coisas agradáveis, 37,7% nunca possuem companhia para se distrair, 50,3% nunca possuem companhia para relaxar e 35,5% nunca possuem companhia para se divertir.

Apesar de grande parte dos entrevistados relatarem a ausência de companhia para a realização de atividades de lazer, quando indagados a expressar sobre ter amigos, o discurso contradiz o que foi mencionado anteriormente, fato que pode ser justificado pela sobreposição da família para as demandas de lazer quando comparados aos amigos.

No que se refere a familiares, 30,5% relatam ver pelo menos cinco membros da família durante o mês ou ter notícias deles, sendo que 19,5% declaram frequência de poucas vezes durante o mês. As características deste relacionamento podem ser observadas nos relatos a seguir.

Graças a Deus, muito bem, a gente convive muito bem, a gente é uma família muito unida, sabe, é um pelos outros e, igual falei com você, nós somos 20 irmãos, dez mulheres e dez homens, então é uma família assim, a gente perdeu a nossa mãe há pouco tempo, o pai também há pouco tempo, mas a gente continua a família unida pra dar o que vier, assim com todos, sabe, então a gente assim não se afastou e a falar "cada um pra si e Deus pra todos" não, a gente é ali unido, sabe, então quando a gente vai pra cidade natal, a terra nossa, né? Então aquilo vai todo mundo, junta todo mundo, é aquela coisa assim... (65002)

Mas assim, se precisar mesmo, eles (os vizinhos) estão prontos para servir. (65001)

É de amizade, né, eu tinha uns amigos quando eu trabalhava, né, era colega de serviço, mas fui obrigada a, eu tive que parar de trabalhar por causa desse problema na perna, não dá condição. (65022)

Encontro na igreja, encontrei na igreja esta semana, domingo, mas é só assim também, cada uma na sua, não é amizade de casa não, sabe. (65025)

Confiar muito eu não confio, nunca confiei, nem quando eu era jovem, eu tinha colegas, amigo não. (65202)

Eu peço a Deus pra me dar mais tempo, eu faço um novo contrato com Deus pra me dar mais cinco anos (65002).

A rede de apoio social é capaz de influenciar física e psicologicamente as pessoas, e por isso alguns autores afirmam que o apoio social é um constructo multidimensional que reflete sobre a condição de saúde¹³⁶.

Para a maioria dos participantes, as pessoas consideradas amigas são aquelas que integram o núcleo familiar, ou seja, são elas que ofertam apoio psicológico e até mesmo financeiro, no entanto, quando questionados sobre a forma como se relacionam (72,7%), a quantidade de tempo que passam juntos (71%) e as atividades que realizam (72,1%), a maioria se declarou insatisfeitos em relação aos seus familiares.

Quando questionados sobre se sentirem à vontade para falar de assuntos íntimos com seus familiares, 26,3% negaram, no entanto, 24,2% afirmam solicitar ajuda de pelo menos três integrantes da família e 57,4% nunca são solicitados a opinar sobre algo importante. Os resultados anteriormente mencionados reafirmam a condição natural de inversão de papéis na sociedade, em que a pessoa, durante sua vida adulta, mantém condições psíquicas e físicas para tomar decisões e solucionar os problemas e, com o avançar da idade e crescimento dos filhos, há uma troca de função e lhe são minimizadas as solicitações de apoio. Refletem também a cultura da desvalorização da pessoa idosa devido à hegemonia capitalista centrada nos meios de produção e na exploração da força de trabalho¹³⁷.

A disponibilidade de familiares quanto à frequência de se apresentarem disponíveis aparece nos relatos de 35,3% dos entrevistados.

Ah, meus filhos, os filhos, você está entendendo? Eu conto mais é com os filhos, no caso, estão todos comigo, aqui (65014).

Por causa dos filhos, eu sou o pai aquela coisa toda, então, né, tem essa aqui também que se preocupa comigo pra caramba, graças a Deus (65001).

Não fui acostumada com isso, sabe, eu acho que meus amigos são meus irmãos, você entendeu? Eu considero eles como amigos, porque eu fico com medo, vamos supor assim que tenho uma coisa grave que eu posso contar (65002)

O mais velho ficou sabendo e tem condição bem melhor e se propôs a me emprestar, me emprestar (dinheiro) e não para o outro, para o irmão não (65029).

Atualmente as pessoas vivem uma cultura de individualismo, na qual não é comum frequentar a residência de outras pessoas. Tal atitude é justificada pela falta de tempo, hábitos e costumes que foram se modificando com o passar dos anos. Apesar de relatarem tal comportamento, diante do questionamento acerca da satisfação com o apoio social, 38,3% relataram desejo de sair de casa na companhia dos amigos e 31,7% não são procurados com a frequência que gostariam.

O apoio social percebido provém principalmente do núcleo familiar, ou seja, das pessoas em quem de fato se pode confiar. Ele é contextualizada a partir da percepção do indivíduo de que ele é amado. Em momentos de necessidade, identifica pessoas que realmente podem lhe ofertar apoio¹³⁶. Ao responder com qual familiar conta em momentos em que necessita de ajuda, 60,5% mencionaram os filhos e 43,6% o esposo(a).

Quando indagados sobre fatores de apoio psicossociais, 48,1% dos participantes relataram que sempre possuem alguém que os ame e os faça se sentirem amados, 47% sempre têm alguém para lhes dar um abraço, 49,2% sempre têm alguém que lhes demonstre afeto e carinho. O núcleo familiar é a principal fonte de apoio identificada pelos participantes da presente investigação, no entanto, quando se trata de pessoas que compreendem seus problemas, 41,5% relataram que às vezes possuem apoio de alguém, ou seja, apesar de as pessoas idosas contarem com pessoas para falar sobre o que as incomoda, muitas vezes não são compreendidas. Isso pode ser justificado pela convivência entre gerações e distanciamento cultural entre membros da mesma família.

Os registros realizados em diário de campo pela pesquisadora durante a observação participante permitiram identificar que o fato de a pessoa idosa morar junto com um familiar não foi suficiente para garantir que o apoio fosse ofertado. Caso ocorrido com o participante (65010) que morava com um sobrinho usuário de drogas e responsável por receber o auxílio financeiro do idoso. Foram identificadas condições precárias de higiene, abandono e rede social ineficaz.

Outra situação observada durante a coleta de dados se refere à participante (65013) que mora em condições precárias, em uma residência juntamente com o filho em fase de recuperação do vício de entorpecentes. Apesar da idade avançada, a participante trabalha na coleta de materiais recicláveis como estratégia para complementar a renda familiar. Nesta situação, foi possível observar que o apoio social era ofertado pela senhora que, em um de seus relatos, informou ter deixado sua residência (havia mais conforto) e suas filhas/netas para morar com o filho que, naquele momento, precisava de cuidados.

Ao analisar a dimensão familiar da rede de apoio social segundo a LSNS-18, é possível identificar que 25,2% dos participantes tiveram o apoio social avaliado como satisfatório e apenas 8% como excelente, conforme mostra a **Tabela 8**.

Tabela 8: Dimensão Familiar da LSNS-18.

Escore	n	%	Média±DP (min-max)
0----5	22	11,7	μ 2,37± DP 0,856 (0 – 30)
6----11	53	27,8	
12----17	52	27,3	
18----23	48	25,2	
24----30	15	8	
Total	190	100	

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Além dos familiares, os amigos e vizinhos estão presentes no cotidiano da pessoa idosa. Os vizinhos são vistos algumas vezes por semana de acordo com 47,4% dos participantes, o que é justificado devido à proximidade entre as residências.

Tendo em vista não manterem vínculo capaz de proporcionar intimidade com os vizinhos, confirmado por 49,5% dos entrevistados, os membros familiares são os mais acionados em ocasiões de necessidade. O encontro com os vizinhos ocorre em ambientes neutros, a exemplo de comércios, ruas do bairro e instituições religiosas, caracterizando um relacionamento com pouca formação de vínculo entre as pessoas. Quando questionados sobre a frequência com que procuram os vizinhos para conversar quando precisam tomar alguma decisão importante, 42,6% relataram nunca o fazerem e esse distanciamento fica evidente nos relatos a seguir.

Ah! A gente combina com todos, mas não é de ficar conversando muito não. Porque cada um tem um afazer, né? Aí não tem muito tempo (65001).

Aquela coisa assim, não dizer que eu vou chegar ali e gritar ela, assim aquela coisa saudável, cada um pra si, ela na casinha dela e eu na minha (65002).

Não, porque hoje está complicado, né, menina, não existe mais esse negócio, antigamente existia muito de ir nas casas, aí acabou isso, tem muitos anos já que acabou isso, quase ninguém vai mais na casa (65025).

Graças a Deus, não. A gente precisava muito quando os filhos estavam novos, quando as crianças estavam novas, você está me entendendo?... Eu acho que a gente podia encontrar mais, né? Mas é tão difícil, né? Pra gente é difícil e elas também acham difícil (65014).

É muito difícil eu sentar na casa de um de outro, paro com um paro com outro (65009).

A gente sorri, conta caso, por aí afora, a gente encontra na rua, forma um pequeno, assim montinho de amigos e conversa (65002).

Estão sempre amigos, sempre rindo, sempre no meio de todo mundo, mas sem pedir ajuda se não tiver doente, sem se meter na vida de ninguém. (65202).

O apoio social pode ser compreendido como as ajudas instrumentais, expressivas ofertadas pela comunidade, instituições e também por amigos íntimos¹³⁶. A restrição do número de pessoas consideradas íntimas reflete sobre a oferta de ajuda concedida.

De acordo com os registros realizados em diário de campo, uma participante relatou não possuir convivência com os vizinhos porque o seu filho não permite. Segundo a participante, sua vida é de solidão e se apoia em Deus. Tal fato revela a inversão de autoridade e o comportamento de submissão dessa mulher diante do filho.

Foi possível identificar que, apesar de a pessoa idosa ter a companhia de um familiar ou cuidador, suas necessidades psicológicas e de apoio não são atendidas e tal proximidade é justificada pelo surgimento de limitações físicas, dependência e sentimentos de medo/insegurança que influenciam a pessoa idosa para comportamentos permissivos em relacionamentos abusivos, seja eles provenientes de um familiar, sejam de cuidador ou companheiro.

Uma característica acerca da rede de apoio social dos idosos proveniente de amigos íntimos é justificado pelo fato de se apresentarem em número restrito. Diante das indagações realizadas, os idosos relataram que sempre obtêm apoio de pessoas para falar de si (38,3%), para desabafar (36,6%), para lhes dar bons conselhos (32,2%), para ajudar a lidar com os problemas (30,1%), para compartilhar momentos de medo e insegurança (35,5%) e prestar informações (37,7%).

Apesar das porcentagens significativas anteriormente mencionadas acerca de os participantes poderem contar com pessoas para conversar, quando se trata da satisfação e

facilidade para encontrar os amigos para desabafar, 33,3% negam tal facilidade. Quanto a gostarem de conversar e encontrarem pessoas para isso, a maioria não se considera satisfeita, o que pode ser justificado pelo fato de não serem pessoas que realmente desejam ouvir esses idosos, suas preocupações; 43,7% sentem falta de alguém verdadeiramente íntimo para falar de seus problemas pessoais.

Ao analisar a dimensão sobre amigos da rede de apoio social segundo a LSNS-18, é possível identificar que 31,5% dos participantes tiveram o apoio social avaliado como insuficiente e apenas 3,7% como excelente, conforme **Tabela 9**.

Tabela 9: Dimensão sobre amigos da LSNS-18.

Escore	n	%	
0----5	53	28	μ 1,94
6----11	38	20	
12----17	60	31,5	0-30 \pm DP 1,174
18----23	32	16,8	
24----30	7	3,7	
Total	190	100	

Fonte: Elaborado pelas autoras.

O apoio social é constituído por três elementos essenciais, que se articulam entre o sujeito e o ambiente, a saber: os recursos da rede de apoio disponíveis, as atitudes e condutas, sejam elas provenientes de artefatos materiais, sejam emocionais e, por último, as avaliações de apoio, ou seja, a subjetividade presente sobre a avaliação dos recursos provenientes da rede¹³⁶.

Com o passar dos anos, os idosos vivenciam as perdas de pessoas com as quais possuem vínculo estabelecido e que estão inseridas em seu convívio, devido às doenças crônicas e ao avanço da idade, resultantes do processo de envelhecimento. Além disso, tendo em vista o fato de se afastarem do trabalho por causa da aposentadoria e o trabalho ser fonte de convivência (meio social), há risco de isolamento social, embora essa possibilidade tenha sido negada por 44,8% dos participantes quando questionados sobre sentir-se só no mundo e sem apoio.

Há também um discurso que aponta o déficit de pessoas nas quais se pode confiar, dando destaque para os conhecidos, ou seja, uma fragilidade na construção de vínculos, explicitada pelos participantes que relataram não estarem satisfeitos com o tipo de amigos que possuem (65%), a quantidade (54,6%), as atividades praticadas em grupo (43,2%) e com o tempo que passam com eles (36,6%).

Quando indagados sobre a frequência com que veem os amigos ou têm notícias deles, 23,2% relataram não obter notícias de nenhum amigo no período de um mês e 30% os veem ou

têm notícias deles pelo menos uma vez ao mês. O afastamento entre as pessoas amigas decorrente da falta de tempo, engajamento familiar, distância geográfica ou até mesmo do surgimento de limitações físicas e cognitivas contribui para o isolamento social e a diminuição da rede de apoio social. Esta constatação foi demonstrada por 43,2% das pessoas idosas que relataram nunca ter algum amigo disponível para conversar e 50% nunca são procurados para conversar. A fragilidade na rede social de amigos surge nos relatos a seguir.

É junto dos amigos falta, às vezes, a pessoa que já foi (faleceu), a gente sente muito, né... sinto muito a falta deles (65002).

Ih, muito bom, ter amigo é uma coisa, conhecido é outra. Amigo mesmo eu só tenho um (65043).

Com os meus amigos o relacionamento é bom, eu tenho amigos, mas que pode contar não (65201).

Encontra no bar e bate papo (65008).

Eu digo pouco porque não adianta quantidade e sim qualidade e tem muita diferença, né? Você tem um monte de amigos, naqueles 50 amigos que você tem, às vezes tem um que realmente é seu amigo, os outros são falso.. Os poucos amigos que eu tenho o relacionamento é muito bom (65201).

É de amizade, né, eu tinha uns amigos quando eu trabalhava, né, era colega de serviço, mas fui obrigada a, eu tive que parar de trabalhar por causa desse problema na perna, não dá condição (65022).

É difícil a gente estar saindo, né, a gente já está nessa idade e ficar só saindo é chato, né? (65014).

Falta mais contato por falta de tempo meu (65029).

Mas contar como amigo é mais difícil, porque eu estou abrindo com você porque você está me perguntando, mas eu não sou muito de ficar levando a minha vida, falando as coisas, sabe (65200).

As relações humanas se estabelecem na existência, quantidade e qualidade das relações sociais articuladas, e a preservação destas resulta obter apoio durante o processo de envelhecimento¹³⁶. Pesquisas demonstram que a rede social de pessoas idosas raramente é estável, havendo uma modificação de contato entre elas em um curto período de tempo, o que contraria a hipótese de que a formação de vínculo é proporcional aos anos vividos e que a rede

social se torna restrita¹³⁸. A restrição no estabelecimento de vínculos com amigos e conhecidos está relacionada ao declínio cognitivo que dificulta o engajamento social⁵.

Ao se referirem a pessoas conhecidas, os idosos apontam que há dissemelhanças entre estas e aquelas consideradas amigas e que possuem uma rede de apoio extensa de conhecidos. Cabe ressaltar que, embora estes estejam inseridos no contexto da pessoa idosa, ela não possui vínculo com estas pessoas suficiente para lhes solicitar ajuda em caso de necessidade, como relatado nos fragmentos a seguir.

Eu acho assim que a gente convive, mas não de ser amigos (65002).

Amigo assim da igreja? Eu gosto sempre deles, trato bem e eles também me tratam muito bem (65200).

Os outros é só bom dia, boa tarde, só na correria né (65009).

Tenho amigos assim de cumprimentar, sou querida (65202).

Confio neles, mas conhecido não é amigo, é colega, é conhecido, respeito, mas eu não considero amigo. Confiar muito eu não confio, nunca confiei, nem quando eu era jovem, eu tinha colegas, amigo não (65202).

A ampliação da rede de apoio social não está associada apenas com a qualidade das relações, as pessoas mantêm uma convivência sadia, no entanto, pouco articulada, o que restringe a possibilidade de compartilhamento de suas preocupações, medos e predispõe ao apoio superficial.

O apoio social engloba o número de pessoas, a frequência e a intensidade dos contatos estabelecidos, seja com amigos íntimos, seja com conhecidos, isto é, uma rede mais abrangente. Além disso, o apoio social envolve aspectos subjetivos acerca da percepção desse apoio pelo idoso e também a satisfação do indivíduo em relação aos contatos sociais¹³.

Entre os conhecidos mencionados pelas pessoas idosas, os vizinhos foram predominantemente lembrados. São pessoas que compartilham do mesmo ambiente geográfico, disponibilizando apoio em diferentes ocasiões. O ambiente torna-se um facilitador para a formação de laços afetivos, mesmo que as pessoas não sejam consideradas amigas íntimas. A atuação de vizinhos na vida das pessoas idosas é representada por laços de afetividade conforme apontam as falas a seguir.

Muito bons os vizinhos que eu tenho aqui, muito bom mesmo (65016).

Ah, eles que precisaram de mim uma vez. Minha vizinha passou mal, coitada, estava saindo pra trabalhar, aí ela estava no meio da rua, passando mal, aí eu acudi ela e trouxe aqui pra minha casa, e pedi essa minha filha que tomasse conta dela e ligasse pra filha dela vir resolver o problema (650016).

Mas, assim, se precisar mesmo, eles (os vizinhos) estão prontos para servir (65061)

Fica sem encontrar, porque moram longe e os vizinhos de perto às vezes encontra, né? (65002).

Eu tinha uma vizinha que já até faleceu, ela era senhora de idade, né, então, quando os meus meninos eram pequenos, que eu trabalhava fora, aí então eu pedia ela pra ela poder olhar as crianças pra mim (65002).

São bons, eu posso contar com eles se for um caso assim coisa... fácil (65201).

A gente tem um vizinho aqui que é da classe da gente mesmo, sabe, mas, se depender dele pra sair no carro, levar a gente, ele está disponível, nesse ponto, a gente pode confiar (65201).

Olha, que me ajuda muito é essa vizinha minha aqui, a que você conhece, né? Porque ela que está mais sempre em casa e ela é muito assim disposta e tem mais jeito para as coisas, então, qualquer coisa, eu apelo pra ela (65067).

Um estudo realizado nos Estados Unidos observou que um fator que está associado ao bem-estar das pessoas é o relacionamento harmonioso com aquelas pessoas que as cercam, capaz de influenciar no estado psicológico e emocional dos indivíduos¹³⁹. Este relacionamento engloba a disponibilidade de apoio em casos de emergência. Do total de participantes, 56,3% relataram não dispor facilmente de pessoas que os auxiliem em situações embaraçosas.

Foi possível observar que o relacionamento com os vizinhos possui caráter positivo, apesar de os participantes não julgarem importante o aprofundamento dessas relações a ponto de transformá-las em amizades. Os vizinhos são pessoas dispostas a ajudar em caso de necessidade e que fornecem algum tipo de apoio. Alguns entrevistados optam por um relacionamento superficial por temerem conflitos que advenham da convivência, proximidade das residências e receio de ser inconvenientes, conforme mostramos relatos a seguir.

Menor contato possível, porque invasão de privacidade, eu evito, já aconteceu coisa que não foi legal (65029).

Aqui os vizinhos são vizinhos, nós nos respeitamos, mas não tem aquele relacionamento de amigos não (65023).

Eu tenho um certo medo de certas conversas de aborrecer os outros, então eu nem procuro, conversa é muito difícil (65013).

Ao analisar a dimensão vizinhos da rede de apoio social segundo a LSNS-18, é possível identificar que 37,9% dos participantes tiveram o apoio social avaliado como insuficiente e apenas 2,6% como excelente, conforme **Tabela 10**.

Tabela 10: Dimensão sobre vizinhos da LSNS-18.

Escore	n	%	
0----5	26	13,6	μ 2,37
6----11	58	30,5	
12----17	72	37,9	0-30 \pm DP 0,856
18----23	29	15,4	
24----30	5	2,6	
Total	190	100	

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Além da influência do contato direto entre as pessoas, o contato com Deus, seja por meio das crenças, seja por símbolos religiosos, também é um agente integrante do apoio social e pode influenciar na interação dos indivíduos com o mundo¹⁴⁰.

A devoção e o relacionamento com Deus mostraram-se algo substancial para alguns dos participantes, cujos relatos expressaram emoção. Eles justificaram este fato devido à lembrança de momentos de dificuldade nos quais reconheceram a influência da espiritualidade para a resiliência frente ao problema ou dificuldade vivenciados.

Porque é a primeira coisa de manhã quando a gente levanta, é pedir o divino Espírito Santo, né, e dizer que, se você não pedir ele ali pra poder te dar luz, você não consegue...(65002).

Nossa, é maravilhoso, é a única coisa que eu tenho de bom, mais que meu marido, de bom mesmo, é aquela coisa que eu falo “senhor, me cobre com teu sangue!” É aquela hora que eu sinto aquela dor e eu sei que eu não tenho remédio nenhum dentro de casa, eu falo “senhor, aqui não tem remédio, mas o senhor é o meu remédio”. Bato o joelho chão, boto o meu véu na cabeça e falo “senhor, vem ao meu encontro”, àquela hora é a hora... é a minha hora, minha hora com Deus (65200).

A religiosidade e a crença configuram-se como ferramentas auxiliares para o enfrentamento dos medos, agravos à saúde e dificuldades encontradas durante a vida¹⁴⁰. As estratégias religiosas são capazes de fortalecer as famílias e pessoas em relação às

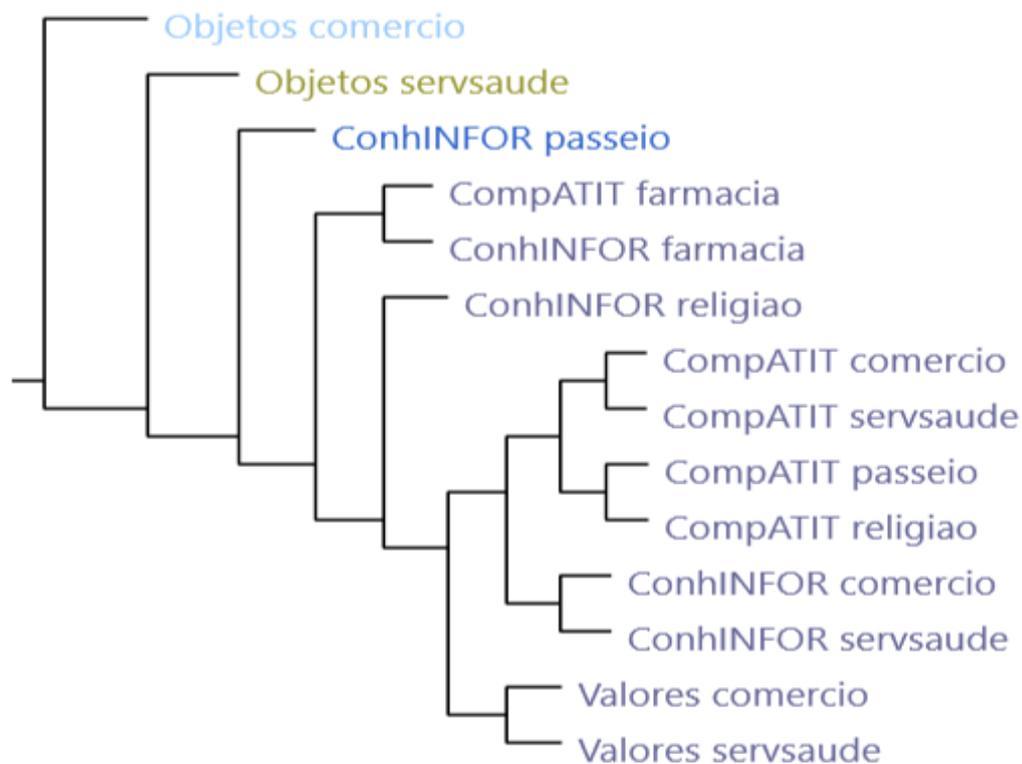
enfermidades e dificuldades enfrentadas, promovendo a busca por um posicionamento ativo na resolução/aceitação do problema¹⁴⁰.

De acordo com uma pesquisa realizada em um município do Rio Grande do Sul, as famílias que buscam estratégias de cuidado mútuo, incluindo a religiosidade, possuem melhor enfrentamento das dificuldades e relacionamento com a família¹⁴⁰, o que vai ao encontro dos achados da presente investigação.

A rede de apoio de lugares acessada pelos participantes foi composta de locais para passeio, prática religiosa, serviços de saúde e comércio, conforme consta no **Gráfico 3**.

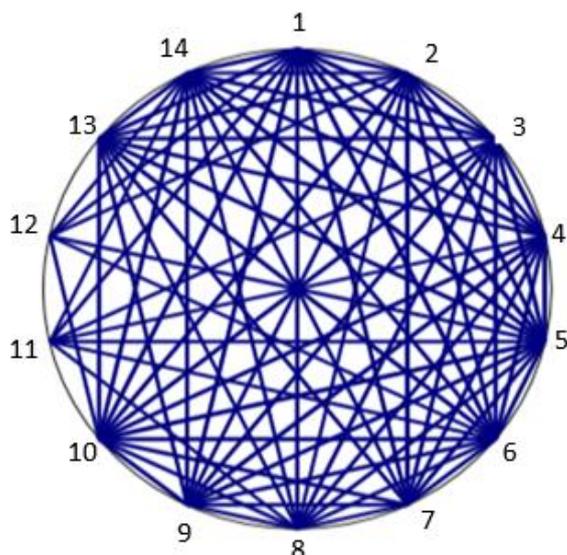
Gráfico 3: Dendograma e gráfico de círculo apresentando as dimensões representacionais da rede de lugares.

Nós em cluster por similaridade de palavra



Legenda

Nós em cluster por similaridade de palavra



- 1 Comportamento, atitude comércio
- 2 Comportamento, atitude farmácia
- 3 Comportamento, atitude passeio
- 4 Comportamento, atitude religião
- 5 Comportamento, atitude serviços de saúde
- 6 Conhecimento, informação de comércio
- 7 Conhecimento, informação de farmácia
- 8 Conhecimento, informação de passeio
- 9 Conhecimento, informação de religião
- 10 Conhecimento, informação de serviços de saúde
- 11 Objetos comércio
- 12 Objetos serviços de saúde
- 13 Valores comércio
- 14 Valores serviços de saúde

Fonte: Programa Nvivo Pro versão 11@.

A rede de apoio relacionada aos lugares que frequentam são explicitadas pelos participantes conforme os relatos a seguir.

Se você chegar perto de mim e falar assim: “Fulana, estou indo pra Aparecida do Norte”, eu estou indo; “vamos pra canção nova?” Estou indo (65002).

Pra passear, eu vou na casa dos filhos, parentes (65201).

Ah, a igreja eu vou todo sábado, vou todo sábado, quando eu não vou no sábado, eu vou no domingo, a igreja é...toda semana (65014).

Se o caso for mais grave, eles colocam na ambulância e levam lá pra baixo, já não tem aquele negócio de ficar em fila esperando, agora, se for pra pingar o soro, já vai pingando de uma vez. Agora aqui não, aqui eu consulto aqui de dois em dois meses, de dois em dois meses, eu vou no médico com a graça de Deus (65200).

É nos mercados que a gente vai praticamente toda semana, né? (65014).

Ah, eu não tenho muito assim não, compre daqui, compro dali, eu compro muito aqui no hortifrúti, eu vou no centro da cidade, sempre vou, tô pensando em ir lá hoje arrumar minha bota, compro com crediário, mais um monte de lugares, mas que eu não estou lembrando agora, vou muito no supermercado, eu gosto de ir lá, mais no X do que no Y (65204).

Entre os diversos locais frequentados pelas pessoas, referentes aos momentos de distração, dá-se destaque aos lugares destinados a passeio. Apesar de as viagens não terem sido caracterizadas como um comportamento frequente, foi observado que há uma regularidade na sua realização. Os destinos citados para as viagens são cidades onde residem parentes/filhos (38,9%), locais religiosos (64,2%) e turísticos (51,1%) conforme relatos a seguir.

Então quando a gente vai pra cidade natal, a terra nossa, né, então aquilo vai todo mundo, junta todo mundo, é aquela coisa assim (65002).

É porque... viagem, só mesmo pra ir lá visitar a minha filha, vou todo mês (65047).

São João a gente às vezes vai duas vezes ao ano, Aparecida a gente vai todo ano, fomos lá dia 17 passado agora (65210).

Se você chegar perto de mim e falar assim: “Fulana, estou indo pra Aparecida do Norte”, eu estou indo; “vamos pra canção nova?” Estou indo (65002).

Ela faz e a gente vai com ela, a gente vai pro Rio, Aparecida do Norte, padre Marcelo, padre Marcelo a gente foi agora, dia 12 nós fomos com ela, ela é só a minha amiga, que eu sou mais, né, os outros é só bom dia, boa tarde, só na correria, né? (65009).

Viagem pra Caldas Novas e amei! Muito bom! Muitas amigas! Todo mundo junto, né? Muito bom! (65001).

Quando indagados sobre se sentem falta de atividades sociais que lhes satisfaçam, 39,9% disseram que não, a mesma resposta foi obtida de 59% dos participantes quando perguntados sobre gostar de participar de organizações (clubes, partidos políticos, etc.).

Entre os aspectos destacados para se obter um envelhecimento ativo, está a busca por autonomia, independência, satisfação e bem-estar global, com isso, a socialização promovida durante a prática religiosa se mostrou o principal meio promotor de encontro entre as pessoas, como é explicitado a seguir.

Mas eu gosto muito de passear na igreja, na casa das minhas filhas, outra hora, eu gosto de ir na praia, eu vou de dois em dois anos, né (65200).

Olha, aí tem um porém, né, às vezes, por você... por eu não frequentar muito às vezes até me convidam pra participar de grupos assim, aqueles grupos religiosos que tem (65035).

Às vezes, tem pessoas que eu já não vejo há anos, sempre está ali, naquele meio ali, e a gente se encontra. Sou bem tratada (65016).

Lá muito bem, todo mundo já me conhece, né, eu já conheço todo mundo (65014).

Tudo muito bem, na igreja... eu sou muito comunicativa, sou, gosto de conversar... converso igual eu estou conversando com você, meu marido diz que eu falo até demais, mas eu gosto de falar (65204).

Com os amigos é assim, eu, como presidente da igreja, então eles me procuram demais, costuma o telefone tocar e eu falar assim "estou não, pelo amor de Deus, estou não!" por que tudo é eu, tudo é eu na igreja pra resolver. Então eu preciso de falar porque às vezes eles precisam de saber caminhar com os pés deles, né, então quer dizer, mas é assim (65002).

A instituição religiosa atua como fonte de convivência, proporcionando encontros, conversas, momento de proximidade com Deus e com os colegas. A inserção de pessoas idosas em atividades sociais religiosas se mostra primordial na medida em que os faz se sentirem ativos e serviçais, compartilhando suas habilidades com a comunidade em cargos dentro da igreja,

coral de música ou até mesmo em atividades solidárias. Igrejas e templos foram mais frequentemente mencionadas pelos participantes, 132 vezes.

Ao se tratar de qualidade de vida, autores apontam a necessidade de realizar atividades que valorizam as pessoas idosas, as quais são capazes de promover o bem-estar global, repercutindo na saúde, na satisfação com a vida, com o ambiente social/físico e bem-estar psicológico dos indivíduos^{141; 142}.

Uma pesquisa realizada com 57 idosos em um município de Minas Gerais reforça que a religiosidade é uma referência pessoal significativa, sendo utilizada como estratégia de enfrentamento diante das situações adversas causadas pelo processo de envelhecimento¹⁴². Isso pode justificar o fato de 44,8% das pessoas idosas da presente investigação não se sentirem solitárias no mundo, o que é visto como algo positivo, levando em conta que o isolamento social é fator predisponente para o déficit cognitivo e agravos funcionais²⁵.

Os lugares religiosos, de comércio e festividades familiares, além se atuarem como oportunidade de as pessoas se encontrarem, são locais que proporcionam momentos de distração e lazer, uma vez que, com a progressão dos anos, atividades noturnas que alteram o sono/vigília se tornam situações de vulnerabilidade para o adoecimento ou geram esforço físico são evitadas.

Não tenho ido não, só mesmo quando tem um aniversário da família, um casamento, essas coisas que eu vou, mas, pra sair assim, que nem muitas pessoas falam “vamos para o forró”, eu não tenho coragem pra isso, não gosto não (65062).

Inclusive, na nossa festa de São Pedro (Igreja), a gente trabalhou três dias na barraquinha de bingo, igual eu estava falando, comentando, a gente já está ficando meio reservado, né. A idade vai chegando, aí você não pode ficar abusando demais de muita coisa não (65108).

Aqui é difícil eu sair, um aniversário, isso a gente vai, pra passeio mesmo, não. Eu sou caseira. Eu quase que não saio, minha filha, quase que não saio mesmo (65014).

Bom, pra passear, eu não frequento praticamente nada, não sou de sair muito não, pra passear, eu vou na casa dos filhos, parentes, às vezes, na igreja, né, às vezes pra São Paulo pra fazer coisa com a igreja, essas coisas (65201).

Aos domingos assim, eu vou na casa da minha mãe, passo a tarde com ela lá, mas sair mesmo pra passear eu não sou muito de sair não (65035).

Outras vezes, em outros lugares, quando comemora algum aniversário, dia dos pais, da mãe, aí a gente dá um pulinho fora, né? (65001).

Em alguns casos, a influência do companheiro diante do comportamento de sair é capaz de modificar os hábitos de distrair, passear e viajar da esposa. A mulher idosa é submissa ao companheiro e ao mesmo tempo é a provedora de cuidados, demonstrando preocupação em ser o apoio diante das demandas de cuidados, como apontam as falas a seguir.

Mas, pra sair, é ruim porque o velho não pode ficar sozinho, né? (65098).

De primeiro, eu ia no aniversário dela e ela ia no meu aniversário, mas a vida vai mudando, eu arrumei esse meu marido, a gente vai afastando, né, e os filhos dela casaram e eu sempre fui nos casamentos, nunca faltei um casamento (65204).

De vez em quando, tem um aniversário, eu não vou muito por causa do meu marido, ele é muito antissocial (65204).

A idealização do casamento pelas mulheres e sua alocação na posição de principal mentora do cuidado de seu companheiro e sua família justificam a restrição das relações sociais, e a culpa pelos problemas é atribuída à relação com o parceiro¹⁴³.

No que tange à composição da família, as relações de poder entre homens e mulheres que estão ligadas aos papéis sociais atribuídos com base no gênero. A mulher, no seu contexto familiar, responsabiliza-se pela educação dos filhos, da casa e do companheiro, deixando de experimentar momentos de inserção social¹⁴⁴.

Outra situação evidenciada durante a observação participante, nos dias em que ocorreram as entrevistas, foi o fato de que, embora a mulher relate ser casada, o esposo estava ausente (ela mora com a filha que lhe faz companhia). A dificuldade em assumir o divórcio em uma sociedade com resquícios machistas pode ser a justificativa para o comportamento de velar o fato de ser uma mulher divorciada.

As relações de gênero na estrutura familiar ainda são determinantes nas divisões de atribuições não apenas no trabalho, mas também nas relações de poder e submissão. Há a influência do “querer” masculino e o desejo da mulher idosa em suprir a solidão, vivenciada com mais intensidade entre os homens após a aposentadoria¹⁴⁵.

A aproximação do casal nesta etapa da vida se torna intensa, atrelando os laços conjugais, uma vez que coincide com a saída dos filhos de casa, quando estes ficam independentes, o que pode suscitar a síndrome do “ninho vazio”. Tal aproximação se torna

positiva quando a relação do casal motiva seu engajamento social, prevenindo o isolamento social, respeitando os limites, espaços e horários individuais¹⁴⁶.

Devido aos agravos à saúde, outro local comumente frequentado são as instituições de saúde, o que resulta do surgimento de doenças crônicas e seu agravamento com o processo de envelhecimento. As instituições de saúde são componentes da rede de apoio e dispõem auxílio às pessoas idosas conforme mostram os relatos a seguir.

Vou no posto, na UPA, e agora, lá em baixo, que eu estou tratando do pulmão (65016).

Me botaram no soro, me botou aquele negócio no nariz, aí depois que eu falei com o médico eu já estou boa, eu vou embora, ele falou que não, a senhora vai ficar sentada aí na cadeira(65016).

Graças a Deus, essa médica eu vou, muita gente fala dela, às vezes você até conhece ela, a tal de X, eu não tenho nada o que dizer dela, entendeu? Que, graças a Deus, sei lá, eu acho que eu não sou bruta pra qualquer coisa, então eu acho que ela me trata bem (65014).

Eu, quando eu precisei, eu fui lá na UPA (65047).

Apesar de as instituições de saúde enfrentarem problemas gerenciais e as questões políticas repercutirem no atendimento à comunidade, elas ainda são o recurso utilizado por aqueles que não possuem plano de saúde ou condições de acesso facilitado. As instituições frequentemente mencionadas pelos participantes foram UAPS (46,3%), UPA (54,2%) e ambulatório médico (4,2%).

Em uma investigação ocorrida em Porto Alegre com 212 pessoas idosas, 95,1% dos entrevistados referiram obter atendimento na APS, fato corroborado pela presente investigação, uma vez que a maioria das pessoas buscam atendimento na APS¹⁴⁷.

A UAPS é o local mais acessível para a população, no entanto se observa a insuficiência de insumos que viabilizariam e otimizariam o atendimento, como medicamentos, materiais para curativo, como se pode observar nos relatos a seguir.

No posto, eu tenho acompanhamento de uma clínica, né, falta quase tudo, né (65045).

Tem, porque tem dia que falta remédio, né, falta remédio, o problema da perna do curativo (65008).

Culpa do governo, né, não paga direito, não tem medicamento e isso aí nem é culpa dos médicos e das pessoas não, isso aí, coitados, eles também são sacrificados, né (65035).

Ah, falta muita coisa pra melhorar, acho que falta mais médicos, você fica muitas horas lá, né (65047).

Apesar de a população ser atendida por agendamento prévio, as queixas relacionadas à falta de profissionais (para atender a demanda), à ausência de medicamentos e à demora no atendimento são frequentes, corroborando com a investigação ocorrida em Porto Alegre em que são apontados escores baixos referentes à integralidade das ações na comunidade, refletindo na satisfação do usuário e qualidade da assistência¹⁴⁷.

A APS, no Brasil, atende cerca de 65% da população¹⁴⁸, o que motiva a busca por atendimento em outros setores, como ocorre nas UPAs, provocando a hipertrofia na atenção secundária, predominância do modelo biomédico e sobrecarga profissional. Apesar das queixas dos usuários acerca das condições deficitárias, a UPA é um local de procura recorrente e a atuação dos profissionais de saúde no processo de referência e contra referência favorece a solução dos problemas e permite dar continuidade ao tratamento, caso seja necessário¹⁴⁹. Apesar de 55,7% das pessoas idosas afirmarem ter plano de saúde, a investigação demonstra a escolha pelos serviços de urgência e atendimento do SUS.

Outro local referido pelos participantes é o comércio, momento em que as pessoas se ausentam de suas residências na busca por adquirir alimentos, vestuário, medicamentos, enfim, objetos necessários para o uso diário. A atitude de “ir às compras” representa para a pessoa idosa um momento que pode ser a única oportunidade de se socializar por meio do encontro com pessoas e ser um momento de distração.

Dos lugares mencionados para a aquisição de alimentos e objetos, 67,4% frequentam o “mercado do bairro”, 68,4% “supermercado” e 56,8 % “centro da cidade”. Destaca-se os locais destinados à compra de implementos alimentícios, conforme mencionados pelos participantes a seguir.

Eu ando, pra mim, camisa assim eu vou mais no shopping X porque tem muita opção, eles me tratam otimamente bem, primeiramente eles estão ali de olho em você, o cara que é dono tem a maneira de tratar porque ele precisa de você, ele depende do freguês (65001).

Olha que eu costumo ir assim é, por exemplo, no supermercado X, Y, Z e sou tratada bem, nunca vi nada (65016).

Comércio é mais é mercado mesmo porque não tem jeito de não ir, né? (65045).

Pra comprar comida, no supermercado, né, e eu vou muito, eu gosto do shopping, nas lojas também eu passo e vejo alguma coisa e se eu gosto, né (65050).

Normalmente eu vou à rua todo dia, seja pra isso ou pra aquilo (65023).

Um dos lugares mais frequentados pelos participantes foi o supermercado. Alguns fatores justificam a procura preferencialmente por supermercados para a compra dos alimentos, o fato de serem pessoas independentes e os principais responsáveis pelo preparo do alimento em suas residências. Outro fator é a diversidade dos produtos, otimizando a procura e também a acessibilidade quando comparado aos outros locais.

A acessibilidade torna-se um critério de escolha dos locais a serem frequentados devido aos índices de atropelamento entre pessoas idosas e pelo fato de as barreiras arquitetônicas encontradas fora de casa proporcionarem o sentimento de medo e insegurança conforme apontam os relatos a seguir.

Pra ir na rua, né, aqui eu uso pau, já acostumei, qualquer queda eu tenho firmeza, né (65061).

Antes eu ia muito, agora não, por isso, entendeu, não é porque é luxo, é porque ali eu posso andar sem ficar... no centro, eu não vejo nada, eu só olho pro chão, medo de cair, já torci. Lá, não caí, mas, no que eu torço o pé, o joelho dói, aí eu sofro mais de 15 dias, então eu não sou muito de ir ao centro (65037).

Aquele piso, pra mim, confunde tudo, então eu tenho medo de cair (65067).

Os pontos é que vão cicatrizando rápido, mas, lá dentro, está tudo fresco. Aí a pessoa entende que já tá na hora de sair por aí, subindo e descendo morro, subindo e descendo escada, não é nada disso (65099).

Porque normalmente eu não caio, mas às vezes tem uma reentrância no calçamento, aí bate ali (65023).

Em uma pesquisa realizada com a população idosa, identificou-se que a participação em atividades sociais foi considerada fator de risco para a ocorrência de quedas, de forma a deixar as pessoas idosas expostas a obstáculos do ambiente que podem ocasionar a queda¹⁵⁰, fato mencionado pelos participantes quando indagados sobre atividades sociais.

Outros lugares frequentados pelos participantes são para finalidade de recebimento da aposentadoria e pagamento de contas, a exemplo de bancos e lotéricas, conforme mencionado nos relatos a seguir.

É tudo comigo, aí elas falam comigo “toma cuidado” porque hoje em dia, às vezes, nem contar um dinheirinho na rua que não pode, então eu ponho na bolsa e já levo pra casa e já guardo, depois eu pego (65013).

Eu pego e já tem que pagar as contas e então eu vou pagar minhas contas, compreendeu? (65013).

De acordo com uma pesquisa realizada com pessoas idosas, 72,5% dos locais frequentados eram bancos¹⁵¹, corroborando com a presente investigação que obteve 65,8% de pessoas que frequentam bancos, 21,6% para casas lotéricas e 22,1% para ajuda de parentes que realizam o recebimento dos benefícios/aposentadoria. O resultado reflete a independência da pessoa idosa no gerenciamento financeiro.

Diante das dificuldades ambientais encontradas nos calçamentos das ruas, em degraus, fluxo de pedestres e trânsito, a preferência por frequentar shoppings com finalidade de compras (lojas) e distração ocorre devido ao acesso que é facilitado.

Mais é no shopping, aqui o X, mas você sabe por quê? Por conta do piso, porque é muito mais fácil pra eu andar, porque no centro não, eu entorto o pé pra cá, entorto o pé pra lá, aí dói o joelho, então eu evito ir ao centro (65037).

É, mas do lado do mercado ali, eu não estou conseguindo ir mais, atravessar a rua porque, para atravessar no sinal, tem que ir lá e fazer isso (65082).

Mas a cidade não está brincado mesmo, né, e atravessar ali no palácio da saúde pra lá e pra cá, eles ficaram com medo, aí eu passei a procuração para o meu neto, e assim ficou, né (65067).

A dificuldade gerada por condições físicas, falta de acessibilidade e insegurança da pessoa idosa de sair de casa sem estar acompanhada faz com que esta população se prive de participar de atividades sociais, realizar compras, frequentar locais comerciais e religiosos ou busque uma solução alternativa para isso.

Tal justificativa exalta a importância de se identificar as necessidades das pessoas idosas quanto ao ambiente e à acessibilidade para melhoria no seu deslocamento. Uma investigação realizada com 255 idosos na cidade de Caratinga, em Minas Gerais, constatou que,

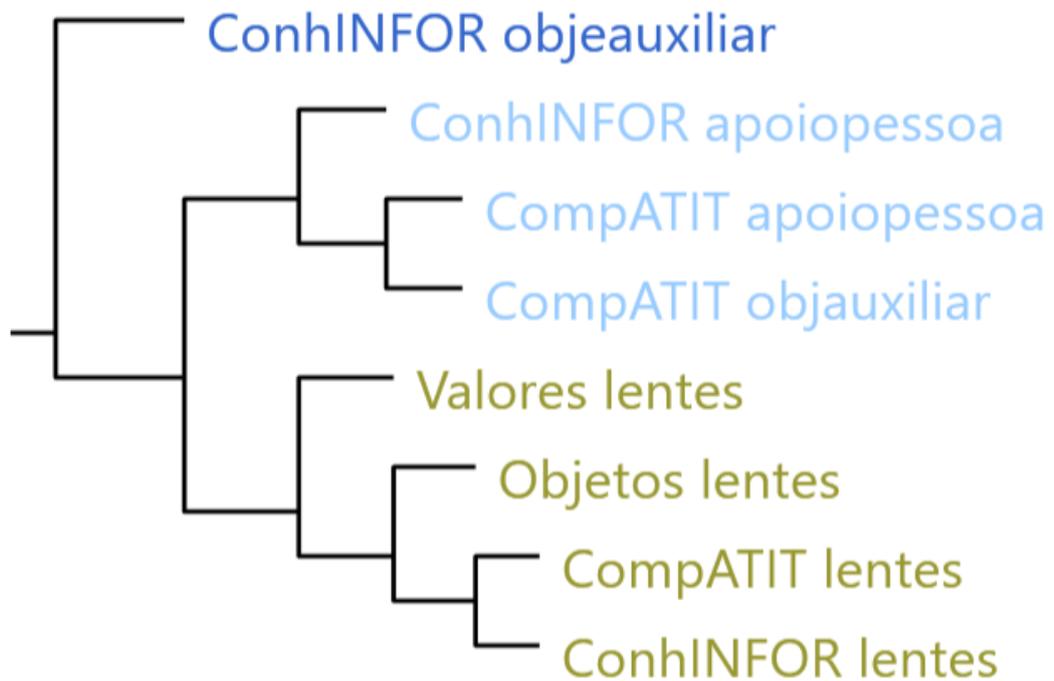
quanto aos problemas relacionados à acessibilidade, 66,3% estão ligados às condições das calçadas, 63,5% se devem à aglomeração de pessoas e 55,3% sobre o risco de atravessar a rua, e 33% dos participantes relataram já ter sofrido algum tipo de queda no centro da cidade¹⁵¹. Estes resultados corroboram com o sentimento de insegurança relatado pelos participantes da presente investigação que utilizam serviços públicos de transporte com destaque para o ônibus (67,4%) e, em seguida, carro/táxi (56,3%).

Apesar de relatarem as dificuldades de acesso e da vida social, a maioria dos participantes gerencia suas vidas e são responsáveis por realizar compras, pagamentos e passeios. Cabe ressaltar que farmácia não obteve correlação de Pearson significativa, fato que pode ser justificado pelo fato de a população associar a localidade “farmácia” à UAPS, visto que é o local onde as pessoas adquirem os principais medicamentos utilizados.

A rede de apoio de suporte/objetos dos participantes compôs-se de lentes (para facilitar a visão), equipamentos e pessoas, conforme consta no **Gráfico 4**.

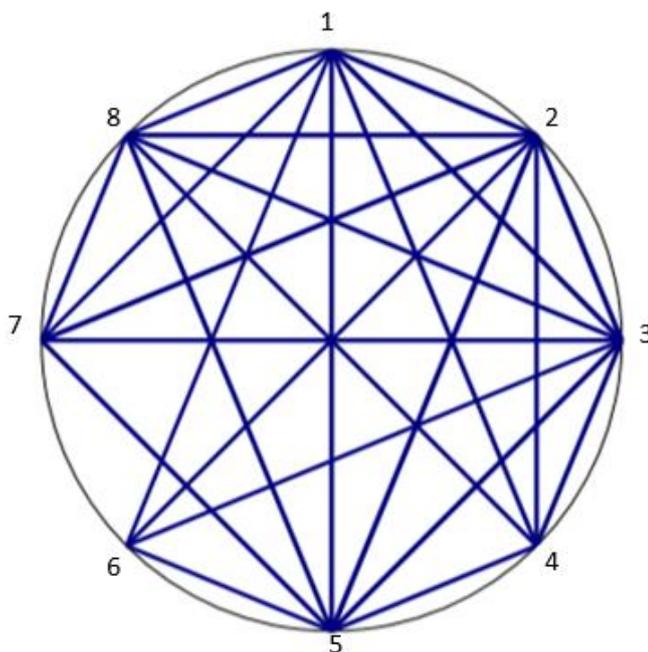
Gráfico 4: Dendograma e gráfico de círculo apresentando as dimensões representacionais da rede de objetos/materiais.

Nós em cluster por similaridade de palavra



Nós em cluster por similaridade de palavra

Legenda



- 1 Comportamento, atitude apoio pessoa
- 2 Comportamento, atitude lentes
- 3 Comportamento, atitude objeto auxiliar
- 4 Conhecimento, informação de apoio pessoa
- 5 Conhecimento, informação de lentes
- 6 Conhecimento, informação de objeto auxiliar
- 7 Objeto lentes
- 8 Valores lentes

Com a progressão da idade e o surgimento de limitações físicas, destaca-se a necessidade de utilização de objetos de suporte físico como o uso de lentes, objetos de apoio, auxílio de acompanhantes ou pessoas que provêm o suporte.

A utilização de lentes é um suporte visual frequentemente utilizado pela população idosa, proporciona conforto visual, segurança para se mobilizar, facilita a realização de atividades manuais como bordados, pinturas e outras atividades que favorecem a inserção social e a recreação. A utilização de lentes (óculos) e sua importância no cotidiano das pessoas idosas são relatadas a seguir.

Eu não sei ler mais sem o óculos, as coisas ficam igual um vulto (65016).

Ah, as vistas assim, eu enxergo com pouco de dificuldade pra perto, né, preciso até mandar fazer outro óculos, mas vou fazer só a lente, né, pra aproveitar o resto, né (65014).

Ah, tem muitos anos que uso óculos e troco assim não é todo ano não, mas, quando precisa, eu vou no médico (65033).

Ah, eu uso óculos, já não fico sem ele não porque não enxergo assim muito bem, né (65016).

Apesar de grande parte dos participantes relatarem a importância da utilização dos óculos, foi possível identificar por meio da observação participante e registros em diário de campo a ausência de sua utilização.

A senescência é responsável pelas modificações fisiológicas e psicossociais do ser humano, sendo este um processo natural e esperado¹⁵². Entre as diversas alterações físicas, os distúrbios visuais são recorrentes e influenciam diretamente a qualidade de vida e inserção social das pessoas idosas.

Em uma investigação ocorrida em uma UBS em Curitiba, o uso de óculos foi referido por 23,5% das pessoas idosas, o que pode ser justificado pela resistência de a pessoa assumir a necessidade de utilização do mesmo ou por as lentes já não estarem mais adequadas e por isso não causarem o efeito esperado por eles, fato detectado na presente investigação, conforme mostram as falas a seguir.

Ah, as vistas assim, eu enxergo com pouco de dificuldade pra perto, né, preciso até mandar fazer outro óculos, mas vou fazer só a lente, né, pra aproveitar o resto, né (65014).

O óculos já não está muito bom, às vezes fica embaçado, né (65014).

Eu acho que eu preciso sim de ir no médico porque enxergo só de longe, mas não uso óculos não (65001).

Agora o óculos é bom, né, tenho que ir no médico das vistas porque às vezes enxergo embaçado um pouco (65200).

Apesar de os participantes reconhecerem a necessidade de utilização de objetos para auxiliar na visão, como as lentes, observa-se que parte deles não frequenta o oftalmologista com periodicidade, fato também retratado por uma pesquisa realizada com 73 participantes idosos institucionalizados, em que 57% relataram não consultar há mais de 24 meses e 10% relataram não se lembrar há quanto tempo consultaram com um oftalmologista¹⁵³. Em outra investigação realizada em Curitiba, o uso de óculos foi referido por 23,5% dos idosos.

Alguns objetos de apoio utilizados para a deambulação são comumente conhecidos pelas pessoas idosas, e, com o passar dos anos e com a progressão das limitações físicas, tais objetos passam a fazer parte do cotidiano conforme referem os relatos a seguir.

Vou sozinha, estava indo sozinha, mas eu estou muito insegura, estou usando muleta (65082).

Ah, tem que ter, quando eu vou no salão ali, ele tem que ir e me levar, depois de 40 minutos, 1 hora mais ou menos, ele vai me apanhar, eu não confio de sair sozinha... Vou andando, às vezes de mão dada com ele, de braço dado com ele, às vezes só dele estar do meu lado já é uma segurança que eu sinto (65022).

Aquela merda fica debaixo do braço, você está matando mosquito no chão, ela disse você está brincando, eu não estou não, antes matar mosquito no chão do que cair, né? (65101).

Aquilo ali, quando você usa a muleta, você tem que estar bem derrubado mesmo, bem quebrado, porque eu que não estava conseguindo pôr o pé no chão eu não consegui me adaptar (65108).

A manutenção da estabilidade física pode ocorrer por auxílio de objetos de apoio (tecnologias assistivas), tais como muleta, bengala, andador e até mesmo a ajuda de outra pessoa, como relatado anteriormente por um participante (65022).

Apesar dos relatos sobre utilização de tecnologias assistivas, diante do fato de os participantes serem ativos e possuírem comportamentos independentes, poucas pessoas demandam de auxílio como barra de segurança (6,8%), bengala (4,7%), auxílio de outra pessoa

(3,2%), muleta (2,6%) e andador (2,1%), corroborando com uma investigação realizada em Curitiba em que 25,1% não faziam uso de bengala, nem andador (27,1%) ou muletas (26,6%).

As pessoas se privam de sair de casa devido às queixas de dores em articulações, dificuldades para deambular ou enfrentar os obstáculos físicos. A pesquisa ocorreu em um bairro com ruas localizadas em locais íngremes, o que foi relatado e observado durante as visitas como dificultador para a socialização.

Apesar de o uso de muletas, bengalas e andadores ter sido pouco mencionado, durante as visitas, foi possível observar que eram considerados apoio objetos que exerciam a mesma função como cabo de vassoura, paredes para apoiar-se, uso da cadeira (andador) adaptada para uma realidade de pessoas com baixo poder aquisitivo.

A ajuda proveniente de outra pessoa está relacionada ao apoio físico ofertado por alguém que acompanha a pessoa idosa, seja para deambular, ser suporte nos momentos de necessidade, substituindo objetos como a bengala, o andador, muleta, entre outros.

Os dados das escalas LSNS-18 (**Tabela 11**), e ESSS (**Tabela 12**) estão apresentados a seguir. Apesar de já terem sido discutidos e alocados de acordo com cada eixo temático sobre a rede de apoio, a escolha por expor em tabelas se justifica na medida em que viabiliza a compreensão do leitor acerca desses dados quantitativos.

Tabela 11: Distribuição dos 190 participantes para a escala LSNS-18.

Variáveis da LSNS-18	n	%	Md±DP	Domínios	Média±DP (min-max)	p-valor (*)	Intervalo de confiança	Muito ruim n (%)	Ruim n (%)	Bom n (%)	Muito bom n (%)
1	190	100	3,34±1,548	Familiares	13,88±6,882 (0-30)	0,026	-2,11 a -0,14	35 (18,4)	65 (34,2)	75 (39,5)	15 (7,9)
2	190	100	2,71±1,714								
3	190	100	1,95±1,645								
4	190	100	2,36±1,542								
5	190	100	1,12±1,686								
6	190	100	2,48±2,100								
7	190	100	3,22±1,505								
8	190	100	3,51±1,421	Vizinhos	12,13±6,136 (0-29)	0,000	-3,75 a -2,00	36 (18,9)	80 (42,1)	69 (36,3)	5 (2,6)
9	190	100	1,02±1,289								
10	190	100	1,99±1,615								
11	190	100	0,70±1,349								
12	190	100	1,69±1,884								
13	190	100	2,31±1,725								
14	187	98,4	1,82±1,526	Amigos	10,81±7,529 (0-29)	0,000	-5,27 a -3,11	68 (35,8)	46 (24,2)	69 (36,3)	7 (3,7)
15	189	99,4	1,52±1,475								
16	189	99,4	1,88±1,581								
17	189	99,4	1,22±1,605								
18	189	99,4	2,12±2,149								
Total				Total	36,88±16,186 (0-83)	0,000	-10,44 a -5,80	44 (23,1)	78 (41)	63 (33,1)	5(2,6)

Continuação

	Quantas tem notícias	Frequência de notícias	Quantos fala intimidade	Quantos pede ajuda	Frequência que procura	Frequência disponibilidade
Continua						
Domínios FAMILIARES						
Válido	190	190	190	189	190	190
Ausente	0	0	0	1	0	0
Média	3,34	2,71	1,95	2,36	1,12	2,48
Mediana	4,00	3,00	2,00	3,00	0	2,00
Modo	4	2	0	3	0	5
Desvio Padrão	1,548	1,714	1,645	1,546	1,686	2,100
Mínimo	0	0	0	0	0	0
Máximo	5	5	5	5	5	5
Percentis						
25	3,00	1,00	0	1,00	0	0
50	4,00	3,00	2,00	3,00	0	2,00
75	5,00	4,00	3,00	4,00	2,00	5,00
VIZINHOS						
Válido	190	190	190	190	190	190
Ausente	0	0	0	0	0	0
Média	3,22	3,51	1,02	1,99	0,70	1,69
Mediana	4,00	4,00	1,00	2,00	0	1,00
Modo	4	4	0	0	0	0
Desvio Padrão	1,505	1,421	1,289	1,615	1,349	1,884
Mínimo	0	0	0	0	0	0
Máximo	5	5	5	5	5	5
AMIGOS						
Válido	190	187	189	189	189	189
Ausente	0	3	1	1	1	1
Média	2,31	1,82	1,52	1,88	1,22	2,12
Mediana	2,00	2,00	1,00	2,00	0	2,00
Modo	0	0	0	0	0	0
Desvio Padrão	1,725	1,526	1,475	1,581	1,605	2,149
Mínimo	0	0	0	0	0	0
Máximo	5	5	5	5	5	5
Distribuição do escore geral da LSNS-18 (0-90 pontos)				n	%	
		0 ----23		44	23,1	
		23 ----45		78	41	
		45 ----67		63	33,1	
		67 ----90		5	2,6	
		Total		190	100	

Fonte: Elaborado pelas autoras.

A seguir consta da escala de satisfação com o suporte social apresentada com a frequência, porcentagem e escore geral.

Tabela 12: Distribuição dos 183 participantes para a escala ESSS.

SATISFAÇÃO SOCIAL (ESSS*)	Concordo totalmente		Concordo na maior parte		Não concordo nem discordo		Discordo na maior parte		Discordo totalmente	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sinto-me só no mundo e sem apoio	46	25,1	29	15,8	-	-	26	14,2	82	44,8
Não saio com amigos como gostaria	70	38,3	32	17,5	18	9,8	25	13,7	38	20,8
Os amigos não me como gostaria	58	31,7	31	16,9	13	7,1	25	13,7	56	30,6
Encontro amigos desabafar	58	31,7	27	14,8	9	4,9	27	14,8	61	33,3
Tenho várias pessoas para recorrer	25	13,7	14	7,7	2	1,1	39	21,3	103	56,3
Sinto falta alguém íntimo desabafar	80	43,7	21	11,5	6	3,3	23	12,6	53	29,0

Continuação

Continua

Sinto falta de ativ. sociais	52	28,4	30	16,4	11	6,0	17	9,3	73	39,9
Gostava de ativ. de organizações	44	24,1	34	18,6	13	7,1	25	13,7	68	36,6
Estou satisfeito relaciono família	12	6,6	6	3,3	1	,5	31	16,9	133	72,7
Estou satisfeito tempo família	17	9,3	11	6,0	1	,5	24	13,1	130	71,0
Estou satisfeito com que faço família	10	5,5	8	4,4	1	,5	32	17,5	132	72,1
Estou satisfeito quant. de amigos	22	12,0	23	12,6	10	5,5	28	15,3	100	54,6
Estou satisfeito tempo passo amigos	38	20,8	30	16,4	14	7,7	34	18,6	67	36,6
Estou satisfeito ativ. com amigos	31	16,9	18	9,8	27	14,8	28	15,3	79	43,2
Estou satisfeito tipo de amigos	13	7,1	5	2,7	11	6,0	35	19,1	119	65,0

**Distribuição do escore geral da ESSS
(15-75 pontos)**

	n	%
15 ----30	12	6,5
30 ----45	38	20,8
45 ----60	62	33,9
60 ----75	71	38,8
Total	183	100

Fonte: elaborado pelas autoras.

*Nota das autoras: Os itens da escala foram apresentados de maneira resumida.

A seguir consta a correlação entre as escalas LSNS-18 e ESSS e também entre a LSNS-18 com a idade dos participantes.

Tabela 13: Correlação entre a LSNS-18 e ESSS e entre a LSNS-18 com a idade dos participantes

Escore da Escala LSNS-18	Escala de Satisfação ESSS					Total	Teste Exato de Fisher ^a	Correlação			
	Muito ruim	Ruim	Bom	Muito bom				valor	p-valor	Intervalo de Confiança	
	15 a 30	30 a 45	45 a 60	60 a 75						Limite inferior	Limite superior
0	-	2	3	3	8	20,855	0,079 ^b	0,074	0,084		
1	1	2	6	4	13						
2	1	14	23	36	74						
3	10	18	29	23	80						
4	-	2	-	5	7						
5	-	-	1	-	1						
Total	12	38	62	71	183						
Idade	LSNS-18							Correlação			
	0	1	2	3	4	5	Total	valor	p-valor	Intervalo de Confiança	
65 ----75	4	6	47	41	5	1	104			Limite inferior	Limite superior
75 ----85	2	5	21	33	2	-	63				
85 ----95	2	2	9	9	-	-	22	-0,012	0,859	0,852	0,866
≥95	-	-	1	-	-	-	1				
Total	8	13	78	83	7	1	190				

a. 16 células (66,7%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,07.

b. Baseado em 10000 tabelas de amostra com o valor inicial 221623949.

Com base nos resultados demonstrados na **Tabela 13**, verificou-se que não houve correlação entre o suporte social recebido e a satisfação das pessoas com o mesmo ($p= 0,079$). Apesar de 41% das pessoas idosas obterem apoio social considerado ruim, um grupo de 33,1% possui apoio considerado bom, o que pode justificar o fato de 38,8% se considerarem muito satisfeitos com o apoio social.

Não houve correlação ($p= 0,859$) entre a LSNS-18 e a da idade dos participantes e tal fato pode ser justificado pela ocorrência de óbitos por cônjuge e partida dos filhos de casa, o que se reflete na redução e instabilidade do apoio social das pessoas idosas apesar de apresentarem aumento nas demandas de cuidado.

6.2.2 Representação social Estrutural sobre processo de envelhecimento e rede de apoio

As palavras/expressões evocadas por livre associação foram analisadas por meio do quadro de quatro casas⁸⁷ a partir de um *rang* (média das ordens médias de evocação) de 2,6 e uma frequência ≥ 15 .

A alocação das palavras/expressões evocadas no quadro de quatro casas permitiu selecionar os termos/expressões do quadrante superior esquerdo (QSE) como sendo os elementos centrais, que correspondem aos possíveis componentes do núcleo central (**Quadro 6**).

Quadro 6: Estrutura da representação social do grupo de pessoas com idade ≥ 65 anos cadastradas em uma unidade de atenção primária à saúde sobre envelhecer e envelhecer bem.

		ENVELHECER						ENVELHECER BEM					
		Rang >2,6			Rang >2,6			Rang >2,6			Rang >2,6		
		Termo evocado	Freq	OME	Termo evocado	Freq	OME	Termo evocado	Freq	OME	Termo evocado	Freq	OME
Freq Média ≥ 20		Saúde-Doença	51	1,964	Incapacidade	30	2,733	Saúde	98	1,663	Alimentar-Comer	48	3,146
		Envelhece	25	2,000	Mente-Pensamento-Memoria	29	3,105	Mente-pensamento-memoria	21	2,571	Movimentar-Ocupar-Tempo	35	3,086
					Alimentar-Comer	21	3,476				Passear-Viajar-Sair	66	3,302
Freq Média 15 a <19		Bom	15	1,733	Ajuda-Colaboração	14	4,000	Autocuidado	15	2,600	Família-Parente	15	3,733
		Morte-Velório-Fim	18	2,222	Movimentar-Ocupar-Tempo	19	3,895				Ajuda-Colaboração	16	3,500
		Estar-Bem	16	2,500	Dependência	18	3,333				Viver-Bem	15	3,400
											Exercício	16	3,125
											Distrair	16	3,000
											Dormir	17	3,000

Nota das autoras: OME= Ordem Média de Evocações **Fonte:** Elaborado pelas autoras.

No QSE, foram identificados dois cognemas relacionados ao termo indutor “envelhecer” e dois relacionados a “envelhecer bem” que serão avaliados conjuntamente. A palavra “saúde” surge nos dois núcleos centrais, é objeto da RS e, apesar de representar uma mesma palavra, a RS é distinta. A “saúde-doença” cuja dimensão é informativa que surge sobre “envelhecer” remete à percepção das pessoas idosas quanto à transição para o processo de adoecimento com o passar dos anos pelas cargas de doenças, de medicamentos e o surgimento das limitações.

As mudanças que ocorrem fisicamente também são perceptíveis nesta fase com o surgimento do cognema “envelhece” no núcleo central, que possui caráter informativo e que se relaciona com a perda da “mente-pensamento-memória” situada no QSE do “envelhecer bem” que denota a preocupação em manter o estado cognitivo com o envelhecimento.

Ao aproximar os elementos do quadro de quatro casas alocados no QSE para “envelhecer” e “envelhecer bem”, foi possível identificar na abordagem processual que esses elementos são distintos, uma vez que envelhecer teve a concepção do processo saúde-doença e esteve ligado à deterioração física peculiar ao processo, e envelhecer bem foi concebido como a conservação da memória e a capacidade de superar o processo de adoecimento. Tal fato é possível de ser exemplificado com os fragmentos de relatos dos participantes a seguir.

Então eu cuido muito da minha saúde, prezo minha memória, porque não adianta eu trabalhar na feira e não ter memória. Levo meu café com leite gold, porque lá, na feira, não acha café para quem quer cuidar da saúde, né? (65109).

Agora eu estou desconfiada que ontem eu achei um remedinho no chão da cozinha, peguei porque meu marido é danado para esquecer e eu perguntei “fulano, esse remédio é seu?” Ele, “não os meus eu já tomei, esse remédio é de urinar”(65110).

A busca pela “saúde-doença” e “saúde” se mostra fator interveniente durante o processo de envelhecimento, uma vez que o fenômeno do envelhecimento é algo presente na espécie humana, irreversível e progressivo¹⁵⁴. O surgimento das limitações provenientes da senescência ou até mesmo pela intensificação da carga de doenças e pelo efeito cumulativo dos maus hábitos de vida¹⁵⁴ é alvo de preocupação entre pessoas idosas, o que corrobora com a presente investigação.

Essas limitações também são identificadas pelos cognemas “incapacidades” (QSD), “esquecer” (QID) e “envelhece” (QSE), que possuem dimensão informativa e representam

comportamentos que retratam a aproximação do grupo de pessoas idosas com esta condição biológica e com a necessidade de uma rede de apoio diante da incapacidade de desempenhar com eficiência as ADVs. Isso é exemplificado pelo relato a seguir.

Como eu caí a última, então eu protejo essa parte, o rosto, mas eu caí, esse mês eu caí umas quatro vezes, pra mim, eu tenho um problema de labirinto e tenho um problema de trigêmeo, eu brinco que eu nunca tive gêmeos e agora tenho trigêmeos, pois é, então o problema é esse, tudo com mais atenção, depois que ela (esposa) chama atenção, aí eu olho (65023).

A prevenção do sedentarismo e a adoção do estilo de vida saudável assumem papel relevante diante das perdas significativas da amplitude do movimento dos ligamentos e da perda da massa muscular, que ocasiona quedas nas pessoas idosas¹⁵⁵. As quedas estão relacionadas com a deterioração da capacidade funcional para a execução de AVD, corroborando com o surgimento de limitações, conforme identificado no grupo estudado¹⁵⁵.

Tais limitações estão relacionadas ao declínio funcional nas ABVDs e são categorizadas em graus de (in) dependência, a saber: 1) independência – o indivíduo é capaz de realizar todas as atividades básicas da vida diária sem o auxílio de outras pessoas; 2) semidependência – há algum comprometimento que se faz sentir em pelo menos uma das funções que foram aprendidas por sua cultura, a exemplo do ato de se banhar ou se vestir; 3) dependência incompleta – pressupõe o comprometimento de uma das funções vegetativas simples, a exemplo de se perder o controle esfinteriano e/ou a condição de continência de suas eliminações intestinais e/ou urinárias ou sua incapacidade de transferência de um local a outro sem ajuda.

Tal condição pressupõe o surgimento de uma dependência e demanda um suporte para que se conserve o atendimento desta necessidade. É o caso do surgimento da dependência para se banhar, para usar o vaso sanitário e 4) dependência completa – neste caso, haverá grau máximo de dependência funcional e comprometimento de todas as AVDs, incluindo a deficiência para se alimentar¹⁴.

O envelhecimento pode ser classificado em primário, relacionado a condições predeterminadas pela espécie humana em que não se altera com a influência ambiental e nem por doenças. Refere-se a mudanças universais esperadas com o avanço da idade¹⁵⁴. O secundário (patológico) está relacionado à presença de doenças e enfermidades que surgem por meio da influência dos fatores ambientais, genéticos e de hábitos de vida¹⁵⁴ e se confundem com o processo normal do envelhecimento retratado pelo cognema “doença” no quadrante inferior esquerdo (QIE), sendo um objeto da RS. O terciário ou terminal se caracteriza pelas perdas

acentuadas das condições físicas e cognitivas resultantes da combinação entre os efeitos esperados do envelhecimento e os efeitos de doenças e meio externo¹⁵⁴. O envelhecimento terciário é o mais temido pelas pessoas idosas, uma vez que se aproxima da falência dos órgãos e da terminalidade do corpo, revelado pela presença do cognema “morte-velório-fim” (QIE), sendo um objeto ancorado e objetivado^{123; 156}.

Chegou a ponto de alguns colegas meus, alguns já morreram, colegas da época de vestibular (65023).

É toda quarta feira, são quarenta mulheres lá (voluntariado), são sessenta que assinava lá mas que não comparece, umas já pararam de ir, umas já morreram, mas que tinham o nome lá eram sessenta, setenta, mas que frequentam mesmo, são quarenta (65025).

Apesar de os participantes se mostrarem independentes e ativos, eles percebem a restrição do apoio social na medida em que começam a perceber a morte de amigos/conhecidos que fazem parte do seu cotidiano¹⁵⁷.

Ele vai lá para ajudar, arrumar as coisas, fazer as coisas e ele... Isso tudo foi depois que meu neto foi embora, foi aonde a gente encontrou uma palavra de conforto, aprender que ou estando aqui ou estando em outro lugar, está vivendo, está continuando e que a vida não acaba com a morte (65059).

As perdas de pessoas próximas podem gerar tristeza crônica e tem sido comum entre pessoas idosas, além de estimular o sentimento de proximidade com a morte e o pensamento de que possa estar chegando a sua vez. Com efeito, autores ressaltam a influência da família no enfrentamento destas situações¹⁵⁷, fato confirmado pelos participantes desta investigação.

E foi o menino embora, com traumatismo também. E minha nora que estava dirigindo, a mãe das crianças... a minha família é muito unida, muito mesmo que é o que esta me ajudando a suprir essa dificuldade que estou passando (650059).

Sobre as limitações provenientes do processo de envelhecimento, cabe salientar que as principais causas de morbimortalidade entre as pessoas idosas são provenientes de quedas (sedentarismo), desencadeando imobilidade e o sobrepeso, o que ocasiona os riscos cardiovasculares e doenças crônicas¹⁵⁸.

Diante das limitações, exige-se do indivíduo um comportamento consciente para que condutas de aderência a hábitos de vida saudáveis sejam tomadas ainda na fase adulta, na

busca por um envelhecimento saudável, expresso pelo cognema “autocuidado” e com redução de agravos e também de um comportamento resiliente frente às disfunções provocadas pelo envelhecimento¹⁵⁴.

O termo “bom” no QIE possui valoração positiva, o cognema “viver-bem” no QID remete a um comportamento de bem-estar durante o processo de envelhecimento, viver em sintonia com as pessoas, com a família, indo ao encontro da necessidade de se cuidar e ser independente. Expõe-se a partir do cognema “autocuidado” presente no QIE para “envelhecer bem”.

Eu acho que tem que viver bem, compreender, aceitar, tem que ser... compreender (65043).

Estou feliz da vida (65002).

O pobre hoje tem mais conforto, né, eu fui criada naquele desespero, né, então eu me sinto bem, não tô falando que eu sou feliz, sou muito feliz (65061).

Desde o dia que me conheceu, passou a me chamar de vó, eu fico alegre, fico feliz, esse senhor que aqui também me chama de vó (65033).

Mas, pra sair, é ruim porque o velho não pode ficar sozinho, né (65098).

Eu tenho até bengala, só ando sozinho, a bengala é do meu pai (65023).

Há aqueles que valorizam a velhice como a fase em que se agregam sabedoria, conhecimento e serenidade, enquanto outros caracterizam como a diminuição das AVDs e maior dependência familiar e de pessoas que lhes deem suporte físico e psicológico¹⁵⁴.

Há uma dificuldade de aceitação entre as pessoas idosas acerca da necessidade de se utilizar objetos de apoio para desempenhar suas tarefas, o que pode demonstrar fragilidade, fato que pode ser justificado pelo despreparo da sociedade para acolher o papel social da pessoa idosa. A criação de estereótipos acerca do envelhecimento, problemas sociais e a exigência capitalista opressora por não produzirem de acordo com a demanda dificultam a aceitação ao idoso por suas condições biológicas e pela necessidade de se utilizar de instrumentos de apoio¹⁵⁹.

Além do suporte enquanto objeto, é possível inferir sobre a necessidade de pessoas como suporte, por meio da presença dos cognemas “ajuda-colaboração”, “dependência”, “família-parente” com dimensões informativas, alocados no QID e “amigo” no QSD. O apoio proveniente de pessoa é referido pelas falas a seguir.

Minha filha e minha neta também me ajudavam, dava banho, me levava, né (65016).

Pois é, a minha esposa vai fazer operação de vista e eu dou todo apoio a ela, eu lavo vasilha, eu lavo panela, eu faço tudo que eu puder e tiver meu alcance pra ajudar ela, é um caso (65002).

Sinto dor, mas consigo fazer minhas coisas, meu marido me ajuda, faz almoço se precisar (65200).

Vai costurando e conversando, sabe, eu faço costura de mão, prego botão, elástico, nas roupinhas, a gente distribui seiscentos, setecentos por ano, já conhece lá, ali na rua X (65025).

Diante da necessidade de apoio durante a fase idosa, os familiares, amigos e vizinhos tornam-se essenciais para a saúde dos indivíduos. Uma pesquisa realizada com idosos na cidade de Sete Lagoas retrata a influência da participação de pessoas idosas em grupos comunitários e participação social sobre a melhoria da qualidade de vida¹⁶⁰. Uma rede social reduzida pode desencadear fragilidades e limitações no estilo e vida, favorecendo o isolamento social. A participação comunitária é baixa (21,9%) entre as mulheres, é composta essencialmente por familiares, netos, filhos e instituições religiosas¹⁶⁰, corroborando com a presente investigação, fato explicitado nas falas das pessoas já mencionadas anteriormente.

As RSs sobre os termos indutores “envelhecer” e “envelhecer bem” são distintas para o grupo de participantes da presente investigação, “envelhecer bem” remete à manutenção da homeostasia através de características físicas com as palavras “saúde”, “mente-pensamento-memória”, “independência” e “autocuidado”, em contrapartida, “envelhecer” é associado ao período transitório e o processo saúde-doença que surgem.

O cognema “alimentar-comer” surge no QSD dos dois quadros de quatro casas, no entanto, possuem RSs distintas. No primeiro quadro, remete à dificuldade encontrada para se alimentar, uma vez que, com o passar dos anos, ocorre a perda dentária, redução do metabolismo, perda de apetite, perda de sensações gustativas, uso de próteses dentárias que podem não estar ajustadas e que acarretam danos estéticos, funcionais, psicológicos e sociais¹⁶¹. A perda dentária reflete a dificuldade de consumir diversos tipos de alimentos e deficiência nutricional, além de diminuição da qualidade de vida¹⁶¹.

Já no segundo quadro de quatro casas sobre “envelhecer bem”, o cognema “alimentar-comer”, também alocado no QSD, remete à preocupação com a alimentação na busca por uma alimentação saudável como atitude para manutenção da saúde.

Na RS sobre “envelhecer bem”, surge a necessidade de interações sociais e a diminuição do tempo ocioso através dos cognemas “movimentar-ocupar-tempo”, “passear”, “trabalhando” (QSD) e “fazer as coisas” e “viagem” (QID). O envelhecimento e as mudanças relacionadas à saúde resultam no estreitamento em relação à inserção social da pessoa idosa. As alterações físicas, cognitivas, o déficit cognitivo e visual e as sequelas de doenças crônicas, bem como o agravamento dessas, proporcionam dificuldades na mobilidade e independência da pessoa idosa, prejudicando sua sociabilidade, a realização de atividades físicas e a busca por bem-estar¹⁵⁴.

A senescência é um processo natural aos seres vivos, o surgimento de limitações deve ser compreendido como algo normal, no entanto passível de estratégias capazes de atenuar os efeitos deste processo, de forma a garantir a vivência do final do ciclo da vida de maneira autônoma e positiva¹⁵⁴.

As palavras/expressões evocadas por livre associação (**Quadro 7**) foram analisadas por meio do quadro de quatro casas⁸⁷a partir de um *rang* (média das ordens médias de evocação) de 2,5 e uma frequência ≥ 9 .

Quadro 7: Estrutura da representação social do grupo de pessoas com idade ≥ 65 anos cadastradas em uma unidade de atenção primária à saúde sobre precisar de alguma coisa.

Precisar de alguma coisa					
Rang < 2,5			Rang $\geq 2,5$		
Elementos Centrais Frequência ≥ 20	Freq	OME	Elementos 1ª periferia Frequência ≥ 20	Freq	OME
alimento	25	2,000	Alimentar-comer	41	2,561
colaboração	36	2,417	amigo	22	2,818
paz	25	2,400	dinheiro	45	2,511
			Familiares	28	3,076
			remédio	40	3,025
Elementos Contraste Frequência 9 a 19			Elementos 2ª periferia Frequência 9 a 19		
ajudante	12	2,417	amor	13	2,846
saúde	18	2,11	carinho	15	2,533
Televisão	17	2,353	companhia	17	2,706
			Deus	14	2,714
			dorme	10	3,000
			Instituição-saúde	10	2,800
			Profissional-saúde	17	2,882
			trabalhando	12	3,000

Nota das autoras: OME= Ordem Média de Evocações **Fonte:** Elaborado pelas autoras.

Para o termo indutor “ precisar de alguma coisa”, os cognemas localizados no QSE foram “alimento”, “colaboração” e “paz” com dimensões de objeto, comportamento e sentimento respectivamente. A preocupação em relação à necessidade de se obter comida/alimento, acompanhada pela ajuda representada pela palavra “colaboração” e o sentimento de

tranquilidade pela palavra “paz”, é aquilo que se deseja obter durante o processo de envelhecimento.

A palavra “Alimento” apresenta um objeto da RS, algo necessário para a nutrição, manutenção e bem-estar do organismo, uma vez que a alimentação possui uma concepção identitária para o grupo de pessoas com idades avançadas que encontram dificuldades para ingerir certos alimentos devido às alterações metabólicas, físicas, bem como à perda dentária¹⁶². A ingestão de alimentos saudáveis é representada por algo que não faz mal, já que o organismo não suporta mais qualquer tipo de alimento e nem excessos¹⁶³.

O cognema “colaboração” reflete a busca e a necessidade de ajuda que se intensifica nesta fase da vida²⁵, o que corrobora com os cognemas “ajudante” no QIE, “amigo” e “familiares” presentes no QSD.

Nunca tive ninguém que me acompanha, que me ajuda não (65013).

Olha que me ajuda muito é essa vizinha minha aqui, a fulana que você conhece, né, porque ela que está mais sempre em casa e ela é muito assim disposta e tem mais jeito para as coisas então qualquer coisa eu apelo pra ela (65067).

Minha filha e minha neta também me ajudavam, dava banho, me levava, né (65016).

Já, né, já porque sempre por causa dos problemas de saúde, né, minha irmã ficou coisa, né, veio até falecer e então procurava pra gente ajudar, né, a gente ajudava. Eu acho que sempre falta alguma coisa, sempre, eu acho que falta mais assim, mais relacionamento, mora longe, outros mais perto e aí tem menos relacionamento (65201).

A família e os amigos são aqueles com os quais os vínculos são mais efetivos, o que justifica a disponibilidade de apoio¹⁶⁴. A busca por apoio representada pelos termos “comida”, “colaboração” e “paz” alocados no núcleo central faz lembrar da música gravada pela banda Titãs sobre as necessidades da população, “a gente não quer só comida, a gente quer comida, diversão e arte”, que denota a rede de apoio. As falas a seguir corroboram com os cognemas apresentados.

Mas eu gosto muito de passear na igreja, na casa das minhas filhas (65200).

A gente tem que agradecer a Deus, vamos supor assim, eu ainda trabalho ainda, uma vez na semana, eu passo roupa, aí todas as vezes que eu recebo, eu agradeço a Deus porque eu consegui trabalhar e ter aquele dinheirinho extra pra eu passear (65002)

Porque, na época, eu trabalhava em casa de família, não podia faltar porque eu tinha que trazer a comida para eles (65001).

Prolongar os anos vividos é um desejo das pessoas, no entanto tornam-se fundamentais as condições adequadas para que, além do aumento da expectativa de vida, haja qualidade e bem-estar¹⁶⁵.

O termo “televisão” no QID remete a um objeto presente no cotidiano das pessoas idosas. No Brasil, a televisão está presente em 95% das residências, o que impulsionou o governo a investir em melhorias na transição do sinal analógico para o digital, visando à melhoria do sinal, acesso à informação e inclusão social¹⁶⁶. É uma estratégia que visa à expansão de orientações de melhoria da qualidade de vida das pessoas a partir da educação continuada por meio de programas educativos e inclusão social da pessoa idosa¹⁶⁶.

Apesar de a tecnologia ser um meio capaz de promover a acessibilidade, encurtar distâncias e gerar conhecimento, quando se trata da promoção de autonomia e independência em pessoas idosas, o fato de passarem a maior parte de seu tempo dentro de casa restringe a convivência, a prática de atividade física e a manutenção da rede de apoio disponível^{167; 168}, uma vez que a pessoa se isola em sua residência, conforme explicitado nas falas a seguir.

Eu aqui quase não compro nada, comércio que eu frequentava aqui é, igual eu comprei uma televisão na loja X, comprei na Y um rádio aqui, mas, fora disso, eu não gosto de comprar as coisas (65073).

Eu estava na internet, com a televisão ligada em artesanato, fazendo crochê, você entendeu? Eu sou muito ativa (65059).

A turma fala... Eu só fico em casa, eu gosto, ligo a televisão e meu marido está aqui, ele fica aqui, eu fico. Nós quase não saímos de casa (65075).

Em uma pesquisa realizada em um município no Estado de São Paulo, cerca de 84% das pessoas passam a maior parte do tempo assistindo televisão¹⁶⁸. O hábito de assistir TV contribui para o sedentarismo e isolamento social que vem ao encontro de um fenômeno social significativo que é a aposentadoria, havendo a transição da vida produtiva para uma vida baseada na automanutenção e na participação familiar¹⁶⁸.

Os cognemas “dinheiro” e “remédio”, alocados no QSD, refletem a preocupação em relação à questão financeira, o que pode justificar a restrição de sair de casa, frequentar lugares e conseqüentemente a rede de apoio social ser insuficiente. Apesar de grande parte da população ter acesso a medicamentos através do SUS, existem gastos muitas vezes justificados

pela polifarmacoterapia, o descumprimento das prescrições e os gastos com produtos supérfluos¹³⁴.

Culpa do governo, né, não paga direito, não tem medicamento e isso aí nem é culpa dos médicos e das pessoas não, isso aí, coitados, eles também são sacrificados, né (65035).

Hoje mesmo já passei lá que eu comprei um remédio (650023).

Apesar da oferta de medicamentos por farmácias conveniadas ao SUS, o serviço público não atende à demanda da população, numa pesquisa realizada no Ceará, 52,9% dos participantes relataram adquirir medicamentos através do serviço público e 36,4% relataram adquirir pelo SUS e também comprarem¹³⁴. Tal fato corrobora com a fala dos participantes quanto à aquisição dos medicamentos e à oferta insuficiente de medicamentos do setor público diante da demanda crescente de doenças crônicas da população.

Quadro 8: Estrutura da representação social do grupo de pessoas com idade ≥ 65 anos cadastradas em uma unidade de atenção primária à saúde sobre precisar de algum lugar.

Precisar de algum lugar							
		Rang < 2,5		Rang ≥ 2,5			
		Freq	OME	Freq	OME		
Elementos Centrais Frequência ≥ 20	casa	24	1,625	Elementos 1ª Periferia Frequência ≥ 20	banco	25	3,000
	Casa- lar	25	1,440		Casa-família-amigos	70	2,843
	passar	21	2,381		igreja	58	2,931
	viagem	32	2,281		Instituição-saúde	29	2,793
					Local-distração	31	3,355
			Profissional-saúde		28	3,214	
			roça		28	2,893	
			Super- mercado		45	2,533	
Elementos de Contraste Frequência 9 a 19	Movimentar-ocupar-tempo	11	2,300		distrair	11	3,455
	Não-saio	19	2,000		Elementos 2ª periferia Frequência 9 a 19	família	11
			farmácia	13		2,692	
			festa	12		4,167	
			Instituição-religiosa	17		3,118	
		Irmão	9	3,222			
			Rezar-reunir	9	2,889		
			Sair	11	3,545		
			Trabalhando	14	2,857		
			visita	14	3,286		

Nota das autoras: OME= Ordem Média de Evocações **Fonte:** Elaborado pelas autoras.

Diante do termo indutor “precisar de algum lugar”, alocam-se no QSE os cognemas “casa”, “casa-lar”, “passar” e “viagem” em que “casa” se apresenta enquanto objeto da RS, ou seja, a necessidade de se obter um local para residir, em contrapartida, o cognema “casa-lar” remete às relações e vínculos afetivos formados no núcleo familiar.

Hoje em dia, todo mundo está bem, todo mundo assim classe média até mais para pobre um pouquinho, mas todo mundo tem sua casinha própria, pra você ver, todos os filhos têm casa própria. Todos os meus irmãos têm casa própria, “melhorzinha” ou “piorzinha”, mas todo mundo tem (65035).

Tudo meu eu tenho esperança, não precisa você falar assim, ah, eu não tenho... eu falo pra você, tem que ter esperança, tudo a gente tem que ter esperança por que a esperança é a última coisa... então eu falava pra ele, meu filho a gente um dia vai parar de pagar aluguel, ele falava assim “não sei como”, então, quer dizer, ele não teve o prazer de morar aqui, morou pouco, né, porque ele bebia muito, então teve cirrose e lá se foi (65002).

É o que meu pai me ensinou foi isso. Eu, como a irmã mais velha deles todos, sou a mais velha deles todos, então quer dizer é uma diferença de pouco espaço de um filho pro outro, então eu sinto assim aquela paz, aquela alegria de ter...eles me procuram muito (65002).

Ah, também não, a gente vive bem com todo mundo vive em paz (65001).

Em uma sociedade moderna com transformações não só em nível cultural, econômico, político e social, a família nuclear deixou de ser o modelo prevalente na sociedade, configurando-se novos arranjos em sua organização¹⁶⁵. Independentemente da conceituação adotada, a família se constitui em um aparato social e desempenha funções significativas no âmbito afetivo, educativo, de socialização, reprodutiva, bem como importante papel no cuidado¹⁶⁵.

Diante seu papel junto às pessoas idosas, emerge a RS por meio do cognema “casa-lar”, a importância da família enquanto agente responsável por promover o acolhimento e o incentivo à resiliência, fortalecendo os relacionamentos e promovendo interações consideradas funcionais/difuncionais para os que a integram e fundamentais para o bem-estar e consequentemente para a qualidade de vida¹⁶⁵.

Justapostos ao núcleo central, os cognemas “passear” e “viagem” retratam a necessidade e desejo de realizar ações voltadas para o lazer, em que a realização de viagens oportuniza a interação social, aquisição de novos saberes, ações culturais e lazer. Estes desempenham importante papel na prevenção do isolamento social e déficit cognitivo¹⁶⁹. Isso justifica o fato de a resiliência estar relacionada às ligações familiares, ao aumento da convivência social, influenciando a qualidade dos anos vividos¹⁶⁹.

Viagem pra Caldas Novas e amei! Muito bom! Muitas amigas! Todo mundo junto, né? Muito bom! (65001).

É por que... viagem, só mesmo pra ir lá visitar a minha filha, vou todo mês (65047).

A gente tem que agradecer a Deus, vamos supor assim, eu ainda trabalho ainda, uma vez na semana, eu passo roupa, aí todas as vezes que eu recebo, eu agradeço a Deus porque eu consegui trabalhar e ter aquele dinheirinho extra pra eu passear (65002).

A realização de viagens e passeios, estão associados a frequência de contatos sociais e se tornam fundamentais na redução dos índices de depressão entre idosos, promovendo a autonomia e independência, uma vez que grande parte das pessoas idosas no Brasil, vivem só e não realizam nenhum trabalho voluntário¹⁶⁹.

A necessidade de interação social e as características quotidianas das pessoas idosas, fez emergir no QSD os cognemas “igreja”, “instituição-saúde”, “profissional de saúde”, “local-distração”, “casa-família-amigos” e “banco”, locais onde eles reconhecem como sendo os mais frequentados e importantes.

Mas eu gosto muito de passear na igreja, na casa das minhas filhas (65200).

A gente conversa bastante, às vezes tem pessoas que eu já não vejo há anos, sempre está ali, naquele meio ali, e a gente se encontra. Sou bem tratada (65016).

Lá muito bem, todo mundo já me conhece, né, eu já conheço todo mundo (65014).

Com os amigos é assim, eu, como presidente da igreja, então, eles me procuram demais (65002).

Eu vou à missa porque eu sou da liturgia, da legião de Maria, sou da pastoral do apostolado e do dízimo, eu tenho várias responsabilidades, é trabalho (65002).

A crença e valores religiosos presentes no objeto “igreja” são aspectos marcantes, uma vez que as pessoas buscam nestes locais maneiras que possibilitem o enfrentamento das dificuldades psicológicas e até mesmo físicas provocadas pelo processo de envelhecimento e a carga tripla de doença¹⁴².

O destaque da religiosidade no processo saúde/doença se justifica na medida em que o uso da religião, espiritualidade ou fé é importante para lidar com situações adversas geradas pelos problemas da vida¹⁴². As respostas de enfrentamento podem ser classificadas em: enfrentamento centrado no problema e enfrentamento centrado na emoção¹⁴².

As atitudes que visam administrar ou alterar os problemas ou modificar positivamente o relacionamento entre as pessoas são estratégias adaptativas focadas naquilo que é real, modificando a situação causadora de estresse e se referem ao enfrentamento centrado no problema. A busca por substituir ou equilibrar o impacto emocional está relacionada ao enfrentamento centrado na emoção, em que as pessoas, por meio de processos defensivos, evitam debater conscientemente a realidade com o fator ameaçador¹⁴².

Outro objeto emergente no QSD é o cognema “instituição de saúde” e “profissional de saúde”. São objetos da RS que identificam a busca das pessoas idosas por atendimento de saúde, o que se torna crescente devido ao déficit funcional e o surgimento das limitações físicas e cognitivas¹⁷⁰. Retrata a prevalência do modelo hospitalocêntrico, focado na medicalização e na resolução de problemas já instalados¹⁷⁰.

Os antibióticos, fiquei sem remédio, eu passei muito mal de noite lá que foi um de plantão lá e me medicou, mas foi só à noite (65016).

Aí, de quatro em quatro meses, eu vou ao médico só para ele passar a receita (65075).

Eu gosto do postinho aqui por eu, eu sou muito bem tratada (65202).

Eu precisei fazer um tratamento ali naquele novo, que tem no bairro X, quando eu estava... e fui muito bem tratada, uma menina novinha igual a você, mas me deu... me levantou o astral (65202).

Já fui no ambulatório X, passei o dia, fiz um monte de coisa lá, só, porque o médico que cuidava de mim é particular, era o X, agora que eu estou nesse, porque, fora isso, não tenho nada. Não tenho pressão, não tenho nada. Não posso falar nada, até agora, fui bem tratada sim, a minha irmã se trata no postinho e ela adora (65037).

No UPA, também não tenho nada a reclamar, no postinho aqui, as enfermeiras muito boa (65008).

No posto lá no HU, o tratamento é muito bom, são muito bom, graças a Deus, não tenho nada a reclamar (65008).

Às vezes que eu fui lá, eu fui muito bem atendida (650041).

Esse tempo fiz uma bateria de exames aí e está tudo certo, só aquele colesterol bom, aquilo que não consigo controlar ele de jeito nenhum, ele está mais baixo, acho que, toda vez que eu faço exame, ele está na mesma medida (65109).

Apesar de algumas pessoas afirmarem que possuem plano de saúde, seja para consultas ou apenas exames, para o grupo investigado, a referência de atendimento à saúde é proveniente da rede pública. A atenção primária foi a instituição de saúde mais referida por eles e é o local onde realizam as consultas de rotina e adquirem os medicamentos de uso diário.

Entre os profissionais de saúde mais citados, percebe-se que, apesar de haver atuação de outros profissionais, a pessoa idosa identifica no profissional médico o caminho para buscar a cura de alguma enfermidade ou amenizar o sofrimento por meio de medicações e cirurgias.

Fui em outro médico, levei ela, aí ele mandou fazer uma ressonância, aí deu artrose em um joelho e um excesso de cálcio no outro, então eu falei com ele, não eu não falei nada que tomei esse remédio não, aí ele passou o mesmo remédio (65109).

Que o médico que fez minha cirurgia foi fulano, então o que eu tenho para falar é o seguinte, que uma pessoa, quando faz uma cirurgia de prótese, seja uma prótese, qualquer cirurgia, é fundamental que ela faça o repouso (65099).

Ele transmite sabedoria nos médicos, nos enfermeiros e eu sei que fui muito bem atendido, tanto pelos médicos quanto pelos enfermeiros, graças a Deus (65061).

Eu acho que seja médico, seja enfermeiro tem que tratar os pacientes bem, né, conversar, orientar direitinho (65201).

No modelo assistencial adotado pelos profissionais de saúde pode predominar o lado duro (instrumental) ou leve (relacional), caracterizando o tipo de relação no binômio profissional/usuário¹⁷¹. O modelo biomédico ainda é predominante nos serviços de saúde e a população reconhece o profissional médico como responsável pela resolução dos problemas e agravos relacionados à saúde. No entanto, de acordo com uma pesquisa realizada com idosos na cidade de Bambuí- MG, a capacidade resolutiva e a efetividade do cuidar são avaliadas como negativas, resultado proveniente da ineficácia do modelo leve, ou seja, das interações entre profissional/usuário¹⁷¹.

A supervalorização da figura do médico é persistente, fazendo com que as relações sejam estabelecidas por meio do poder hierárquico e do distanciamento, dificultando a formação de vínculo e a oportunidade do encontro¹⁷¹.

Diante da carga tripla de doenças, torna-se um desafio para os profissionais de saúde atingir a resolução de todos os problemas que uma pessoa idosa venha a ter diante de múltiplas queixas, o que reforça um modelo em que a velhice é reduzida a doenças¹⁷¹.

A tutela do corpo e a culpabilização do usuário pelas condições de saúde é fator resultante do modelo biomédico, restringindo os questionamentos e o olhar crítico sobre as próprias condições de saúde¹⁷¹.

Quadro 9: Estrutura da representação social do grupo de pessoas com idade ≥ 65 anos cadastradas em uma unidade de atenção primária à saúde sobre precisar de alguém.

Precisar de alguém					
		Rang < 2,5		Rang $\geq 2,5$	
		Freq	OME	Freq	OME
Elementos Centrais Frequência ≥ 20	Filho-esposo	201	2.279		
Elementos de Contraste Frequência 6 a 19	doença	6	2,333		
	Receber-precisar-ajuda	7	2,200		
				Elementos 1ª Periferia Frequência ≥ 20	
				Familia-parente	91 2,632
				Ajuda-colaboração	26 3,000
				amigo	89 3,146
				Deus	31 2,774
				irmão	47 2,957
				Neto-bisneto	60 3,100
				Profissional-saúde	24 3,625
				vizinhos	67 3,254
				Elementos 2ª periferia Frequência 6 a 19	
				Ajuda-ajudante	13 2.500
				bom	7 2,714
				colegas	7 4,429
				companhia	14 2,929
				conversar	7 3,000
				cunhada	6 3,000

Nota das autoras: OME= Ordem Média de Evocações **Fonte:** Elaborado pelas autoras.

Diante o termo indutor “precisar de alguém”, ficou evidente o papel do núcleo familiar na vida de pessoas idosas através do cognema “filho-esposo”, alocado no QSE (núcleo central), também explícito nas falas a seguir.

Dia de domingo, a gente reúne aqui, vem os filhos, os netos, a bisneta (65001).

Ah, meus filhos, os filhos, você está entendendo? Eu conto mais é com os filhos, no caso, estão tudo comigo, aqui (65014).

Um relacionamento bom com os filhos, com a minha filha, com o filho também, um ajuda o outro também, ajuda mútua, tem contato (65025).

Trouxe os filhos, o marido, uns dois meses porque eu entrei numa depressão que eu não tinha coragem pra nada (65035).

Depois criei os filhos, saia só com os filhos. Agora eu não saio não, para eu sair, meu marido vai comigo ali no posto (65075).

Agora que eu saio mais mesmo é com meu esposo, com minha filha, ela mesmo, quando meu esposo não está aqui, ela tem algum programa, alguma coisa. Às vezes tem um aniversário do cunhado dela ou da sobrinha do marido dela, aí ela me liga, oh, mãe vem para cá tal hora, eu vou, sabe? Eu saio mais com a família, vou em Macaé com meu marido visitar a outra filha, vou em Rio Preto (65091).

Aqui, na igreja, junto com meu esposo (65049).

A família é o agente primordial na formação dos vínculos afetivos e disposição de apoio, sendo os componentes familiares àqueles que ultrapassam a união por consanguinidade e assumem maior importância pelas afinidades emocionais ou relações legais, tornando-se pessoas significativas e capazes de dispor o apoio requerido¹⁶⁵.

A solicitação/disposição de apoio surge mais fortemente entre os familiares que mantêm convivência diária e vínculos afetivos bem instituídos e é o caso do esposo e filhos (QSE) que normalmente residem no mesmo local e vivenciam de atividades diárias comum.

A família é o agente primordial na formação dos vínculos afetivos e disposição de apoio, sendo os componentes familiares aqueles que ultrapassam a união por consanguinidade e assumem maior importância pelas afinidades emocionais ou relações legais, tornando-se pessoas significativas e capazes de dispor o apoio requerido¹⁶⁵.

A solicitação/disposição de apoio surge mais fortemente entre os familiares que mantêm convivência diária e vínculos afetivos bem instituídos. É o caso do esposo e filhos (QSE) que normalmente residem no mesmo local e vivenciam atividades diárias comuns.

O ciclo de vida familiar está associado a uma série de acontecimentos ao longo do tempo, a exemplo de adaptações frente ao casamento, chegada dos filhos com o rearranjo familiar, síndrome do “ninho vazio” com a saída dos mesmos de casa e perda de parentes/amigos/cônjuge¹³⁵. O arranjo familiar proporciona a aproximação de pessoas que estão presentes na mesma residência, participam do cotidiano e com isso a formação do vínculo é fortalecida, justificando a alocação do cognema “filho-esposo” no QSE.

Assim como nas famílias portuguesas, as pessoas idosas participantes desta investigação atribuem maior importância aos vínculos afetivos, aos sentimentos, que, de certa forma, são responsáveis pela dependência psicoativa entre as pessoas e representam algo positivo no núcleo familiar¹³⁵.

O principal cuidador do idoso mora na mesma residência, sendo em sua maioria cônjuges conforme uma pesquisa realizada em Portugal que corrobora com os resultados da presente investigação.

Os cognemas “família-parente”, “neto-bisneto” e “irmão”, alocados no QSD, apresentam-se como alternativa diante da demanda de cuidados atendida de forma ineficaz no núcleo familiar ou por serem pessoas significativas no âmbito afetivo/psicológico e compõem a rede de apoio social à pessoa idosa. Apesar de os familiares e parentes estarem inseridos no cotidiano da pessoa idosa em momentos de visita ou distração, eles não são vistos como primeira opção em caso de necessidade conforme os relatos a seguir.

Eu tenho parente, família eu não tenho não porque família que eu acho é assim, dentro de casa, do lado de fora, não é família não (65061).

Pelo menos os parentes que somem (morrem) a gente sente muita falta deles (65001).

Mais pra passear pra casa dos meus parentes e sou bem tratado, isso aí a gente é bem tratado (65201).

É uma turminha boa que vai, sabe, a maioria é parente, e assim esse meu primo (65045).

Apesar de as pessoas idosas manterem vínculo com os membros da família nomeados pelo cognema “família-parente” compondo a família extensa¹³⁵ (avós, tios, sobrinhos), constituída por mais de duas gerações, não são pessoas que dispõem o apoio diário, ou seja, não dividem das mesmas preocupações e necessidades, justificando a alocação do cognema no QSD. De acordo com a classificação de família já mencionada anteriormente, a interação com os filhos tem influência mais significativa na vida das pessoas idosas do que o restante dos familiares, corroborando com a presente investigação¹³⁵.

O cognema “ajuda-colaboração”, alocado no QSD, justifica-se na medida em que o envelhecimento é progressivo e há demanda de necessidades de apoio, o que exige ajuda para o desenvolvimento das AVDs e também de apoio psicológico. Segundo uma pesquisa realizada para aferição do apoio social em idosos, quanto mais avançada a idade menor é o apoio social, ou seja, menor é a “ajuda-colaboração” às pessoas idosas¹³.

A oferta de apoio normalmente vem de algum membro da família, de amigos ou vizinhos, pois são pessoas que fazem parte do convívio da pessoa idosa e integram a rede social. A presença dos cognemas “amigos e “vizinhos” no QSD retrata que, além da participação

da família na vida das pessoas idosas, os amigos e vizinhos também integram a rede social e auxiliam em atividades que proporcionam lazer, distração, inserção social, apoio psicológico e emocional que influenciam diretamente na qualidade de vida e no enfrentamento dos momentos de adversidade muitas vezes provenientes do processo de envelhecimento. Na presente investigação, os participantes relataram uma rede de apoio social de amigos com formação de vínculo superficial conforme mostram os relatos a seguir.

Tenho amigos assim de cumprimentar, sou querida (65202).

Confiança, né, falta confiança, que a gente pra ter uma amizade tem que ter muita confiança em uma pessoa, né (65016).

Eu prefiro ajudar do que ser ajudado, porque eu creio que, pra manter amizade, você não pode ter decepção, eu creio que, se eu precisar e não conseguir, eu vou ficar muito decepcionado, então prefiro não contar (65029).

Não, não falta nada eu sou feliz estando perto deles, junto deles (amigos) (65002).

Apesar de reconhecerem que as relações de amizade são sadias, porém superficiais, os participantes avaliam como positivo o convívio social, o que corrobora com os resultados de uma pesquisa realizada com pessoas idosas atendidas pela Universidade de Barcelona, 97% responderam estar satisfeitas com o tipo de relação social mantida¹⁷².

Com a aposentadoria, as relações sociais tendem a diminuir e conseqüentemente a participação social, fazendo com que os relacionamentos interpessoais, a interação e a troca de experiências antes proporcionados pelo ambiente de trabalho, por vezes são substituídos pelo isolamento social, comportamento introvertido e ociosidade¹⁷².

A falta de envolvimento em atividades sociais e a dificuldade de estabelecer novas relações requerem novas estratégias e alternativas de participação, lazer e articulação com o cotidiano da pessoa idosa, visando à prevenção de agravos cognitivos, psicológicos e físicos¹⁷².

Os agravos à saúde conseqüentes do processo de envelhecimento são geradores de preocupação nesta fase da vida e os cognemas “doença” e “receber-precisar-ajuda” alocados no QIE remetem a tal situação. A pessoa idosa prevê uma situação de dependência na qual o apoio será necessário para o enfrentamento das condições de agravo físico e cognitivo.

Sinto dor, mas consigo fazer minhas coisas, meu marido me ajuda, faz almoço se precisar (65200).

Em Juiz de Fora, eu tenho meus filhos, porque eles estão sempre juntinhos comigo, sabe, me ajudando, sempre me ouvindo (65059).

Não é muito de ficar indo na casa da gente, mas é uma pessoa que, se você precisar, ela vem correndo ajudando, quando falo “o fulana, eu estou precisando de você”, ela vem correndo chegando aqui (65200).

É possível identificar o reconhecimento do apoio recebido. Apesar de as pessoas idosas apresentarem um perfil de saúde com independência e capacidade de desenvolver as AVDs, elas reconhecem o apoio nos momentos em que demandam ajuda. A qualidade do relacionamento interpessoal possui mais influência sobre a rede de apoio do que propriamente o número de pessoas com as quais o indivíduo possui contato¹⁷³.

Em algumas fases da vida, as condições de vulnerabilidade se tornam mais evidentes como é o caso das pessoas mais velhas e etapa em que as necessidades de cuidados com a saúde se intensificam, justificando o surgimento do cognema “profissionais-saúde” no QSD. As demandas de cuidados surgem nas falas dos participantes por meio da regularidade dos atendimentos na UAPS.

Não tenho pressão alta, não tenho nada. Não posso falar nada, até agora, fui bem tratada sim, a minha irmã se trata no postinho e ela adora (65037).

A gente depende muito do postinho (65108).

Tratava com ela aqui no posto médico (65049).

Eu vou no posto mesmo, que eu frequento assim diário, agora, com hospital, eu frequento lá em cima, na UPA, porque às vezes o caso é mais grave e a gente precisa ir pra UPA, né (65200).

Olha, até que não, sabe, não tenho queixa não, eu tratei muitos anos aqui no posto de saúde, eu tratava até com a doutora X, não sei se você já ouviu falar dela, tratei muitos anos com ela, fui muito, sempre fui muito bem atendida (65035).

Então eis a questão, poderia ser melhor, primeiro o espaço físico é determinante pra isso, o que não ocorre aqui nesse posto médico, você que ali é igual uma lata de sardinha, todo mundo espremido ali, então quer dizer, o médico não pode te dar uma atenção maior, não pode conversar detalhadamente às vezes alguma coisa com você, porque, do lado de fora, tem seis, oito esperando pra ser atendido, e o horário dele também é determinado, os funcionários também, por sua vez, com pressa muitas vezes de acabar o horário pra sair (65021).

Apesar de a maioria das pessoas idosas serem atendidas na UAPS local, o modelo médico-medicação-procedimento faz com que não seja efetiva a resolução das demandas de cuidado dessas pessoas, corroborando com uma pesquisa realizada com participantes idosos e que retrata um modelo de intervenções centralizadas na doença e não no doente¹⁷¹.

Os serviços de saúde se constituem em um ambiente interativo de constante aprendizagem, por isso pertinente para se promover a capacitação e valorização do profissional de saúde acerca do processo de envelhecimento¹⁷¹. A prática e a vivência com pessoas idosas oportuniza o aprendizado dos profissionais de saúde, uma vez que estes chegam ao campo de prática despreparados para lidar com a velhice e com as condições crônicas que a acompanham¹⁷¹.

A rede de apoio representada por pessoas contempla a participação de “amigos”, “vizinhos” e de “Deus”, presentes no QSD, e está relacionado às pessoas inseridas no cotidiano da pessoa idosa. A formação de vínculo se constitui por afinidade, proximidade geográfica e fé.

Para alguns participantes, o relacionamento com amigos e vizinhos é avaliado como sendo algo positivo, conforme se pode observar nas falas a seguir.

Os poucos amigos que eu tenho o relacionamento é muito bom (65021).

Eu pelo menos duas pessoas eu posso te dizer que é de confiança, que são amigos a qualquer momento (65045).

Então, com uma dessas amigas que eu saio muito, ela até mora aqui na rua, mora ali em cima, mas, desde que ela nasceu, que eu sou mais velha que ela que a gente nunca desligou (65045).

Considero, a melhor coisa que a gente tem é os amigos, né, melhor coisa que a gente tem na vida (65108).

Bom, os vizinhos estão melhor do que a família, a não ser essa minha sobrinha que me trata bem (65073).

Aqueles vizinhos que dá valor na gente, que importa com a gente, né (65033).

A manutenção dos vínculos entre amigos e vizinhos ocorre durante o convívio diário oportunizado pela proximidade geográfica, fato comprovado na medida em que os participantes relatam que os vizinhos se tornaram amigos, pois são pessoas que lhes ofertam apoio de acordo com as demandas.

Em uma pesquisa realizada na região do Vale do Rio Pardo e do Taquari com 207 participantes idosos, 97% dos entrevistados responderam estar satisfeitos com os grupos de convivência nos quais participam. As amizades entre os homens idosos são provenientes dos vínculos formados no trabalho ou atividades sociais/lazer, já para as mulheres, as relações ocorrem com a vizinhança e pelas atividades decorrentes da criação dos filhos e netos, fato não influenciado pela aposentadoria e processo de envelhecimento¹⁷². Apesar de relatarem possuir poucas amizades, as relações entre mulheres idosas são mais íntimas quando comparadas às dos homens idosos¹⁷².

6.3 REFLEXÕES SOBRE O CUIDADO DE ENFERMAGEM PARA PESSOAS APÓS 65 ANOS ÀS LUZ DA TEORIA DE BETTY NEUMAN.

A enfermagem, na busca pelo reconhecimento enquanto ciência, identificou a necessidade de desenvolver estratégias de trabalho para que sua atuação se tornasse visível e autônoma, com desenvolvimento de conhecimento próprio para o cuidado. Deu início ao termo “processo de enfermagem”, empregado em 1961¹⁷⁴.

O Processo de Enfermagem (PE) foi baseado em três elementos: o comportamento do cliente, ou seja, cada indivíduo possui suas peculiaridades e demanda um cuidado; as reações do enfermeiro, nas quais a situação presenciada demanda uma atitude e tomada de decisão para gerenciar e prescrever as ações de enfermagem, atitude esta que se apresenta como terceiro elemento que compõe o processo de enfermagem¹⁷⁴.

Em 1985, a OMS propôs a operacionalização em quatro fases, sendo elas: levantamento de informações (dados), planejamento, implementação e avaliação, que visavam melhorar a compreensão do estado de saúde do indivíduo e guiar as ações de assistência de enfermagem¹⁷⁴. As bases técnico-científicas e filosóficas permeiam a atuação do enfermeiro, subsidiando as tomadas de decisão desde a avaliação clínica, perpassando pelas prescrições de enfermagem até as funções de avaliação dos resultados ¹⁷⁴.

Os resultados obtidos da presente investigação, articulados à teoria de enfermagem de Betty Neuman, possibilitaram contemplar as dimensões de estressores envolvidos no contexto da rede de apoio da pessoa idosa. A busca por estratégias que viabilizem o fortalecimento da rede de apoio social com vistas a ofertar condições de suporte à pessoa idosa capazes de promover o envelhecimento bem-sucedido, amenizando os agravos à saúde nesta fase da vida se fazem necessárias diante da mudança do perfil populacional.

Diante das variáveis obtidas na abordagem da pessoa idosa em domicílio, foram identificadas situações estressoras de origem intrapessoal, interpessoal e extrapessoal capazes de alterar a linha de defesa normal do sistema de energia, ocasionando o adoecimento das pessoas.

O estressor intrapessoal envolve os fatores internos que podem ser relacionados às alterações psicológicas, ocasionadas pelo isolamento social e a solidão levando ao déficit cognitivo e incapacidade. Ao considerar as projeções populacionais com o aumento significativo das pessoas idosas e a redução da natalidade, emergiu a necessidade de intensificar as estratégias de remanejamento de cuidados desta população idosa uma vez que de acordo com a presente investigação os familiares é a principal fonte de apoio disponibilizada e daqui alguns anos o núcleo familiar não terá a mesma composição, apresentando-se reduzido.

O estressor de origem extrapessoal está relacionado com o nível de dependência que é progressivo com os anos e através da demanda de objetos de apoio para o descolamento corporal ou até mesmo o auxílio de instituições para as necessidades de saúde e manutenção da autonomia e independência. Na presente investigação 55,7% das pessoas afirmaram possuir plano de saúde externando a preocupação de não obterem apoio institucional em casos de adoecimento.

O estressor interpessoal envolve a disponibilidade daquele que pode ofertar apoio gerando uma interação de mutualidade do cuidado (familiar/cuidador). A qualidade do suporte e a forma como os vínculos são instituídos, influencia na qualidade de vida e na satisfação da pessoa motivando-a para o enfrentamento das limitações durante o processo de envelhecimento.

O perfil populacional, exige do profissional enfermeiro capacitação para lidar com um público diferenciado que requer cuidados específicos quanto às abordagens voltadas para o manejo de doenças psicológicas ocasionadas pelo isolamento social fragilidade da rede de apoio social e do impacto ocasionados por elas.

Considerando a proposta dos três níveis de prevenção segundo Neuman, o enfermeiro possui habilidades para agir junto à comunidade na busca pela prevenção dos agravos à saúde e amortecimento das reações dos estressores. Na prevenção primária, o enfermeiro pode atuar no estabelecimento de vínculo junto às pessoas idosas, promovendo o bem-estar e ações que visem a prevenção do isolamento social.

A prevenção secundária envolve metas estabelecidas e acordadas entre o profissional-cliente que visam aliviar os sintomas que no caso, o isolamento social e a fragilidade da rede de apoio ocasiona, isso pode ocorrer através da inserção da pessoa idosa em trabalhos voluntários.

Por último, na prevenção terciária busca-se garantir o bem-estar por meio do tratamento na busca por reestabelecer o equilíbrio do sistema.

A escolha pelo método misto com abordagens que perpassaram pela pesquisa quantitativa e qualitativa permitiu a elaboração de um diagnóstico situacional sobre a rede de apoio disponível, capaz de subsidiar a atuação do profissional enfermeiro na elaboração do planejamento de estratégias que viabilizem o fortalecimento da rede de apoio à pessoa idosa, buscando a atenção individualizada e a qualidade de vida no processo de envelhecimento.

A abordagem da rede de apoio em pessoas com idade ≥ 65 anos representa um desafio para os enfermeiros uma vez que demanda a conscientização familiar e da sociedade em relação aos valores sociais e culturais relacionados à pessoa idosa.

A enfermagem, enquanto área de atuação profissional, demanda engajamento e domínio de habilidades e conhecimentos específicos na área de atuação, partindo do manuseio de equipamentos tecnológicos para desenvolver sua prática e atingindo os níveis de cuidado assistencial, educativo, administrativo e de pesquisa firmado nas bases científicas¹⁷⁴.

A realização da presente investigação sobre a rede de apoio e o processo de envelhecimento se justifica pelo fato de apresentarem elementos essenciais para que a prática de enfermagem se desenvolva de maneira eficaz e segura na busca de uma enfermagem baseada em evidências¹⁷⁵.

A atuação e responsabilidade do enfermeiro na APS no contexto de abordagem de um segmento populacional que apresenta situações crônicas (síndromes geriátricas) se intensificam na medida se torna capaz de atuar na promoção da saúde, prevenção de doenças e controle de agravos no momento em se podem identificar situações de risco e intervir sobre elas, afim de impedir o processo de agudização que pode impactar a morbimortalidade, principalmente na população com maior vulnerabilidade, a exemplo das pessoas idosas¹⁷⁶.

A necessidade de aproximar contextos individuais e coletivos no intuito de intensificar elementos para a estruturação do cuidado e garantir a resolubilidade e os resultados de enfermagem junto às pessoas atendidas pela enfermagem permite a utilização dos métodos indutivo e dedutivo na estruturação do raciocínio clínico de enfermeiros para subsidiar o processo de tomada de decisão na prática clínica.

A utilização de habilidades cognitivas se apresenta na medida em que há a necessidade de o enfermeiro tomar decisões acerca de um diagnóstico já que o mesmo fundamenta a escolha das ações e desencadeia resultados e, para isso, lançar mão dos métodos dedutivos e indutivos se torna essencial em sua prática^{175; 177}.

O enfermeiro, por sua vez, aliado ao discernimento, raciocínio lógico, criatividade, busca de informações, integridade intelectual e as experiências vividas, torna-se capaz de desempenhar suas atividades com vistas a promover uma assistência integralizada, eficaz e voltada para os problemas de saúde do indivíduo, promovendo o cuidado de enfermagem às pessoas em processo de envelhecimento¹⁷⁵.

7 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente investigação possibilitou a realização da tradução, adaptação transcultural e validação da LSNS-18 da língua inglesa para a cultura portuguesa do Brasil e se mostrou eficiente na aferição do suporte social em pessoas em processo de envelhecimento negando a hipótese de nulidade.

A dimensão familiar da escala LSNS-18 no Brasil é o fator mais pontuado entre os participantes negando H₀. O uso de rede de apoio social entre pessoas com idade ≥ 65 anos não se correlaciona com a idade dos participantes na perspectiva de um envelhecimento ativo, não rejeitando H₀.

Pessoas com idade ≥ 65 anos, do ponto de vista cronológico, são consideradas idosas e por isso possuem proximidade/vivência com as limitações peculiares às síndromes geriátricas, quer seja por experiência própria, quer seja pelo convívio deste evento em seus ascendentes/contemporâneos familiares/conhecidos que lhes possibilitam ancorar e objetivar o processo do envelhecimento e identificar a necessidade de rede de apoio para que tenham um envelhecimento ativo. As pessoas idosas se sentem satisfeitas no que diz respeito a rede de apoio social.

Moradores de regiões geográficas comuns e que se aproximam das limitações peculiares às síndromes geriátricas demandam recursos, infraestrutura sociocultural e rede de apoio que, aliados às suas vivências e experiências, permitem caracterizá-los como um grupo socialmente contextualizado.

Foi possível compreender qual é o pensamento grupal da população idosa acerca do processo de envelhecimento e a rede de apoio que lhe é disponível, sendo traçado um perfil de pessoas que possuem a ajuda majoritária de seus familiares.

A manutenção de uma convivência intergeracional harmoniosa e educação familiar centrada no respeito mútuo, na troca de saberes e na valorização do indivíduo durante sua vida, resulta no envelhecimento apoiado por uma rede social capaz de proporcionar condições de enfrentamento da pessoa ao se deparar com as doenças crônicas e o impacto decorrente delas.

A oportunidade de convivência intergeracional e o apoio ofertado à pessoa idosa proporcionam sentimentos de segurança, conforto, prevenção do isolamento social e resiliência diante das dificuldades. Aquele que disponibiliza o apoio adquire aprendizado, riqueza cultural de saberes e proporciona bem-estar emocional que desperta uma reflexão sobre os componentes de reciprocidade e a capacidade de os mesmos gerarem a ressignificação do sentido da vida.

Trata-se de um cuidado mútuo e não unilateral, em que os idosos, além de serem receptores, são prestadores de cuidados àqueles que os rodeiam do ponto de vista da

convivência intergeracional. A autopercepção de saúde foi avaliada positivamente pelas pessoas idosas, sendo este um indício de que as pessoas estão envelhecendo com melhores condições de saúde, o que permite que os avós cuidem por mais tempo de seus filhos e netos, estabelecendo a formação de vínculo e justificando a satisfação deles com sua rede de apoio social.

As relações interpessoais significativas articuladas com a disposição de apoio institucional e de objetos surgem como variáveis de casualidade, mas que podem ser analisadas em sua complexidade quando se pensa na sua importância para a promoção de um envelhecimento bem-sucedido e com apoio necessário para a manutenção da autonomia e independência.

O envelhecimento populacional é um processo inerente à vida e de responsabilidade de todos. No que diz respeito à sociedade, cabe responsabilizar as pessoas de suas obrigações de respeito, valorização e cidadania e as instituições governamentais, do provimento de espaços destinados à atenção à saúde, seguros e planos acessíveis, promoção da participação social e voluntariado, respeitando os direitos individuais do ser humano.

Segundo a teoria de Neuman foi possível identificar estressores de origem intrapessoais, interpessoais e extrapessoais cujas fontes subsidiam reflexões sobre o direcionamento do cuidado de enfermagem, a atuação do enfermeiro e da equipe de saúde na Atenção Primária à Saúde na perspectiva de prevenção do isolamento social e do enfrentamento do processo do envelhecimento bem sucedido.

A presente investigação trouxe como contribuição características de uma rede de apoio dos participantes cujo enfoque do apoio social foi centrado no núcleo familiar. Tal perfil suscita uma reflexão diante dos tempos de envelhecimento populacional e a redução do quantitativo de membro do núcleo familiar na medida em que o modelo econômico vigente e as relações interpessoais vão se escasseando a ponto de requerer uma reestruturação desse modelo para se obter o apoio social necessário a um envelhecimento bem sucedido.

Tais evidências sinalizam para a necessidade de estratégias capazes de articular a rede de apoio social na qual o papel do familiar seja acrescido do apoio solidário, profissional e/ou de cuidadores e instituições de suporte a ponto dessa rede interligada ser capaz de integrar-se à vida da pessoa idosa segundo suas demandas individuais.

Outra contribuição foi a disponibilidade da LSNS-18 para o português do Brasil na perspectiva de uma abordagem na UAPS, a realização de um diagnóstico local sobre a rede de apoio disponível para pessoas idosas e o aprofundamento da temática na abordagem de método

misto. Recomenda-se a utilização da escala LSNS-18 na realidade brasileira com pessoas com idade ≥ 65 anos de outros perfis socioeconômicos e realidades culturais.

8 REFERÊNCIAS

- 1 SAÚDE, B. M. D. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil.** SAÚDE., D. D. A. D. S. D. 2011.
- 2 PORTUGAL, G. D. **Ano Europeu do envelhecimento ativo e da solidariedade entre gerações.** AEEASG'2012., P. D. A. D. 2012.
- 3 PANDO, D. A. **Mulher no mercado de trabalho.** Revista Teste, v. 1, n. 2, 2013.
- 4 DA SILVA PEDRO, I. C.; ROCHA, S. M. M.; NASCIMENTO, L. C. **Apoio e rede social em enfermagem familiar: revendo conceitos.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 16, n. 2, 2008. ISSN 0104-1169.
- 5 SEEMAN, T. E. et al. **Histories of social engagement and adult cognition: Midlife in the US Study. The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences,** v. 66, n. suppl 1, p. i141-i152, 2011. ISSN 1079-5014.
- 6 PILGER, C.; MENON, M. H.; MATHIAS, T. **Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde.** Rev. Latino-Am. Enferm.[online], v. 19, n. 5, p. 09, 2011.
- 7 BRASÍLIA, D. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde.** Organização Pan-Americana da Saúde, v. 1º edição, 2005.
- 8 STACHESKI, D. R.; MASSI, G. A. A. **Social value indices: Mass media, language and aging,** v. 15, n. 37, p. 425-436, 2011. ISSN 14143283.
- 9 CALDAS, C. P.; THOMAZ, A. F. **A Velhice no Olhar do Outro: Uma perspectiva do jovem sobre o que é ser velho.** Kairós. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde. ISSN 2176-901X, v. 13, n. 2, 2011. ISSN 2176-901X.
- 10 DE OLIVEIRA VALADARES, M. V., LUCY GOMES MORAES, CLAYTON FRANCO. **A temática do envelhecimento humano nos grupos de pesquisa do Brasil.** Kairós. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde. ISSN 2176-901X, v. 16, n. 2, 2013. ISSN 2176-901X.
- 11 CAMARANO, A. A. **Estatuto do idoso: avanços com contradições.** Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, 2013.
- 12 REGINA, T. **Aging: challenges and possibilities.** Acta Scientiarum : Human and Social Sciences, v. 34, n. 1, 2012. ISSN 16797361.
- 13 RIBEIRO, O. et al. **Versão Portuguesa da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6).** Kairós. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde. ISSN 2176-901X, v. 15, n. 1, 2012. ISSN 2176-901X.

- 14 MORAES, E. N. D. **Atenção á Saúde do Idoso: Aspectos Conceituais**. SAÚDE, O. P.-A. D. e SAÚDE, M. D. Brasília-DF. 1: 99 p. 2012.
- 15 OLIVEIRA, A. M. S. D. **A enfermeira no cuidado domiciliar a idosos: desvelando os sentidos do vivido**. 2013. Programa de Pós-Graduação em enfermagem (PGENF), Universidade Federal da Bahia-UFBA
- 16 BOTH, J. E. et al. **Tendências na construção do conhecimento em enfermagem: idoso e autocuidado**. Revista Brasileira de Ciências da Saúde-USCS, v. 12, n. 39, p. 44-52, 2014. ISSN 1678-054X.
- 17 PRICKETT, K. C.; ANGEL, J. L. **Métodos empíricos em pesquisa do envelhecimento entre minorias: Um caso para triangulação sociológica**. n. 31, p. 146-165, 2012. ISSN 15174522.
- 18 DOURADO, M. **Velhice e suas representações: implicações para uma intervenção psicanalítica**. Estudos e Pesquisas em Psicologia, v. 2, n. 2, p. 38-45, 2013. ISSN 1808-4281.
- 19 BEATON, D. E. et al. **Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures**. Spine, v. 25, n. 24, p. 3186-3191, 2000. ISSN 0362-2436.
- 20 BEATON, D. et al. **Recommendations for the cross-cultural adaptation of the DASH & QuickDASH outcome measures**. Institute for Work & Health, v. 1, n. 1, p. 1-45, 2007.
- 21 AMARAL, F. L. J. D. S. et al. **Apoio social e síndrome da fragilidade em idosos residentes na comunidade**. Ciênc. saúde coletiva, v. 18, n. 6, p. 1835-1846, 2013/06PY - 2013
- 22 BRASIL. **Guia de Políticas, Programa e Projetos do Governo Federal para a População Idosa: Compromisso nacional para o Envelhecimento Ativo**. Brasília, 2015. 107p.
- 23 UCHÔA, E. et al. An anthropologic study on strategies for addressing health problems among the elderly in Bambuí, Minas Gerais State, Brazil. **Cad Saude Publica**, v. 27, n. supl.3, p. s370-s377, 2011
- 24 RIBEIRO, J. L. P. Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). **Análise psicológica**, v. 17, n. 3, p. 547-558, 1999. ISSN 0870-8231.
- 25 CRISTIANE SILVA, C. et al. **Famílias e cuidado dedicado ao idoso: como o tamanho e a estrutura da rede de apoio influenciam o tempo individual dedicado à atenção ao idoso**. 2010. 117 f. Dissertação - Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, 2010.
- 26 LUBBEN, J. Boston college- Ever to exel. Universidade Louise McMahon Ahearn, 2015. Disponível em: < <http://www.bc.edu/schools/gssw/lubben/downloads.html> >.

- 27 WELLS, M. Resilience in older adults living in rural, suburban, and urban areas. **Online Journal of Rural Nursing and Health Care**, v. 10, n. 2, p. 45-54, 2012. ISSN 1539-3399.
- 28 BURNETTE, D.; MYAGMARJAV, S. **Translation and validation of the 18-item Lubben Social Network Scale with older adults in Mongolia**. *International Psychogeriatrics*, v. 25, n. 09, p. 1493-1502, 2013. ISSN 1741-203X.
- 29 ALMEIDA, A. V. et al. **A Feminização da Velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social**. *Textos & Contextos (Porto Alegre)*, v. 14, n. 1, p. 115-131, 2015. ISSN 1677-9509.
- 30 RIOS, L. E.; MORAES, V. **Uma abordagem ética do conflito de interesses na área de saúde**. *Revista Bioethikos-Centro Universitário São Camilo*, v. 7, n. 4, p. 398-403, 2013.
- 31 EPSTEIN, J.; SANTO, R. M.; GUILLEMIN, F. **A review of guidelines for cross-cultural adaptation of questionnaires could not bring out a consensus**. *Journal of clinical epidemiology*, v. 68, n. 4, p. 435-441, 2015. ISSN 0895-4356.
- 32 BRASIL; IBGE. **Censo demográfico 2010**. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/apps/areaponderacao/index.html>> . Acessado em 20 out.2014 p. 2010.
- 33 MARTINS, N. A. **Pessoas idosas e incontinência urinária: trajetória da proposição de um modelo de sistematização da assistência especializada em enfermagem**. 2014. 1-142 (Dissertação de Mestrado em Enfermagem). Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Juiz de Fora-UFJF, Juiz de Fora.
- 34 ENFERMAGEM, F. D. Universidade Federal de Juiz de Fora. 2016. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/enfermagem/>> . Acesso em: 20 Junho, 2016.
- 35 CHONG, H.-C. The Effects of Area-Specific Social Network on Life Satisfaction. **The Korean Journal of Health Service Management**, v. 7, n. 3, p. 177-192, 2013. ISSN 2093-5986.
- 36 TAMANINI, J. T. N. et al. Validation of the "international consultation on incontinence questionnaire-short form"(ICIQ-SF) for portuguese. **Revista de saude publica**, v. 38, n. 3, p. 438-444, 2004. ISSN 0034-8910.
- 37 PINTO, G. A.; CHAVEZ, J. R. A. O uso do coeficiente Alfa de Crombach nos resultados de um questionário para avaliação dos serviços no setor de transporte urbano por ônibus. **XXXII-Encontro Nacional de Engenharia de Produção-ENEGEP**, 2012.
- 38 SANTOS, T. R.; JUNIOR, G. C.; BRANCO, D. P. C. Perfil postural dos idosos universitários de instituição de ensino superior. **Saúde em Foco**, v. 2, n. 2, p. 29-48, 2015. ISSN 2358-7946.
- 39 BERTOLDI, J. T.; BATISTA, A. C.; RUZANOWSKY, S. Declínio cognitivo em idosos institucionalizados: revisão de literatura. **Cinergis**, v. 16, n. 2, 2015. ISSN 2177-4005.

- 40 IBGE. **Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI: subsídios para as projeções da população**. Rio de Janeiro. 3 2015.
- 41 MOREIRA, J. O. Mudanças na Percepção Sobre o Processo de Envelhecimento: Reflexões Preliminares. **Changes in perception of the aging process: Preliminary thoughts**, v. 28, n. 4, p. 451-456, 2012. ISSN 01023772.
- 42 SANTOS, V. R. D. et al. Associação entre massa óssea e capacidade funcional de idosos com 80 anos ou mais. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v. 48, n. 6, p. 512-518, 2013. ISSN 0102-3616.
- 43 ESQUENAZI, D.; DA SILVA, S. B.; GUIMARÃES, M. A. A fisiopatologia do envelhecimento humano e sua relação com a propensão a quedas em indivíduos idosos. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 13, n. 2, 2014. ISSN 1983-2567.
- 44 DA CRUZ, R. C.; DE ASSUNÇÃO FERREIRA, M. Um certo jeito de ser velho: Representações sociais da velhice por familiares de idosos. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 144-151, 2011. ISSN 0104-0707.
- 45 DE ARAÚJO, C. M. et al. Atenção domiciliar ao idoso na visão do cuidador: interface no processo de cuidar. **Enfermagem Revista**, v. 16, n. 2, p. 98-110, 2013. ISSN 2238-7218.
- 46 MORAES, E. N. D. Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais. In: (Ed.). **Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais**: OPAS, 2012.
- 47 REBOUÇAS, M. et al. O que há de novo em ser velho. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 4, p. 1226-1235, 2013. ISSN 1984-0470.
- 48 NASCIMENTO, A. B. D. Gerenciamento de leitos hospitalares: análise conjunta do tempo de internação com indicadores demográficos e epidemiológicos. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 4, n. 1, 2015. ISSN 2317-1154.
- 49 MENDES, E. V. Os modelos de atenção à saúde. **As Redes de Atenção à Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde**, p. 244-292, 2011.
- 50 LA'NUEVA'SALUD PUBLICA, E.; DE LA SALUD, P.; LA INOVACIÓN, E. L. T. Y. A 'nova'saúde pública ea promoção da saúde via educação: entre a tradição ea inovação. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 423-31, 2005.
- 51 MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na APS: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília-DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde-CONASS 2012.
- 52 BRETAN, O. Sensibilidade cutânea plantar como risco de queda em idosos. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 58, n. 2, p. 132-132, 2012. ISSN 0104-4230.

- 53 SOUZA, L. C. D. **Incontinência anal e diagnósticos de enfermagem: determinantes, prevalência e Representações sociais**. 2015. Faculdade de enfermagem, Universidade Federal de Juiz de Fora-UFJF
- 54 FIORATI, R. C.; ELUI, V. M. C. Determinantes sociais da saúde, iniquidades e inclusão social entre pessoas com deficiência 1. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 329-336, 2015. ISSN 1518-8345.
- 55 PASCHOALIN, H. C.; PERENSIM, K. A importância da comunicação e do estímulo para a qualidade de vida do idoso. **Revista de Enfermagem-UFJF - Juiz de Fora.**, v. v. 1 - n. 1, p. p. 45-53, 2015.
- 56 ROE, B. et al. Experiences of drug use and ageing: health, quality of life, relationship and service implications. **J Adv Nurs**, v. 66, n. 9, p. 1968-79, 2010
- 57 FIRMOII, J. O. A.; FILHOII, A. I. L.; UCHÔAII, E. Papel da autonomia na auto-avaliação da saúde do idoso. **Rev Saúde Pública**, v. 44, n. 1, p. 159-65, 2010.
- 58 FERREIRA, O. G. L. et al. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. **Texto Contexto Enferm**, v. 21, n. Supl 3, p. 513-8, 2012.
- 59 PAÚL, C.; RIBEIRO, O.; TEIXEIRA, L. Active ageing: An empirical approach to the WHO model. **Current gerontology and geriatrics research**, v. 2012, 2012. ISSN 1687-7063.
- 60 TEIXEIRA, I. N. D.; NERI, A. L. Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. **Psicologia USP**, v. 19, n. 1, p. 81-94, 2008. ISSN 1678-5177.
- 61 LIMA, F. D. M. Teoria de Betty Neuman no cuidado à pessoa idosa vítima de violência. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 28, n. 3, 2014. ISSN 2178-8650.
- 62 DIAS, J. A. et al. Ser idoso e o processo do envelhecimento: saúde percebida. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 372-379, 2011. ISSN 1414-8145.
- 63 FRIES, A. T.; PEREIRA, D. C. Teorias do envelhecimento humano. **Revista Contexto & Saúde**, v. 11, n. 20, p. 507-514, 2013. ISSN 2176-7114.
- 64 SAÚDE, B. M. D. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Portaria Nº 2.528 2006.
- 65 SILVEIRA, C. et al. Living conditions and access to health services by Bolivian immigrants in the city of São Paulo, Brazil. **Cad Saude Publica**, v. 29, n. 10, p. 2017-2027, 2013 2013.
- 66 LEITE, I. D. C. et al. Projeção de carga de doenças no Brasil (1998-2013). In: (Ed.). **Vacinas, soros e imunizações no Brasil**. Rio de Janeiro, Fiocruz., 2005. p.p.51-65,tab.
- 67 CORREIA, F. L.; GONÇALVES, D. C. Questão social rural e assistência social: desafios vivenciados pela equipe técnica do CRAS "Jaguaré". **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 12, n. 2, p. 117-129, 2014. ISSN 2236-5362.

- 68 DIAS, E. F. O envelhecimento populacional e o direito à saúde da pessoa idosa. **Revista Jurídica Direito, Sociedade E Justiça**, v. 1, n. 1, 2013. ISSN 2318-7034.
- 69 VIKSTRÖM, J. et al. The influences of childlessness on the psychological well-being and social network of the oldest old. **BMC Geriatr**, v. 11, p. 78-78, 2011
- 70 PAÚL, C.; RIBEIRO, O.; SANTOS, P. Cognitive impairment in old people living in the community. **Archives of gerontology and geriatrics**, v. 51, n. 2, p. 121-124, 2010. ISSN 0167-4943.
- 71 ORSI, E.; XAVIER, A. J.; RAMOS, L. R. Trabalho, suporte social e lazer protegem idosos da perda funcional: estudo epidioso. **Rev Saude Publica**, v. 45, n. 4, p. 685-692, 2011.
- 72 GARCIA, C. D. D. P. D. C. Associação Portuguesa de familiares e amigos de doentes de Alzheimer. Disponível em:<www.alzheimerportugal.org>. acesso em: 23 Novembro, 2015.
- 73 ALVARENGA, M. R. M. et al. Rede de suporte social do idoso atendido por equipes de Saúde da Família Social support networks for elderly patients attended by Family Health teams. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 5, p. 2603-2611, 2011.
- 74 KNAUTH, D. R.; COUTO, M. T.; FIGUEIREDO, W. D. S. A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Cien Saude Colet**, v. 17, n. 10, p. 2617-2626, 2012.
- 75 MORAIS, M. D. L. S.; ROSA, T. E. C.; MORAES, C. L. D. Prevalência do consumo abusivo de álcool em homens no estado de São Paulo: apontamentos para uma abordagem do alcoolismo na Atenção Básica à Saúde. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde (Impresso)**, v. 14, n. 1, p. 73-79, 2012. ISSN 1518-1812.
- 76 NUNES, L. P. D. S. Trabalho da mulher-discriminação, realização profissional e realização pessoal (um estudo sobre a mulher na Universidade Federal de Santa Catarina). **Revista de Ciências Humanas**, v. 7, n. 10, p. 89-102, 2012. ISSN 2178-4582.
- 77 COUTINHO, A. T. et al. Integralidade do cuidado com o idoso na estratégia de saúde da família: visão da equipe. **Escola Anna Nery**, p. 628-637, 2013. ISSN 1414-8145.
- 78 MALTA, D. C. Doenças Crônicas Não Transmissíveis, um grande desafio da sociedade contemporânea. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 1, p. 4, 2014. ISSN 1413-8123.
- 79 ALMEIDA, A. V. et al. A Feminização da Velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, v. 14, n. 1, p. 115-131, 2015. ISSN 1677-9509.
- 80 BATISTELLA, C. Abordagens **Contemporâneas do Conceito de Saúde: Saúde como Direito: o conceito ampliado de saúde**. In: Fundação Oswaldo Cruz-Fiocruz, 1986. p

- 63 -66. O território e o processo saúde-doença, Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p 51 - 86.
- 81 FERNANDES, C. A. C. Educação intergeracional: representações sobre o potencial educativo nas relações entre jovens netos e seniores avós: um estudo de caso. 2014.
- 82 ALVARENGA, M. R. M. et al. **Rede de suporte social do idoso atendido por equipes de Saúde da Família Social.** Ciência e Saúde Coletiva. 16: 2603-2611 p. 2011.
- 83 SCHAURICH, D.; CROSSETTI, M. D. G. O. Produção do conhecimento sobre teorias de enfermagem: análise de periódicos da área, 1998-2007. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 14, n. 1, p. 182-88, 2010.
- 84 BRASIL, G. D. E. D. S. P. **Políticas públicas para a pessoa idosa: marcos legais e regulatórios.** Fundação Padre Anchieta 2009.
- 85 COSTA, L. H. R.; COELHO, E. D. A. C. Ideologias de gênero e sexualidade: a interface entre a educação familiar ea formação profissional de enfermeiras. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 2, p. 485-492, 2013. ISSN 0104-0707.
- 86 STRASSBURGER, M. J. As representações sociais como método de acompanhamento das práticas sociais. **Revista Contexto & Saúde**, v. 7, n. 12, p. 35-40, 2013. ISSN 2176-7114.
- 87 FERRAZ, C. A. **A transfiguração da administração em enfermagem-da gerência científica à gerência sensível.** 1997. Escola de Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-EERP, Ribeirão Preto-SP.
- 88 DE ALBUQUERQUE FÁVERO, M. D. L. Universidade brasileira: história e perspectiva. **Revista de Educação PUC-Campinas**, n. 1, 2012. ISSN 1519-3993.
- 89 DE SOUZA SANTOS, M. D. F. A teoria das representações sociais. **Diálogos com a teoria da representação social**, p. 13, 2005. ISSN 857315277X.
- 90 OLIVEIRA, D. C. et al. Análises das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: PAREDES, A. S. (Ed.). **Perspectivas Teórico-Metodológicas em representações sociais.** João Pessoa: Editora Universitária UFPB, 2005. cap. 573-603,
- 91 RADONS, D. L. A influência dos ídolos no comportamento de jovens consumidores. **Teoria e Evidência Econômica**, v. n. 37, p. p. 240-263, 2011.
- 92 OLIVEIRA, E. D.; SOARES, C. B. Educação sobre drogas na perspectiva da saúde coletiva. **Saúde & Transformação Social/Health & Social Change**, v. 4, n. 2, p. 32-37, 2013. ISSN 2178-7085.
- 93 BANCHS, M. A. Alternativas de apropiación teórica: abordaje procesual y estructural de las representaciones sociales. **La Venezuela absurda del DRAE-92**, p. 129, 2000. ISSN 9800016147.

- 94 WANDEKOKENI, K. D.; DE SIQUEIRAI, M. M. Aplicação do Processo de Enfermagem a usuário de crack fundamentado no modelo de Betty Neuman. **Rev Bras Enferm**, v. 67, n. 1, p. 62-70, 2014.
- 95 MCEWEN, M.; WILLS, E. M. Betty Neuman: Modelo dos Sistemas de Neuman. In: (Ed.). **Bases Teóricas para Enfermagem**, 2009.
- 96 VON BERTALANFFY, L. **Teoria geral dos sistemas**. Petrópoles: Editora Vozes Ltda., 1977. Tradução Francisco M Guimarães de General System Theory, Editora George Braziller, Inc., 1968.
- 97 LIEBER, R. R. **Teoria de sistemas**. 2002. Disponível em <<http://www.inf.ufpr.br/urban/2016-1-TS/LeiturasRecomendadas/TeoriaDeSistemas/TS-RenatoRochaLieber.pdf>>. Acesso em: 14 Abril, 2015.
- 98 SOARES, M. S.; DA NÓBREGA, M. M. L.; GARCIA, T. R. Cuidados de enfermagem a uma paciente com AIDS à luz da variável espiritual do modelo teórico de Betty Neuman. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 3, n. 2, p. 187-194, 2008. ISSN 1984-7513.
- 99 ARAÚJO DIAS, M. S. et al. Intersetorialidade e estratégia Saúde da Família: tudo ou quase nada a ver? **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, 2014. ISSN 1413-8123.
- 100 NEUMAN, B.; FAWCETT, J. Thoughts about the Neuman Systems Model A Dialogue. **Nursing science quarterly**, v. 25, n. 4, p. 374-376, 2012. ISSN 0894-3184.
- 101 DE AZAMBUJA LOCH, J. Princípios da bioética. **Médica**, v. 12, p. 19, 2002.
- 102 CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: Métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 2º ed. Porto Alegre: 2007.
- 103 CRESWELL, J. W.; CLARK, V. L. P. **Pesquisa de Métodos Mistos-: Série Métodos de Pesquisa**. Penso Editora, 2015. ISBN 8565848418.
- 104 DAL-FARRA, R. A. L., PAULO TADEU CAMPOS. Métodos mistos de pesquisa em educação: pressupostos teóricos. **Nuances: estudos sobre Educação**, v. 24, n. 3, p. 67-80, 2014. ISSN 2236-0441.
- 105 BRASIL; IBGE. **Censo demográfico 2010**. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/apps/areaponderacao/index.html>>. Acessado em 20 out. 2014.
- 106 SIMS, R. C. et al. Distinct functions of social support and cognitive function among older adults. **Exp Aging Res**, v. 40, n. 1, p. 40-59, 2014/01PY - 2014 Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1080/0361073X.2014.857551> >.
- 107 DA CONCEIÇÃO CORREIA, M. A observação participante enquanto técnica de investigação. **Pensar Enfermagem**, v. 13, n. 2, 2009. ISSN 0873-8904.

- 108 VALLADARES, L. Os dez mandamentos da observação participante. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 22, n. 63, p. 153-155, 2007. ISSN 0102-6909.
- 109 MELO, L. D. D. **O Processo de envelhecimento para pessoas idosas: estudo de representações sociais e crenças de Rokeack**. 2015. Programa de Pós- Graduação em enfermagem, Faculdade de enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora
- 110 SILVA, R. K. P. **Método de pesquisa Survey**. Editora Partes, São Paulo, n. 15, 2013. Disponível em: < http://www.partes.com.br/2013/12/09/metodo-de-pesquisa-survey/#.WBtSn_krLIU>. Acesso em: 05 Jullho, 2015.
- 111 PAIS-RIBEIRO, J. L.; PONTE, A. C. S. L. Propriedades métricas da versão portuguesa da escala de suporte social do MOS (MOS Social Support Survey) com idosos. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 10, n. 2, p. 163-174, 2009. ISSN 1645-0086.
- 112 BRASILIA. **Campanha nacional de vacinação contra Influenza: adaptado pelo programa dEstadual de Imunizações-RS**. Informe Técnico. 2014.
- 113 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.
- 114 BARBOSA, I. D. A. **Avaliação dos elementos de comunicação percebidos por médicos e enfermeiros no cuidado por telessaúde**. 2015. Escola de enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- 115 ABRIC, J. C. **A Zona Muda das Representações**. Representações Sociais: uma teoria sem Fronteiras. Rio de Janeiro: Ed. Museu da República, 2005.
- 116 BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Ed. Edições 70. Lisboa-Portugal: 2006.
- 117 DE CONSTATINO, N. S. Pesquisa histórica e análise de conteúdo: pertinência e possibilidades. **Estudos Ibero-Americanos**, v. 28, n. 1, p. 183-194, 2016. ISSN 1980-864X.
- 118 MOZZATO, A. R.; GRZYBOVSKI, D. Análise de conteúdo como técnica de análise de dados qualitativos no campo da administração: potencial e desafios. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 15, n. 4, p. 731-747, 2011.
- 119 CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. 2004. **Rev Bras Enferm, Brasília**, p. 611-4, 2012.
- 120 ALVES DA SILVA, D. P.; FIGUEIREDO FILHO, D. B.; DA SILVA, A. H. O poderoso NVivo: Uma introdução a partir da análise de conteúdo. **Revista Política Hoje**, v. 24, n. 2, p. 119-134, 2015. ISSN 0104-7094.
- 121 ROCHA, E. N. et al. Estrutura representacional de profissionais da estratégia de saúde da família sobre violência intrafamiliar contra idosos. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 23, n. 2, p. 178-184, 2015. ISSN 0104-3552.

- 122 FONTANELLA, B. J. B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica Sampling in qualitative research: a proposal for procedures to detect theoretical saturation. **Caderno de Saúde Pública**, v. 27, p. 389-394, 2011.
- 123 QUEIROZ, C. M. et al. Triangulação de métodos na representação social: auto punção de drogas em (ex) usuários soropositivos para HIV. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, 2015. ISSN 2236-6091.
- 124 RIBEIRO, L. C. et al. Significados atribuídos à fístula arteriovenosa pela pessoa em hemodiálise. **HU Revista**, v. 39, n. 1 e 2, 2014. ISSN 1982-8047.
- 125 SIMONEAU, A.; OLIVEIRA, D. C. D. Programa universitário para pessoas idosas: a estrutura da representação social. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 63, n. 1, p. 11-21, 2011. ISSN 1809-5267.
- 126 RAMOS, G. M. P. D.; MUYLDER, C. F. D.; FREIRE, D. A. L. O artesão e o empreendedorismo: um estudo bibliométrico da produção acadêmica em eventos ENANPAD de 1999 a 2008. **Revista Metropolitana de Sustentabilidade**, v. 4, n. 1, p. 76-94, 2014. ISSN 2318-3233.
- 127 VITORINO FILHO, V. A. et al. A produção científica brasileira em cooperação empresarial. **RAI: revista de administração e inovação**, v. 9, n. 3, p. 175-194, 2012. ISSN 1809-2039.
- 128 CASSETTARI, R. R. B. **Lei de Zipf em discursos orais: Uma comparação entre trabalhos acadêmicos escritos e suas apresentações.** . PINTO, A. L. 2014.
- 129 BOSSO, H. S. V. **A Lei de ZIPF ou Regra 80/20 da Internet.** 2012. Instituto Superior de Engenharia do Porto-ISEP. , Repositório Científico do Instituto Politécnico do Porto-RECIPP
- 130 PULLIN, E. M. M. P.; PRYJMA, L. C. Representações sociais da leitura: núcleo central e periferia dessas representações entre professores. Doi: 10.5212/PraxEduc. v. 6i2. 0004. **Práxis Educativa**, v. 6, n. 2, p. 207-222, 2011. ISSN 1809-4309.
- 131 DE OLIVEIRA, D. C. **Construção e transformação das representações sociais da aids e implicações para os cuidados de saúde.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 21, 2013. ISSN 0104-1169.
- 132 OLIVEIRA, D. C. **A Enfermagem e as necessidades humanas básica: o saber/fazer a partir das representações sociais.** 2001. 255 (Tese Titular). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- 133 LUBBEN, J. et al. **Performance of an abbreviated version of the Lubben Social Network Scale among three European community-dwelling older adult populations.** The Gerontologist, v. 46, n. 4, p. 503-513, 2006. ISSN 0016-9013.

- 134 BEZERRA, T. A.; DE BRITO, M. A. A.; COSTA, K. N. D. F. M. **Caracterização do uso de medicamentos entre idosos atendidos em uma Unidade Básica de Saúde da Família.** Cogitare Enfermagem, v. 21, n. 1, 2016. ISSN 2176-9133.
- 135 ARAÚJO, I. M.; PAÚL, C.; MARTINS, M. **Famílias cuidadoras de idosos: estrutura e desenvolvimento.** Ciência, Cuidado e Saúde, v. 10, n. 3, p. 452-458, 2012. ISSN 1984-7513.
- 136 NUNES, M. **Apoio social na diabetes.** Millenium, n. 31, p. 135-149, 2016. ISSN 1647-662X.
- 137 DE SOUZA, M. D. F.; GREGÓRIO, L. A.; DE OLIVEIRA GRANJA, G. A. **Uma análise crítica sob o processo do envelhecimento e sua repercussão na violência intrafamiliar contra o idoso.** ETIC-Encontro de iniciação científica, v. 10, n. 10, 2015.
- 138 CORNWELL, B. et al. **Assessment of social network change in a National Longitudinal Survey. The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences,** v. 69, n. Suppl 2, p. S75-S82, 2014. ISSN 1079-5014.
- 139 FAQUINELLO, P.; MARCON, S. S. **Amigos e vizinhos: uma rede social ativa para adultos e idosos hipertensos.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 45, n. 6, p. 1345-1352, 2011. ISSN 1980-220X.
- 140 DIAS, A. B. et al. **Religiosidade como força da família: um estudo de caso.** Ciência, Cuidado e Saúde, v. 7, 2013. ISSN 1984-7513.
- 141 PAÚL, C. **Envelhecimento activo e redes de suporte social.** Sociologia, v. 15, p. 275-287, 2005.
- 142 SANTOS, W. J. D. **Enfrentamento da incapacidade funcional por idosos por meio de crenças religiosas.** Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2013. Disponível em: < <https://doaj.org/article/9e3ee79b02f84c159f93460bd557bff0> >. Acesso em: 25 novembro, 2015.
- 143 DUTRA, M. D. L. et al. **A configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica.** Ciência & Saúde Coletiva, 2013. ISSN 1413-8123.
- 144 SILVA DAHMER, T. et al. **Violência no contexto das relações familiares: implicações na saúde e vida das mulheres.** Ciência, Cuidado e Saúde, v. 11, n. 3, p. 497-505, 2013.
- 145 RÊGO, I. R.; ALCÂNTARA, A. D. O. **Envelhecimento do homem: de qual velhice estamos falando?** Kairós Gerontologia. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde. ISSN 2176-901X, v. 17, n. 1, p. 263-282, 2014. ISSN 2176-901X.
- 146 ZANELLI, J. C. **Processos psicossociais, bem-estar e estresse na aposentadoria.** Revista Psicologia Organizações e Trabalho, v. 12, n. 3, p. 329-340, 2012. ISSN 1984-6657.

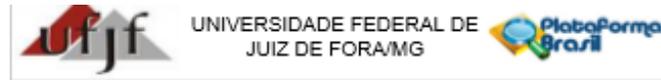
- 147 OLIVEIRA, E. B. D. et al. **Avaliação da qualidade do cuidado a idosos nos serviços da rede pública de atenção primária à saúde de Porto Alegre**. Brasil. Revista brasileira de medicina de família e comunidade. Rio de Janeiro. Vol. 8, n. 29 (out./dez. 2013), p. 264-273, 2013. ISSN 1809-5909.
- 148 TESSER, C. D. **Prevenção Quaternária para a humanização da Atenção Primária à Saúde**. Mundo da Saúde, São Paulo-2012, v. 36, n. 3, p. 416-426, 2012.
- 149 OLIVEIRA, K. K. D. D. et al. **Impacto da implementação do acolhimento com classificação de risco para o trabalho dos profissionais de uma unidade de pronto atendimento**. Revista Mineira de Enfermagem, v. 17, n. 1, p. 149-165, 2013. ISSN 1415-2762.
- 150 PEREIRA, G. N. et al. **Fatores socioambientais associados à ocorrência de quedas em idosos**. Cien Saude Colet, v. 18, n. 12, p. 3507-3514, 2013.
- 151 JÚNIOR, R. C. F. et al. **Estudo da acessibilidade de idosos ao centro da cidade de Caratinga, MG**. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 16, n. 3, p. 541-558, 2013. ISSN 1809-9823.
- 152 LENARDT, M. H. et al. **Prevalência de pré-fragilidade para o componente velocidade da marcha em idosos**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 21, n. 3, p. 734-741, 2013. ISSN 1518-8345.
- 153 TEIXEIRA, A. A. **Auto percepção da função visual e acesso a cuidados visuais em lares de idosos no nordeste transmontano: estudo piloto**. 2014. Escola de ciências, Universidade do Minho.
- 154 FECHINE, B. R. A.; TROMPIERI, N. **O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos**. InterSciencePlace, v. 1, n. 20, 2015. ISSN 1679-9844.
- 155 BARTOLOMEU, R. F.; MARQUES, D.; MONTEIRO, A. **Influência do treino multicomponente e do destreino no equilíbrio, risco de queda e medo de cair em indivíduos idosos previamente ativos**. Saúde: do desafio ao compromisso, p. 89-99, 2015. ISSN 989977085X.
- 156 MAGALHÃES, A. S. **No palco da vida, a morte em cena: as repercussões da terminalidade em UTI**. 2015. Departamento de psicologia do centro de teologia e ciências humanas, PUC-Rio, Rio de Janeiro-RJ.
- 157 DOS SANTOS, M. M.; GERLACH, K.; DRÜGG, A. M. S. **Psicologia do envelhecimento**. Salão do Conhecimento, v. 1, n. 1, 2015. ISSN 2318-2385.
- 158 HORTA, H. H. L.; DE FARIA, N. A.; FERNANDES, P. A. **Quedas em idosos: assistência de enfermagem na prevenção**. Connection Line, n. 14, 2016. ISSN 1980-7341.

- 159 OLIVEIRA, N. S. et al. **Percepção dos Idosos Sobre o Processo de Envelhecimento.** Id on Line Revista multidisciplinar e de psicologia., v. 8, n. 22, p. 49-83, 2014. ISSN 1981-1179.
- 160 CAMPOS, A. C. V.; FERREIRA, E. F.; VARGAS, A. M. D. **Determinantes do envelhecimento ativo segundo a qualidade de vida e gênero.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 20, n. 7, p. 2221-2237, 2015. ISSN 1413-8123.
- 161 MOURA, S. M. S. et al. **Relação entre nutrição de idosos e dentição: Revisão de Literatura.** Jornal Interdisciplinar de Biociências, v. 1, n. 1, p. 5-8, 2015. ISSN 2448-0002.
- 162 DA SILVA, N. N.; RONCALLI, A. G. **Plano amostral, ponderacao e efeitos do delineamento da Pesquisa Nacional de Saude Bucal.** Revista de Saúde Pública, v. 47, n. suppl. 3, p. 3-11, 2013. ISSN 1518-8787.
- 163 KUWAE, C. A. et al. **Concepções de alimentação saudável entre idosos na Universidade Aberta da Terceira Idade da UERJ: normas nutricionais, normas do corpo e normas do cotidiano.** Rev. bras. geriatr. gerontol, v. 18, n. 3, p. 621-630, 2015. ISSN 1809-9823.
- 164 PEREIRA, J. K.; FIRMO, J. O. A.; GIACOMIN, K. C. **Maneiras de pensar e de agir de idosos frente às questões relativas à funcionalidade/incapacidade.** v. 8, n. Ciência & Saúde Coletiva-Fiocruz, 2014. ISSN 1413-8123.
- 165 ANDRADE, A.; MARTINS, R. **Funcionalidade familiar e qualidade de vida dos idosos.** Millenium, n. 40, p. 185-199, 2016. ISSN 1647-662X.
- 166 JANTSCH, A.; SANTAROSA, L. M. C. **Acessibilidade e usabilidade na TV Digital: interação e aprendizagem para idosos.** I Jornadas Iberoamericanas de Difusión y Capacitación sobre Televisión Digital Interactiva, 2013. p.
- 167 DOMINGUES, M. A. et al. **Revisão sistemática de instrumentos de avaliação de rede de suporte social para idosos.** Kairós. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde. v. 15, p. 333-354, 2012. ISSN 2176-901X.
- 168 EMMEL, M. L. G.; PAGANELLI, L. O.; VALIO, G. T. **Uso do tempo de um grupo de idosos do município de São Carlos (SP), Brasil.** Kairós Gerontologia. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde. v. 18, n. 2, p. 421-442, 2015. ISSN 2176-901X.
- 169 MAIA, C. M. L. et al. **Redes de apoio social e de suporte e envelhecimento ativo.** International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología., v. 1, n. 1, p. 293-306, 2016. ISSN 0214-9877.
- 170 ROCHA, S. A. **Procura espontânea de atendimento por idosos da Estratégia Saúde da Família: análise não linear do comportamento temporal das morbidades.** 2015. Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu-SP.

- 171 SANTOS, W. J. D.; GIACOMIN, K. C.; FIRMO, J. O. A. **Avaliação da tecnologia das relações de cuidado nos serviços em saúde: percepção dos idosos inseridos na Estratégia Saúde da Família em Bambuí, Brasil.** *Ciência e Saúde Coletiva.*, 2014. ISSN 1413-8123.
- 172 AREOSA, S. C.; BENITEZ, L. B.; WICHMANN, F. M. A. **Relações familiares e o convívio social entre idosos.** *Textos & Contextos (Porto Alegre)*, v. 11, n. 1, p. 184-192, 2012. ISSN 1677-9509.
- 173 PAUL, C.; RIBEIRO, O. **Predicting loneliness in old people living in the community.** *Reviews in Clinical Gerontology*, v. 19, n. 01, p. 53-60, 2009. ISSN 1469-9036.
- 174 BARRA, D. C. C.; SASSO, G. T. M. D. **Processo de enfermagem conforme a classificação internacional para as práticas de enfermagem: uma revisão integrativa.** *Texto and Contexto Enfermagem*, v. 21, n. 2, p. 440, 2012. ISSN 0104-0707.
- 175 LUNNEY, M. **Uso do pensamento crítico para o alcance de resultados positivos de saúde.** *Artmed.* 2011. 25-55
- 176 TASCA, R. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate.** In: (Ed.). *Navegadorsus: OPAS*, 2011. ISBN 8579670659.
- 177 PRODANOV, C. C.; DE FREITAS, E. C. **Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico-2ª Edição.** Editora Feevale, 2013. ISBN 8577171582.
- 178 GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. **Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines.** *Journal of clinical epidemiology*, v. 46, n. 12, p. 1417-1432, 1993. ISSN 0895-4356.

ANEXOS E APÊNDICES

ANEXO 1: Parecer do CEP.



PARECER COM SUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DA ESCALA DE REDE SOCIAL (LSNS-18) PARA O PORTUGUÊS DO BRASIL/PORTUGAL

Pesquisador: Crislina Araguy Sena

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 41478915.7.0000.5147

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.139.932

Data da Relatoria: 28/04/2015

Apresentação do Projeto:

Apresentação do projeto está 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 prejuízo pela participação ou pela negação de participação na pesquisa e os benefícios esperados estão adequadamente descritos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

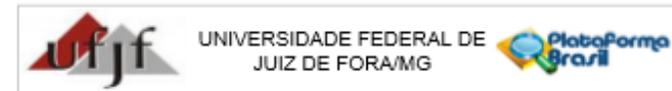
O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com 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 concordância com a realização da pesquisa, assinada pelo responsável da instituição onde será

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Dado: SAO PEDRO **CCP:** 35.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.proposq@ufjf.edu.br

Página 01 de 02



Continuação do Parecer: 1.139.932

realizada a pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa.

Recomendações:

Acrescentar no TCLE, o pesquisador responsável pela condução da pesquisa em Coimbra/ Portugal e o respectivo endereço.

Condições ou Pendências e Lista de Inadequações:

Possíveis inadequações ou possibilidades de pendência deixam de existir. 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 CNS 001/2013. Data prevista para o término da pesquisa: Outubro de 2017.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais e critério do CEP:

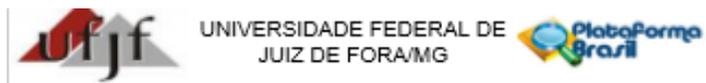
Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao 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, 06 de Julho de 2015

Assinado por:
Franco Ricardo dos Reis Juró
 (Coordenador)

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Dado: SAO PEDRO **CCP:** 35.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.proposq@ufjf.edu.br

Página 02 de 02



PARECER COM SUBSTANCIADO 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: 1.025.421

Data de Relatório: 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:

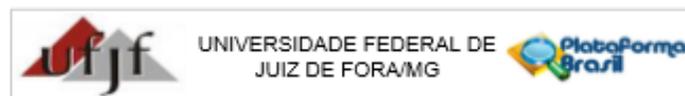
O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com 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: JOSÉ LOURENÇO KELMER S/N
Cidade: SAO PEDRO **CEP:** 35.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br

Página 01 de 02



Continuação do Parecer: 1.025.421

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.

Condições 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 Aprovação da CONEP:

Não

Considerações Finais e 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:
Franco Ricardo dos Reis Justí
 (Coordenador)

Endereço: JOSÉ LOURENÇO KELMER S/N
Cidade: SAO PEDRO **CEP:** 35.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br

Página 02 de 02

ANEXO 2: TCLE para Processo de Tradução, adaptação transcultural e Validação

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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO para pessoas idosas

O(A) Sr.(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa **“TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DA ESCALA DE REDE SOCIAL (LSNS-18) PARA O PORTUGUÊS DO BRASIL”**. Nesta pesquisa pretendemos traduzir, validar e medir como as pessoas com idade ≥ 50 anos usam e interpretam a rede de apoio para vivenciarem as situações próprias do processo de envelhecimento.

O motivo que nos leva a estudar **a presente temática foram**: dispor de uma escala após traduzida e adaptada culturalmente para a língua portuguesa do Brasil para avaliar a convivência e interação de pessoas com idade ≥ 50 anos com as pessoas, amigos e vizinhos.

Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: Caso o(a) Sr(a) se interesse em participar da presente pesquisa, deverá responder as questões propostas, exprimindo sua opinião sobre o conteúdo as pessoas que convive (rede social).

Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em riscos e desconforto mínimos, uma vez que o método e a técnica utilizados durante a coleta de dados (preenchimento individualizado do instrumento de coleta de dados) e o processamento e divulgação dos resultados não modificará a forma de viver do participante além de termos o cuidado de tratar os resultados com anonimato e participação voluntária. Cabe mencionar que foi previsto abordagens éticas e utilização de estratégias comunicacionais e interacionais para minimizar possíveis danos. Caso seja comprovada danos decorrentes exclusivamente desta investigação está previsto indenização. A pesquisa contribuirá para a possibilidade de dispor de instrumento capaz de mensurar e subsidiar investigações e comparar resultados com outras realidades internacionais sobre a rede social das pessoas.

Para participar deste estudo o(a) Sr. (a) não terá nenhum benefício 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. O (a) Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo 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. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr. (a) é atendido (a) pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O (a) Sr (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar desta investigação. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida ao Sr. (a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável, Profa. Dra Cristina Arreguy-Sena, por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa **“TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DA ESCALA DE REDE SOCIAL (LSNS-18) PARA O PORTUGUÊS DO BRASIL”**, 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 via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 20 _____.

Nome do participante e Assinatura

Pesquisadora responsável: Cristina Arreguy-Sena. Endereço: Rua Olegário Maciel, 1716, apto 204 Paineiras, CEP:36016011. Juiz de Fora MG.Fone:(32)3216.2532 E-mail: cristina.arreguy@ufjf.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@ufjf.edu.br

ANEXO 3: TCLE para Processo de Tradução, adaptação transcultural e Validação

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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO para participantes da tradução, adaptação transcultural e Validação

O(A) Sr.(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa **“TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DA ESCALA DE REDE SOCIAL (LSNS-18) PARA O PORTUGUÊS DO BRASIL”**. Nesta pesquisa pretendemos traduzir, validar e medir como as pessoas com idade ≥ 50 anos usam e interpretam a rede de apoio para vivenciarem as situações próprias do processo de envelhecimento.

O motivo que nos leva a estudar **a presente temática foram**: dispor de uma escala após traduzida e adaptada culturalmente para a língua portuguesa do Brasil para avaliar a convivência e interação de pessoas com idade ≥ 50 anos com as pessoas, amigos e vizinhos.

Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: Caso o(a) Sr(a) se interesse em participar da presente pesquisa, deverá participar do processo de tradução/retradução, adaptação cultural e validação e a sua participação consistirá em dar sua opinião sobre o quanto a tradução/retradução da referida escala da língua inglesa (origem) está adequada/compreensível para o português do Brasil.

Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em riscos e desconforto mínimos, uma vez que o método e a técnica utilizados durante a coleta de dados (preenchimento individualizado do instrumento de coleta de dados) e o processamento e divulgação dos resultados não modificará a forma de viver do participante além de termos o cuidado de tratar os resultados com anonimato e participação voluntária. Cabe mencionar que foi previsto abordagens éticas e utilização de estratégias comunicacionais e interacionais para minimizar possíveis danos. Caso seja comprovada danos decorrentes exclusivamente desta investigação está previsto indenização. A pesquisa contribuirá para a possibilidade de dispor de instrumento capaz de mensurar e subsidiar investigações e comparar resultados com outras realidades internacionais sobre a rede social das pessoas.

Para participar deste estudo o (a) Sr.(a) não terá nenhum benefício nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito a indenização. O (a) Sr.(a) terá o esclarecimento sobre o estudo 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. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr.(a) é atendido(a) pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O(a) Sr.(a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar desta investigação. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida ao Sr.(a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável, Profa. Dra Cristina Arreguy-Sena, por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa **“TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DA ESCALA DE REDE SOCIAL (LSNS-18) PARA O PORTUGUÊS DO BRASIL”**, 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 via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 20 _____.

Nome do participante e Assinatura

Pesquisadora responsável: Cristina Arreguy-Sena. Endereço: Rua Olegário Maciel, 1716, apto 204 Paineiras, CEP:36016011. Juiz de Fora MG.Fone:(32)3216.2532 E-mail: cristina.arreguy@ufjf.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@ufjf.edu.br

ANEXO 4: MODELO DE INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS destinado aos peritos tradutores e retrodutores, profissionais de saúde e linguísticas para subsidiar o processo de tradução e adaptação transcultural da escala *Lubben Social Network Scale-18 (LSNS-18)* do inglês para o português do Brasil^{19; 20; 178}.

1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA (abordagem quantitativa)		
Gênero: <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> feminino	Idade:	Código do participante:
Formação Escolar Básica na língua em que foi alfabetizada:		
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)	Profissão:	Ocupação:
CARACTERIZAÇÃO DE PERICIDADE PARA TRADUÇÃO E RETRADUÇÃO e INTEGRAÇÃO DO COMITÊ DE ESPECIALISTAS		
LÍNGUA INGLESA:		
Formação em inglês: <input type="checkbox"/> nativa: língua paterna <input type="checkbox"/> nativa: língua paterna <input type="checkbox"/> nativa: língua paterna e maternal <input type="checkbox"/> nativa de país com língua irmã <input type="checkbox"/> estudo em nível avançado na língua <input type="checkbox"/> Especificar		
<input type="checkbox"/> outras especificar:		
Contato com o inglês:		
<input type="checkbox"/> morou em país que fala a língua por: <input type="checkbox"/> 6 meses <input type="checkbox"/> 12 meses <input type="checkbox"/> mais 12 meses		
<input type="checkbox"/> morou em país que fala a língua irmã por: <input type="checkbox"/> 6 meses <input type="checkbox"/> 12 meses <input type="checkbox"/> mais 12 meses		
<input type="checkbox"/> mantém contato com pessoal, profissional com pessoas do idioma com a frequência de: <input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> raramente		
<input type="checkbox"/> ocasionalmente <input type="checkbox"/> frequentemente <input type="checkbox"/> sempre		
<input type="checkbox"/> Leciona usando o idioma inglês para alunos do ensino: <input type="checkbox"/> fundamental <input type="checkbox"/> médio <input type="checkbox"/> superior pelo tempo de (em anos):		
Tipo de atividade que exercer na língua inglesa:		
Tradução com ganhos financeiros (profissional ou freelancer): <input type="checkbox"/> raramente <input type="checkbox"/> ocasionais <input type="checkbox"/> frequentes <input type="checkbox"/> sempre		
Tradução sem ganhos financeiros: <input type="checkbox"/> raramente <input type="checkbox"/> ocasionais <input type="checkbox"/> frequentes <input type="checkbox"/> sempre		
Elaboração de trabalho científico: <input type="checkbox"/> raramente <input type="checkbox"/> ocasionais <input type="checkbox"/> frequentes <input type="checkbox"/> sempre		
Elaboração de parecer de trabalho científico: <input type="checkbox"/> raramente <input type="checkbox"/> ocasionais <input type="checkbox"/> frequentes <input type="checkbox"/> sempre		
Leitura de texto na língua: <input type="checkbox"/> raramente <input type="checkbox"/> ocasionais <input type="checkbox"/> frequentes <input type="checkbox"/> sempre		
CONTATO COM O PORTUGUES DO BRASIL		
Formação em português Do Brasil: <input type="checkbox"/> nativa: língua paterna <input type="checkbox"/> nativa: língua paterna <input type="checkbox"/> nativa: língua paterna e maternal <input type="checkbox"/> nativa de país com língua irmã <input type="checkbox"/> estudo em nível avançado na língua <input type="checkbox"/> outras especificar:		
Contato com o português do Brasil:		
<input type="checkbox"/> morou em país que fala a língua por: <input type="checkbox"/> 6 meses <input type="checkbox"/> 12 meses <input type="checkbox"/> mais 12 meses		
<input type="checkbox"/> morou em país que fala a língua irmã por: <input type="checkbox"/> 6 meses <input type="checkbox"/> 12 meses <input type="checkbox"/> mais 12 meses		
<input type="checkbox"/> mantém contato c/pessoa outro idioma na frequência de: <input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> raramente <input type="checkbox"/> ocasionalmente <input type="checkbox"/> frequentemente		
<input type="checkbox"/> sempre		
<input type="checkbox"/> Leciona usando o idioma inglês para alunos do ensino: <input type="checkbox"/> fundamental <input type="checkbox"/> médio <input type="checkbox"/> superior pelo tempo de (em anos):		
Tradução com ganhos financeiros (profissional ou freelance): <input type="checkbox"/> raramente <input type="checkbox"/> ocasionais <input type="checkbox"/> frequentes <input type="checkbox"/> sempre		
Tradução sem ganhos financeiros: <input type="checkbox"/> raramente <input type="checkbox"/> ocasionais <input type="checkbox"/> frequentes <input type="checkbox"/> sempre		
Elaboração de trabalho científico: <input type="checkbox"/> raramente <input type="checkbox"/> ocasionais <input type="checkbox"/> frequentes <input type="checkbox"/> sempre		
Elaboração de parecer de trabalho científico: <input type="checkbox"/> raramente <input type="checkbox"/> ocasionais <input type="checkbox"/> frequentes <input type="checkbox"/> sempre		
Leitura de texto na língua: <input type="checkbox"/> raramente <input type="checkbox"/> ocasionais <input type="checkbox"/> frequentes <input type="checkbox"/> sempre		

ANEXO 5: Modelos de Impressos para viabilizar o processo de tradução e retradução e elaboração da versão final para a língua português do Brasil^{19; 20; 178.}

PROCESSO DE TRADUÇÃO E RETRADUÇÃO		
Instrumento de registro de processo de tradução inicial (T1 + T2)		
Prezado(a) Sr(a) tradutor(a), este instrumento possui a finalidade de documentar o processo de tradução da escala Lubben Social Network Scale-18 (LSNS-18) do inglês para o Português do Brasil. Preencha o campo observações, quando necessário.		
Score original em inglês e definições operacionais	Tradução para o português	Obs
1. How many relatives do you see or hear from at least once a month?		
2. How often do you see or hear from relative with whom you have the most contact?		
3. How many relatives do you feel at ease with that you can talk about private matters?		
4. How many relatives do you feel close to such that you could call on them for help?		
5. When one of your relatives has an important decision to make, how often do they talk to you about it?		
6. How often is one of your relatives available for you to talk to when you have an important decision to make?		
7. How many of your neighbors do you see or hear from at least once a month?		
8. How often do you see or hear from the neighbor with whom you have the most contact?		
9. How many neighbors do you feel at ease with that you can talk about private matters?		
10. How many neighbors do you feel close to such that you could call on them for help?		
11. When one of your neighbors has an important decision to make, how often do they talk to you about it?		
12. How often is one of your neighbors available for you to talk to when you have an important decision to make?		
13. How many of your friends do you see or hear from at least once a month?		
14. How often do you see or hear from the friend with whom you have the most contact?		
15. How many friends do you feel at ease with that you can talk about private matters?		
16. How many friends do you feel close to such that you could call on them for help?		
17. When one of your friends has an important decision to make, how often do they talk to you about it?		
18. How often is one of your friends available for you to talk to when you have an important decision to make?		
Observações adicionais		

Tradutor 1: Tradutor 2:

Modelos de Impressos para processo de revisão do Comitê de Juízes especialistas^{19; 20; 178.}

Instrumento de registro do processo de revisão do Comitê de Juízes especialistas				
Prezado(a) especialistas, este instrumento possui a finalidade de documentar o processo de revisão da escala LSNS-18 traduzida pelos Comitê de Juízes especialistas. Portanto pedimos que preencha obrigatoriamente os itens “Equivalência semântica” e “versão pré-final”.				
Score original em inglês	T1-2	T1-2	Equivalência semântica	Versão pré-final
1. How many relatives do you see or hear from at least once a month?			<input type="checkbox"/> exatamente o mesmo significado <input type="checkbox"/> quase o mesmo significado <input type="checkbox"/> significado diferente	
2. How often do you see or hear from relative with whom you have the most contact?			<input type="checkbox"/> exatamente o mesmo significado <input type="checkbox"/> quase o mesmo significado <input type="checkbox"/> significado diferente	
3. How many relatives do you feel at ease with that you can talk about private matters?			<input type="checkbox"/> exatamente o mesmo significado <input type="checkbox"/> quase o mesmo significado <input type="checkbox"/> significado diferente	
4. How many relatives do you feel close to such that you could call on them for help?			<input type="checkbox"/> exatamente o mesmo significado <input type="checkbox"/> quase o mesmo significado <input type="checkbox"/> significado diferente	
5. When one of your relatives has an important decision to make, how often do they talk to you about it?			<input type="checkbox"/> exatamente o mesmo significado <input type="checkbox"/> quase o mesmo significado <input type="checkbox"/> significado diferente	
6. How often is one of your relatives available for you to talk to when you have an important decision to make?			<input type="checkbox"/> exatamente o mesmo significado <input type="checkbox"/> quase o mesmo significado <input type="checkbox"/> significado diferente	
7. How many of your neighbors do you see or hear from at least once a month?			<input type="checkbox"/> exatamente o mesmo significado <input type="checkbox"/> quase o mesmo significado <input type="checkbox"/> significado diferente	
8. How often do you see or hear from the neighbor with whom you have the most contact?			<input type="checkbox"/> exatamente o mesmo significado <input type="checkbox"/> quase o mesmo significado <input type="checkbox"/> significado diferente	
9. How many neighbors do you feel at ease with that you can talk about private matters?			<input type="checkbox"/> exatamente o mesmo significado <input type="checkbox"/> quase o mesmo significado	

			<input type="checkbox"/> significado diferente	
10. How many neighbors do you feel close to such that you could call on them for help?			<input type="checkbox"/> exatamente o mesmo significado <input type="checkbox"/> quase o mesmo significado <input type="checkbox"/> significado diferente	
11. When one of your neighbors has an important decision to make, how often do they talk to you about it?			<input type="checkbox"/> exatamente o mesmo significado <input type="checkbox"/> quase o mesmo significado <input type="checkbox"/> significado diferente	
12. How often is one of your neighbors available for you to talk to when you have an important decision to make?			<input type="checkbox"/> exatamente o mesmo significado <input type="checkbox"/> quase o mesmo significado <input type="checkbox"/> significado diferente	
13. How many of your friends do you see or hear from at least once a month?			<input type="checkbox"/> exatamente o mesmo significado <input type="checkbox"/> quase o mesmo significado <input type="checkbox"/> significado diferente	
14. How often do you see or hear from the friend with whom you have the most contact?			<input type="checkbox"/> exatamente o mesmo significado <input type="checkbox"/> quase o mesmo significado <input type="checkbox"/> significado diferente	
15. How many friends do you feel at ease with that you can talk about private matters?			<input type="checkbox"/> exatamente o mesmo significado <input type="checkbox"/> quase o mesmo significado <input type="checkbox"/> significado diferente	
16. How many friends do you feel close to such that you could call on them for help?			<input type="checkbox"/> exatamente o mesmo significado <input type="checkbox"/> quase o mesmo significado <input type="checkbox"/> significado diferente	
17. When one of your friends has an important decision to make, how often do they talk to you about it?			<input type="checkbox"/> exatamente o mesmo significado <input type="checkbox"/> quase o mesmo significado <input type="checkbox"/> significado diferente	
18. How often is one of your friends available for you to talk to when you have an important decision to make?			<input type="checkbox"/> exatamente o mesmo significado <input type="checkbox"/> quase o mesmo significado <input type="checkbox"/> significado diferente	
Observações adicionais				

Nomes: _____ Data: _____ / _____ / _____

Modelos de Impressos para viabilizar o processo de tradução e retradução e elaboração da versão final para a língua português do Brasil^{19; 20; 178.}

Instrumento de registro do processo de revisão do Comitê Duplo de Juízes com especialistas e Leigos

Prezado(a) especialistas, este instrumento possui a finalidade de documentar o processo de revisão da escala **Lubben Social Network Scale-18 (LSNS-18)** traduzido pelos Comitê de Juízes especialistas. Portanto pedimos que preencha obrigatoriamente os itens “Equivalência semântica” e “versão pré final”.

Score original em inglês (não mostrar)	Versão pré-final	Equivalência semântica	Reconciliação especialistas	Reconciliação Leigos
1. How many relatives do you see or hear from at least once a month?		<input type="checkbox"/> não compreendo <input type="checkbox"/> tenho dificuldade p/compreender parte <input type="checkbox"/> compreendo <input type="checkbox"/> compreendo parcialmente <input type="checkbox"/> compreendo totalmente		
2. How often do you see or hear from relative with whom you have the most contact?		<input type="checkbox"/> não compreendo <input type="checkbox"/> tenho dificuldade p/compreender parte <input type="checkbox"/> compreendo <input type="checkbox"/> compreendo parcialmente <input type="checkbox"/> compreendo totalmente		
3. How many relatives do you feel at ease with that you can talk about private matters?		<input type="checkbox"/> não compreendo <input type="checkbox"/> tenho dificuldade p/compreender parte <input type="checkbox"/> compreendo <input type="checkbox"/> compreendo parcialmente <input type="checkbox"/> compreendo totalmente		
4. How many relatives do you feel close to such that you could call on them for help?		<input type="checkbox"/> não compreendo <input type="checkbox"/> tenho dificuldade p/compreender parte <input type="checkbox"/> compreendo <input type="checkbox"/> compreendo parcialmente <input type="checkbox"/> compreendo totalmente		
5. When one of your relatives has an important decision to make, how often do they talk to you about it?		<input type="checkbox"/> não compreendo <input type="checkbox"/> tenho dificuldade p/compreender parte <input type="checkbox"/> compreendo <input type="checkbox"/> compreendo parcialmente <input type="checkbox"/> compreendo totalmente		

6. How often is one of your relatives available for you to talk to when you have an important decision to make?		<input type="checkbox"/> não compreendo <input type="checkbox"/> tenho dificuldade p/compreender parte <input type="checkbox"/> compreendo <input type="checkbox"/> compreendo parcialmente <input type="checkbox"/> compreendo totalmente		
7. How many of your neighbors do you see or hear from at least once a month?		<input type="checkbox"/> não compreendo <input type="checkbox"/> tenho dificuldade p/compreender parte <input type="checkbox"/> compreendo <input type="checkbox"/> compreendo parcialmente <input type="checkbox"/> compreendo totalmente		
8. How often do you see or hear from the neighbor with whom you have the most contact?		<input type="checkbox"/> não compreendo <input type="checkbox"/> tenho dificuldade p/compreender parte <input type="checkbox"/> compreendo <input type="checkbox"/> compreendo parcialmente <input type="checkbox"/> compreendo totalmente		
9. How many neighbors do you feel at ease with that you can talk about private matters?		<input type="checkbox"/> não compreendo <input type="checkbox"/> tenho dificuldade p/compreender parte <input type="checkbox"/> compreendo <input type="checkbox"/> compreendo parcialmente <input type="checkbox"/> compreendo totalmente		
10. How many neighbors do you feel close to such that you could call on them for help?		<input type="checkbox"/> não compreendo <input type="checkbox"/> tenho dificuldade p/compreender parte <input type="checkbox"/> compreendo <input type="checkbox"/> compreendo parcialmente <input type="checkbox"/> compreendo totalmente		
11. When one of your neighbors has an important decision to make, how often do they talk to you about it?		<input type="checkbox"/> não compreendo <input type="checkbox"/> tenho dificuldade p/compreender parte <input type="checkbox"/> compreendo <input type="checkbox"/> compreendo parcialmente <input type="checkbox"/> compreendo totalmente		
12. How often is one of your neighbors available for you to talk to when you have an important decision to make?		<input type="checkbox"/> não compreendo <input type="checkbox"/> tenho dificuldade p/compreender parte <input type="checkbox"/> compreendo		

		<input type="checkbox"/> compreendo parcialmente <input type="checkbox"/> compreendo totalmente		
13. How many of your friends do you see or hear from at least once a month?		<input type="checkbox"/> não compreendo <input type="checkbox"/> tenho dificuldade p/compreender parte <input type="checkbox"/> compreendo <input type="checkbox"/> compreendo parcialmente <input type="checkbox"/> compreendo totalmente		
14. How often do you see or hear from the friend with whom you have the most contact?		<input type="checkbox"/> não compreendo <input type="checkbox"/> tenho dificuldade p/compreender parte <input type="checkbox"/> compreendo <input type="checkbox"/> compreendo parcialmente <input type="checkbox"/> compreendo totalmente		
15. How many friends do you feel at ease with that you can talk about private matters?		<input type="checkbox"/> não compreendo <input type="checkbox"/> tenho dificuldade p/compreender parte <input type="checkbox"/> compreendo <input type="checkbox"/> compreendo parcialmente <input type="checkbox"/> compreendo totalmente		
16. How many friends do you feel close to such that you could call on them for help?		<input type="checkbox"/> não compreendo <input type="checkbox"/> tenho dificuldade p/compreender parte <input type="checkbox"/> compreendo <input type="checkbox"/> compreendo parcialmente <input type="checkbox"/> compreendo totalmente		
17. When one of your friends has an important decision to make, how often do they talk to you about it?		<input type="checkbox"/> não compreendo <input type="checkbox"/> tenho dificuldade p/compreender parte <input type="checkbox"/> compreendo <input type="checkbox"/> compreendo parcialmente <input type="checkbox"/> compreendo totalmente		
18. How often is one of your friends available for you to talk to when you have an important decision to make?		<input type="checkbox"/> não compreendo <input type="checkbox"/> tenho dificuldade p/compreender parte <input type="checkbox"/> compreendo <input type="checkbox"/> compreendo parcialmente <input type="checkbox"/> compreendo totalmente		

Nome: _____ Data: _____ / _____ / _____

Modelos de Impressos para viabilizar o processo de tradução e retradução e elaboração da versão final para a língua português do Brasil^{19; 20; 178}.

Instrumento de avaliação do processo de testagem da versão pré-final

AVALIAÇÃO DA CLAREZA DAS VARIÁVEIS

Prezado(a) Sr(a) trabalhador da saúde, este instrumento possui a finalidade de documentar o processo de testagem da versão pré-final da escala LUBBEN-18 traduzida com o intuito de avaliar a clareza das variáveis. Portanto, pedimos que preencha com apenas uma resposta cada item (1=nada claro; 2=pouco claro; 3=claro; 4=muito claro e 5=totalmente claro), demonstrando seu entendimento com relação ao escore.

Variáveis	Nada claro	Pouco claro	claro	Muito claro	Totalmente claro
1. How many relatives do you see or hear from at least once a month?					
2. How often do you see or hear from relative with whom you have the most contact?					
3. How many relatives do you feel at ease with that you can talk about private matters?					
4. How many relatives do you feel close to such that you could call on them for help?					
5. When one of your relatives has an important decision to make, how often do they talk to you about it?					
6. How often is one of your relatives available for you to talk to when you have an important decision to make?					
7. How many of your neighbors do you see or hear from at least once a month?					
8. How often do you see or hear from the neighbor with whom you have the most contact?					
9. How many neighbors do you feel at ease with that you can talk about private matters?					
10. How many neighbors do you feel close to such that you could call on them for help?					
11. When one of your neighbors has an important decision to make, how often do they talk to you about it?					
12. How often is one of your neighbors available for you to talk to when you have an important decision to make?					
13. How many of your friends do you see or hear from at least once a month?					
14. How often do you see or hear from the friend with whom you have the most contact?					
15. How many friends do you feel at ease with that you can talk about private matters?					
16. How many friends do you feel close to such that you could call on them for help?					
17. When one of your friends has an important decision to make, how often do they talk to you about it?					
18. How often is one of your friends available for you to talk to when you have an important decision to make?					
Observações					

P1: P 2: P 3: P 4: P 5:

Nome: _____ Data: ____ / ____ / ____

ANEXOS

ANEXO 6: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (pessoas com 65 anos ou mais)**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO para pessoas com idade ≥ 65 anos**

O(a) Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa intitulada: “**VULNERABILIDADE DECORRENTES DO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL PARA DEMANDAS DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**” que objetiva: que objetiva: analisar qual é a forma como as pessoas vêm, interpretam o processo de envelhecimento, a ajuda que podem contar nesta fase e ajudar à Enfermagem a construir uma forma de auxiliá-lo (a) usando seu conhecimento.

O **motivo que nos leva a estudar este assunto** baseia-se na intenção de identificar se as políticas públicas e os serviços atendem as situações próprias que surgem entre pessoas que tem idade ≥65 anos de idade, quais as condições em que usa redes de apoio e quais situações de risco a que está exposto(a).

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 65 anos de idade, ou seja, vivenciar a o processo de envelhecimento humano. 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 seja identificado e comprovado 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 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 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 será liberado sem a sua permissão. O(a) Sr. (a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar.

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 a outra via deste termo será fornecida ao senhor(a). Após este tempo toda a documentação será destruída. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de anonimato, atendendo a legislação brasileira (Resolução N° 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 “**VULNERABILIDADE 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 se assim o desejar. Declaro que concordo em participar. Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 20 _____.

Nome do participante	Assinatura
Assinatura	Pesquisadora 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, 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	

ANEXO 7: Escala de Satisfação do suporte social (ESSS).

SATISFAÇÃO SOCIAL (ESSS)					
A seguir vai encontrar várias afirmações, seguidas de cinco letras. Marque um círculo à volta da letra que melhor qualifica a sua forma de pensar. Por exemplo, na primeira afirmação, se você pensa quase sempre que por vezes se sente só no mundo e sem apoio, deverá assinalar a letra a , se acha que nunca pensa isso deverá marcar a letra e .					
	Concordo totalmente	Concordo na maior parte	Não concordo nem discordo	Discordo na maior parte	Discordo totalmente
1-Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	1	2	3	4	5
2-Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria	1	2	3	4	5
3-Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria	1	2	3	4	5
4-Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer	5	4	3	2	1
5-Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer	5	4	3	2	1
6-Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas	1	2	3	4	5
7-Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam	1	2	3	4	5
8-Gostava de participar mais em actividades de organizações (p.ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)	1	2	3	4	5
9-Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família	5	4	3	2	1
10-Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família	5	4	3	2	1
11-Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	5	4	3	2	1
12-Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	5	4	3	2	1
13-Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	5	4	3	2	1
14-Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	5	4	3	2	1
15-Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	5	4	3	2	1
A escala de satisfação com o suporte social possui 15 itens distribuídos em quadro dimensões (satisfação com amigos- AS; intimidade- IN; satisfação com família- SF; atividade social – AS) cujo escore varia de 15 e 75 e a nota mais alta corresponde uma percepção de maior suporte social.					

APÊNDICE 1: Instrumento de coleta de dados utilizado na Etapa Qualitativa da representação Social com abordagem estrutural.

Caracterização sociodemográfica				
Gênero: <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> feminino	Idade:	Código do participante:	Código da família:	
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				
Tem filhos: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qtos		Religião: <input type="checkbox"/> católica <input type="checkbox"/> protestante/batista/presbiteriana <input type="checkbox"/> espírita <input type="checkbox"/> ubandista <input type="checkbox"/> candoble <input type="checkbox"/>		
Ano de aposentadoria:				
Núcleo central família: <input type="checkbox"/> esposa(o) <input type="checkbox"/> esposo <input type="checkbox"/> pais <input type="checkbox"/> tios <input type="checkbox"/> filhos <input type="checkbox"/> outros especificar:				
TÉCNICA DA EVOCAÇÃO PELA TALPDI				
Mencionar as cinco primeiras palavras que lhe veem à mente quando os termos indutores a seguir são mencionados				
envelhecer	Envelhecer bem	Precisar de alguma coisa	Precisar de algum lugar	Precisar de alguém
1-	1-	1-	1-	1-
2-	2-	2-	2-	2-
3-	3-	3-	3-	3-
4-	4-	4-	4-	4-
5-	5-	5-	5-	5-

APÊNDICE 2: Modelo de diário de campo para percepção da rede de apoio.

Conteúdo do diário de campo	Rede apoio
Expressões/ comunicações não verbais, para verbais e extraverbais	Convivência social. Atividade física. Materiais de apoio Lugares que frequenta (casa, recorre à instituição de saúde) Condições de higiene pessoal (cabelos brancos, unhas feitas/aparadas, barba). Roupas (limpas e cheiro agradável) Condições de higiene do ambiente residencial. Símbolos religiosos em sua residência? Convivência - tipo de convivência, relacionamento (des) harmônico.
Impressões da entrevistadora	Impressões da entrevistadora

APÊNDICE 3: Instrumento para subsidiar entrevista na abordagem processual da TRS
(pessoas idade ≥ 65 anos)

ABORDAGEM PROCESSUAL da TRS (entrevista gravada sobre rede de apoio)	
Relacionamento com familiares, amigos, vizinhos, Deus.	
Familiares (origem dessa percepção surgiu no convívio com os familiares?)	Questão norteadora: 1) como é o relacionamento do senhor(a) com seus familiares? 2) O que o senhor(a) sente falta? 3) De quem o Sr(a) conta e confia? 4) Conte um caso que possa exemplificar sobre a família que lhe chamou a atenção ou que o(a) Sr(a) lembra como sendo importante 5) Quais as características de uma família?
Amigos (origem dessa percepção surgiu no convívio com os amigos?)	Questão norteadora: 1) como é o relacionamento do senhor(a) com seus amigos? 2) O que o senhor(a) sente falta? 3) De quem o Sr(a) conta e confia? 4) Conte um caso que possa exemplificar sobre o(s) amigos que lhe chamou a atenção ou que o(a) Sr(a) lembra como sendo importante 5) Quais as características de um amigos?
Vizinhos (origem dessa percepção surgiu no convívio com os vizinhos?)	Questão norteadora: 1) como é o relacionamento do senhor(a) com seus vizinhos? 2) O que o senhor(a) sente falta? 3) De quem o Sr(a) conta e confia? 4) Conte um caso que possa exemplificar sobre o(s) vizinhos que lhe chamou a atenção ou que o(a) Sr(a) lembra como sendo importante 5) Quais as características de um vizinho?
Lugares que frequenta em seu cotidiano (comércio, passeio, locais religiosos, serviços de saúde)	
Comércio (*) (origem dessa percepção surgiu ao estar no comércio?)	Questões norteadoras: 1) Qual(is) o(s) lugar(es) que o(a) Sr(a) tem o hábito de frequentar? 2) Como o senhor é tratado 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-me um caso que o(a) Sr(a) se lembra ou achou importante sobre lugares (*) que teve.
Passeio ou saídas (origem dessa percepção surgiu por ocasião de alguma saída ou passeio?)	Questões norteadoras: 1) Qual(is) o(s) lugar(es) que o(a) Sr(a) tem o hábito de frequentar? 2) Como o senhor é tratado 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-me um caso que o(a) Sr(a) se lembra ou achou importante sobre lugares
serviços de saúde (origem dessa percepção surgiu no convívio nos serviços de saúde?)	Questões norteadoras: 1) Qual(is) o(s) lugar(es) que o(a) Sr(a) tem o hábito de frequentar? 2) Como o senhor é tratado 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-me um caso que o(a) Sr(a) se lembra ou achou importante sobre lugares
locais religiosos (origem dessa percepção surgiu no convívio com em ambiente religioso?)	Questões norteadoras: 1) Qual(is) o(s) lugar(es) que o(a) Sr(a) tem o hábito de frequentar? 2) Como o senhor é tratado nesse(s) lugar(es)? 3) O que falta no relacionamento com as pessoas nestes lugares? 4) Conte-me um caso que o(a) Sr(a) se lembra ou achou importante sobre lugares

APÊNDICE 4: Autopercepção de saúde.

AUTOPERCEÇÃO DE SAÚDE				
Em relação a saúde, como o senhor(a) se sente comparado às pessoas...				
Que possuem a mesma idade que o senhor(a)?				
<input type="checkbox"/> muito melhor	<input type="checkbox"/> melhor	<input type="checkbox"/> igual	<input type="checkbox"/> pior	<input type="checkbox"/> muito pior
Que são mais jovens que o senhor(a)?				
<input type="checkbox"/> muito melhor	<input type="checkbox"/> melhor	<input type="checkbox"/> igual	<input type="checkbox"/> pior	<input type="checkbox"/> muito pior
Que são mais velhas que o senhor(a)?				
<input type="checkbox"/> muito melhor	<input type="checkbox"/> melhor	<input type="checkbox"/> igual	<input type="checkbox"/> pior	<input type="checkbox"/> muito pior

APÊNDICE 5: Rede de apoio.

REDE DE APOIO								
Pessoas								
Quais os familiares o senhor(a) conta quando precisa de ajuda?								
<input type="checkbox"/> esposo(a) companheiro(a)	<input type="checkbox"/> irmão	<input type="checkbox"/> sobrinho	<input type="checkbox"/> acompanhante	<input type="checkbox"/> tio	<input type="checkbox"/> primo	<input type="checkbox"/> mãe ou pai	<input type="checkbox"/> outros/especificar:	
Quais vizinhos o senhor(a) conta quando precisa de ajuda?								
<input type="checkbox"/> homem	<input type="checkbox"/> mulher	<input type="checkbox"/> mais velho	<input type="checkbox"/> idade semelhante	<input type="checkbox"/> mais novo	outros/especificar:			
Quais amigos o senhor(a) conta quando precisa de ajuda?								
<input type="checkbox"/> homem	<input type="checkbox"/> mulher	<input type="checkbox"/> mais velho	<input type="checkbox"/> idade semelhante	<input type="checkbox"/> mais novo	outros/especificar:			
Quais (des) conhecidos o senhor(a) conta quando precisa de ajuda?								
<input type="checkbox"/> homem	<input type="checkbox"/> mulher	<input type="checkbox"/> mais velho	<input type="checkbox"/> idade semelhante	<input type="checkbox"/> mais novo	outros/especificar			
Lugares								
Onde o senhor(a) vai quando precisa de atendimento de saúde?								
<input type="checkbox"/> pronto socorro	<input type="checkbox"/> UPA	<input type="checkbox"/> ambulatório	<input type="checkbox"/> Hospital público	<input type="checkbox"/> casa pessoa conhecida	<input type="checkbox"/> chama em casa	<input type="checkbox"/> laboratório exames compl.		
<input type="checkbox"/> farmácia	<input type="checkbox"/> APS	<input type="checkbox"/> consultório particular	<input type="checkbox"/> consul. odontológico	<input type="checkbox"/> consul. Outros profissionais saúde	<input type="checkbox"/> Hospital privado	<input type="checkbox"/> homeopatia		
<input type="checkbox"/> atendimento domiciliar particular	<input type="checkbox"/> auto atendimento	<input type="checkbox"/> fisioterapia		<input type="checkbox"/> outros/especificar:				
Você possui plano privado para a assistência à saúde (plano de saúde)? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não								
Onde o senhor(a) vai quando precisa fazer compras?								
<input type="checkbox"/> mercado do bairro	<input type="checkbox"/> feira	<input type="checkbox"/> supermercado	<input type="checkbox"/> padaria	<input type="checkbox"/> açougue	<input type="checkbox"/> shopping	<input type="checkbox"/> comércio centro cidade	<input type="checkbox"/> hipermercado	<input type="checkbox"/> outros/especificar:
Onde o senhor(a) vai quando precisa pegar dinheiro/receber pagamento?								
<input type="checkbox"/> banco	<input type="checkbox"/> lotérica	<input type="checkbox"/> correio	<input type="checkbox"/> parentes		<input type="checkbox"/> outros/especificar:			
Onde o senhor(a) vai pra passear?								
<input type="checkbox"/> local religioso	<input type="checkbox"/> baile/forró	<input type="checkbox"/> casa filhos	<input type="checkbox"/> casa parentes	<input type="checkbox"/> viagem	<input type="checkbox"/> reunião comunidade	<input type="checkbox"/> casa amigos	<input type="checkbox"/> casa vizinhos	<input type="checkbox"/> outros/especificar:
Onde o senhor(a) vai para atender suas necessidades de religião? <input type="checkbox"/> igreja ou templo <input type="checkbox"/> reunião com amigos <input type="checkbox"/> encontros <input type="checkbox"/> outros/especificar:								
Meios de apoio								
O que o senhor(a) usa no dia-a-dia como meio de apoio pessoal ou objeto auxiliar para deslocamento corporal?								
<input type="checkbox"/> bengala	<input type="checkbox"/> andador	<input type="checkbox"/> muleta	<input type="checkbox"/> pessoa	<input type="checkbox"/> Barra de segurança	<input type="checkbox"/> outros/especificar:			
O que o senhor(a) utiliza como meio de transporte para deslocamento?								
<input type="checkbox"/> ônibus/transporte coletivo	<input type="checkbox"/> cadeira de roda	<input type="checkbox"/> bicicleta	<input type="checkbox"/> carro/taxi		<input type="checkbox"/> outros/especificar:			
O que o senhor(a) usa para se comunicar?								
<input type="checkbox"/> telef fixo	<input type="checkbox"/> telef. Celular	<input type="checkbox"/> internet/celular	<input type="checkbox"/> internet/computador	<input type="checkbox"/> conversa pessoal	<input type="checkbox"/> visita pra conversar	<input type="checkbox"/> conversa ambiente social	<input type="checkbox"/> conversa em casa	<input type="checkbox"/> outros/especificar:
Onde o senhor(a) faz as grandes refeições (almoço/jantar)								
<input type="checkbox"/> Em casa	<input type="checkbox"/> Casa filhos	<input type="checkbox"/> Casa parentes	<input type="checkbox"/> restaurante	<input type="checkbox"/> padaria	<input type="checkbox"/> lanchonete	<input type="checkbox"/> outros/especificar:		

APÊNDICE 6: Material proveniente da Retradução da LSNS-18.

Retradução R1	Retradução R2
FAMILY: Considering the people that you have a relationship with since birth, from marriage, adoption, etc.	FAMILY: Considering the people you are related to by birth, marriage or adoption, etc...
1. How many relatives do you meet with or hear from at least once a month?	1. How many relatives do you meet or keep in touch at least once a month?
2. How frequently do you meet with or hear from those that you have contact at least once a month?	2. How often do you meet or keep in touch during a month?
3. How many relatives do you feel comfortable with to talk about intimate matters ?	3. With how many relatives do you feel comfortable enough to talk about private issues ?
4. How many relatives do you feel comfortable with to ask for help?	4. With how many relatives do you feel comfortable enough to ask for help?
5. When one of your relatives has an important decision to make, how often do they talk to you about it?	5. When one of your relatives has to make an important decision, how often they talk to you about it?
6. How frequently one of your relatives is available to talk to when you have an important decision to make?	6. How often are any of your relatives available to talk to you about an important decision you need to make?
NEIGHBORS: Considering the people who live in your neighborhood...	NEIGHBORS: Considering the people who live close to you...
7. How many neighbors do you meet with or how many you hear from at least once a month?	7. How many neighbors do you meet or keep in touch at least once a month?
8. How frequently do you meet with or hear from the neighbors with whom you have the most contact?	8. How often do you meet or talk to the neighbors you have most contact with?
9. How many neighbors do you feel comfortable with to talk about personal matters ?	9. With how many neighbors do you feel comfortable enough to talk about private issues ?
10. How many neighbors do you have enough intimacy with to call them in case of need?	10. With how many neighbors do you feel enough intimacy so you can ask for help in case of need?
11. When one of your neighbors needs to make an important decision, how often do they talk to you about it?	11. When one of your neighbors needs to make an important decision, how often do they talk to you about it?
12. How frequently one of your neighbors is available to talk to when you have an important decision to make?	12. How often a neighbor is available to talk to you about an important decision you need to make?
FRIENDS: Considering your friends who don't live in your neighborhood...	FRIENDS: Considering the friends who don't live in your neighborhood..
13. How many friends do you meet with or how many your hear from at least once a month?	13. How many friends do you meet or keep in touch at least once a month?
14. How frequently do you meet with or hear from the friend with whom you are the most intimately/closely related?	14. How often do you meet or keep in touch during a month with a closest friend?
15. How many friends do you feel comfortable with to talk about personal matters ?	15. With how many friends do you feel comfortable do talk about private issues?
16. How many friends do you feel intimate/close enough to call in case of need?	16. With how many friends do you feel enough intimacy so you can ask for help in case of need?
17. When one of your friends has an importante decision to make, how often do they talk to you about it?	17. When one of your friends needs to make an important decision, how often do they talk to you about it?
18. How frequently one of your friends is available to talk to when you have an importante decision to make?	18. How often a friend is available to talk to you about an important decision you need to make?
the scale of social network has 18 items distributed in three dimensions (relations with family members , friends, and neighbors). The scores vary from 0 to 90.	the social network scale is comprised of 18 items distributed in three dimensions (relationship with family; friends; neighbors). Scores range from 0 to 90.
None	none
Never	never
less than once a month	less than monthly
One	one
Rarely	rarely
once a month	monthly
Two	two
few times per month	a few times a month

sometimes	sometimes
three or four	three or four
Frequently	often
once a week	weekly
from five to eight	from five to eight
very frequently	very often
once a week	a few times a week
from five to eight	nine or more
very frequently	always
few times per week	daily