



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

Luciene Carnevale de Souza

**INCONTINÊNCIA ANAL E DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMAGEM: DETERMINANTES, PREVALÊNCIA E
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS**

Juiz de Fora
Janeiro 2015

Luciene Carnevale de Souza

**INCONTINÊNCIA ANAL E DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMAGEM: DETERMINANTES, PREVALÊNCIA E
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS**

Relatório de Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora como um dos critérios para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Grupo de Pesquisa: Tecnologia, Cultura e Comunicação em Saúde e em Enfermagem (TCCSE).

Linhas: “Processos de 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
Jan/2015**

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

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

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) GPT/BC/UFJF

Souza, Luciene Carnevale

Incontinência Anal e Diagnósticos de Enfermagem: Determinantes,
Prevalência
e Representações Sociais
Sociais

Luciene Carnevale Souza, 2015.

129p. : il.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Juiz
de Fora, Juiz de Fora, 2015.

1. Enfermagem. 2. Incontinência fecal. 3. Envelhecimento. 4. Saúde do
Idoso. 5. Percepção social. 6. Diagnósticos de Enfermagem.

Pesquisa desenvolvida no Núcleo de pesquisa “**Tecnologia, Cultura e Comunicação em Saúde e em Enfermagem**” – TECCSE – UFJF inserida nas linhas: “**Processos de Envelhecimento no *Continuum* do Desenvolvimento Humano**” e “**Cultura e Comunicação em Saúde e em Enfermagem**” e é parte integrante da pesquisa intitulada: “**Capacidade Física, Incontinências e Determinantes do Processo de Envelhecimento em Pessoas acima de 65 anos**” cuja pesquisadora responsável é a Profa. Dra. Cristina Arreguy-Sena (CAAE 09707913.4.0000.5147).

A mestrandia Luciene Carnevale de Souza contou com bolsa da Capes no período de agosto de 2014 a fevereiro de 2015.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSO*
MESTRADO EM ENFERMAGEM
TEL. (32) 2102-3297 – E-MAIL: mestrado.enfermagem@ufjf.edu.br



LUCIENE CARNEVALE DE SOUZA

INCONTINÊNCIA ANAL E DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM: DETERMINANTES, PREVALÊNCIA E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Relatório de Pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, como um dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em: 27 de janeiro de 2015

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Cristina Arreguy-Sena- Orientadora Universidade Federal de Juiz de Fora- FACENF	Assinatura
Profa. Dra. Laura Misue Matsuda Universidade Estadual de Maringá (UEM)	Assinatura
Profa. Dra. Elenir Pereira de Paiva Universidade Federal de Juiz de Fora- FACENF	Assinatura
Suplente externo à Instituição - Prof. Dr. Pedro Miguel Dinis Parreira Escola Superior de Coimbra - Coimbra Portugal	Assinatura
Suplente interno da Instituição- Prof. Dr. Paulo Ferreira Pinto Universidade Federal de Juiz de Fora- FAEFID	Assinatura

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a Deus, a minha mãe pelo amor incondicional, ao meu pai pelo apoio diário, aos meus irmãos pelo carinho e paciência, ao meu noivo pelo amor e cumplicidade, a minha orientadora pela dedicação e pelo cuidado e, em especial, dedico a minha maior bênção, meu filho, meu amor maior, que, mesmo ainda a caminho, ensinou-me o que é AMAR de verdade.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por me permitir lutar pelos meus sonhos.

Agradeço à Universidade Federal de Juiz de Fora, à Faculdade de Enfermagem da UFJF, representada pela diretora, Profa. Dra. Denise Barbosa de Castro Friedrich, o apoio recebido durante a minha trajetória no mestrado.

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* Mestrado em Enfermagem, representado pela Professora Dra. Ana Maria Salimena, a oportunidade da realização do sonho de me tornar mestre.

Agradeço, em especial, a minha orientadora, Professora Dra Cristina Arreguy Sena, o companheirismo, a dedicação, a paciência e por compartilhar seus conhecimentos a fim de me tornar uma profissional e uma pessoa cada vez melhor. Ensinaamentos os quais eu levarei por toda a vida.

Agradeço aos professores da banca, Professora Dra. Laura Misue Matsuda, Professora Dra. Elenir Pereira de Paiva e ao Professor Dr. Paulo Ferreira Pinto, a disponibilidade de ler meu trabalho e as contribuições, que serão muito proveitosas.

Agradeço à Enfermeira Vanderléia Sueli de Barros Zampier o apoio durante a trajetória de coleta de dados.

Agradeço finalmente a todos os usuários participantes da pesquisa que me acolheram com muito afeto em suas residências.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

De forma especial, agradeço aos meus pais, Regina e Evandro, por estarem do meu lado sempre, independentemente de todos os desafios. Foi muito importante saber que eu tinha dois colos para me confortar e me apoiar.

Agradeço a meus irmãos, Janaina, Rodrigo e Daniel, o companheirismo, a compreensão, por muitas vezes lidarem com minhas ansiedades, minhas dificuldades e minhas ausências.

Agradeço ao meu noivo, Klesther, o amor, a paciência e a capacidade de sempre estar do meu lado, mesmo quando tudo parecia perdido.

Agradeço ao meu presente de Deus, meu filho, Gabriel, que virá ao mundo para completar minha vida e encher meus dias de amor e alegria.

Agradeço a minha orientadora, Cristina, que esteve sempre do meu lado, apoiando-me e me passando tudo que havia de melhor.

Agradeço a todas as pessoas, amigas e familiares, que torceram pela minha vitória.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1:	Evolução da pirâmide etária do Japão com projeções para 2050.	13
Gráfico 2:	Distribuição da população brasileira segundo gênero e grupos etários no ano de 2010.	14
Gráfico 3:	Processo de modificação do perfil populacional brasileiro no período de 1940 a 2010 e estimativas para 2040 e 2060.	15
Gráfico 4:	Distribuição da população do Estado de Minas Gerais, segundo gênero e idade.	18
Gráfico 5:	Distribuição da população de Juiz de Fora, segundo gênero e faixa etária em 2012.	18
Gráfico 6:	Pirâmide etária dos 110 participantes segundo idade e gênero.	58

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1:	Fluxograma cronológico das legislações e benefícios para pessoas idosas.	20
Figura 2:	Esquema ilustrativo dos determinantes do processo do envelhecimento propostos por Létourneau <i>apud</i> Guillemard <i>et al.</i> (1995) adaptado por Pinto PF & Fernandes AA para o processo do envelhecimento (Lisboa out/2006) e ajustado por Arreguy e Carnevale (2014) para abordagem da incontinência anal.	31
Figura 3:	Esquema explicativo da teoria de Betty Neuman	36
Figura 4:	Esquema de perdas de participantes no processo de coleta de dados na fase de abordagem quantitativa	45
Figura 5:	Esquema de perdas de participantes no processo de coleta de dados nas abordagens qualitativas	49
Figura 6:	Imagens construídas para aplicação da TALPDI junto a pessoas idosas na abordagem da incontinência anal	51
Figura 7:	Esquema do quadro de quatro casas segundo alocação dos cognemas pela frequência e ordem de evocação	54

LISTA DE TABELAS

Tabela 1:	Distribuição das variáveis sociodemográficas dos 110 participantes.	57
Tabela 2:	Distribuição dos 110 participantes segundo os determinantes econômicos do processo de envelhecimento	59
Tabela 3:	Distribuição das profissões e ocupações dos 110 participantes.	60
Tabela 4:	Frequência dos determinantes familiares na perspectiva da convivência intergeracional.	61
Tabela 5:	Distribuições das razões atribuídas para modificação do núcleo familiar nos últimos cinco anos.	62
Tabela 6:	Associação entre faixa etária e gênero com as situações do cotidiano familiar.	64
Tabela 7:	Fatores intervenientes e avaliação da convivência familiar e intergeracional na perspectiva dos 110 participantes segundo o gênero.	66
Tabela 8:	Variáveis intervenientes sobre a convivência intergeracional com pessoas idosas e respectivo teste de quiquadrado.	67
Tabela 9:	Distribuição da oportunidade de transferência de tradição por meio da convivência Intergeracional e conteúdos.	69
Tabela 10:	Distribuição dos meios de comunicação utilizados pelos participantes	70
Tabela 11:	Ocorrência de doenças previamente diagnosticadas entre os 110 participantes e sistema em que está vinculada.	71
Tabela 12:	Distribuição dos 110 participantes segundo o tipo de medicamentos que consomem.	72
Tabela 13:	Distribuição dos 110 participantes segundo o comportamento interveniente no processo saúde.	74
Tabela 14:	Distribuição dos 110 participantes segundo a procura por atendimento de saúde e engajamento no autocuidado.	75
Tabela 15:	Distribuição dos 110 participantes para o nível de dependência para desenvolverem atividades da vida diária.	77
Tabela 16:	Distribuição dos 110 participantes segundo a história urogenital e gênero.	77
Tabela 17:	Pontuação e variáveis dos componentes da Escala de Wexner (n=110).	78

Tabela 18:	Categorização dos 110 participantes segundo a Escala de Wexner.	79
Tabela 19:	Variáveis e componentes da Escala de incontinência proposta por Sant Mark (n=110).	80
Tabela 20:	Classificação dos 110 participantes segundo escores da escala de St Mark.	81
Tabela 21:	Variáveis e respectivas pontuações da Escala de incontinência FIQL (n=110).	81
Tabela 22:	Variáveis e respectivas pontuações da Escala RFIS (n=110).	85
Tabela 23:	Categorização dos escores obtidos pelos 110 participantes na Escala RFIS.	85
Tabela 24:	Correlação entre os escores obtidos na escala RFIS com as escalas FIQL, St Mark e Wexner	86

LISTA DE QUADROS

Quadro 1:	Quadro de quatro casas contendo cognemas evocados pelos 110 participantes para a expressão indutora “perder fezes/soltar pum.	88
Quadro 2:	Componentes do núcleo central alocados no quadro de quatro casas corroborados pela abordagem processual.	89
Quadro 3:	Componentes da área de contraste alocados no quadro de quatro casas corroborados pela abordagem processual.	91
Quadro 4:	Componentes da primeira periferia alocados no quadro de quatro casas corroborados pela abordagem processual.	92
Quadro 5:	Componentes da segunda periferia alocados no quadro de quatro casas corroborados pela abordagem processual.	93
Quadro 6:	Lista de diagnósticos de enfermagem reais segundo a taxonomia NANDA I inferidos dos resultados da aplicação do método misto.	97
Quadro 7:	Lista de diagnósticos de enfermagem de risco segundo a taxonomia NANDA I inferidos dos resultados da aplicação do método misto	98
Quadro 8 :	Lista de diagnósticos de enfermagem de promoção de saúde e bem-estar segundo a taxonomia NANDA I inferidos dos resultados da aplicação do método misto.	98

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AVD	Atividades da Vida Diária
AIVD	Atividades Instrumentais da Vida diária
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FIQL	<i>Fecal Incontinence Quality of Life</i>
IA	Incontinência Anal
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MMHG	Milímetro de mercúrio
MS	Ministério da Saúde
OME	Ordem Média de Evocação
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNI	Política Nacional do Idoso
RFIS	<i>Revised Fecal Incontinence Score</i>
TALP	Técnica de Associação Livre de Palavras
TALPDI	Técnica de Associação Livre de Palavras desencadeadas por Imagem
TRS	Teoria das Representações Sociais
TRSE	Teoria das Representações Sociais Estrutural
TRSP	Teoria das Representações Sociais Processual
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	1
2	ENQUADRAMENTO DO PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO	3
3	REVISÃO DE LITERATURA	8
3.1	EPIDEMIOLOGIA DO ENVELHECIMENTO	8
3.2	PROCESSO DE ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO MUNDIAL	10
3.3	PROCESSO DE ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO BRASILEIRA	13
3.4	FISIOLOGIA DA (IN)CONTINÊNCIA ANAL	23
4	REFERENCIAL TEÓRICO	27
4.1	TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS (TRS)	27
4.2	ENVELHECIMENTO ATIVO ENQUANTO DIRETRIZ PARA REFLEXÕES SOBRE O CUIDADO DE ENFERMAGEM	30
4.3	O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM E A PADRONIZAÇÃO DA LINGUAGEM DOS PROBLEMAS A SEREM ABORDADOS PELOS ENFERMEIROS	33
5.	OBJETIVOS, HIPOTÉSES E PRESSUPOSTOS	39
5.1	OBJETIVO GERAL	39
5.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	39
5.3	HIPÓTESES E PRESSUPOSTOS	40
6	MÉTODOS E TÉCNICAS	41
6.1	DELINEAMENTO	41
6.2	CENÁRIO DA INVESTIGAÇÃO	41
6.3	ESTRATÉGIAS PARA APROXIMAÇÃO E ABORDAGEM DOS PARTICIPANTES	42
6.4	ABORDAGEM QUANTITATIVA	44
6.4.1	População	45
6.4.2	Instrumento de Coleta de Dados	45
6.4.3	Análise dos dados	48
6.5	ABORDAGEM QUALITATIVA	48
6.5.1	Sujeitos	48
6.5.2	Instrumento de coleta	49
6.5.3	Processo de coleta de dados, tratamento e análise dos dados	49
6.6	6.6 ASPECTOS ÉTICOS	56

7	RESULTADOS E DISCUSSÕES	57
7.1	DETERMINANTES DO PROCESSO DO ENVELHECIMENTO ENTRE OS PARTICIPANTES	56
7.1.1	Determinantes Pessoais	57
7.1.2	Determinantes Econômicos	59
7.1.3	Determinantes Familiares	61
7.1.4	Determinantes Ideológicos e Sociais	69
7.1.5	Determinantes Psicocomunicacionais	70
7.1.6	Determinantes de Saúde	70
7.2	INCONTINÊNCIA ANAL COMO COMPONENTE DAS SÍNDROMES GERIÁTRICAS: INCIDÊNCIA E IMPACTO SOBRE ESTILO DE VIDA	78
7.2.1	Escala de Wexner	78
7.2.2	Escala de Sant Mark	80
7.2.3	<i>Escala Fecal Incontinence Quality Life (FIQL)</i>	81
7.2.4	<i>Escala Reside Faecal Incontinence Scale (RFIS)</i>	84
7.3	REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E SOBRE INCONTINÊNCIA ANAL: ABORDAGEM ESTRUTURAL E PROCESSUAL	87
7.4	INCONTINÊNCIA ANAL E CUIDADOS DE ENFERMAGEM: REFLEXÕES PARA O PROCESSO DE ENFERMAGEM	94
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	100
9	REFERÊNCIAS	103
10	APÊNDICE E ANEXOS	116
Anexo 1	Instrumento de coleta de dados contendo Escalas mensurativas para identificação da incontinência anal (Wexner, St Mark e RFIS) e impacto dela sobre o estilo de vida (FIQL).	
Anexo 2	Instrumento de coleta de dados utilizado na abordagem quantitativa do tipo survey	
Anexo 3	Instrumento de coleta de dados utilizado para a abordagem qualitativa usando a Teoria das Representações sociais na abordagem estrutural (técnica de evocação) e na abordagem processual (técnica de entrevista gravada).	
Anexo 4	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	
Anexo 5	Protocolo de aprovação em Comitê de Ética da UFJF	
Apêndice 1	Tipos e conteúdos das legislações sobre idosos no Brasil	

INCONTINÊNCIA ANAL E DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM: DETERMINANTES, PREVALÊNCIA E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Luciene Carnevale de Souza

Orientadora: Profa. Dra. Cristina Arreguy-Sena

SOUZA, Luciene Carnevale. **Incontinência Anal e Diagnósticos de Enfermagem: Determinantes, Prevalência e Representações Sociais**. Jan/2015. 129p. Juiz de Fora (MG): Mestrado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2015.

RESUMO

Objetivou-se analisar os determinantes do processo de envelhecimento, a prevalência de incontinência anal e as representações sociais que pessoas com idade ≥ 65 anos fazem sobre a incontinência anal com vista a identificar os diagnósticos de enfermagem nesta área em um grupo socialmente contextualizado. Pesquisa delineada no método misto composta por survey e Teoria das Representações Sociais com abordagem estrutural e processual. Participaram pessoas com idade ≥ 65 anos, de ambos os gêneros e moradoras de uma área atendida por uma Unidade de Atenção Primária à Saúde de Minas Gerais. A entrevista individual foi o instrumento de coleta de dados aplicado, contendo: determinantes do envelhecimento, escalas de incontinência de Wexner, St Mark, *Revised Fecal Incontinence Score* (RFIS) e *Fecal Incontinence Quality Life* (FIQL), evocações a partir de termo indutor e entrevista gravada para obter discurso sobre a incontinência anal. Utilizou-se suporte dos programas SPSS®, EVOC® e Nvivo® para consolidação e tratamento dos dados. Atenderam-se todos requisitos éticos e legais de pesquisa envolvendo seres humanos. Participaram 110 pessoas, destes 70,9% possuíam idade entre 65-75 anos; 62,7% eram mulheres; 67,3% eram naturais de cidades mineiras; 49,1% eram casados; 12,7% tinham profissão do lar, 19,1% eram doméstica; 24,5% nunca frequentaram escola e a média de anos de estudo foi de 7,59 anos. Prevalência de 9,9% de incontinência anal em diferentes graus, de acordo com as escalas utilizadas. Entre os determinantes do processo do envelhecimento identificaram-se: famílias numerosas, de baixa renda, presentes no cotidiano dos participantes, com convivência intergeracional, vínculos afetivos e fornecedores de apoio financeiro para o núcleo familiar; com hábitos de assistir à televisão, ouvir rádio, transferir tradição entre o grupo intergeracional; presença de doenças crônico-degenerativas e em uso de carga medicamentosa diária. Na Representação Social Estrutural, os cognemas alocados no núcleo central (cheiro-ruim, vergonha, pior-que-xixi e ruim) retrataram dimensões valorativas de caráter negativo, sendo que os mesmos foram corroborados com fragmentos de discurso dos participantes na abordagem processual da representação social. A reunião de todas as informações subsidiou a identificação de diagnósticos de enfermagem segundo a taxonomia da NANDA I como estando vinculados à respostas dos participantes diante da incontinência anal. Deles 11 são do tipo real, oito de risco e quatro de promoção de saúde. Concluiu-se que o caráter valorativo negativo para a incontinência anal retrata a necessidade de condutas terapêuticas que auxiliem aos participantes a enfrentarem esta síndrome geriátrica com vistas ao envelhecimento ativo. A contribuição desta investigação está no fato de ela: 1) possibilitar a elaboração de um diagnóstico sobre o processo do envelhecimento, a prevalência da incontinência anal em grupo socialmente contextualizado na abordagem de atenção primária à saúde e a identificação de diagnósticos de enfermagem segundo a taxonomia da NANDA I; 2) conhecer as concepções de pessoas com idade ≥ 65 anos sobre uma das síndromes geriátricas que possuem impacto social, econômico, relacional e pessoal no processo de envelhecimento ativo e 3) elencar subsídios para reflexões do profissional enfermeiro para as condutas terapêuticas passíveis de ser operacionalizadas na atenção primária à saúde com vistas a contribuir para que o processo do envelhecimento ocorra com autonomia, saúde, segurança e participação social.

Palavras-chave: Enfermagem. Incontinência fecal. Envelhecimento. Saúde do Idoso. Percepção social. Diagnósticos de Enfermagem.

ANAL INCONTINENCE AND NURSING DIAGNOSIS: DETERMINANTS, PREVALENCE AND SOCIAL REPRESENTATIONS

Luciene Carnevale de Souza
Orientadora: Profa. Dra. Cristina Arreguy-Sena

SOUZA, Luciene Carnevale. **Anal incontinence and Nursing Diagnosis: Determinants, Prevalence and Social Representations** Jan/2015. 129p. Juiz de Fora (MG): Mestrado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2015.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the determinants of the aging process, the prevalence of anal incontinence and social representations that people aged ≥ 65 years are about anal incontinence to identify nursing diagnoses in this area in a socially contextualized group. Research outlined by the mixed method composed by survey and Theory of Social Representations structural and procedural approach. Participated peoples aged with ≥ 65 years, of both genders and residents of an area covered by a unit of Primary Health Care of Minas Gerais. Instrument of Data collection applied by individual interviews containing: Aging determinants, Wexner incontinence scales, St Mark, Fecal Incontinence Score Revised (RFIS) Fecal Incontinence Quality and Life (FIQL), evocations from inductive term and recorded interview for get discourse on anal incontinence. Used statistical support of SPSS, EVOC® and Nvivo® programs for consolidation and processing of data. Catered all legal and ethical requirements for research involving humans. Participated 110 people, with 70.9% aged 65-75 years; 62.7% women; 67.3% was borned in the state of Minas Gerais; 49.1% were married; home of the profession (12.7%), domestic (19.1%), and 24.5% never attended school and the average years of schooling was 7.59 years. Prevalence of anal incontinence was 9.9% in different levels according to the scale used. Among the determinants of the aging process was identified: many low-income families present in the daily lives of participants with intergenerational families, and bonds and with financial support for the family; habits of watching television, listening to the radio and transfer between tradition intergenerational group, presence of chronic degenerative diseases and drug charges in everyday use. Social Representation in the Structural words allocated in the central core (smell-bad, shame, worse-than-pee and bad), portrayed evaluative dimensions of negative character, and they were strengthened with speech fragments of the participants in the procedural approach to representation social. The combination of all the information supported the identification of nursing diagnoses according to the taxonomy NANDA I to be linked to the participants' responses on the anal incontinence. 11 of them are the real kind, eight-four risk of health promotion. It was concluded that the negative evaluative character for anal incontinence portrays the need for therapeutic approaches that help participants to handle such a geriatric syndrome with a view to active aging. The contribution of this research is the fact that it: 1) enable the development of a diagnosis of the aging process, the prevalence of anal incontinence in socially contextualized group in addressing primary health care and to identify nursing diagnoses according to the taxonomy NANDA I; 2) know the conceptions of people aged ≥ 65 years about one of the geriatric syndromes that have effect social, economic, relational and personal in active aging process and 3) to list grants for nursing professional reflections for therapeutic approaches that can be operationalized in primary health care in order to contribute to the aging process to occurs with autonomy, health, safety and social participation.

Palavras-chave: Nursing. Fecal Incontinence. Aging. Health of the Elderly. Social Perception. Nurse Diagnosis.

LA INCONTINENCIA ANAL Y DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: DETERMINANTES, PREVALENCIA Y SOCIAL REPRESENTACIÓN

Luciene Carnevale de Souza

Orientadora: Profa. Dra. Cristina Arreguy-Sena

SOUZA, Luciene Carnevale. La Incontinencia Anal Y **Diagnóstico de Enfermería: Determinantes, Prevalencia Y Sociales Representación**. Jan/2015. 129p. Juiz de Fora (MG): Mestrado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2015.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo analizar los determinantes del proceso de envejecimiento, la prevalencia de la incontinencia anal y representaciones sociales que las personas ≥ 65 años de edad son acerca de la incontinencia anal para identificar los diagnósticos de enfermería en esta área en un grupo socialmente contextualizado. Investigación delineado el método mixto compone Survey y Teoría de las Representaciones Sociales enfoque estructural y procesal. Participaron personas com ≥ 65 años de edad, de la escolarización ambos sexos y residentes de un área cubierta por una unidad de la Atención Primaria de Salud de Minas Gerais. Instrumento de recolección de datos aplicada por entrevistas individuales que contienen: determinantes del envejecimiento, escalas de incontinencia Wexner, San Marcos, la incontinencia fecal Score Revisado (RFIS) Incontinencia fecal Calidad y Vida (FIQL), evocaciones de la escolarización expresión inductiva y entrevista grabada para obtener discurso sobre la incontinencia anal. Soporte estadístico de SPSS, EVOC® y Nvivo® programas de consolidación y tratamiento de datos. Cumplido todos los requisitos legales y éticos para los seres humanos de investigación. Tuvieron 110 personas, con un 70,9 mayores de 65 a 75 años; 62,7% mujeres; 67,3% nacidos en el estado de Minas Gerais; 49.1% casado; tenían profesión do lar (12,7), criada (19,1), y el 24,5% nunca fueron a la escuela y la media de años de la escolarización fue de 7,59. La incidencia de la prevalence anal fue de 9,9% en diferentes niveles de acuerdo con la escala utilizada. Entre los determinantes del proceso de envejecimiento se identificó: muchas familias de bajos ingresos presentes en la vida cotidiana de los participantes con coexistencia intergeneracionales, lazos afectivos y con el apoyo financiero para la familia; hábitos de ver televisión, escuchar la radio y transferencia intergeracional de tradiciones entre grupo, presencia de enfermedades crónico-degenerativas y medicamentos en el uso diario. Representación Social Estructurales en los cognemas asignados en el núcleo central (olor-mal, la vergüenza, peor a la pis y lo malo), retratado dimensiones valorativas de carácter negativo, y se reforzaron con fragmentos del discurso de los participantes en el enfoque Procesual de la Representación Social. La reunión de toda la información apoyó la identificación de los diagnósticos de enfermería según la taxonomía NANDA I a vincularse a las respuestas de los participantes en la incontinencia anal. 11 de ellos son el tipo de bienes, ocho-cuatro el riesgo de promoción de la salud. Se concluyó que el carácter de evaluación negativa para la incontinencia anal retrata la necesidad de enfoques terapéuticos que ayudan a los participantes para manejar un síndrome tales geriátrica con el fin de envejecimiento activo. La contribución de esta investigación es el hecho de que: 1) permitir el desarrollo de un diagnóstico del proceso de envejecimiento, la prevalencia de la incontinencia anal en grupo socialmente contextualizada en el tratamiento de la atención primaria de la salud y para identificar los diagnósticos de enfermería según la taxonomía NANDA I.; 2) conocer la opinión de las personas de ≥ 65 años en uno de los síndromes geriátricos que tienen impacto social, económico, relacional y personal en el proceso de envejecimiento activo y 3) a la lista de las subvenciones para reflexiones de los profesionales enfermeros para aproximaciones terapéuticas que se pueden operacionalizables en la atención primaria de la salud con el fin de contribuir al proceso de envejecimiento se produce con la autonomía, la salud, la seguridad y la participación social.

Palavras-chave: Enfermería. Incontinencia fecal. Envejecimiento. Salud del Anciano. Percepción Social. Diagnóstico de Enfermería.

1 APRESENTAÇÃO

A tendência de inversão da pirâmide populacional brasileira é percebida no cotidiano pelo aumento do número de pessoas em processo de envelhecimento com melhores condições de vida quando comparadas com as gerações anteriores.

Lidar com as particularidades desta fase do ciclo da vida é inevitável, principalmente quando se tem uma população em processo de envelhecimento, quando os núcleos familiares construíram e mantêm sólidos os vínculos intergeracionais e entre pais que fazem a opção por ter seus filhos após se consolidarem profissionalmente.

Embora a concepção de envelhecimento seja processual e haja imprecisão para definir com exatidão quando uma pessoa pode ser considerada envelhecida, pode-se afirmar que as pessoas com 65 anos de idade ou mais convivem com aumento das morbidades, limitações e cargas de medicamentos peculiares ao processo de envelhecimento. Tal fato suscitou uma indagação: como o enfermeiro poderia se inserir no processo de cuidar deste perfil de clientela?

Meu primeiro contato profissional com o cuidado de pessoas em processo de envelhecimento ocorreu na disciplina “Fundamentos de Enfermagem”, no início das atividades da graduação. A possibilidade de realizar o cuidado com esse perfil de pessoas me proporcionou aproximação com pessoas idosas e despertou em mim o interesse por esta clientela. Percebi que o contato com pessoas idosas me proporciona satisfação e me possibilita enriquecimento existencial e profissional.

O segundo contato profissional com pessoas com idade ≥ 60 anos foi no sexto período do curso, na disciplina “Enfermagem Saúde do Adulto e do Idoso”. O compartilhamento e a concepção da fase adulta e seu seguimento ao longo do ciclo da vida me possibilitaram vivenciar o cuidado no processo do envelhecimento contextualizado no contínuo dos anos vividos.

Tive, no sexto período do curso de graduação, a oportunidade de me aproximar de conteúdos teóricos e consegui redimensionar as necessidades provenientes do processo de envelhecimento de forma contextualizada e com aprofundamento.

Ao ingressar no grupo de pesquisa intitulado “Tecnologia, Cultura e Comunicação em Saúde e em Enfermagem” – TECCSE – UFJF e ser inserida nas linhas “Inovações científicas e tecnológicas em saúde e em enfermagem” e “Comunicação e Cultura em saúde e em Enfermagem” no ano 2009, meu contato com a área da Saúde do Idoso se aprofundou ainda mais.

Em 2011, fui coautora do artigo intitulado “Ser idoso e o processo do envelhecimento: saúde percebida”, o que consolidou meu interesse em pesquisar pessoas com 60 anos ou mais denominadas idosas.

Após formada e com um período de dois anos de experiência na prática assistencial de enfermagem, compreendi, então, que a Enfermagem, por ser uma profissão pautada na cientificidade, possui potencialidade de influir no processo saúde/doença, de auxiliar as pessoas, as famílias e a comunidade no enfrentamento de situações de doença, de risco e de promoção da saúde e do bem-estar.

Percebi, enquanto enfermeira, minha responsabilidade no cuidado de pessoas idosas, uma vez que me via inserida no meio delas e rodeada por elas. Em alguns casos, a diferença de poucos anos de idade fazia com que, do ponto de vista da classificação da idade, as pessoas modificassem de categoria sem que houvesse uma distinção nítida em sua forma de ser/viver, de depender ou ter autonomia a ponto de justificar o fato de serem chamadas de idosas.

Compreendi, então, que havia demandas de cuidados vinculadas ao autocuidado, ao contexto domiciliar e às relações interpessoais que adquiriam contornos específicos à medida que os anos passavam e que possuíam manifestações peculiares segundo as características individuais.

Com o olhar aguçado para a percepção dos outros profissionais da área de saúde, dos familiares e das pessoas de outras gerações a respeito da pessoa com mais de 60 anos de idade, pude perceber que o acompanhamento do processo de envelhecimento proporciona a eles a impressão da deterioração progressiva das condições funcionais devido à perda da autonomia e da independência.

As incontinências urinária e anal são frequentes entre pessoas idosas, sendo o surgimento da incontinência anal, em particular, capaz de gerar desconfortos em decorrência das manifestações de odor que influenciam de forma negativa. A maneira como as pessoas com incontinência anal se percebem dificulta sua inserção social a ponto de se isolarem e, em consequência, há o empobrecimento das relações intergeracionais.

Diante do exposto, dirigi meu olhar para um grupo de pessoas idosas que compartilham os determinantes ambientais e socioculturais e, com isso, busquei, na presente investigação, conhecê-las, a ponto de dispor de evidências que identifiquem suas demandas de cuidados.

2 ENQUADRAMENTO DO PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO

A ocorrência da transição demográfica em diferentes estágios e em várias localidades do mundo possibilita prever o crescimento no envelhecimento populacional, remetendo a temática à discussão mundial num enfoque multidimensional e pluricultural⁽¹⁾.

O aumento na longevidade traz repercussões para todas as dimensões da vida daqueles que envelhecem e daqueles que convivem com as pessoas em processo de envelhecimento. De acordo com a literatura, mudanças desse tipo interferem na qualidade dos anos vividos e, por isso, necessitam ser mais bem investigadas⁽²⁾.

A concepção de saúde, enquanto componente da vida relacional, social, emocional, econômica, financeira, ambiental, familiar, física, valorativa, autopercebida entre outras, coexiste com as dimensões do processo do envelhecimento. Desse modo, a repercussão deste entrelaçamento entre vida e saúde representa, do ponto de vista da análise do envelhecimento populacional, demandas de necessidades, serviços, de ações terapêuticas e de concepções da saúde⁽³⁾.

O envelhecimento humano é um processo universal, progressivo, gradual com repercussões multidimensionais e é percebido de maneira diversificada e particular pelos indivíduos, impactando a qualidade dos anos vividos. Em assim sendo, o envelhecimento tende a imprimir caráter de singularidade na forma como é vivido pelos sujeitos.

No Brasil, a definição da entrada no processo do envelhecimento segue o critério cronológico, a partir dos 60 anos de idade, como parâmetro delineador. Fato divergente ocorre entre os países desenvolvidos, nos quais esse marco é postergado para os 65 anos, em virtude dos ganhos obtidos com o processo do desenvolvimento em termos de qualidade de vida assegurada, em acessibilidade aos serviços, recursos de saúde, autonomia e capacidade funcional preservada⁽⁴⁾.

A dificuldade de se definir com precisão o momento em que uma pessoa adentra a fase em que pode ser considerada pertencente ao grupo das pessoas envelhecidas e a diversidade com que se apresenta em relação a outras pessoas com a mesma idade justificam que, na presente investigação, esse seja considerado como um evento processual.

Ao compararmos as gerações nascidas nas décadas de 1930 a 1960, ou seja, que possuem mais de 45 anos de idade, com a geração nascida em nas décadas de 1970 a 1980, é possível identificar que a própria concepção de envelhecimento se modificou ao longo destas

gerações. Se antes uma mulher com 35 anos era considerada balzaquiana, hoje em dia, com a mesma idade, algumas mulheres estão iniciando a fase da maternidade⁽⁵⁾.

Reflexões sobre as projeções da população brasileira com 60 anos de idade ou mais para os anos de 2025 e 2050 têm reiterado a necessidade de união de esforços no âmbito da definição de políticas públicas, de provimento de suporte intergeracional e integração e compartilhamento de experiências com as gerações mais novas. Com isso, busca-se assegurar amparo e estímulo a fim de que o processo do envelhecimento ocorra de forma bem-sucedida a ponto de reduzir as incapacidades funcionais e/ou auxiliar as pessoas a conviverem com as doenças crônico-degenerativas e com a polifarmácia^(3, 6).

No Brasil, a Política Nacional do Idoso (PNI), sancionada em 1994, assegurou legalmente os direitos sociais às pessoas em processo de envelhecimento, aderindo às concepções internacionais que valorizam a autonomia, a integração e a participação efetiva da pessoa idosa na sociedade. O alicerce conceitual desta concepção possibilita reafirmar a saúde como um direito a ser prestado a todos os cidadãos com atenção especial para aqueles com 60 anos ou mais nos diversos níveis de atendimento a ponto de proporcionar condições favoráveis ao alcance da longevidade com qualidade de vida⁽⁷⁾.

A comemoração dos dez anos do Estatuto do Idoso, em 2013, possibilitou reafirmar as concepções mencionadas na PNI, embora a sociedade tenha reconhecido e questionado as lacunas de origem legal, social, financeira e operacional no referido estatuto que são fundamentais à viabilização de uma política capaz de contemplar de forma efetiva as pessoas em fase de envelhecimento⁽⁸⁾.

Mundialmente, há várias maneiras para explicar o processo do envelhecimento. Cada uma das teorias apresentadas para explicá-lo traz um enfoque, havendo concepções que priorizam as alterações genéticas, biológicas, sociais, ambientais, psicológicas, epidemiológicas e culturais para explicar esse processo. Embora o processo de envelhecimento contenha múltiplos determinantes, cada linha teórica dá ênfase a uma justificativa que serve como núcleo, sem que com isso haja a negação das outras dimensões envolvidas em sua dinâmica⁽³⁾. Tal processo remete tanto ao entendimento das habilidades e competências quanto às limitações e restrições⁽³⁾.

Viver o processo do envelhecimento, mantendo a autonomia, a independência, a funcionalidade orgânica e conciliar com autoavaliação positiva da vida, constitui o desafio enfrentado pelas pessoas à medida que os anos se sucedem e que novas necessidades surgem e/ou são percebidas em si.

Por isso, identificar as demandas de apoio necessárias para estruturar e fornecer infraestrutura humana ou material para o autocuidado, quando analisado à luz da inserção do enfermeiro no acompanhamento do processo do envelhecimento, implica buscar informações tais como o grau de (in)dependência/(i)mobilidade e de autonomia/iniciativa para tomar decisões, pois os ambientes com baixo suporte social ou com vínculos intergeracionais ausentes ou frágeis são geradores de vulnerabilidade⁽⁹⁾.

Considerando que a capacidade funcional inclui a preservação de habilidades físicas e mentais necessárias para assegurar uma vida independente e com autonomia, identificar limitações na capacidade funcional equivale a compreender quais são as atividades de autocuidado requeridas num determinado momento da vida; quais atividades uma pessoa consegue realizar; que requisitos necessita para que ela possa se autocuidar e quais demandas terapêuticas são requeridas para que o autocuidado aconteça⁽¹⁾.

Por outro lado, há manifestações de deteriorações na mobilidade que levam à redução da capacidade funcional do indivíduo em processo de envelhecimento, tendo como origem a perda de massa e de força muscular⁽¹⁰⁾.

Em decorrência do enfraquecimento e da perda da massa e da força muscular, tem-se o surgimento das quedas. Elas representam uma das principais causas de morte entre as pessoas envelhecidas, ocorrendo em aproximadamente 30% dos indivíduos com idade ≥ 65 anos que caem ao menos uma vez ao ano⁽¹¹⁾.

Outro exemplo de deterioração da tonicidade muscular pode ser identificado pelo aparecimento das incontinências (urinária ou anal). A incontinência anal (IA), enquanto uma condição que envolve a deterioração da tonicidade muscular, está sendo concebida pelas suas manifestações, caracterizada por qualquer queixa de perda involuntária dos conteúdos intestinais, quer sejam gases, líquidos ou sólidos. Por isso ela se constitui uma síndrome da fragilidade cujo sinal de alarme se manifesta por um conjunto de evidências que a caracterizam em decorrência da diminuição da reserva energética e da redução da resistência quando há exposição a estressores (tosse, espirro, esforço, etc.)⁽¹²⁾. Ela ocorre devido às alterações na musculatura do soalho pélvico e/ou da musculatura esfínteriana anal; à plenitude do trato gastrointestinal com conseqüente intensificação da pressão sobre o soalho pélvico e em decorrência das condições clínicas e infecciosas.

A perda de fezes através do esfínter anal é uma condição com potencialidade para restringir a interação social do indivíduo devido a sua imprevisibilidade, ao fato de ser acompanhada por ruídos, odor e desconforto pessoal⁽¹³⁾.

E por isto investigações acerca do tema podem pensar na inserção do enfermeiro no atendimento de pessoas com idade ≥ 60 anos no contexto em que se encontram e buscar um referencial teórico que contemple o espaço de sua atuação.

Na presente pesquisa, como o cenário de investigação foi a região Sudeste, o Estado de Minas Gérias e uma cidade da Zona da Mata mineira, é necessário considerar que 8,6% da população brasileira possui mais de 60 anos de idade, que as pessoas da região Sudeste se encontram em melhores condições que as gerações anteriores e que a cidade investigada possui número de pessoas com 65 anos superior à média nacional⁽¹⁴⁾. Diante destas peculiaridades, surgiram algumas indagações sobre o posicionamento das pessoas idosas e a atuação do enfermeiro

Do ponto de vista das pessoas idosas: como será para elas vivem com a incontinência anal? Qual a concepção que fazem sobre esta alteração de funcionalidade? Qual a análise que elas fazem sobre o surgimento da incontinência anal comparativamente em si e com gerações contemporâneas, mais novas ou ascendentes? Como a possibilidade da incontinência pode influenciar os determinantes do processo do envelhecimento? Como seu surgimento é percebido, comentado ou vivido por elas?

Do ponto de vista das possibilidades de inserção do enfermeiro no cuidado de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos: como este profissional poderá se inserir no cuidado deste grupo etário na perspectiva da detecção precoce das incontinências com ênfase na incontinência anal? Quais as demandas de cuidados emergentes entre pessoas com idade ≥ 65 anos a respeito da prevenção, tratamento ou reabilitação da incontinência anal?

De acordo com pesquisas (inter)nacionais, os alicerces conceituais e as estratégias legais implícitos na atuação do enfermeiro junto ao processo do envelhecimento e da incontinência anal devem estar em consonância com os três princípios, a saber: 1) manter e aumentar as competências do idoso a fim de prevenir a dependência e assegurar um envelhecimento saudável; 2) ampliar e melhorar as medidas de reabilitação para assegurar ao idoso uma vida mais independente possível, a ponto de inseri-los em programas de reabilitação e 3) prover autocuidado para idosos com limitação ou dependência⁽¹⁵⁾.

Diante do exposto, o objeto da presente investigação foi a incontinência anal, suas repercussões e representações sociais, elaboradas por pessoas com 65 anos de idade ou mais à luz dos determinantes do envelhecimento ativo e das dimensões do cuidado. Deste modo a realização da presente investigação se justifica a partir de quatro argumentações.

Em primeiro lugar, há necessidade de construção do conhecimento aplicável à promoção da saúde, à prevenção de agravos, à redução de riscos e à melhoria da qualidade de vida de pessoas em processo de envelhecimento, consolidando novos paradigmas nos quais as pessoas envelhecidas sejam concebidas como integrantes da sociedade e atores do seu processo de desenvolvimento na dimensão da atuação dos profissionais de saúde.

Em segundo lugar, há que se considerar as evidências de que o envelhecimento é processual e deve ser concebido de forma integrada e articulada com o ciclo da vida e com a promoção da saúde, construída socialmente, de modo a reduzir a morbimortalidade durante o processo de envelhecimento.

Em terceiro lugar, a expectativa de vida e a autonomia entre pessoas com idade ≥ 65 anos são passíveis de ser ampliadas, e, quando obtidas, são capazes de causar impacto favorável sobre a qualidade de vida durante o processo do envelhecimento, assegurando melhoria da sua capacidade funcional.

E, por último, o fato de a investigação abordar um segmento populacional que tende a aumentar, possibilita reflexões e conhecimentos capazes de subsidiar a atuação laboral de enfermeiros com olhar profissional coerente para a categoria.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Na revisão de literatura foram abordados as seguintes temáticas: a epidemiologia do envelhecimento, o processo do envelhecimento populacional mundial e brasileiro e a fisiologia da (in)continência anal.

3.1. EPIDEMIOLOGIA DO ENVELHECIMENTO

O processo de envelhecimento deve ser considerado como fenômeno dinâmico, progressivo e irreversível no qual ocorrem alterações diversas, capazes de intensificar o estado de vulnerabilidade das pessoas. Diante disso, para suprir as necessidades das pessoas que vivenciam o processo do envelhecimento, é necessário que a abordagem à pessoa idosa seja realizada de forma individualizada e contextualizada⁽¹⁶⁾.

Envelhecer implica ter otimizadas as oportunidades de saúde, participação e segurança de forma a obter qualidade de vida às pessoas à medida que ficam mais velhas, sendo esse um grande desafio da atualidade⁽¹⁶⁾.

O processo do envelhecimento remete a uma análise sobre o estilo de vida e escolhas realizadas nos anos anteriores vividos, pois muitas das situações vivenciadas pelas pessoas com 60 anos de idade ou mais são consequências ou reflexões das escolhas/opções anteriormente efetivadas⁽¹⁷⁾.

Cabe mencionar que o aumento das doenças crônicas e cardiovasculares constitui um marcador de que uma população está em processo de envelhecimento. Esta transição pode gerar impacto na economia do país, uma vez que o processo de envelhecimento é acompanhado pela perda da capacidade funcional necessária para a realização das atividades da vida diária⁽²⁾. Neste contexto as doenças crônicas não transmissíveis, requerem tratamento e acompanhamento pois são capazes de impactar a capacidade produtiva das pessoas que as possuem, reduzindo-a⁽¹⁸⁾.

A interpretação do processo de envelhecimento possui várias perspectivas, dentre as quais é possível identificar as de origem biologicistas (genética e estocástica), psicológicas, sociológicas e demográficas. Todas elas possuem uma forma distinta para interpretar o processo do envelhecimento a partir de ênfase num enfoque peculiar.

Do ponto de vista biológico, o envelhecimento pode ser analisado na perspectiva cronológica, ou seja, a partir da mensuração dos anos vividos porque a idade cronológica é definida pelo tempo transcorrido desde sua data de nascimento até a data atual⁽¹⁹⁾.

Há duas classificações que utilizam critérios cronológicos para definir quando uma pessoa pode ser considerada idosa. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), nos países desenvolvidos, cuja expectativa de vida é maior, a idade de 65 anos é um marco que define a idade do idoso. Isso porque dados os recursos disponíveis, a qualidade da assistência favorece a longevidade, possibilita um processo de envelhecimento com qualidade de vida e o adiamento nas restrições peculiares ao processo do envelhecimento que passam a ocorrer numa fase mais tardia e que, quando surgem, são abordadas com maior prontidão⁽²⁰⁾.

O outro parâmetro refere-se à denominação adotada nos países subdesenvolvidos ou em fase de desenvolvimento em que idoso é aquele que tem 60 anos de idade ou mais. Esta classificação é a que está em vigor no Brasil⁽²¹⁾.

Na presente investigação, pessoa idosa será aquela que possui 65 anos de idade ou mais. Tal decisão baseou-se na possibilidade de nossas projeções para os anos subsequentes serem semelhantes ao que ocorreu nos países desenvolvidos, como é o caso de Portugal, o que permitiria uma aproximação com tais realidades e aprofundamento em termos analíticos dos resultados.

Do ponto de vista populacional, o envelhecimento ocorre à medida que a idade média da população que o compõe aumenta⁽¹⁹⁾. A possibilidade de uma população chegar ao envelhecimento precisa ser concebida como algo grandioso e sinal de triunfo, embora esse avanço seja acompanhado de grandes desafios e demandas peculiares quando se pretende que ele ocorra de forma a manter as pessoas integradas à vida e agregue qualidade aos anos a serem vividos por ser um fenômeno natural, irreversível e mundial⁽²²⁻²⁴⁾

Estar idoso ou conviver com uma pessoa idosa, por se constituir num fato natural e irreversível, que requer que todas as pessoas estejam preparadas para viverem o processo de envelhecimento como parte integrante de suas vidas ou para conviverem (in)diretamente com pessoas idosas, quer elas tenham 60 anos ou mais.

Apesar de o envelhecimento ser altamente correlacionado com o tempo, fatores adicionais influenciam significativamente o envelhecimento fisiológico e, por este motivo, o processo de envelhecimento precisa ser considerado como único e permeado por características individuais⁽²⁵⁾.

Pesquisas relacionadas ao aumento da longevidade e dos aspectos vinculados ao processo do envelhecimento devem ir além da visão cronológica, uma vez que o envelhecimento não pode ser definido apenas pelos anos vividos⁽²⁶⁾.

Um fenômeno descrito na literatura acerca do processo de envelhecimento populacional é a feminização do envelhecimento, já que, dada a maior longevidade, as mulheres tenderão a viver mais tempo sozinhas e dependentes de suporte institucional⁽¹⁹⁾.

No que se refere a manutenção da autonomia, esta ocorre quando a pessoa em processo de envelhecimento tem a capacidade de tomar decisões relacionadas ao seu cotidiano, consegue estipular suas regras e concepções e se mantém independente quando possui a capacidade de executar suas atividades sem ajuda de outra pessoa⁽¹¹⁾. E a avaliação quanto às possibilidades e capacidades individuais possibilita que o enfermeiro crie estratégias específicas, capazes de suprir as necessidades e carências de cada pessoa.

A rápida transição demográfica e epidemiológica trouxe alguns desafios, acerca da necessidade de estruturação dos serviços de saúde e de atendimento de novas demandas provenientes da cronicidade peculiar ao processo de envelhecimento. Neste aspecto, deve-se valorizar a pessoa idosa enquanto aquela que tem contributos a oferecer às novas gerações; preservar e incentivar as relações sociais, familiares e intergeracionais; incentivar o autocuidado, a autonomia e a independência; prover cuidados de enfermagem especializados para aqueles que apresentam limitações e capacitar recursos humanos em número capaz de dar cobertura à população^(21, 27).

Na perspectiva da atuação do enfermeiro, considera-se que é possível estabelecer para as pessoas com idade ≥ 65 anos intervenções terapêuticas que se delineiam no âmbito preventivo, de promoção de saúde, do ensino do autocuidado com vistas ao resgate da máxima autonomia possível e ao estímulo à capacidade funcional, mesmo que, para isso, sejam necessárias intervenções terapêuticas de carácter reabilitatório ou adaptativo.

3.2 PROCESSO DE ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO MUNDIAL

O envelhecimento da população enquanto um fenómeno mundial pode ser identificado em países/continentes como a China, Índia, Japão, Europa e Estados Unidos. Vê-se que, em outros países, a realidade da inversão da pirâmide etária também está presente.

Os países europeus, a exemplo de Portugal, de acordo com pesquisas realizadas nestes países, possuem o envelhecimento demográfico acentuado, visto a população idosa (pessoas com 65 anos ou mais) representar 19,15% do total, a população jovem (pessoas com 14 anos ou menos) 14,89% e a esperança média de vida ao nascer ser de 79,2 anos⁽²⁸⁾.

O processo de envelhecimento populacional mundial está ligado à melhoria na qualidade de vida com impacto sobre o aumento na expectativa de vida e a redução na taxa de natalidade ⁽²⁹⁾.

Estima-se que o número de pessoas com 60 anos de idade ou mais no mundo, que em 2000, era de 600 milhões, cresça para dois bilhões até o ano de 2050 e que, em 2020, o número de

pessoas com 65 anos ou mais supere o de crianças com idade ≤ 5 anos (2, 8, 30). Tal fato pode ser identificado pela modificação na pirâmide populacional que vem ocorrendo nas últimas décadas.

Na Europa, a preocupação em sensibilizar a sociedade para o valor das pessoas em processo de envelhecimento e em promover atitudes positivas perante este fenômeno fez com que fosse criado um programa de apoio ao envelhecimento ativo. Tal programa possui como eixos: o programa de emprego e da aprendizagem ao longo da vida; saúde, bem-estar e condições de vida; solidariedade e diálogo intergeracional; voluntariado e participação cívica e conhecimento e sensibilização social.

A rápida transição demográfica e epidemiológica trouxe desafios para a abordagem do processo do envelhecimento, uma vez que ele é permeado pela convivência das pessoas com as situações crônicas e progressivamente limitantes⁽¹⁹⁾.

Em relação às doenças crônicas, fica implícito que o aumento das mesmas e daquelas consideradas incapacitantes requer o redimensionamento dos serviços de saúde, a formação de recursos humanos especializados e o desenvolvimento de ações terapêuticas precocemente indicadas para deter/adiar as complicações.

Entre as principais doenças que afetam as pessoas em processo de envelhecimento constam: doenças cardiovasculares; hipertensão; acidentes vasculares; diabetes; doenças pulmonares; doenças musculoesqueléticas; doenças mentais e cegueira⁽²⁴⁾. Em relação à incapacidade cognitiva, as principais etiologias são: demência; depressão; delirium e doenças mentais, como esquizofrenia, oligofrenia e parafrenia^(24, 31, 32)

De modo geral, o envelhecimento populacional se traduz em uma maior carga de doenças, quando comparado com outras fases da vida, capazes de gerar situações de incapacidades e aumentar a demanda por serviços de saúde⁽¹⁷⁾

Em relação à mortalidade das pessoas com 60 anos de idade ou mais, as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias malignas são as principais causas e juntas foram responsáveis por mais da metade (53%) dos óbitos da população idosa brasileira em 2010. Entre as neoplasias malignas, o câncer de brônquios e de pulmão foi o mais frequente entre idosos; a neoplasia maligna da mama foi a mais frequente entre as idosas e o diabetes representou 80% da mortalidade por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas^(30, 33).

Entre os fatores de risco relacionados ao envelhecimento fragilizado constam: ter mais de 80 anos; ter 60 anos e apresentar polipatologia, polifarmácia, imobilidade, incontinência urinária ou fecal, instabilidade postural; incapacidade cognitiva; história de internações frequentes, idosos dependentes nas atividades de vida diária básicas e estar em situação de vulnerabilidade social⁽¹¹⁾.

Em sua maioria, as doenças que ocorrem em pessoas em processo de envelhecimento são de caráter crônico e múltiplas. O processo de envelhecimento e o surgimento de doenças crônico-degenerativas possuem em comum o fato de gerarem mudanças e requererem adaptações, cursando com alterações tais como: perda da mobilidade, alteração da dependência e da autonomia e prejuízo para a capacidade funcional⁽²⁵⁾.

A presença das doenças crônicas, além de perdurar por vários anos, exige acompanhamento de profissionais de saúde permanente com internações frequentes. As condições crônicas que podem ser abordadas terapêuticamente, fora dos períodos de descompensação, no contexto das pessoas idosas e fora das instituições hospitalares ou asilares, requerem auxílio para a superação de dependência para o autocuidado⁽²⁶⁾.

Por isso, avaliar as competências, habilidades, recursos e requisitos para se cuidar e identificar as atividades do cotidiano necessárias para que o indivíduo cuide-se de forma o mais autônoma possível pode ser possível pela avaliação das atividades da vida diária (AVD) que podem ser classificadas em básicas, instrumentais e avançadas, de acordo com o grau de complexidade⁽¹¹⁾.

Através da classificação da realização das atividades diárias básicas, é possível ao enfermeiro identificar se a pessoa idosa tem independência, semidependência, dependência incompleta ou dependência completa e promover o envelhecimento ativo⁽¹¹⁾.

A adoção de medidas que promovam o envelhecimento ativo pode resultar em redução de mortes prematuras; em diminuição das deficiências associadas às doenças crônicas próprias da terceira idade; em aumento da população com melhor qualidade de vida à medida que envelhecem, a ponto de favorecer que mais indivíduos participem ativamente nos aspectos sociais, culturais, econômicos e políticos da sociedade e menos gastos com tratamentos médicos e serviços de assistência médica⁽²²⁾.

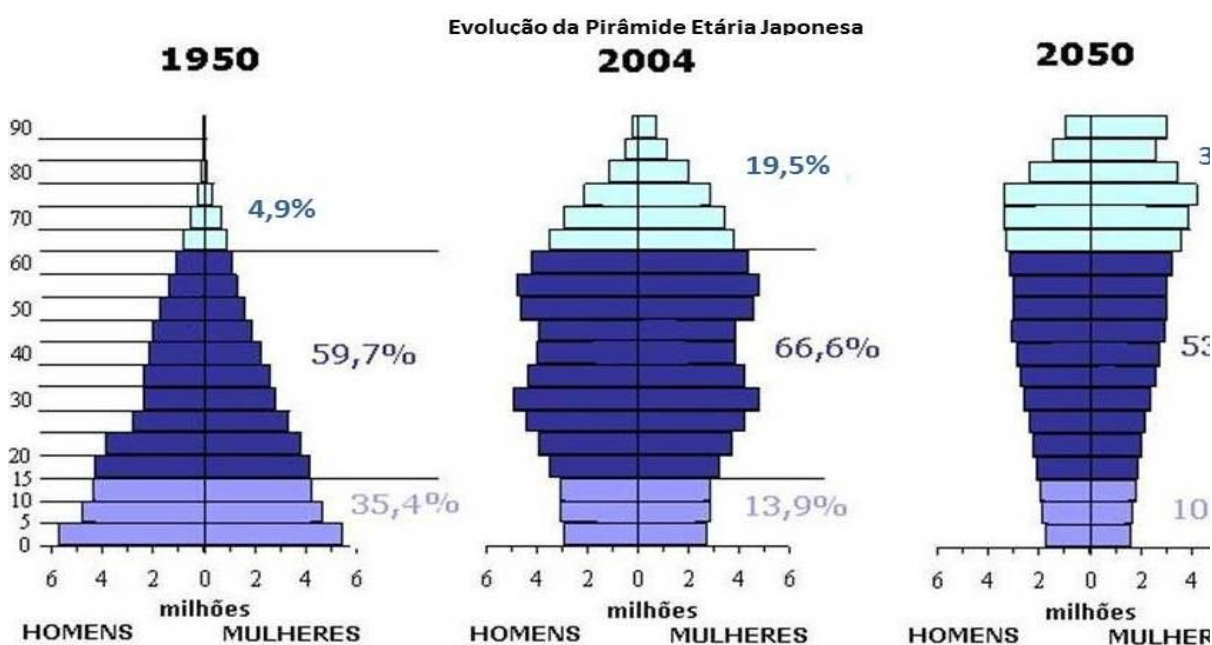
Do ponto de vista da atuação laboral do enfermeiro para fazer frente às comorbidades, dependências e situações peculiares ao processo de envelhecimento, é necessário que ele e sua equipe tenham capacidade de atender a estas pessoas sem desvinculá-las do contexto social e familiar. Desse modo, as ações terapêuticas, correspondentes às necessidades/demandas destas pessoas, devem ser ofertadas num contexto que promova a integração intergeracional, mantenha os vínculos familiares/cuidadores e identifique precocemente estratégias de redução de danos.

As ações terapêuticas podem ser de caráter de promoção de saúde, prevenção de agravos, de reabilitação, de cura e de adaptação com a finalidade de conservar, ao máximo, a autonomia, a

capacidade funcional e independência da pessoa idosa e favorecer o enfrentamento das situações irreversíveis⁽²⁴⁾.

Enquanto profissional enfermeiro, este deve olhar para o processo de envelhecimento mundial, a exemplo da evolução da pirâmide etária do Japão (**Gráfico 1**), um exemplo extremo no processo do envelhecimento, ou para outras realidades mais próximas da realidade brasileira e analisar como este processo ocorreu. Verificar que demandas surgem e quais os recursos humanos e materiais necessários para atendê-las constituiu uma estratégia valiosa, capaz de subsidiar reflexões sobre a realidade brasileira como um todo ou uma particularidade.

Gráfico 1: Evolução da pirâmide etária do Japão com projeções para 2050.



Fonte: Statistics Bureau. MIC. Ministry of Health, Labour and Welfare

Na busca por estabelecer um fio condutor para compreensão do processo de envelhecimento da população brasileira e, em especial, do cenário da cidade onde os dados foram coletados, a seguir, será abordado o processo de envelhecimento da população brasileira e Juiz-forana, tendo em vista ser esta realidade a alicerce para a compreensão dos dados apresentados na presente investigação.

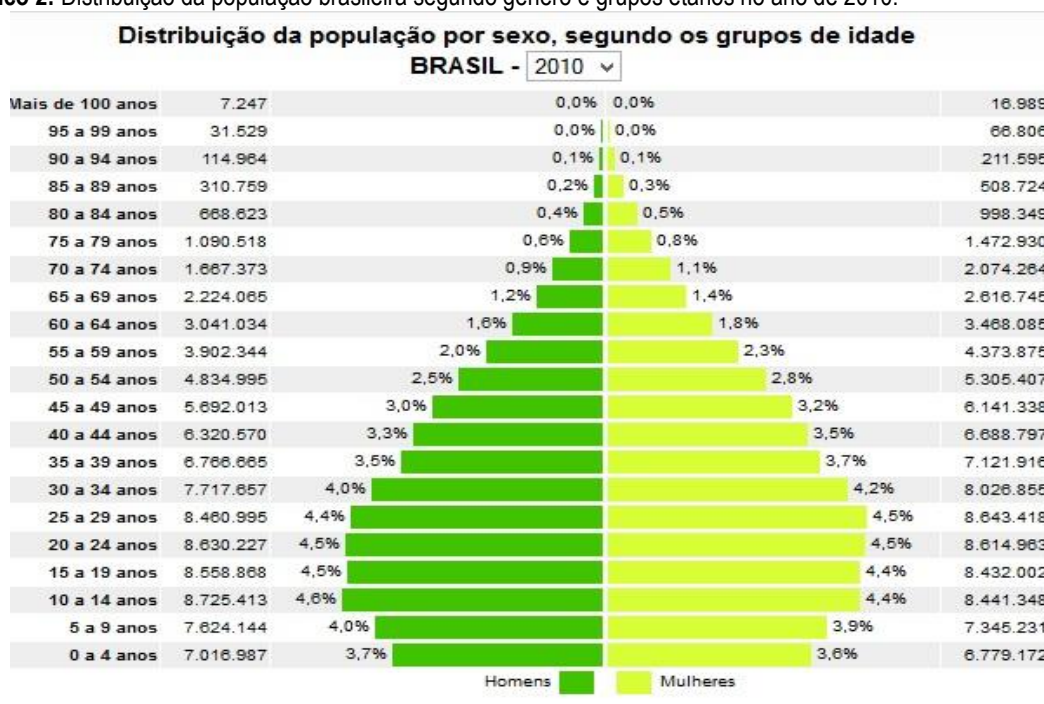
3.3 PROCESSO DE ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO BRASILEIRA

Dados do processo de envelhecimento internacional, quando analisados à luz das projeções realizadas para o processo de envelhecimento brasileiro, permitem inferir sobre algumas

situações que estarão presentes futuramente na realidade brasileira e também utilizar algumas das experiências de outros países em benefício nacional.

Isso porque, ao comparar a distribuição da população brasileira, segundo dados da década de 1940, dados censitários de 2010 e projeções para 2060, conforme os **Gráficos 2 e 3**, foi possível identificar algumas tendências similares pelas quais passaram os países desenvolvidas. Nossa pirâmide de base larga e altura baixa, que retratava uma expectativa de vida baixa, passou e tende a passar por modificações já ocorridas em outros países. Cabe ressaltar que existem países em que há mais semelhança entre o processo de envelhecimento experienciado por eles e o que o Brasil vivencia, assim como outros em que há menos semelhança⁽²⁴⁾.

Gráfico 2: Distribuição da população brasileira segundo gênero e grupos etários no ano de 2010.

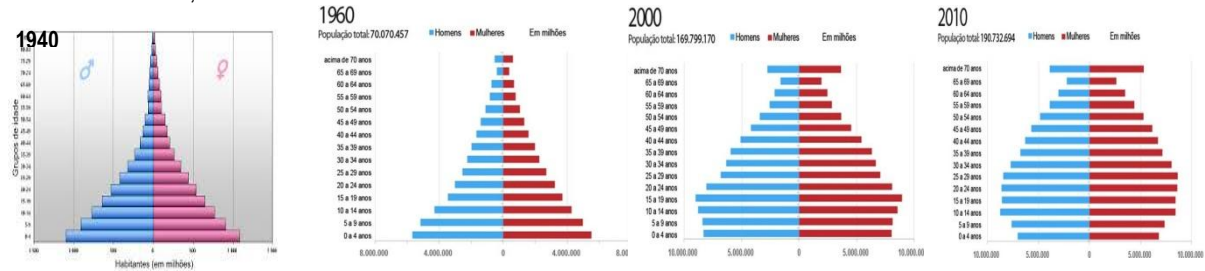


Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e estatísticas. IBGE. Censo 2010.

No período compreendido entre 1950 e 2000, o índice de envelhecimento passou de 12 para 28, com estimativa de aumentar para 100 no ano de 2030. Tal fato indica que o processo de envelhecimento ocorre há tempos, com previsão de aceleração deste nas próximas décadas⁽²⁴⁾.

Quanto ao ritmo do envelhecimento brasileiro, este ocorreu de forma acentuada, devido à expectativa de vida ao nascer ter aumentado cerca de 20 anos desde meados do século XX⁽³²⁾. A transição da estrutura etária da população brasileira teve início quando a taxa bruta de natalidade começou a cair em meados da década de 1960. A partir desta data, houve um processo de envelhecimento demográfico brasileiro⁽³⁴⁾, conforme se vê nas figuras a seguir.

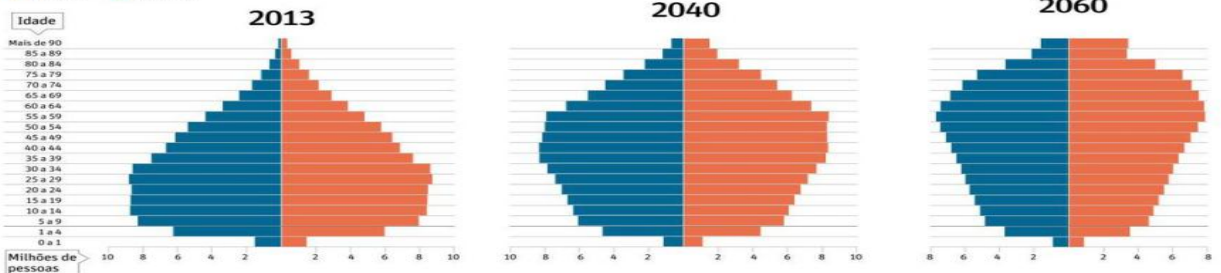
Gráfico 3: Processo de modificação do perfil populacional brasileiro no período de 1940 a 2010 e estimativas para 2040 e 2060. Juiz de Fora, Jan/2015.



Distribuição etária da população por sexo 2000 e 2035



PIRÂMIDES ETÁRIAS ABSOLUTAS



Pessoas com mais de 65 anos serão mais de um quarto dos brasileiros em 2060, segundo projeção do IBGE. O percentual desse grupo representa 7,4% do total de pessoas que vivem no país em 2013

Fonte: IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Projeção da População por Sexo e Idade para o Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação, 2013.

Fonte: IBGE. Dados e Projeção da população por sexo e idade: Brasil 1940 a 2060. Disponível nos sites:

- 1) https://www.google.com.br/search?q=piramide+et%C3%A1ria+do+Brasil+segundo+d%C3%A9cadas&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ei=cs-WVPzxDonIsASU34DoDg&ved=0CAgQ_AUoAQ&biw=1024&bih=398&facrc=_&imgdii=_&imgsrc=hlkRTZ_bewky1M%253A%3BWcplUrGff5Tzkm%3Bhttp%253A%252F%252Fwww.clickescolar.com.br%252Fwp-content%252Fuploads%252F2011%252F01%252Fpnad-piramide.png%3Bhttp%253A%252F%252Fwww.desconversa.com.br%252Fgeografia%252Ftag%252Fpiramide-etaria%252F%3B400%3B273
- 2) https://www.google.com.br/search?q=piramide+et%C3%A1ria+do+Brasil+segundo+d%C3%A9cadas&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ei=cs-WVPzxDonIsASU34DoDg&ved=0CAgQ_AUoAQ&biw=1024&bih=398&tbm=isch&q=piramide+et%C3%A1ria+do+Brasil+decada+40&facrc=_&imgdii=_&imgrc=re9Jd3ynbNX16M%253A%3B6PZODST25JfXM%3Bhttp%253A%252F%252Fs1.static.brasilecola.com%252Fimg%252F2014%252F01%252Fpiramide-etaria-estreita.jpg%3Bhttp%253A%252F%252Fexercicios.brasilecola.com%252Fexercicios-geografia-do-brasil%252Fexercicios-sobre-piramide-etaria-

brasileira.htm%3B400%3B277https://www.google.com.br/search?q=piramide+et%C3%A1ria+do+Brasil+segundo+d%C3%A9cadas&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ei=cs-e
3)WVPzxDonIsASU34DoDg&ved=0CAgQ_AUoAQ&biw=1024&bih=398#tbm=isch&q=piramide+et%C3%A1ria+do+Brasil+decada+40&facrc=_&imgdii=_&imgrc=re9Jd3ynbNX16M%253A%3B6PZ0DST25JfXM%3Bhttp%253A%252F%252Fs1.static.brasilecola.com%252Fimg%252F2014%252F01%252Fpiramide-etaria-estreita.jpg%3Bhttp%253A%252F%252Fexercicios.brasilecola.com%252Fexercicios-geografia-do-brasil%252Fexercicios-sobre-piramide-etaria-brasileira.htm%3B400%3B277

Entre as mudanças verificadas no Brasil ao longo dos anos consta a redução da taxa de fecundidade. Em 1940, a taxa era de 6,16 filhos; em 2000, de 2,38 filhos e, em 2010, de 1,90. Este fato associado à melhora na expectativa de vida tem como consequência o envelhecimento da população⁽²⁴⁾.

O impacto destas mudanças justifica o processo de envelhecimento pelo qual passa a população brasileira e as repercussões recaem sobre os quesitos de educação, de saúde e de previdência social⁽¹⁹⁾.

A transição demográfica ocorrida no Brasil veio acompanhada de uma mudança epidemiológica, sendo que as doenças infectocontagiosas, que antes representavam 40% das mortes registradas no país, em 1950, passaram a ser responsáveis por menos de 10%. Fato oposto ocorreu com as doenças cardiovasculares que, em 1950, eram causa de 12% das mortes e, atualmente, representam mais de 40%⁽²⁴⁾.

O constante crescimento da população idosa no Brasil e a falta de planejamento governamental para lidar com a especificidade desta mudança epidemiológica geraram um descompasso entre a rapidez da transição demográfica e as ações de atenção à saúde do idoso. Este descontrole resulta em problemas como a falta/precariedade de políticas públicas que sejam capazes de atender às demandas destas pessoas.

Viver num país em processo de envelhecimento, com as projeções de envelhecimento demonstradas no **Gráfico 3**, apresenta como desafio considerar e abordar as pessoas idosas do ponto de vista de uma cobertura de saúde, garantindo-lhes direito igual ao dos demais cidadãos numa concepção de política social capaz de direcionar ações e recursos com vistas a minimizar a duplicação de ações, maximizar recursos e assegurar autonomia, participação social e segurança a eles.

Diante do exposto, fica a seguinte indagação: quando as pessoas podem ser consideradas idosas? Quando têm 60 ou 65 anos de idade? Para tentar responder a esta indagação, há dois argumentos: o primeiro se fundamenta no fato de que o índice de desenvolvimento humano (IDH) permite inferir que o perfil populacional está em transição e coloca parte da população (aqueles com menos de 65 anos de idade) como sendo capaz de atender aos critérios do processo do

envelhecimento previsto para os países desenvolvidos. Isso porque eles são capazes de conservar a autonomia, a qualidade de vida e a independência⁽³⁵⁾.

O segundo argumento diz respeito à extensão territorial do Brasil, que, se analisada do ponto de vista das diferenças socioeconômicas, faz com que a expectativa de vida nas regiões Sudeste e Nordeste sejam díspares a ponto de causar distorções quando são abordadas na perspectiva de um único parâmetro.

A concepção adotada no Brasil para envelhecimento está em consonância com o conteúdo da Lei 10.741/03, que estabelece o Estatuto do Idoso, no qual a idade de 60 anos é um marco, embora segundo o IDH, o Brasil possua perfil de transição de parte de sua população capaz de aderir ao primeiro critério⁽³⁵⁾.

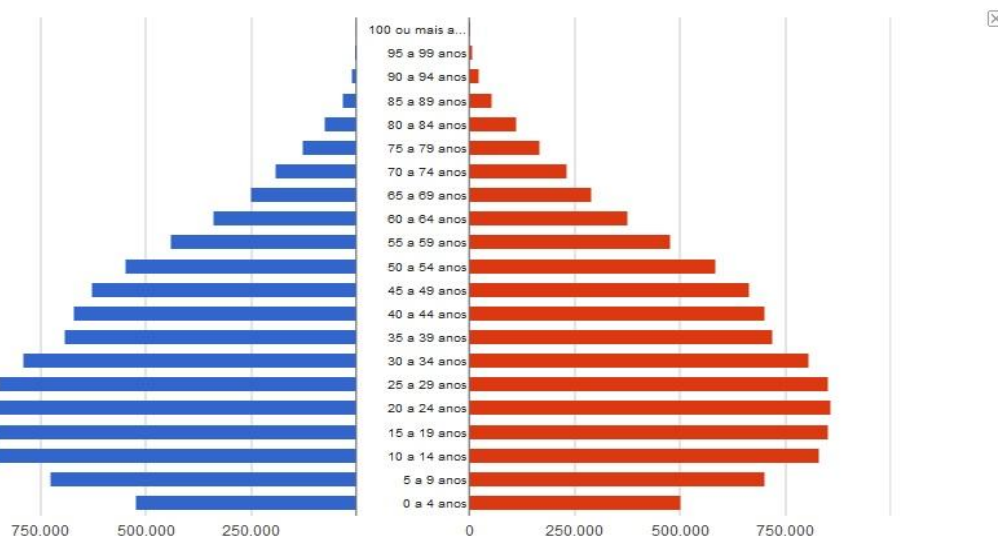
Tal fato se contradiz com o foco de ações de saúde que adota a funcionalidade global do indivíduo, definida como a capacidade de gerir a própria vida ou cuidar de si mesmo como critério para considerar uma pessoa saudável. Considera-se saudável a pessoa que é capaz de realizar suas atividades sozinha, de forma independente e autônoma, mesmo que tenha doenças e, neste sentido, o processo de envelhecimento, explicado pela Teoria do Desengajamento, por concepção, traz à tona a perda progressiva por que passa a pessoa em processo de envelhecimento⁽³⁶⁾

O processo do envelhecimento brasileiro, num panorama histórico, possibilita identificar que a esperança de vida ao nascer, em 1900, estava em torno de 30 anos, ultrapassou os 50 anos em 1950 e chegou há 73 anos em 2000. Isso quer dizer que este processo possui influência das condições de vida e que o tempo médio de vida dos brasileiros mais que dobrou em um período de um século. Por outro lado, a redução da taxa de natalidade, observada neste período, possibilita que haja melhoria na esperança de vida, embora possa ocorrer em um ritmo mais lento⁽³⁴⁾.

Visando contextualizar a realidade do processo de envelhecimento no Estado de Minas Gerais, onde a presente investigação foi realizada, foi possível constatar que o estado com 9.595.309 habitantes em 2010 tinha 37.628 habitantes com 60 a 69 anos e 31.586 pessoas com 70 anos ou mais⁽³⁷⁾.

A distribuição etária da população idosa em Minas Gerais distribui-se da seguinte maneira: 4% com 60 a 64 anos; 3,1% com 65 a 69 anos; 2,3% com 70 a 74 anos; 1,7% com 75 a 79 anos e 1,8% com 80 anos ou mais.

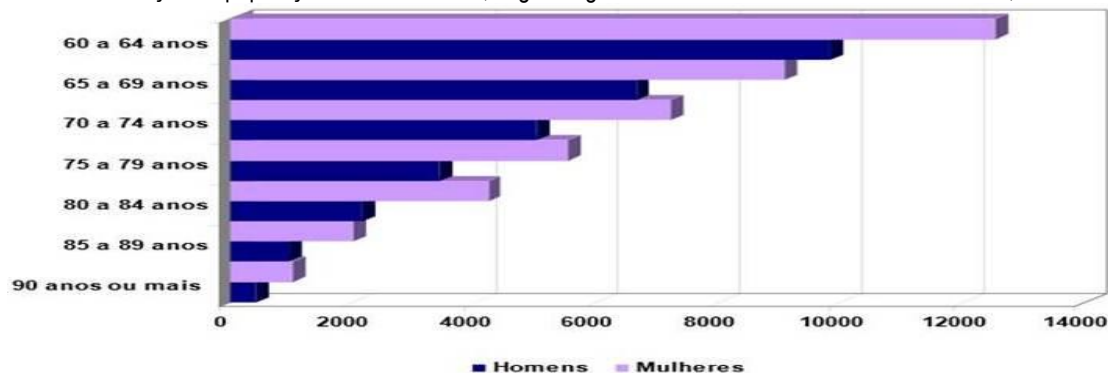
Gráfico 4: Distribuição da população do Estado de Minas Gerais, segundo gênero e idade. Juiz de Fora, Jan/2015



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. Censo 2010

Em Juiz de Fora, cidade onde os dados foram coletados, a população total em 2010 era de 516.247 pessoas e 13,62% de pessoas com idade superior a 60 anos, o que equivale a 70.288 idosos⁽³⁸⁾, conforme consta do **Gráfico 5**. Isso equivale a dizer que a cidade de Juiz de Fora possui uma população de pessoas com idade ≥ 65 anos semelhante à média brasileira.

Gráfico 5 Distribuição da população de Juiz de Fora, segundo gênero e faixa etária em 2012. Juiz de Fora, Jan/2015.



Fonte: Centro de Pesquisa Sociais da UFJF para 2012 segundo dados censitários de 2010.

Diante do processo de envelhecimento pelo qual passa a população brasileira e, em especial, pelo enfoque dado na presente investigação para a população juiz-forana, cabe mencionar alguns esforços legais que buscaram assegurar o direito da pessoa que se encontra em processo de envelhecimento.

Primeiramente, é necessário traçar as premissas sobre as quais os direitos humanos devem ser respeitados a ponto de possibilitar que as pessoas convivam em sociedade e com equidade ⁽²⁶⁾. Na concepção de direitos humanos, está o principal dos argumentos que são corroborados com o texto expresso na Constituição Brasileira, ou seja, o direito que todas as pessoas possuem pelo

simples fato de serem humanas e que independe da idade, da cidadania, da nacionalidade, da raça, da etnia, do idioma, do gênero, das opções sexuais, de culto ou ideologia professada e da habilidades de que dispõem ou não⁽³⁹⁾.

Do ponto de vista dos contornos legais que respaldam o processo do envelhecimento, o marco político para redirecionamento da concepção de envelhecer e que alicerça a atual política (inter)nacional ocorreu na I Conferência Mundial do Envelhecimento, em 1982, em Viena⁽⁴⁰⁾.

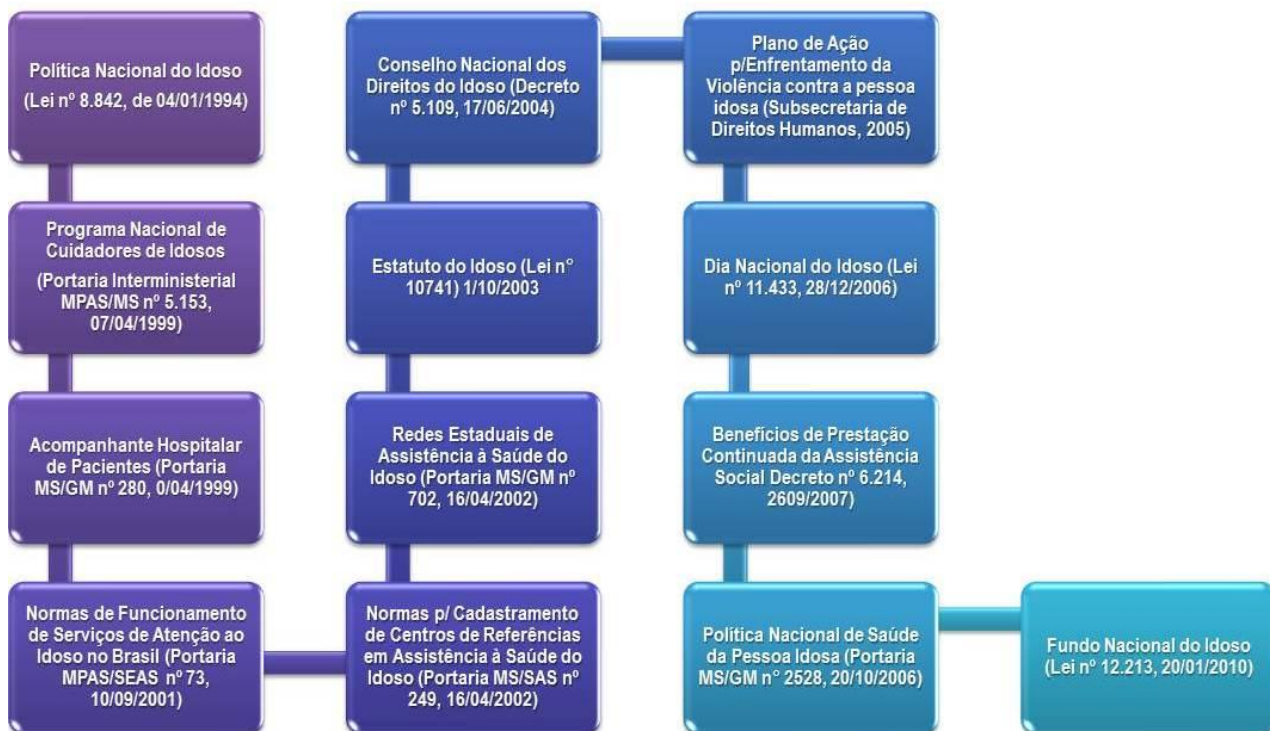
Nesta ocasião, foi elaborado o Plano de Ação Internacional de Viena sobre o Envelhecimento, que privilegiou a abordagem dos direitos das pessoas idosas, com destaque para a saúde, a educação, a habitação, o bem-estar social e o emprego⁽³⁵⁾.

A Declaração Universal de Direitos Humanos prescreve, em seu Artigo 1º, que “todos os homens nascem livres e iguais em dignidade e direitos”. Essa igualdade não muda com a idade: homens e mulheres idosos possuem os mesmos direitos que as pessoas mais jovens que eles⁽³⁶⁾. Tal concepção equivale a dizer que as pessoas idosas não podem e não devem ser excluídas de seus direitos pelo fato de apresentarem alguma restrição, requererem apoio para o desenvolvimento de atividades de vida diária ou instrumental da vida, devendo ser respeitadas no momento de vida em que se encontram.

No Brasil, o conjunto de legislações, políticas e ações em prol da pessoa em processo de envelhecimento está resumido num fluxograma cronológico, conforme consta da **Figura 1** e a explicitação do conteúdo consta do **Apêndice 1**.

Apesar de os conteúdos dos documentos oficiais mencionados na **Figura 1** representarem um avanço no sentido de uma discriminação positiva, que busca assegurar às pessoas em momentos de fragilidade e/ou vulnerabilidade seus direitos enquanto seres humanos, sua operacionalização tem sido discutida no cotidiano daqueles que possuem idade ≥ 60 anos e tem sido considerada incipiente na prática⁽⁴¹⁾.

Figura 1: Fluxograma cronológico das legislações e benefícios para pessoas idosas. Juiz de Fora, Jan/2015.



Fonte: As autoras.

Suprir as necessidades básicas da população idosa no tocante à educação, à saúde, à habitação, ao urbanismo, ao esporte, ao trabalho, à assistência social e à previdência está previsto em lei, assim como investigações que possuam como foco a busca das principais necessidades das pessoas em processo de envelhecimento. Esta é uma ação a ser considerada no desenvolvimento de uma assistência adequada de saúde com respaldo legal⁽⁴²⁾.

Um documento que apresenta as especificidades de atendimento das pessoas em processo de envelhecimento no Brasil é o Estatuto do Idoso. Ele regulamenta os direitos assegurados a todos os cidadãos a partir dos 60 anos de idade, estabelecendo também deveres e medidas de punição. É a forma legal de maior potencial da perspectiva de proteção e regulamentação dos direitos da pessoa idosa^(35, 43) pois garante a prioridade absoluta para a realização de seus direitos nos aspectos físicos, biológicos e sociais ⁽⁴³⁾.

De acordo com o Estatuto do Idoso, os principais benefícios a que os idosos têm direito estão previstos na política de seguridade social, estabelecida pela Constituição Federal de 1988, que estabelece um salário mínimo como piso para os benefícios sociais para as pessoas que moram na área urbana e rural⁽¹⁸⁾.

Para aposentar-se, é necessário reunir dois critérios: a idade e o tempo de contribuição previdenciária, sendo necessário ter 35 anos de contribuição para homens e 30 para mulheres e

idade mínima de 65 anos para homens e 60 para mulheres. Havendo a exigência de, no mínimo, ter 15 anos de contribuição para homens e mulheres⁽¹⁸⁾.

Cabe mencionar que o processo de aposentadoria entre os homens na realidade brasileira é próximo ao marco cronológico de idade para que uma pessoa possa ser considerada idosa⁽⁴⁴⁾ e, devido a sua insustentabilidade financeira, está em processo de discussão⁽⁴⁵⁾.

Além da legislação própria para os atos inflacionários previstos no Código Penal, o Estatuto do Idoso contempla outras infrações praticadas contra as pessoas com idade ≥ 60 anos. São elas: o abandono de idoso, a apropriação indébita de bens, a coação de atos civis, a discriminação contra a pessoa idosa, a discriminação em razão do trabalho, o impedimento ou embaraço de fiscalização, o induzimento ou outorga de procuração, a lavratura de ato notarial sem representação, os maus-tratos, a negativa de acolhimento, a omissão de socorro, o adiamento ou supressão de assistência à saúde do idoso sem justa causa⁽³⁵⁾.

A visão do censo comum estabelece a relação de que a idade avançada produz uma perda progressiva das aptidões do corpo e acarreta fragilidades físicas, mentais e cognitivas, que afetam a capacidade de trabalhar. Esta concepção pode levar à crença de que as pessoas idosas não são importantes para a sociedade e que elas aparecem como um fardo por não terem a capacidade de produzir^(18, 46).

A discriminação, enquanto uma das infrações que priva o cidadão de algum de seus direitos em decorrência de sua idade, é caracterizada pela imputação de preconceito para com a pessoa em processo de envelhecimento, a ponto de privá-la de seu(s) direito(s). Do ponto de vista conceitual, discriminar consiste em tratar outra pessoa de maneira diferente, pelo fato de ela ter vivido alguns anos a mais (60 ou 65 anos)⁽³⁷⁾. Devido a seu caráter excludente e depreciativo, a discriminação e o preconceito são considerados atitudes que podem levar a violações dos direitos das pessoas idosas.

O processo de envelhecimento é permeado de situações de preconceitos e discriminações oriundas dos outros ou da própria pessoa, que podem gerar a dificuldade de compreensão da população idosa em relação ao seu papel como cidadã na sociedade ou de enfrentamento desta fase da vida pela pessoa.

Por isso, investigar as condições de vida que determinam o processo do envelhecimento e a concepção da própria pessoa e do grupo social sobre o que é para eles ser velho e/ou envelhecimento pode oferecer pistas sobre a necessidade de condutas educativas e intervenções terapêuticas quando se pretende contribuir para um envelhecimento ativo.

Na visão da pessoa com 60 anos de vida, talvez a marca do processo de envelhecimento não seja tão forte a ponto de suscitar-lhe reflexões sobre esta fase da vida, mas, após os 65 anos, o passar dos anos faz com que as pessoas que vivenciam o processo de envelhecimento possam ter posicionamento dicotômico sobre o que é para elas estar envelhecendo.

No primeiro caso, para alguns, a velhice pode ser vista como uma fase ruim, que é cercada de acontecimentos negativos como a ocorrência de doenças e hospitalizações, exclusão, preconceito, abandono e limitação. No segundo caso, para outros idosos, a velhice pode ser encarada com positividade, uma vez que gera experiência de vida, conhecimentos, possibilita fortalecimento de vínculo, entre outras coisas⁽²⁾. Por isso, na presente investigação, o processo de envelhecimento está sendo analisado na perspectiva de pessoas com idade ≥ 65 anos.

Cabe considerar que o fato de a pessoa idosa, em sua maioria, apresentar participação ativa na sociedade como, por exemplo, ao auxiliar ou ser o ator principal na manutenção financeira das famílias, não impede que a velhice, na sociedade, seja percebida como sinônimo de perdas, abandono e morte⁽⁴⁷⁾. A manutenção deste estereótipo pode gerar preconceito e discriminação para com as pessoas idosas.

O envelhecimento *per se* gera incapacidades devido ao comprometimento dos principais sistemas funcionais, mas isso não impede que ações terapêuticas sejam previstas para auxiliar as pessoas idosas em suas incapacidades, reduzindo ao máximo seus impactos discriminatórios e geradores de isolamento, depressão, perda da autonomia e da participação⁽¹¹⁾.

Alguns termos são usados, com frequência, na descrição das manifestações, evolução do envelhecimento, a saber: senescência (alterações fisiológicas do envelhecimento); senilidade (alterações relacionadas ao envelhecimento patológico); mobilidade (capacidade de um indivíduo se mover em um dado ambiente e independência) e capacidade de autocuidar e realizar as atividades da vida diária (condição de prover seu cuidado com autonomia e independência em graus variados)⁽¹¹⁾.

Cabe mencionar que as incapacidades inerentes ao processo de envelhecimento surgem com ele e compõem as chamadas síndromes geriátricas, sendo acompanhadas por polipatologias (aumento do número de condições patológicas) e a polifarmácia (aumento no número de medicamentos consumidos rotineiramente)⁽²⁴⁾.

Dentre as síndromes geriátricas, constam: a incapacidade cognitiva, a instabilidade postural, a imobilidade, a incapacidade comunicativa e as incontinências. O conhecimento destas mudanças é essencial para a que os profissionais da saúde promovam intervenções adequadas e evitem a ocorrência de iatrogenias⁽²⁴⁾.

O surgimento das síndromes geriátricas, quando aliado a polipatologias, polifarmácia, despreparo pessoal para compreender a fase em que se encontra e despreparo dos profissionais de saúde, pode gerar intervenções iatrogênicas e fragilidade às pessoas idosas a ponto de manifestar-se por comportamentos discriminantes e preconceituosos⁽¹¹⁾.

O impacto de comportamentos discriminantes e preconceituosos pode gerar frustração, em decorrência das seguintes falácias: um sistema de *status* de idade que idealiza a juventude; pressões de tempo e dinheiro que levam à restrição de antigos interesses; mudanças fisiológicas que exigem a atenção para o autocuidado/autoproteção; mudanças tecnológicas que desatualizam as habilitações de pessoas idosas e a diminuição da habilidade para lidarem ou saírem de uma situação de frustração⁽⁴²⁾.

Diante da abrangência e complexidade das síndromes geriátricas, elegeu-se a incontinência anal como fator a ser aprofundado na investigação em decorrência de o assunto ter impacto sobre o processo de envelhecimento, não ser discutido de forma aberta em decorrência do desconforto, vergonha e constrangimento por que passam as pessoas que o vivenciam, além de a incontinência anal ter repercussões na saúde física, emocional, econômica e social das pessoas em processo de envelhecimento.

3.4. FISILOGIA DA (IN)CONTINÊNCIA ANAL

A Incontinência anal é definida como a perda involuntária de fezes ou gases, em qualquer momento da vida após a aprendizagem do uso do banheiro, ou seja, é a incapacidade para manter o controle fisiológico do conteúdo intestinal em local e tempo socialmente adequados⁽⁴⁸⁾.

Inicialmente, cabe o esclarecimento que a compreensão da incontinência anal passa pela compreensão da continência e por isso esta será a trajetória a ser abordada. A continência anal é a capacidade em retardar a eliminação de gases ou de fezes até o momento em que for conveniente fazê-lo. Este ato resulta da relação entre volume e consistência do conteúdo retal, capacidade de distensão (complacência retal), sensibilidade retal e a integridade da musculatura esfinteriana anal e de sua inervação^(48, 49).

Em nível mundial, estima-se que a prevalência da incontinência anal seja de 42 por 10.000 indivíduos com idade entre 15 e 64 anos; de 109 por 10.000 homens e de 133 por 10.000 mulheres na faixa etária acima dos 65 anos⁽⁵⁰⁾.

A ocorrência de incontinência anal (IA) pode ser subestimada na descrita na literatura, pois esse problema pode não ser relatado pelas pessoas em abordagens diretas, uma vez que as pessoas podem se mostrar relutantes em mencionar esta condição aos profissionais de saúde em

decorrência do constrangimento de apresentar-se incontinente ou do desconhecimento das possibilidades terapêuticas vigentes para abordá-la^(26, 49, 51).

Em uma pesquisa com 49 pessoas da comunidade de uma cidade americana, 2,2% da população geral tinham incontinência de gases, líquidos ou fezes, 30% eram idosos e 63% eram mulheres. Nessa investigação, foram a idade e o sexo apontados como fortemente relacionados com a ocorrência de IA⁽⁵²⁾.

Na população brasileira, segundo um estudo realizado no Ambulatório de Geriatria do Hospital das Clínicas de São Paulo, a prevalência de incontinência anal foi de 10,9%, sem distinção significativa entre os sexos⁽⁵³⁾. Em um estudo realizado com a população adulta em uma cidade de Minas Gerais, as prevalências foram padronizadas por sexo e idade, resultando em 7,0% para IA, tanto geral como para homens e mulheres⁽⁵⁴⁾.

Um estudo realizado com mulheres com incontinência anal nos Estados Unidos encontrou como variáveis associadas à maior chance de incontinência anal: gravidez, alto índice de massa corporal, menor atividade física, limitações funcionais, tabagismo, diabetes tipo 2, pressão alta e doenças neurológicas⁽⁵⁵⁾.

Do ponto de vista fisiológico, o mecanismo complexo da continência anal depende da ação integrada da musculatura esfinteriana anal e dos músculos do assoalho pélvico, da presença do reflexo inibitório retoanal, da capacidade, sensibilidade e complacência retal, da consistência das fezes e, finalmente, do tempo de trânsito intestinal⁽⁵⁶⁾.

O reto funciona como um reservatório para o conteúdo fecal e sua distensão desencadeia um relaxamento reflexo do esfíncter anal interno, permitindo a passagem de uma parte deste conteúdo pelo canal anal. A mucosa da parede anal permite a percepção da presença e da consistência do conteúdo fecal. Por meio do reflexo de amostragem e do desejo de adiar a defecação, é possível concretizar o conteúdo fecal por meio da contração voluntária dos músculos esfíncter externo e do elevador do ânus, que permitem o retorno do bolo fecal ao reto e seu armazenamento⁽⁴⁸⁾.

A continência é um processo inconsciente, controlada por vias neurais da medula mas também está sujeita ao desejo consciente⁽⁵⁷⁾. A sensação retal é importante para avisar a chegada de fezes para o reto e, normalmente, o indivíduo com sensibilidade normal é capaz de perceber a chegada do material fecal no reto com 20mmHg. Se a sensibilidade anal está diminuída, serão necessários volumes de fezes maiores para perceber o desejo de defecar, podendo levar à perda involuntária das fezes⁽⁵⁷⁾.

As alterações no mecanismo de continência ocorrem devido às mudanças na consistência das fezes, a exemplo das situações desencadeadas pelo abuso de laxativos; doenças inflamatórias do intestino; redução da complacência retal (em decorrência da retirada cirúrgica, neoplasias e doenças do colágeno); alterações da sensibilidade anal, como na tabes dorsal e nas neuropatias periféricas; comprometimento do controle neurológico central, como nos acidentes vasculares encefálicos e nas demências e anormalidades no mecanismo esfinteriano, decorrentes de lesões obstétricas, desordens neurológicas desmielinizantes, doenças inflamatórias e o envelhecimento *per se*⁽⁴⁸⁾.

A incontinência anal possui como um de seus fatores de risco o trauma mecânico que pode ocorrer durante o parto vaginal e em cirurgias pélvicas e, portanto, as mulheres estão mais expostas a sofrerem de incontinência⁽⁵⁸⁾. Por este motivo, o acompanhamento da gestante com a realização de exercícios que fortaleçam a musculatura pélvica contribui para a redução da incontinência anal nas mulheres.

Em relação aos fármacos que podem afetar a continência anal, citam-se: betabloqueadores, nitratos, antagonistas dos canais de cálcio, inibidores da receptação da serotonina, sildenafil, antibióticos como cefalosporinas, penicilinas e eritromicina; laxantes, digoxina, orlistato, metformina, entre outros⁽⁵⁹⁾.

A IA pode ser classificada em incontinência sensorial ou motora. Na incontinência sensorial, ocorre perda fecal sem a autopercepção, enquanto, na incontinência motora, a pessoa percebe o desejo para evacuar, mas não consegue impedir a perda. Quanto à classificação pelo tipo de material perdido, a incontinência pode ser para fezes líquidas, pastosas ou sólidas e também para flatus⁽⁴⁸⁾.

Independentemente do tipo de alteração funcional que ocorra nos casos de incontinência anal, todas elas podem gerar insegurança, perda da autoestima, angústia, depressão, transtornos físicos, mentais e sociais, que contribuem para uma piora na qualidade de vida dos indivíduos⁽⁶⁰⁾. Tais manifestações são passíveis de ocorrer por se tratar de uma situação constrangedora para seus portadores, que exige o planejamento da vida de forma a assegurar acesso fácil e rápido aos banheiros. Tal exigência, do ponto de vista do planejamento da vida diária, pode justificar o isolamento daqueles que têm alterações funcionais, a abdicação de uma vida social e o comprometimento na vida profissional⁽⁶¹⁾.

A incontinência anal tende a impactar negativamente a qualidade de vida dos adultos. Além disso, os adultos com incontinência anal têm maiores custos de cuidados de saúde e são mais propensos a ser encaminhados a lares de idosos do que aqueles sem incontinência anal⁽¹³⁾.

Considerando que as fezes possuem pH capaz de agredir a pele, a manutenção da integridade cutânea é uma constante preocupação do enfermeiro, uma vez que a pele é uma proteção natural e seu rompimento por fatores de umidade e contato com secreção, desencadeado pela incontinência anal, pode favorecer o desenvolvimento de lesões cutâneas. Dentre as manifestações cutâneas estão as dermatites associadas à incontinência concebidas como área de eritema e edema localizadas na superfície da pele, que podem cursar ou não com lesões bolhosas, exsudato, erosão ou infecção cutânea secundária⁽⁶²⁻⁶⁴⁾.

Uma alternativa de lidar com a perda de fezes incontrolável é o uso de fraldas. Sua utilização de forma inadequada é capaz de intensificar a irritação da pele na medida em que o pH cutâneo torna-se potencializado pela conversão da ureia em amônia quando as fezes contidas nas fraldas descartáveis aumentam o risco de infecções secundárias. O mecanismo é o de permeabilidade de barreira da epiderme associada à hidratação excessiva. Outro fator interveniente para alteração da integridade da pele é a ingestão de antibióticos que favorecem o surgimento de aumento no número das evacuações e as tornam mais líquidas⁽⁶²⁾.

Cabe mencionar que a história clínica de incontinência anal é focada nos sinais e sintomas que caracterizam o funcionamento intestinal, tais como: frequência e duração das perdas e das evacuações, consistência das fezes, presença de urgência, diarreia, flatulência e constipação e uso de proteção. Inclui também um relato da história cirúrgica e de doenças prévias relacionadas à ocorrência de incontinência, uso de medicações, hábitos alimentares, avaliação do estado mental e emocional⁽⁴⁸⁾.

Na literatura há escalas capazes de mensurar as incontinências anais e/ou sua repercussão sobre o estilo de vida, dentre as quais, podem se citar: *Fecal Incontinence Quality of Life* (FIQL)^(51, 65); *Wexner*⁽⁶⁶⁾; *Sant Mark*^(67, 68) e *Revised Fecal Incontinence Score* (RFIS)⁽⁶⁹⁾ (**Anexo 1**).

As pessoas com incontinência anal possuem como primeira opção o tratamento conservador e, depois, o tratamento cirúrgico. A decisão sobre qual tratamento deve ser adotado depende da integridade do esfíncter anal, mas há consenso para que as pessoas com alterações esfíncterianas devam ser submetidas à técnica de sobreposição (esfíncteroplastia), enquanto aquelas que apresentam esfíncteres intactos devem receber outras modalidades de tratamento (estimulação do nervo sacral ou terapia biofeedback)^(50, 70).

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Como referencial teórico foram utilizados a Teoria das Representações sociais nas abordagens estrutural e processual, o Processo do envelhecimento ativo e referencial teórico filosófico e taxonômicos para o cuidado de enfermagem .

4.1. TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS (TRS)

O conceito de representação social designa uma forma específica de conhecimento, o saber do senso comum, cujos conteúdos retratam a utilização de processos generativos e funcionais socialmente marcados⁽⁷¹⁾.

As representações sociais são construções psicológicas e sociológicas e seu uso como método visa à busca de uma “sociedade pensante”, cujos sujeitos têm papel ativo na construção das visões de mundo, nas soluções das questões do cotidiano⁽⁷²⁾.

Para o enfermeiro, em seu papel de cuidador, conhecer as concepções das pessoas de que cuida a respeito de questões presentes em seus cotidianos o instrumentaliza para a possibilidade de prestar uma assistência individualizada e compatível com as reais necessidades das pessoas.

A representação social se caracteriza por demonstrar, por meio da obtenção do senso comum, a realidade das relações do indivíduo com o seu meio físico e social⁽⁷³⁾. Isso implica o fato de a aplicação da representação social no âmbito da investigação possibilitar que o conhecimento elaborado socialmente seja apreendido pelo investigador a ponto de ele se apropriar da realidade investigada e reconhecer quais são as características comuns a um grupo para concebê-la como socialmente contextualizada⁽⁷⁴⁾.

Outra forma de aplicar a representação social na investigação é seu potencial para avaliar a compreensão das pessoas acerca do fenômeno e como esta interfere na sua relação de vida com os outros e com elas mesmas⁽⁷⁵⁾.

A Teoria das Representações Sociais pode ser aplicada por meio de quatro abordagens que lhe conferem nomeações distintas, a saber: discurso do sujeito coletivo; societal, processual e estrutural.

O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) é uma proposta de Fernando Lefévrè. Esta abordagem permite que seja realizado um discurso-síntese elaborado a partir dos fragmentos dos discursos de sujeitos distintos desde que o conteúdo dos mesmos verse sobre pontos

complementares, caracterizando uma possibilidade metodológica de procedimentos sistemáticos e padronizados⁽⁷⁶⁾.

O DSC é considerado uma proposta explícita de reconstituição de um ser ou entidade empírica coletiva, opinante na forma de um sujeito de discurso emitido na primeira pessoa do singular⁽⁷⁷⁾.

Na abordagem societal, o enfoque está nos sistemas de crenças, representações, avaliações e normas sociais, adotando o pressuposto de que as produções culturais e ideológicas, características de uma sociedade ou de certos grupos, dão significação aos comportamentos dos indivíduos e criam as diferenciações sociais, a partir de princípios gerais. O objetivo dessa abordagem é conectar o individual ao coletivo; articular apreciações de ordem individual com explicações de ordem societal e procurar entender como os diversos grupos sociais constroem diferentes conceitos sobre um mesmo objeto⁽⁷⁸⁾.

A abordagem processual enfoca como as Representações Sociais são produzidas cognitivamente e como circulam entre os indivíduos. Neste enfoque, são considerados os aspectos epistemológicos que compõem uma representação social e como eles são disseminados⁽⁷⁹⁾.

Na abordagem estrutural, há conjuntos sociocognitivos organizados em estruturas alocadas em dois subsistemas. No primeiro, está(ão) o(s) conteúdo(s) alocado(s) no núcleo central que propicia estabilidade ao sistema devido ao teor do(s) conteúdo(s) consensualizado(s) e por isso é(são) resistente(s) a mudanças e chamado(s) de elemento(s) do núcleo central. No segundo, estão os elementos periféricos que desenvolvem papel de integração com o núcleo comum e que refletem as experiências pessoais cotidianas. Por isso, estes elementos podem se modificar sem afetar a estabilidade do sistema central⁽⁸⁰⁾.

O núcleo central da representação social segundo Abric é composto por elementos mais estáveis, menos passíveis de interferências do meio exterior e por isso apresentam características de rigidez, estabilidade (não “negociável”) e consensualidade⁽⁸¹⁾.

Seu conteúdo está ligado à memória coletiva e à história; é consensual e define a homogeneidade; é estável, coerente e rígido; resiste à mudança; é pouco sensível ao contexto imediato e gera a significação da representação e determina sua organização. Nesta concepção, estudar uma representação social é, de início, e antes de qualquer coisa, buscar os constituintes de seu núcleo central⁽⁸²⁾.

Os elementos periféricos estão relacionados às questões que podem ser mudadas e sugerem a flexibilidade, as transformações e as diferenças individuais. Os sistemas periféricos permitem a integração das experiências e das histórias individuais na medida em que suportam a

heterogeneidade característica de peculiaridades que se modificam de grupo a grupo. Por isso seus elementos se transformam; são flexíveis, suportam contradições; são sensíveis ao contexto imediato a ponto de permitir a adaptação à realidade concreta e a diferenciação do conteúdo. Tais características de flexibilidade têm a finalidade de proteger o conteúdo alocado no núcleo central (79, 82).

A velocidade de veiculação e acesso à informação requer que os conteúdos sejam processado continuamente. Na TRS, é possível nomear e definir o conjunto dos diferentes aspectos de uma realidade a ponto de interpretá-la; discernir posicionamentos a respeito de uma tendência contida no sistema de possibilidades e reagir diante daquilo que nos parece apreciável quando se está em contato com o mundo e com os outros(83).

A TRS tem sido utilizada na área da saúde, como auxílio para entender o significado social de algo; seu impacto sobre o contexto social, quais as informações capazes de influenciar comportamentos, sentimentos e conhecimento prévios. Por isso esta abordagem auxilia na interpretação do contexto e no direcionamento de ações de intervenção numa perspectiva de intencionalidade(84).

Atribuir significado a determinado objeto é possível a partir dos processos de ancoragem e objetivação, realizados por grupos de pessoas que são socialmente contextualizadas. Nesse aspecto, a objetivação consiste na função de tornar algo objetivável, palpável e natural, transformando o que é abstrato em concreto, pois ela acontece pelo processo de simbolização e interpretação realizada pelo sujeito, a respeito de um objeto, facilitando a comunicação(83).

A ancoragem é o outro processo que propicia sentido ao objeto que se apresenta, visto o sujeito proceder, nestes casos, ao que lhe é familiar. Por isso é possível incorporar novos elementos ao saber, na medida em que se aproximam de categorias mais familiares(85).

Uma técnica utilizada para a coleta de dados da representação social é a Técnica de Associação Livre de Palavras, a qual consiste em solicitar que o indivíduo mencione palavras e/ou expressões que, primeiramente, lhe vêm à mente quando um termo indutor é acionado(81). Nesse procedimento, o objetivo é reduzir o controle social sobre o que se pensa acerca do termo evocado e auxiliar o sujeito a localizar, nas zonas de bloqueamento, os conteúdos da consciência, expressos por sentimentos, desejos, comportamentos e informações que, normalmente, um indivíduo não quer admitir, embora integrem parte da sua vida psíquica(86).

4.2 ENVELHECIMENTO ATIVO ENQUANTO DIRETRIZ PARA REFLEXÕES SOBRE O CUIDADO DE ENFERMAGEM

A concepção de saúde não se restringe à ausência de doenças, engloba também a capacidade de realizar aspirações e a satisfação das necessidades⁽¹¹⁾.

Refletir sobre a concepção de saúde à luz do processo do envelhecimento equivale a confrontar este conceito com a fase da vida em que ele ocorre. Partindo do pressuposto que está implícito ao processo do envelhecimento o aparecimento progressivo de doenças e que este fato é inevitável, há necessidade de se buscar outro alicerce para se conceber a saúde e estar saudável entre pessoas em processo do envelhecimento⁽⁸⁷⁾.

Neste sentido, pode-se considerar que, nas ocasiões em que a pessoa idosa consegue realizar suas atividades de forma independente e autônoma ou consegue se adaptar as limitações que surgem, mantendo o máximo de autonomia e independência com participação social e engajamento intergeracional, ela pode ser considerada uma pessoa saudável⁽¹⁷⁾.

Há intelectuais que utilizam a concepção do envelhecimento bem-sucedido para exprimir os requisitos mínimos para uma pessoa em processo de envelhecimento ser considerada saudável. Na concepção do envelhecimento bem-sucedido, há três elementos a serem considerados: a probabilidade baixa de doenças e de incapacidades relacionadas às mesmas; a alta capacidade funcional cognitiva e física e o engajamento ativo com a vida⁽⁸⁸⁾.

Manter a autonomia e independência durante o processo de envelhecimento é uma meta fundamental para indivíduos e governantes e esta discussão encontra-se cada vez mais pertinente, uma vez que a população idosa está cada vez maior e suas necessidades, mais evidentes⁽⁸⁹⁾.

A mobilidade é das principais funções corporais e o seu comprometimento, além de afetar diretamente a independência, pode acarretar consequências graves aos idosos. A instabilidade postural, por exemplo, leva o idoso à queda, algo muito temido, uma vez que pode gerar amplas complicações no idoso como escoriações, contusões, hematoma subdural, fraturas e o medo⁽³¹⁾.

Cabe considerar que, na etiologia das quedas, pelo fato de elas serem multifatoriais e estarem relacionadas a fatores intrínsecos como transtornos da visão, do equilíbrio, da marcha e fatores extrínsecos, como riscos ambientais, é possível identificar na literatura que os fatores intrínsecos são responsáveis pelo maior número de quedas em idosos institucionalizados e os fatores extrínsecos pelas quedas em idosos da comunidade⁽⁹⁰⁾.

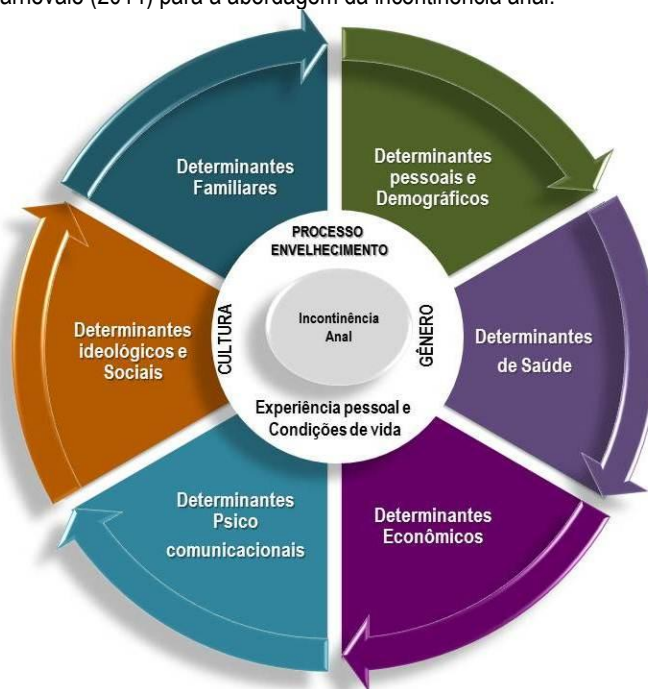
A política internacional consensualizada pelos estudiosos da área que traça as diretrizes para abordar a saúde das pessoas em processo de envelhecimento é intitulada "envelhecimento

ativo”, o qual equivale a manter o processo do envelhecimento com capacidade funcional e autonomia.

Neste contexto, o bem-estar na velhice não é caracterizado pela ausência de doenças e pode ser definido como o resultado do equilíbrio entre as várias dimensões da capacidade funcional do idoso. Isso equivale a dizer que o objetivo da promoção do envelhecimento com qualidade deve ser realizado de forma ampla, englobando fatores biopsicossociais, ou seja, contemplando os determinantes do processo do envelhecimento⁽³⁾.

Os determinantes para um envelhecimento ativo contemplam as esferas econômicas, sociais, comportamentais, físicas, ambientais, econômicas, de serviços sociais e de saúde (**Figura 2**).

Figura 2: Esquema ilustrativo dos determinantes do processo do envelhecimento propostos por Létourneau *apud* Guillemard, *et al.* (1995) adaptado por Pinto PF & Fernandes AA para o processo do envelhecimento (Lisboa out/2006) e ajustado por Arreguy e Carnevale (2014) para a abordagem da incontinência anal.



Fonte: Létourneau *apud* Guillemard, *et al.*1995:148 e Organização Mundial de Saúde, 1994 *apud* World Health Organization, 2005:18 adaptado por Pinto 2014.

Considera-se que um investimento econômico capaz de facilitar o acesso da população à educação, à moradia, a estrutura sanitária adequada, a uma alimentação balanceada, ao suporte para a realização de atividades físicas, aos serviços de saúde, entre outros, seja capaz de favorecer um processo de envelhecimento saudável, na concepção de saúde ampliada e, como consequência, a pessoa idosa terá mais recursos para realizar suas atividades do dia a dia⁽²⁴⁾.

A estrutura política criada para a promoção do envelhecimento ativo está alicerçada em três pilares. O da saúde, que acontece quando os fatores de risco de doenças crônicas e de declínio funcional são mantidos baixos, enquanto os fatores de proteção são mantidos elevados⁽⁹¹⁾.

Outro pilar que alicerça o envelhecimento ativo é a participação do idoso na comunidade a qual lhe proporciona a oportunidade de emprego, de educação, da participação de atividades econômicas, culturais e espirituais⁽⁹²⁾. Estas ações possibilitam ao idoso continuar sua contribuição com a sociedade, mesmo após o envelhecimento, fato este que pode auxiliar a manutenção da autoestima e do bem-estar.

A segurança é descrita como o terceiro pilar e aborda a necessidade de acesso do idoso à segurança social, física e financeira, fazendo com que a sua dignidade seja mantida, mesmo quando o idoso já não for mais capaz de se proteger e de se sustentar⁽²⁴⁾.

O envelhecimento populacional, além de ser processual, é complexo e possui muitas particularidades, pois saber lidar com essas diferenças é essencial para programar uma assistência individualizada e de qualidade às pessoas idosas. Compreender quais os riscos a que elas estão expostas, suas limitações, as mudanças que surgem com o aumento da idade, as patologias próprias deste processo e a adaptação necessária para assegurar o máximo de autonomia no cotidiano possibilita ao enfermeiro criar estratégias que possam auxiliar no enfrentamento dessa fase da vida⁽⁹³⁾.

O enfermeiro, ao conhecer e identificar as necessidades das pessoas idosas, pode, junto ao poder administrativo, auxiliar na identificação de metas e programas que favoreçam a promoção da qualidade de vida das pessoas idosas no contexto intergeracional e intensifiquem sua inserção social⁽⁹⁴⁾.

O atendimento de situações de vulnerabilidade física, mental, social, financeira, familiar ou de outra origem constitui os alicerces em que se estruturam as políticas públicas que abordam o processo e as demandas que surgem com o envelhecer e visa à promoção da autonomia, à independência e ao enfrentamento das limitações à medida que elas surjam⁽²⁶⁾.

Neste contexto o enfermeiro e a equipe multidisciplinar devem minimizar os impactos inerentes a este período da vida, proporcionando às pessoas um envelhecimento bem-sucedido e com qualidade de vida.

As tendências de adoecimento entre pessoas idosas permitem caracterizar as situações mais comuns sob a denominação das síndromes geriátricas e, entre elas, se destaca a incontinência anal, que é um marcador deste processo. Sua abordagem na perspectiva das

representações sociais constitui uma possibilidade para se identificar o quanto ela impacta sobre sua saúde física e mental das pessoas⁽⁹⁵⁾.

A união da contextualização do processo do envelhecimento populacional, do surgimento da incontinência anal enquanto manifestação da síndrome geriátrica, sua representação social e das possibilidades de atuação do enfermeiro junto a este segmento populacional explicita a relevância desta investigação.

4.3 DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM E PADRONIZAÇÃO DA LINGUAGEM DOS PROBLEMAS A SEREM ABORDADOS PELOS ENFERMEIROS

Em sua atuação laboral os profissionais Enfermeiros necessitam definir qual é a situação problema sobre a qual estruturará sua proposta terapêutica, sendo a explicitação desta situação fundamental para dar visibilidade a sua intencionalidade terapêutica e permitir que haja a continuidade da assistência de enfermagem por seus colegas que o precederão e pela equipe de enfermagem.

A explicitação desta situação é denominada por diagnóstico de enfermagem, existindo várias taxonomias que se dedicam a padronização desta linguagem. Somente é possível identificar um diagnóstico de enfermagem após o profissional enfermeiro coletar as informações objetivas e subjetivas em fontes variadas (usuário, prontuário, familiar, acompanhante, etc.) e realizar o raciocínio diagnóstico por meio de métodos indutivos e dedutivos que culminam no enunciado do que ocorre com um determinado indivíduo, família ou comunidade que é de sua competência profissional do ponto de vista ético, técnico e legal e que com sua atuação é passível de ser abordado terapêuticamente.

Na presente investigação a taxonomia elegível foi da NANDA I, cuja definição de diagnóstico de enfermagem foi elaborado em 1990, como sendo: “julgamento clínico das respostas/experiências do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais. O diagnóstico de enfermagem constitui a base para a seleção das intervenções de enfermagem para alcançar os resultados pelos quais o enfermeiro é o responsável”

(96)588p.

Em uma analogia para abordagem dos tipos de diagnósticos de enfermagem (real, de risco, de síndrome e de promoção de saúde), Arreguy o compara aos elementos de uma locomotiva, no qual a máquina correspondendo ao título do diagnóstico (conceito diagnóstico), a definição aos trilhos

onde o trem se locomove, o(s) vagão(ões) aos componentes do diagnósticos (fatores relacionados e características definidoras ou ao fator de risco)⁽⁹⁷⁾.

Nos tipos de diagnósticos (real, de risco e de promoção de saúde e sendo o diagnóstico de síndrome uma possibilidade adicional para exprimir um conjunto de diagnósticos que requerem intervenções similares para sua abordagem terapêutica) todos apresentam como elementos comuns um título e de uma definição ^(96, 98).

De acordo com o tipo de diagnóstico os elementos adicionais aos anteriormente mencionados irão variar em: 1) fatores relacionados e características definidoras; 2) fatores de risco e 3) características definidoras para os diagnósticos reais, de risco e de promoção de saúde, respectivamente⁽⁹⁶⁾.

Cabe mencionar que a taxonomia dos diagnósticos de enfermagem segundo a proposição da NANDA Internacional é alinhada com as taxonomias da *Nursing Intervention Classification* (NIC) e com a *Nursing Outcome Classification* (NOC)^(96, 98, 99). Elas constituem num esforços para uniformização a linguagem dos diagnósticos, das intervenções e dos resultados de enfermagem, respectivamente, sendo conhecidas e aplicadas (inter)nacionalmente.

Estas taxonomias traduzem avanços, na medida em que permitem o compartilhamento de informações entre serviços de culturas distintas e tem norteado investigações e aquisição de conhecimento na área da enfermagem^(96, 98, 99).

A taxonomia da NANDA foi estruturada em domínios, classes e diagnósticos, havendo uma definição operacional para cada diagnóstico e uma referência básica por ocasião de sua proposição, sendo a estrutura das taxonômias NIC e NOC similares a ponto de permitir o alinhamento entre elas, por meio de seus elementos comuns (domínio, classe e diagnóstico/intervenções/ resultados de enfermagem como componentes) que são equivalentes ^(96, 98, 99).

O fato da taxonomia da NANDA I ser a opção adotada, permitiu definir ações de competência de enfermagem advindas de seu julgamento clínico sobre as respostas humanas do indivíduo, família e coletividade diante de situações em curso, potenciais e que retratam momentos de vida, em decorrência delas serem capazes de nortear a atuação do enfermeiro para a seleção de condutas terapêuticas de sua competência legal, ética e profissional consensualizadas (inter)nacionalmente⁽⁹⁶⁾. Outro fator que respaldou a opção pela escolha da taxonomia da NANDA I foi o fato de ela favorecer o registro sistematizado do que ocorre com as pessoas que estão sob os cuidados de enfermagem, sendo, por isto capaz de melhorar a comunicação entre a equipe de enfermagem e entre a equipe de enfermagem com as demais área de saúde⁽¹⁰⁰⁾.

A riqueza como um diagnóstico de enfermagem é estruturado, segundo a taxonomia da NANDA I (título, definição, características definidoras, fatores relacionados ou fatores de risco), fornece evidências para a seleção de intervenções terapêuticas e critérios (indicadores) capazes de avaliar o impacto das ações de enfermagem implementadas. As combinações entre estes elementos possibilitam definir alguns tipos de diagnósticos de acordo com sua estrutura, a saber: real, de risco, de síndrome e de promoção de saúde⁽⁹⁶⁾ e que, na analogia didática proposta por Arreguy-Sena, podem ser assemelhadas às estruturas de um trem ^(97, 101).

Os diagnósticos reais são aqueles que apresentam como componentes explicitados: o título, os fatores relacionados (causa ou etiologia do problema) e as características definidoras (sinais e sintomas). Eles consistem em “descrever respostas humanas a condições de saúde/processos vitais que existem em um indivíduo, família, grupo ou comunidade. São, por vezes, chamados de diagnósticos de problemas^{(96):588}.

Os diagnósticos de risco são aqueles que apresentam como componentes explicitados: o título e os fatores de risco, ou seja, as situações ou circunstâncias de vulnerabilidade a que o indivíduo, família ou comunidade estão expostos. Eles consistem em “juízo clínico sobre experiências/respostas humanas a condições de saúde/processos vitais que têm elevada probabilidade de ocorrer em um indivíduo, família, grupo ou comunidade vulnerável”^{(96):588}.

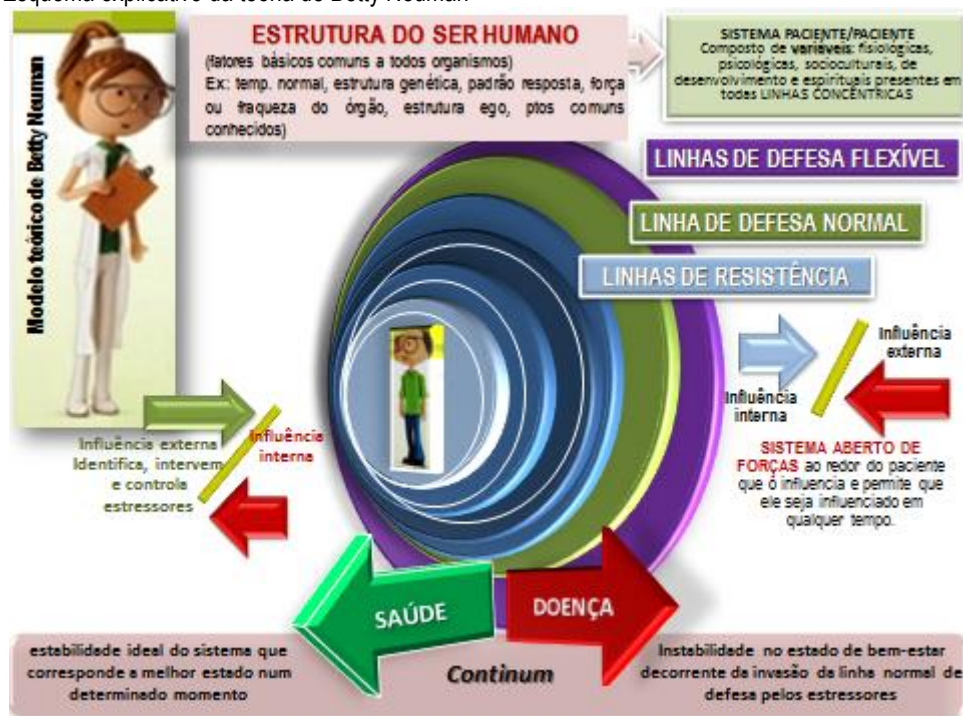
Os diagnósticos de síndrome constituem uma união de outros diagnósticos que se manifestam em conjunto, a ponto de caracterizar uma reunião de problemas de enfermagem que ocorrem simultaneamente. Sua composição dependerá se as situações evidenciadas estão em curso ou em potencialidade, fato que fará com que ele tenha os elementos semelhantes aos diagnósticos reais ou de risco respectivamente. Ele consiste em “juízo clínico que descreve um grupo específico de diagnósticos de enfermagem que ocorrem simultaneamente e são mais bem tratados em conjunto e por meio de intervenções similares”^{(96):588}.

Os diagnósticos de promoção de saúde são aqueles que apresentam como componentes explícitos o título e as características definidoras, ou seja, as situações que exprimem as manifestações do indivíduo, família ou comunidade para a busca de modificação na forma de se comportar e alcançar metas pretendidas. Eles consistem em “juízo clínico da motivação e do desejo de um indivíduo, família, grupo ou comunidade de aumentar o bem-estar e concretizar o potencial de saúde humana, conforme manifestado em sua disposição, para melhorar comportamentos específicos de saúde e que podem ser utilizados em qualquer condição de saúde”^{(96):588}.

Para subsidiar a abordagem teórico/filosófica e a concepção de enfermagem adotada na presente investigação optou-se pela proposição de Betty Neuman.

Ela propõe uma teoria que aborda as situações vivenciadas intimamente ou externamente a partir da percepção dos estressores. Os estressores são forças criadas pelo ambiente ou tensões que produzem alterações no fluxo normal do ambiente, podendo ser intrapessoal- quando ocorre dentro do indivíduo (homem ser espiritual, psico); interpessoal- quando ocorre entre um ou mais indivíduos (homem ser social) e extrapessoal- quando ocorre fora do indivíduo e inclui fatores ambientais. Os estressores são capazes de gerar equilíbrio ou desequilíbrio no organismo⁽¹⁰²⁾(Figura 3).

Figura 3: Esquema explicativo da teoria de Betty Neuman



Fonte: As autoras baseado em McEwe M, Wills EM. Bases Teóricas para Enfermagem. 2ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2009.

Para Neuman, o indivíduo é considerado um sistema de força composto por uma estrutura básica comum a todos que é influenciada por variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais, espirituais e desenvolvimentais⁽¹⁰³⁾.

Os pressupostos da teoria de Betty Neuman são: 1) a tensão causada pelos estressores ambientais leva o indivíduo, em sua dimensão, total a interagir com seu ambiente (inter-relacionamento e interdependência); 2) os estímulos são interpretados por cada indivíduo de forma diferenciada e 3) de acordo com a reação do indivíduo é possível verificar em que momento a enfermagem deve intervir⁽¹⁰³⁾.

Partindo desses pressupostos, surgem três níveis de atuação do enfermeiro, a saber: a) nível primário: quando um estressor é suspeitado ou percebido, nesse nível não ocorre uma reação. A intervenção de enfermagem visa evitar que o estressor penetre na linha normal de defesa ou diminuir o grau de reação; b) nível secundário: quando a reação ao estresse é reconhecida, trata-se das descobertas iniciais sobre o caso e do tratamento inicial de sintomas. Nesse nível a intervenção de enfermagem visa fortalecer as linhas internas de resistência para reduzir a reação e c) nível terciário: trata-se da readaptação e reeducação para evitar ocorrências futuras e manter a estabilidade, sendo que a intervenção de enfermagem se dá no sentido de manter a adaptação através do fortalecimento das linhas de resistência, prevenindo ocorrências futuras²³.

Na proposta teórico/filosófica de Neuman é possível extrair os seguintes metaparadigmas: 1) **enfermagem**: profissional que realiza abordagem holística, baseado num sistema de forças. Este sistema é aberto permitindo o intercâmbio de informações e reações com outros fatores ao redor de uma pessoa. O enfermeiro utiliza de intervenções terapêuticas para equilibrar o sistema de forças que afetam um cliente a partir da abordagem das variáveis. 2) **cliente**: indivíduo pertencente a um contexto individual, familiar, social ou da comunidade que possui um sistema aberto de forças funcionantes em conjunto com outras partes do seu corpo e interage com o meio ambiente. Possui variáveis (física/fisiológica, psicológica, mental, social, cultural, de desenvolvimento e bem-estar espiritual) que são protegidas pelas linhas de energia; 3) **processo saúde doença**: a saúde é a condição de natureza dinâmica em que prevalece o nível de bem-estar e doença ocorre quando prevalece o desequilíbrio, o desconforto e o mal estar, sendo que o bem ocorrerá quando toda parte ou o sistema de uma pessoa estiver trabalhando em harmonia; 4) **meio ambiente**: condição interna ou externa ao organismo^(103, 104).

Ao analisar a aplicabilidade da teoria de Neuman para a abordagem de indivíduos em processo de envelhecimento foi possível identificar fatores que causam (in)diretamente estresse e modificações na estrutura fisiológica, psicológica, sociocultural, desenvolvimental e espiritual deste grupo. Isto porque esta fase da vida é capaz de causar impacto sobre a vida dessas pessoas em decorrência da mudança em seus hábitos e rotinas, pela eminência da morte, pelo surgimento de novas situações que requerem adaptação ao estilo de vida e que é capaz de repercutir sobre todo o ser, seu convívio familiar e social e a forma como passa a conceber a vida com redimensionamento do que nela possui de valor.

Dentre os estressores passíveis de serem identificados estão os fatos de: elas não ter mais a função fisiológica como tinha na fase de adulto; ter mudanças em seus quotidianos sem que

muitas vezes se dê conta disto; conviver com a proximidade da morte, ver a rede social que construiu ao longo dos anos se decompor, dentre outras.

Com vistas a que a utilização do referencial de Neuman e da taxonomia da NANDA I subsidem reflexões para que os resultados desta investigação possam ser transportos para a área de saúde, e em especial para a atuação do enfermeiro e sua equipe, pretende-se analisar a ocorrência de incontinência anal, as suas repercussões sobre alguns determinantes do processo do envelhecimento e sobre a sua própria ocorrência em um grupo de pessoas com idade ≥ 65 anos de idade pode contribuir para esclarecer como estas pessoas convivem com a IA, como enfrentam o processo do envelhecimento e subsidiar reflexões sobre como o enfermeiro pode se inserir neste contexto e atua na Atenção Primária de Saúde.

5 OBJETIVOS, HIPÓTESES E PRESSUPOSTOS

5.1 OBJETIVO GERAL:

Analisar os determinantes do processo de envelhecimento, a prevalência de incontinência anal e as representações sociais que pessoas com idade ≥ 65 anos fazem sobre a incontinência anal com vista a identificar os diagnósticos de enfermagem nesta área em um grupo socialmente contextualizado.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Descrever os determinantes pessoais, econômicos, familiares, ideológicos e sociais, psicocomunicacionais e de saúde do processo de envelhecimento em pessoas com idade ≥ 65 anos moradoras de uma área coberta pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em Minas Gerais.

Calcular a prevalência e o grau de incontinência anal e seu impacto sobre o estilo de vida de pessoas com idade ≥ 65 anos.

Correlacionar os escores obtidos na escala RFIS com os obtidos nas escalas St Mark e Wexner.

Identificar os componentes e a hierarquização dos elementos que compõe as representações sociais sobre incontinência anal obtidas pela abordagem estrutural

Descrever os componentes que compuseram as representações sociais sobre incontinência anal obtidas pela abordagem processual

Verificar se os conteúdos da abordagem estrutural e processual das representações sociais obtidas sobre incontinência anal se corroboram.

Identificar os principais diagnósticos de enfermagem na perspectiva dos problemas da incontinência anal, na perspectiva de uma síndrome geriátrica.

5.3 HIPÓTESES E PRESSUPOSTOS

Foram três as hipóteses para alicerçar a realização da presente investigação.

H1: A prevalência da incontinência anal é de 2 a 5% na população estudada.

H0: A prevalência da incontinência anal é maior que 5% ou menor que 2% na população estudada;

H2: A versão da escala RFIS utilizada na presente investigação para aferir a prevalência da incontinência anal possui correlação com as escalas de Wexner e St Mark.

H0: A versão da escala RFIS utilizada na presente investigação para aferir a prevalência da incontinência anal não possui correlação com as escalas de Wexner e St Mark.

H3: As evidências obtidas com a aplicação do método misto para caracterizar a forma como a incontinência anal é enfrentada por um grupo de pessoas com idade ≥ 65 anos são suficientes para subsidiar reflexões sobre os principais problemas nesta área que requerem cuidados de enfermagem.

H0: As evidências obtidas com a aplicação do método misto para caracterizar a forma como a incontinência anal é enfrentada por um grupo de pessoas com idade ≥ 65 anos não são suficientes para subsidiar reflexões sobre os principais problemas nesta área que requerem cuidados de enfermagem.

Os pressupostos que alicerçaram a presente investigação incluem o fato de as pessoas com 65 anos de idade ou mais: 1) ao conviverem num mesmo ambiente sociocultural, formarem um grupo socialmente contextualizado; 2) serem capazes de representar a incontinência anal por meio de elementos valorativos, atitudinais/comportamentais, informativos e imagéticos que retratam este tipo de incontinência; além de: 3) os elementos da representação social e dos determinantes do processo do envelhecimento fornecerem subsídios para a identificação dos diagnósticos de enfermagem vinculados à incontinência anal e 4) possibilidade de captar a forma como se constituiu a representação social dos participantes em discursos que enfocam abordagens de autopercepção e heteropercepção.

6 MÉTODOS E TÉCNICAS

A seguir, foram apresentados os elementos e os procedimentos técnicos operacionais utilizados para o desenvolvimento desta investigação.

6.1 DELINEAMENTO

Pesquisa de método misto operacionalizada por meio de: 1) abordagem qualitativa delineada na Teoria das Representações Sociais para incontinência anal na perspectiva estrutural segundo a teoria do núcleo central; 2) abordagem quantitativa delineada numa investigação de determinação da prevalência de incontinência anal; 3) abordagem qualitativa delineada na Teoria das Representações Sociais com abordagem processual para ocorrência de incontinência anal e 4) abordagem quantitativa com delineamento do tipo *survey* com corte transversal para identificar os determinantes do processo do envelhecimento. Nesta trajetória, o método misto permitiu que os resultados qualitativos e quantitativos fossem aproximados a ponto de subsidiar a identificação de demandas de cuidados de enfermagem vinculados à função gastrointestinal entre pessoas com idade ≥ 65 anos moradoras de uma área coberta pelo PACS.

6.2 CENÁRIO DA INVESTIGAÇÃO

A presente pesquisa foi realizada numa cidade da Zona da Mata Mineira que possui população estimada em 516.247 habitantes¹¹. É área adstrita de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS), com cobertura pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

O bairro em que se encontra o cenário da investigação é anexo a um *campus* de uma Universidade Federal, fato que confere aos moradores um vínculo com esta universidade e com outra de caráter particular que tem o local como cenário de práticas clínicas nas áreas da Medicina, Enfermagem e Odontologia. Nesse local há quatro escolas municipais que disponibilizam ensino fundamental e médio na modalidade convencional e de supletivo.

A presença dos centros de formação profissional em nível superior próximos ao cenário justifica a intensificação do comércio local (bares e restaurantes) durante os períodos letivos e a utilização de suas dependências para prática de caminhadas e eventos recreativos.

Do ponto de vista de sua localização geográfica da macrorregião, há reserva de fauna e flora nativa e potencial para o crescimento explicitado desde a década de 70, segundo registros no Plano Diretor da região proposto pela Prefeitura local⁽¹⁰⁵⁾.

No entorno da área investigada, há residências e moradores de alto poder econômico; área destinada ao turismo; presença de comércio (supermercados, açougues, lojas de materiais de construção, farmácias, padarias, etc.), atividades de prestação de serviços (postos de combustíveis, serralherias, oficinas mecânicas e restaurantes)⁽¹⁰⁵⁾.

A região possui acesso por transporte coletivo em boas condições por meio de quatro rotas distintas. A circulação viária interna no cenário investigado é comprometida devido à proximidade entre as casas e ao estreitamento das ruas, caracterizando ruelas sem acessibilidade ao transporte público.

Na região, há duas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) para cobertura de uma população aproximada de 200 mil habitantes, fato que gera áreas descobertas para a Estratégia de Saúde da Família (ESF).

No intuito de a presente investigação contribuir para um diagnóstico situacional local, elegeram-se as áreas mais carentes como ambiente desta investigação, cujo solo é íngreme e apresenta deficiência de infraestrutura, principalmente nas regiões mais altas e não há áreas públicas destinadas ao lazer.

Nos pontos mais altos, há loteamentos instalados sem planejamento, fato que dá ao local um aspecto de ruas que se estreitam; áreas com declives acentuados, inviabilizando a acessibilidade para o transporte coletivo⁽¹⁰⁵⁾.

Do ponto de vista do saneamento, há água encanada e luz elétrica, embora parte da população acesse fontes de energia de forma ilegal ou não dispõe de tal recurso. O abastecimento de água é realizado por uma represa próxima, mas há desabastecimento por ocasião dos períodos de estiagem. No tocante à pavimentação, a maior parte dos itinerários de ônibus está asfaltada. As demais vias apresentam-se com calçamento por paralelepípedo, propiciando irregularidade no solo.

A coleta de lixo ocorre na parte baixa, tendo em vista que, na parte alta, não há acessibilidade para os carros de coleta. Nestes locais, os moradores deslocam o lixo para as ruas de baixo ou utilizam-se da prática de queimada de parte do lixo domiciliar. Há rede coletora de esgoto, mas, nas áreas em que predominam as granjas, são utilizadas fossas com potencial para a contaminação dos poços artesianos e/ou as nascentes⁽¹⁰⁵⁾.

6.3 ESTRATÉGIAS PARA APROXIMAÇÃO E ABORDAGEM DOS PARTICIPANTES

Amostra de seleção completa para as etapas metodológicas estimada em 132 participantes que foi extraída a partir da previsão da participação de uma base de pessoas com 65 anos de idade ou mais residente na área de abrangência.

Utilizou-se o cadastro disponibilizado pela enfermeira da unidade de saúde de referência como o universo populacional após compará-lo com os dados disponibilizados na base estatística do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁽¹⁰⁶⁾.

Como critérios de inclusão, foram selecionadas as pessoas: 1) de ambos os gêneros; 2) moradoras da área de abrangência da unidade onde os dados foram coletados; 3) com 65 anos de idade ou mais; 4) de acordo em participar como voluntárias não remuneradas, externando sua aquiescência pela assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pós-informado; 5) constantes da lista de moradores da região elaborada pelos agentes comunitários (contendo o nome e endereço das pessoas com idade ≥ 65 anos) disponibilizada pela gerente da UAPS e; 6) que permitiram aplicação da escala MINIMEEM quando as pesquisadoras tiveram dúvida sobre o nível de cognição dos potenciais participantes.

Como critérios de exclusão estabeleceu-se: pessoas que não atenderam aos critérios de inclusão; haviam falecido, mudado de residência sem identificação da nova moradia; que não foram localizadas após mais de três tentativas; que alteraram o estado de saúde ou estavam internadas durante o período de coleta; que tiveram doença aguda; que eram portadores de deficiência mental ou que não conseguiam se comunicar verbalmente.

Os participantes da presente investigação foram recrutados a partir de convite individual em abordagem no próprio domicílio. Já a visita domiciliar, iniciou-se com a apresentação das seis áreas de saúde investigadas pelos seus respectivos agentes comunitários de saúde (ACS) as pesquisadoras que foram orientadas sobre os nomes das ruas, as vias de acessos e os transportes coletivos a serem utilizados.

Ainda em conjunto com os ACSs houve integração com a população investigada e os mesmos apresentaram-se as investigadoras, que explicitaram as particularidades da pesquisa e agendaram horário adequado para a entrevista, dentro da disponibilidade dos participantes para responderem à pesquisa com o mínimo de influências externas possível.

Na primeira abordagem, foi realizada a etapa do questionário *survey*, a aplicação das escalas de mensuração de IA, a abordagem processual da representação social e as aferições de pressão arterial e de glicemia capilar. Já na segunda visita domiciliar, foi realizada a abordagem de representação social estrutural na qual foram aplicadas as gravuras.

A presente investigação foi desenvolvida no domicílio por acreditar-se que, ao adentrar no meio no qual a pessoa investigada está inserida, há uma facilitação na abordagem e na interação desta com o investigador.

Além disso, as etapas que abordaram o enfoque principal da investigação, a incontinência anal, foram desenvolvidas no final das visitas, após a criação de um vínculo e de uma interação de confiança entre o pesquisador e o sujeito pesquisado, o que favoreceu o contato e minimizou possíveis ocultações que poderiam ocorrer devido a vergonha e desconfiança.

Por se tratar de uma pesquisa que utilizou o método misto, o processo de coleta de dados ocorreu de forma processual e teve quantitativo diferenciado de participantes em decorrência de perdas ocorridas durante a realização da mesma.

6.4 ABORDAGEM QUANTITATIVA

Cabe mencionar que as aferições de pressão arterial e análises da glicemia por técnica simplificada realizadas no domicílio foram utilizadas como estratégia de prevenção na detecção de complicações e serviram de base para subsidiar encaminhamentos em casos de alterações no estado de saúde dos participantes.

A abordagem quantitativa contemplou uma etapa delineada no *survey*, uma etapa mensurativa e uma etapa de aferições/mensuração. A pesquisa tipo *survey* buscou obter dados ou informações sobre características, ações e opiniões de um determinado grupo de pessoas e teve como interesse descrever uma população de forma quantitativa a partir da coleta de dados por um instrumento predefinido⁽¹⁰⁷⁾.

Um *survey* pode ser classificado quanto ao seu propósito em: explanatória, que objetiva testar uma teoria e as relações causais; exploratória, que objetiva identificar os conceitos iniciais acerca de um tópico e; descritiva, que objetiva identificar situações, eventos, atitudes e opiniões manifestas em uma população. Do ponto de vista do segmento do grupo investigado, um *survey* pode ter acompanhamento longitudinal, quando a coleta de dados ocorre ao longo do tempo, e acompanhamento transversal, quando a coleta de dados ocorre em um só momento⁽¹⁰⁷⁾.

Nesta investigação, o *survey* foi delineado numa perspectiva descritiva e transversal com vistas a captar as características que retratam as respostas das pessoas com 65 anos de idade ou mais diante da possibilidade ou ocorrência da incontinência anal e o contexto em que ela se manifesta (momento da vida, estágios do processo de envelhecimento ou determinantes de saúde) a ponto de subsidiar o raciocínio clínico para identificação de demandas de cuidados de enfermagem.

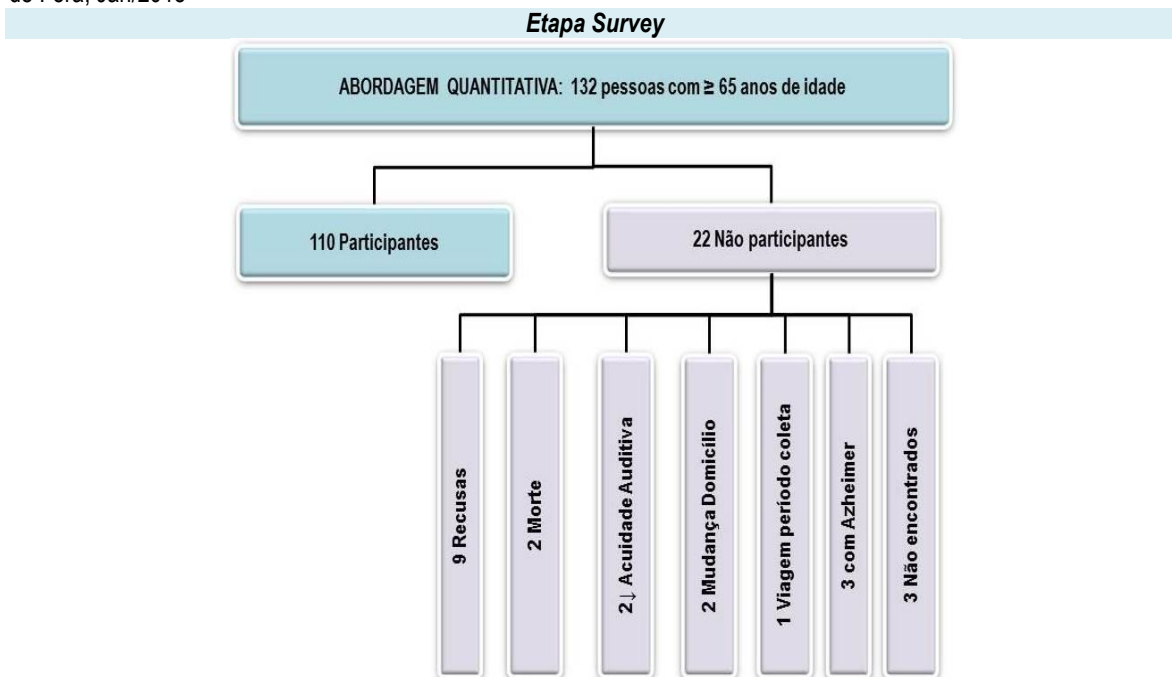
Houve a utilização de quatro escalas mensurativas destinadas a identificar a incidência da incontinência anal entre os participantes e captar alguns de seus aspectos de impacto sobre o estilo de vida^(51, 69, 108).

6.4.1 População

A partir de uma população estimada em 132 participantes que constituía uma base de participantes composta por pessoas que tivessem 65 anos de idade ou mais e eram residentes da área de abrangência, foram abordados 110 participantes na etapa do *survey* nas mensurações das escalas de incontinência anal.

O número de participantes e as respectivas perdas constam da **Figura 4**.

Figura 4: Esquema de perdas de participantes no processo de coleta de dados na fase de abordagem quantitativa. Juiz de Fora, Jan/2015



Fonte: As autoras.

6.4.2 Instrumento de Coleta de Dados

Na etapa do *survey*, foi utilizada a versão disponibilizada por Pinto ⁽¹⁰⁹⁾ e realizada a adequação para a temática em consonância com o referencial teórico-conceitual estabelecido para o processo de envelhecimento (**Anexo 2**).

A utilização do instrumento de coleta de dados na etapa do *survey* foi previamente autorizada pelo autor, tendo em vista ter sido utilizado antes da defesa da tese de doutoramento onde constava na íntegra. Em sua versão original, ele foi previamente validado nas realidades portuguesa e brasileira, respectivamente com pessoas não internadas. Sua versão final passou por ajustes que foram discutidos e sugeridos pelos componentes do grupo de pesquisa, no qual o próprio autor integra com vista a adequá-lo à temática⁽¹⁰⁹⁾.

A etapa de *survey* foi composta por questões abertas, fechadas e aferições a respeito dos determinantes: 1) pessoais – contendo questões semiabertas; 3) familiares – utilizando escala do tipo Likert e questões semiabertas; 4) sociais – com questões norteadoras abertas com vistas à obtenção de um discurso passível de ser analisado em categorias temáticas; 5) demográficos – com questões fechadas; 6) psicocomunicacionais – com questões semiabertas; 7) econômicos – com questões semiabertas e 8) de saúde – com questões abertas, semiabertas e fechadas.

Para mensurar a ocorrência e/ou impacto da incontinência anal, foram utilizadas escalas identificadas na literatura, a saber: 1) escala FIQL; 2) escala de St Mark; 3) escala de Wexner e 4) escala *Revised faecal Incontinence Scale* (RFIS). Cabe mencionar que as escalas FIQL e Wexner já estavam disponíveis em versão previamente adaptada e/ou validada para a cultura brasileira⁽¹¹⁰⁾ (**Anexo 1**).

A escala *Fecal Incontinence Quality of Life* (FIQL) é utilizada para mensurar o impacto da incontinência anal na qualidade de vida das pessoas portadoras de incontinência anal⁽⁵¹⁾. Ela foi validada na realidade brasileira em 2004, e é composta por 29 questões distribuídas em quatro domínios: estilo de vida, comportamento, depressão e constrangimento⁽⁵¹⁾. Nesta escala, as questões dois e três possuem 13 questões cada e as respostas são dadas na forma de escala do tipo Likert com quatro pontos divididos em: muitas vezes, algumas vezes, poucas vezes e nenhuma vez. Ambas se relacionaram com as preocupações e sentimentos ligados à perda de fezes. A primeira e a quarta questão são de múltipla escolha e estão relacionadas a condições de saúde.

A escala proposta por Wexner caracteriza o tipo de incontinência anal (sólido, líquido ou gases), o uso de protetor de roupas íntimas e seu impacto sobre a qualidade de vida. Ela consiste em cinco questões mensuradas por gradação do tipo Likert, contendo cinco pontos, a saber: nunca, raramente, às vezes, habitualmente e sempre⁽¹¹⁰⁾ em sua versão no português.

Para a classificação da presença ou não da incontinência anal, os pontos variam de 0 (continência perfeita) a 20 (incontinência total)⁽⁵¹⁾. A crítica relacionada a esta escala é a ausência do item vinculado à urgência para evacuar⁽⁶⁹⁾.

A escala de St Mark está disponível em inglês e na versão traduzida para o português. Ela aborda sete questões, a saber: perda de gases (flatos) sem querer; perda de fezes quando estão amolecidas ou líquidas; perda de fezes de consistência normal (sólidas); interferência da incontinência anal sobre a qualidade de vida, uso de absorventes; uso de remédios para prender o intestino e a possibilidade de segurar a vontade de evacuar por pelo menos 15 minutos⁽¹¹¹⁾.

Esta escala permite a mensuração da incontinência por meio de uma escala do tipo *Likert* contendo cinco pontos. A partir do somatório de pontos e a adoção dos referenciais de corte categoriza a incontinência segundo sua intensidade em leve (≤ 8), moderada (9-16) e grave (>16).

A escala *Revised faecal Incontinence Scale* (RFIS) consiste num compilado das escalas de St Mark e Wexner possuindo como vantagem o cálculo de um escore geral⁽⁶⁹⁾. Nesta escala, constam cinco questões que abordam a perda de fezes líquidas e sólidas, perda de gases e a alteração no estilo de vida e é mensurada por uma escala do tipo *Likert* contendo cinco pontos⁽⁶⁹⁾, sendo realizada nesta versão a adaptação cultural e estando sua validação em curso em outra investigação cujo foco específico se deterá nesta abordagem.

As mensurações da pressão arterial foram realizadas com o aparelho da marca G-TECH em três momentos distintos e, na aferição da glicose, foi utilizado aparelho e fitas da marca G-TECH em uma ocasião ou em casos de necessidade/queixas de sintomatologia ou solicitação. As técnicas aplicadas estiveram em consonância com as recomendações de uso dos fabricantes e seguiram as técnicas preconizadas com as boas práticas em saúde

Houve triangulação de técnicas no processo de coleta de dados, utilizando-se: 1) inquérito preenchido pela pesquisadora; 2) aplicação das escalas, abordando a incontinência anal e/ou seu impacto sobre o estilo de vida e 3) aferições de pressão arterial e glicemia capilar realizadas no domicílio.

Além dos dados identificados no período da elaboração do projeto, a realização de ambiência no cenário da investigação possibilitou caracterizar o contraste entre a área de abrangência desta investigação e seu entorno com mais propriedade.

Cabe mencionar que foi realizado estudo piloto com a participação de 20 participantes e, após verificar a dificuldade na aplicação do método da evocação de livre associação utilizada na abordagem estrutural da representação social, o instrumento de coleta de dados foi reestruturado. Na primeira abordagem, foi realizada a etapa do questionário *survey*, a aplicação das escalas de mensuração de IA e a abordagem processual da representação social.

Para a coleta de dados da etapa quantitativa, os participantes foram convidados a se sentarem de frente para o pesquisador, em um ambiente com menos estímulos visuais e auditivos do domicílio. As questões da etapa *survey* e das escalas foram lidas em voz alta pelo pesquisador e repetidas quantas vezes fossem necessárias e, após a resposta do participante, o pesquisador registrou sua resposta de forma cursiva no instrumento de coleta de dados.

6.4.3 Análise dos dados

As informações da abordagem quantitativa foram consolidadas em banco de dados estatísticos no *Programa Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS versão 20) e tratadas por estatística descritiva e correlacional.

6.5 ABORDAGEM QUALITATIVA

Pesquisa delineada na Teoria das Representações Sociais Estrutural (TRSE) com abordagem proposta por Abric, que utilizou a teoria do núcleo central como referencial metodológico. Nesta proposta, os elementos evocados foram analisados segundo o quantitativo de repetições e a ordem em que foram mencionados, fato que possibilitou alocá-los num eixo de coordenadas e abscissas e interpretá-los quanto ao nível de centralidade/periferia no contexto das representações.

Dependendo do local de alocação de um cognema, ele foi interpretado como tendo mais ou menos estabilidade no contexto das representações, o que equivalia a dizer que eram mais ou menos consensualizado entre os participantes.

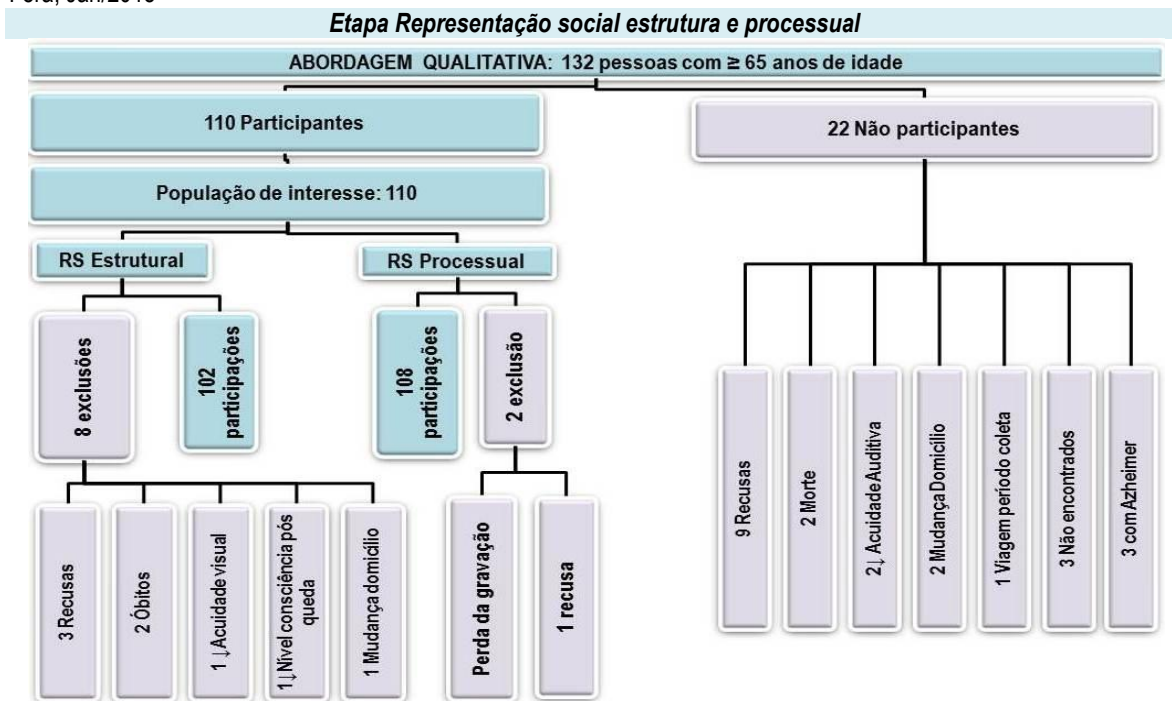
A investigação qualitativa utilizando a Teoria das Representações Sociais Processual (TRSP) teve como enfoque a ocorrência da incontinência anal do ponto de vista da autoavaliação e da avaliação intergeracional, ou seja, aquela que visa captar a percepção sobre a ocorrência das incontinências anais na perspectiva das pessoas mais novas e das mais velhas. Neste enfoque, a abordagem da representação social possibilitou captar a forma como foram construídos e articulados os elementos da representação social.

6.5.1 Sujeitos

A partir de uma população estimada em 132 participantes (base de participantes) foram abordados a respeito da incontinência anal 108 participantes na etapa da representação social processual e 102 na representação social estrutural.

O número de participantes e as respectivas perdas constam da **Figura 5**.

Figura 5: Esquema de perdas de participantes no processo de coleta de dados nas abordagens qualitativas. Juiz de Fora, Jan/2015



Fonte: As autoras.

6.5.2 Instrumento de coleta

Para a captação da representação social na abordagem estrutural, foi utilizada a técnica de evocação livre e espontânea a partir da expressão “perder cocô e/ou soltar pum” e, para captar a representação social processual, foram gravadas entrevistas individuais a partir de questões norteadoras com enfoque na autoavaliação sobre a incontinência anal e sobre a heteroavaliação em situações de sua ocorrência entre pessoas idosas e pessoas mais jovens que apresentam incontinência (Anexo 3).

6.5.3 Processo de coleta de dados, tratamento e análise dos dados

A primeira etapa da pesquisa qualitativa foi a da representação social processual e teve duração média de 42 minutos. Na segunda visita domiciliar, foi realizada a abordagem de representação social estrutural, na qual foram aplicadas as gravuras, e teve duração média de 25 minutos.

A presente investigação foi desenvolvida no domicílio por acreditar-se que, ao adentrar no meio no qual a pessoa investigada está inserida, há uma facilitação na abordagem e na interação desta com o investigador. Além disso, as etapas que abordaram o enfoque principal da investigação, a incontinência anal, foram desenvolvidas no final das visitas, após a criação de um

vínculo e de uma interação de confiança entre o pesquisador e o sujeito, o que favoreceu o contato e minimizou possíveis ocultações que poderiam ocorrer devido a vergonha e desconfiança.

Foi utilizada a triangulação de técnicas para operacionalizar o processo de coleta de dados, a saber: 1) técnica de evocação livre e não hierarquizada; 2) técnica de evocação livre com auxílio de imagem; 3) entrevista gravada para captação do discurso dos sujeitos a respeito da auto e heteropercepção sobre a incontinência anal e 4) diário de campo.

A Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP) consistiu na busca por evocações livre e não hierarquizada e foi realizada com vistas a captar os conteúdos evocados. Para isso, foi solicitado aos participantes que mencionassem as primeiras cinco palavras/expressões que lhes vinham imediatamente à mente quando as expressões indutoras “perder fezes” e “soltar pum” foram mencionadas.

A técnica de coleta utilizada tem por objetivo reduzir o controle social sobre o que se pensa sobre o termo evocado e auxiliar a localizar nas zonas de bloqueamento, conteúdos da consciência expressos por sentimentos, desejos, comportamentos e informações que, normalmente, um indivíduo não quer admitir, embora integrem parte da sua vida psíquica.

A TRSE tem sido utilizada de forma crescente, tanto na área da psicologia como na área da saúde. O uso na área da saúde justifica-se pelo fato de as representações sociais permitirem acesso ao conhecimento social que orienta as práticas de uma determinada população em relação a um determinado problema de saúde.

O entendimento destas práticas sociais e de suas influências no processo de saúde e doença instrumentaliza o profissional da saúde no planejamento da melhor maneira de se inserir no meio para auxiliar a população em sua busca da saúde.

Por tratar-se de uma técnica que requer abstração, ser realizada com pessoas idosas com dificuldade de abstração e com baixo nível de escolaridade, não foi possível captar palavras/expressões evocadas numa abordagem inicial utilizando-se da técnica de evocação livre não hierarquizada. Tal fato motivou a necessidade de reajustamento da técnica para o processo de coleta de dados.

Diante do exposto, foi elaborada, com a ajuda de peritos sobre as temáticas abordadas na presente investigação (processo de envelhecimento, relações sociais e incontinência anal), uma lista de situações cotidianas envolvendo a questão da incontinência anal⁽¹¹²⁾.

De posse das descrições de situações cotidianas envolvendo a temática, foram elaboradas figuras que as retratassem em 20 pares. Seis especialistas selecionaram por técnica de painel as cinco figuras que consideraram mais representativas para a incontinência anal em idosos.

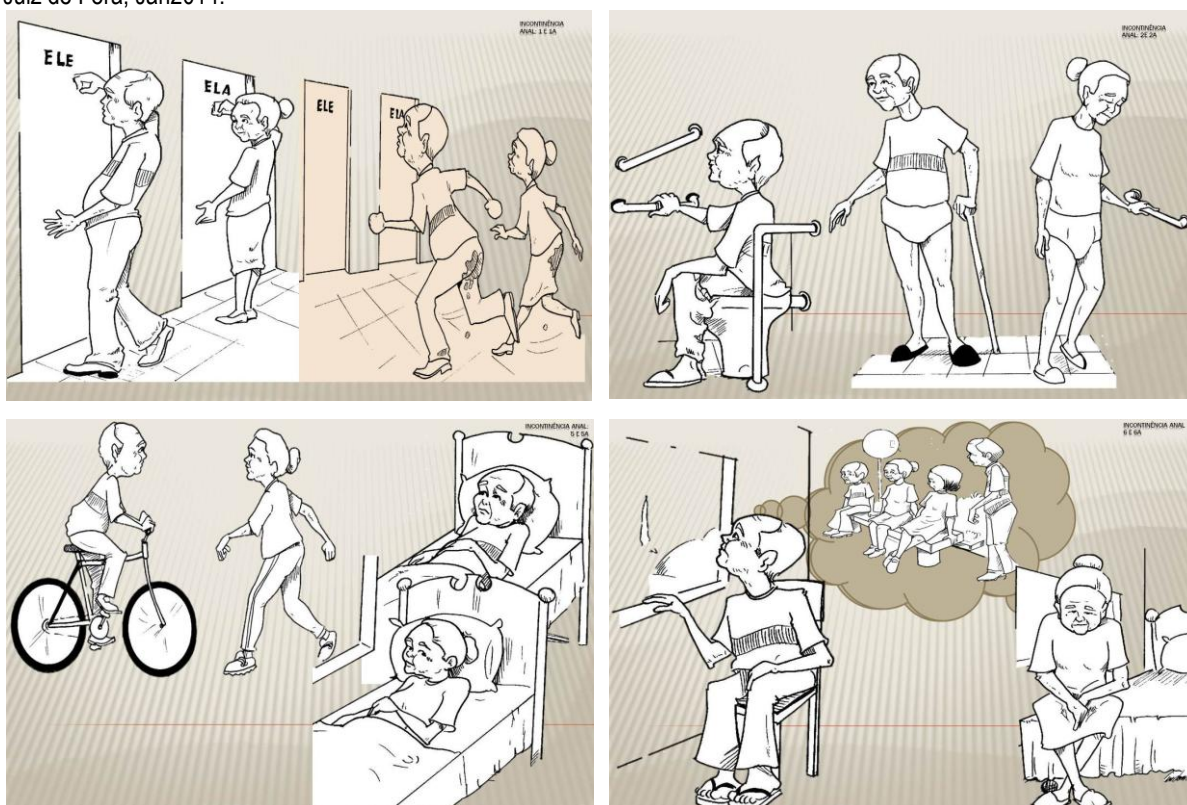
Após esta seleção inicial, as figuras foram apresentadas a todos os painelistas e eles, ao analisarem cada uma delas do ponto de vista de suas vantagens e desvantagens representativas, passaram a nova rodada de votação em secreto.

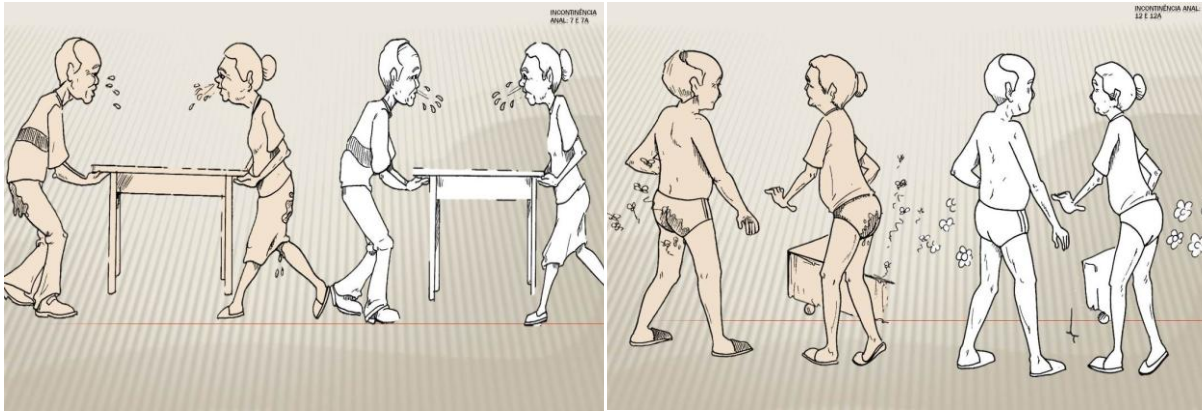
Nesta ocasião, elegeram três figuras consideradas mais apropriadas para serem utilizadas por pessoas idosas como ferramenta auxiliar na Técnica de Associação Livre por Imagens (TALPDI), segundo seus julgamentos, sendo o resultado final representativo da consensualização das melhores imagens.

Foram utilizados como critérios para subsidiar a votação dos painelistas na seleção das melhores figuras: um número não superior a seis imagens, diversidade de informações, ausência de indução das imagens por mensagens advindas das cores que pudessem ser acrescidas como formas comunicacionais não verbais às figuras e situações capazes de contemplar aspectos valorativos, circunstanciais e comportamentais de teor de positividade, negatividade e neutralidade.

As imagens escolhidas foram plastificadas para facilitar a manipulação e a higienização delas. As cores escolhidas para compor as imagens foram neutras e iguais em todas as situações, buscando-se assim, evitar escolhas tendenciosas devido ao acréscimo de mensagens comunicacionais. A versão final das imagens consensualizadas pelos peritos consta da **Figura 6**.

Figura 6: Imagens construídas para aplicação da TALPDI junto a pessoas idosas na abordagem da incontinência anal. Juiz de Fora, Jan2014.





Fonte: Arreguy-Sena, Pinto e Souza, 2014

A técnica da evocação foi reaplicada, utilizando-se das figuras como suporte para favorecer a abstração dos sujeitos em relação à expressão evocada “perder cocô e/ou soltar pum”, sendo esta técnica denominada de técnica de livre associação de palavras desencadeada por imagens (TALPDI).

Nesta ocasião, foi solicitado aos participantes que manuseassem e visualizassem as imagens e que, após ouvirem os termos indutores “perder fezes” e “soltar pum”, mencionassem as cinco primeiras palavras/expressões que lhes vinham imediatamente à mente. Os termos evocados foram transcritos para o Programa *Word for Windows* com vistas a acesso aos dados brutos.

Dispondo das palavras e/ou expressões evocadas, foi criado um dicionário de termos a partir do qual foi possível fazer a homogeneização dos mesmos. Foram critérios utilizados no processo de homogeneização: uniformização segundo o gênero, o numeral, o tempo verbal e a adjetivação; removidos artigos e preposições e reunião de sinônimos e/ou adjetivações afins para o contexto em que foram emitidos de forma a minimizar interpretações por parte das pesquisadoras.

Os conteúdos homogeneizados que integraram o dicionário foram reinseridos na versão inicial das evocações em consonância com os padrões e critérios consensualizados por processo de substituição.

O conteúdo do dicionário constituiu o *corpus* integral que foi formatado para os padrões preconizados para sua entrada no programa EVOC elaborado por Vêrgès. Na formatação requerida, foram acrescentadas antes dos termos/expressões evocados informações em formato dicotomizado a respeito de algumas caracterizações demográficas elegíveis para este fim (gênero, idade, grau escolaridade, ocorrência da incontinência anal e atividade impactante sobre soalho pélvico).

O formato final constituiu o *corpus* trabalhado que foi inserido no programa EVOC de acordo com a seguinte estrutura: (001;1;1;1;1;0; 1 pior-que-urina 2 cheiro 3 vergonha 4 soltar-pum 5 roupa-suja).

As palavras evocadas foram transcritas para *Word for Windows* e, posteriormente, transferidas para o programa *Excel* com o objetivo de que as evocações fossem tratadas, o *corpus* homogeneizado e formatado com vistas a sua introdução no *software* EVOC elaborado por Vèrgè. Neste programa, foi possível calcular a frequência simples das palavras/expressões evocadas, a ordem média de evocações (OME) de cada palavra e a média das ordens de evocações⁽⁸¹⁾.

O ponto de corte adotado para definição do quantitativo de vezes que um cognema foi mencionado pelos participantes para que ele pudesse integrar o *corpus* que foi tratado no programa EVOC utilizou-se da Lei de Zipf que consiste numa estratégia empírica utilizada para realizar uma seleção de dados dentro de uma lista. Tal estratégia permitiu reduzir o *corpus* inicial, garantindo sua representatividade a ponto de ele concentrar os elementos mais consensualizados que foram mencionados pelos participantes.

Segundo esta lei, é possível, a partir das potências de distribuição dos valores, obter uma relação de proporcionalidade, tendo como base a distribuição e o número de ordem de uma lista, dada pela fórmula:

$$P_n \sim 1/n^a$$

na qual “n” representa a ordem do último nome da lista.

Esta técnica pode ser calculada ao dividir a frequência total dos cognemas evocados pelo quantidade de palavras. O provável ponto de corte será visto no momento em que houver uma queda abrupta da frequência de aparição⁽¹¹³⁾

Em relação ao *corpus* formado pelas evocações de todos os sujeitos aos termos "perder fezes" e "soltar pum", foram evocadas 513 expressões com 148 palavras diferentes. A média das ordens médias de evocação, ou seja, o rang foi igual a 2,5 e a frequência média ficou estabelecida em 9 e a mínima em 7.

O conteúdo das expressões evocadas, ao ser interpretado quanto a sua frequência e ordem de citação, subsidiou a divisão do conteúdo aproveitado do *corpus* em quatro posições distintas, quando se utiliza da técnica do quadro de quatro casas.

Esta técnica consistiu em analisar de forma combinada a frequência das palavras e a média ponderada da ordem em que foi realizada e evocada pelos sujeitos da pesquisa, gerando quatro quadrantes representativos dos elementos e importância dos componentes da representação segundo a abordagem estrutural⁽¹¹⁴⁾.

Quando as expressões evocadas foram muito frequentes e mencionadas nas primeiras posições, elas podem retratar os componentes da representação social. Diante disso, a

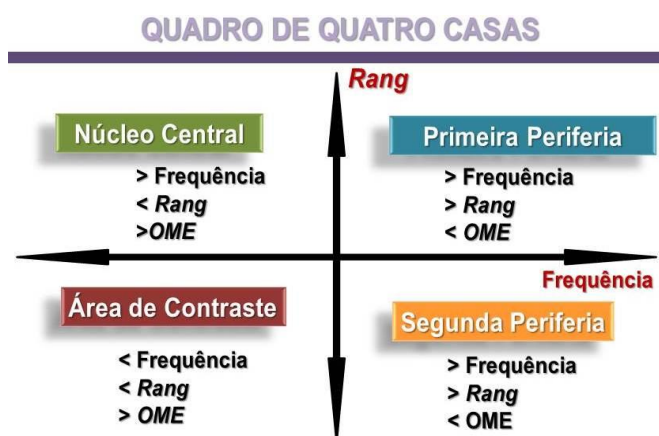
representação ganha um caráter coletivo, uma vez que assegura um sentido estrutural de constância e consensualização entre os participantes.

Do ponto de vista da alocação dos elementos evocados, o núcleo fica protegido pelas “áreas de contraste” e “primeira periferia” (camadas protetoras da estrutura do núcleo da representação) e estas são protegidas pela “segunda periferia” (palavras menos mencionadas e lembradas nas últimas posições).

As camadas mais periféricas podem ser comparadas aos elétrons de um átomo que geram em seu entorno e lhe conferem proteção.

A premissa da abordagem estrutural alicerça-se sobre a assertiva de que o núcleo central será o elemento que mais vai resistir à mudança, portanto, toda modificação do núcleo central conduzirá necessariamente a uma transformação da composição da representação^(115, 116).

Figura 7: Esquema do quadro de quatro casas segundo alocação dos cognemas pela frequência e ordem de evocação. Juiz de Fora, Jan/2015.



Fonte: Esquema elaborado pelas autoras a partir da referência: De Oliveira DC. Construção e transformação das representações sociais da aids e implicações para os cuidados de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2013;21:276-86. ISSN 0104-1169.

De acordo com o local de alocação dos termos, foi possível inferir sobre a possível alocação dos conteúdos que integram o núcleo central e os elementos periféricos das representações.

No quadrante superior esquerdo (QSE) do “quadro de quatro casas”, foram alocados os cognemas que foram evocados com uma frequência maior, menor rang e maior ordem média de evocação. Valores de rang próximos a um retratam que as palavras/expressões foram prontamente evocadas nas primeiras categorias ou posições, traduzindo a importância delas para os participantes.

Por este motivo, no QSE é considerado como o possível local de alocação dos componentes do núcleo central. Considera-se que, no núcleo central, estão alocadas as

expressões/palavras que são mais densas e que possuem menos interferência do meio externo, ou seja, os cognemas que expressam o significado que a situação pesquisada possui para o grupo no qual estão inseridos os sujeitos da pesquisa. Ele traduz a presença de elementos consensualizados entre os participantes. Por esta razão, possui estabilidade e permanência garantida até que o tipo de representação se modifique. Uma possível modificação dos componentes do núcleo central equivale a dizer que a representação social também se modificou.

No quadrante superior direito (QSD), também chamado de primeira periferia, estão localizadas as palavras/expressões evocadas de maior frequência, rang alto e baixa OME. Estes elementos traduzem componentes localizados próximo ao núcleo central (QSE) que não se deslocaram nesta direção em razão de serem evocados nas últimas posições pelos participantes. Tal fato permite inferir no processo de análise que terão rang tendendo a cinco^(115, 117).

No quadrante inferior direito (QID), também conhecido como segunda periferia, estão localizadas as palavras/expressões evocadas de baixa frequência, rang alto e OME baixa. Isso equivale a dizer que foram palavras/expressões pouco citadas e, quando mencionadas, o foram nas últimas posições. Estes elementos possuem a função de dar estabilidade à representação, funcionando como amortecedores para garantirem a estabilidade do conteúdo do núcleo central⁽¹¹⁸⁾.

No quadrante inferior esquerdo (QIE), também conhecido como área de contraste por seus conteúdos terem a possibilidade de contemplar elementos que divergem do núcleo central, estão localizados os elementos com menores frequências, com menor rang e com maior OME. Isso equivale a dizer que os valores de frequência os impedem de se deslocarem para o QSE, embora permaneçam próximos a ele em decorrência de seus valores de rang. Os elementos com esta localização constituem-se em potenciais candidatos de ascensão ao núcleo da representação⁽¹¹⁵⁾.

Cabe mencionar que os conteúdos de uma representação versam sobre as dimensões atitudinal, informativa, valorativa ou simbólica. Tal fato dá à representação um caráter coletivo, uma vez que assegura um sentido estrutural de constância e consensualização entre os participantes.

Os dados qualitativos provenientes das entrevistas gravadas e destinados a subsidiar a representação social processual foram transcritos em Programa *Word for Windows* e consolidados em banco de dados eletrônico Nvivo (versão 10,0). Foram acrescentadas as técnicas de similitude com construção de *clusters* a partir do conteúdo das entrevistas gravadas, enquanto técnicas comprobatórias.

Todos os resultados quanti e quali foram discutidos à luz dos referenciais teóricos adotados e das evidências científicas disponíveis na literatura e aproximados uns dos outros, conforme previsto na utilização do método misto⁽¹¹⁹⁾.

6.6 ASPECTOS ÉTICOS

Foi previsto o atendimento de todos os aspectos éticos e legais de pesquisa envolvendo seres humanos, estabelecidos na Resolução 466/2012/CNS/MS/BRASIL e suas complementares durante a trajetória compreendida entre a concepção até a operacionalização/divulgação desta pesquisa.

A presente investigação é parte de um projeto mais amplo intitulado “Capacidade física, incontínências e determinantes do processo de envelhecimento em pessoas acima de 65 anos” cadastrado na Plataforma Brasil e submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Juiz de Fora. O projeto teve protocolo aprovado em reunião do dia 11 de julho de 2013 sob o número 341.116 (**Anexos 4 e 5**).

O risco de integrar esta pesquisa foi considerado mínimo, à semelhança daquelas situações cotidianas da vida, havendo a preocupação e atenção das pesquisadoras no sentido de minimizá-los. Para isso, foram utilizados durante todo o processo da investigação: princípios de justiça, equidade, beneficência e não maleficência; técnicas de anonimato, técnicas comunicacionais e de interação interpessoal e respeito humano.

7 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados foram apresentados segundo os determinantes do processo do envelhecimento, a incidência de incontinência anal, as representações sociais estruturais e processuais sobre incontinência anal e as implicações destas informações para subsidiar a identificação dos principais diagnósticos de enfermagem vinculados à incontinência anal ou sua possibilidade de ocorrência.

7.1 DETERMINANTES DO PROCESSO DO ENVELHECIMENTO ENTRE OS PARTICIPANTES

As 110 pessoas foram caracterizadas segundo oito determinantes do processo do envelhecimento, a saber: dois transversais (gênero e cultura) e seis dentre os quais estão os de origem pessoal, econômica; familiar, social, psicocomunicacional e de saúde.

Entre os determinantes do processo do envelhecimento, o primeiro a ser abordado será de origem pessoal.

7.1.1 Determinantes Pessoais

Participaram 110 pessoas, sendo que os determinantes pessoais abordados foram: o gênero; a idade; o nível de escolaridade; a cor da pele declarada e o estado civil, conforme constam da **tabela 1**.

Tabela 1: Distribuição das variáveis sociodemográfica dos 110 participantes, Juiz de Fora, Jan/2015.

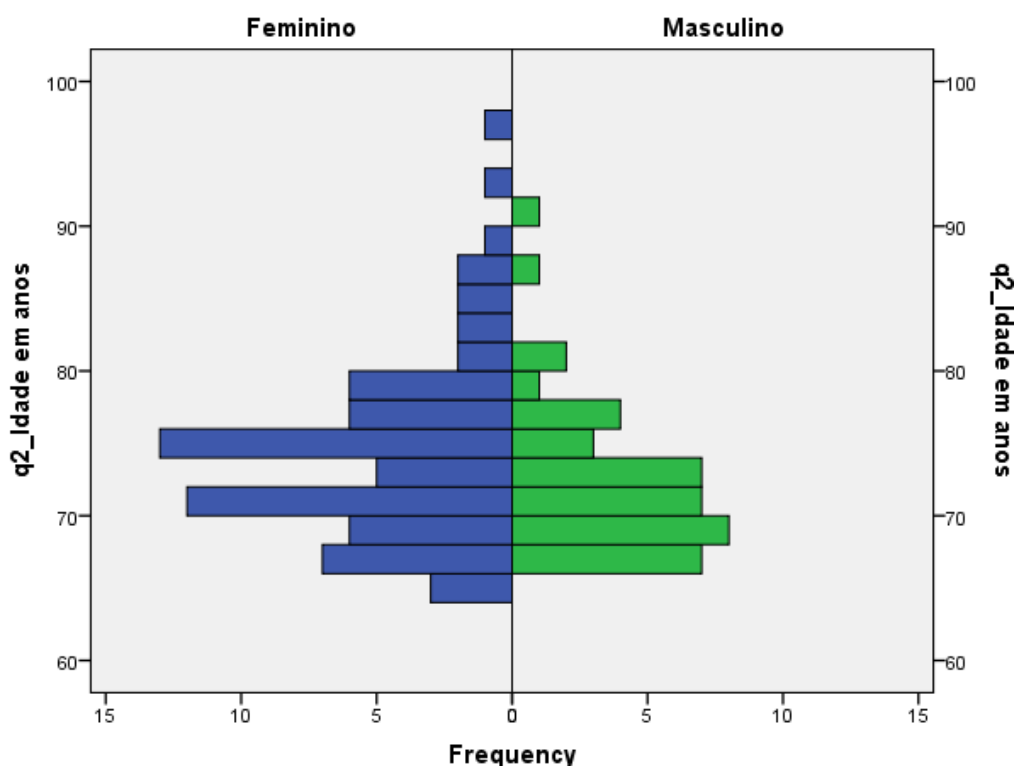
Gênero	N	%	Md±X²	Faixa etária	N	%	Md±X²
Feminino	69	62,7		65 --- 70	31	28,2	
Masculino	41	37,3		70 ----75	42	38,3	
Total:	110	100		75 ----80	22	20	73,38±6,23
Escolaridade				80 ----85	8	7,2	2
0	35	31,8		85 ---- 90	4	3,6	Min: 65
1 ---- 9	68	61,9		90 ---- 95	2	1,8	Max:96
9 -----13	6	5,4	2±0,983	95 ---- ou mais	1	0,9	
≥13 anos	1	0,9	Min:0	Subtotal	110	100	
Subtotal	110	100	Max:7	Estado Civil	N	%	
				Casados	54	49,1	
				Solteiros	10	9,1	
Cor pele declarada				Separados	02	1,8	
Parda	55	50		Divorciados	08	7,3	
Branca	32	29,1		Viúvos	36	32,7	
Negra	23	20,9		Subtotal:	110	100	
Subtotal	110	100					

Fonte: As autoras.

Na presente investigação, houve a predominância de mulheres (62,7%). Tal fato foi corroborado pela literatura e é conhecido como processo de feminização do envelhecimento⁽¹¹²⁾.

Em relação a faixa etária, 86,5% das pessoas idosas pesquisadas possuíam idade compreendida entre 65 e 79 anos. O **Gráfico 6** caracteriza a pirâmide etária encontrada nesta investigação, a qual foi compatível com o que é estimado para as últimas décadas, pois é semelhante ao perfil de envelhecimento brasileiro, em que há uma tendência de aumento e alargamento do ápice da pirâmide⁽¹²⁰⁾.

Gráfico 6: Pirâmide etária dos 110 participantes segundo idade e gênero.



Fonte: As autoras

A interpretação da pirâmide etária, à luz das ocupações que os 110 participantes possuem, quando analisada de forma comparativa entre homens e mulheres, permite inferir que o fato de as mulheres necessitarem deixar o trabalho remunerado para cuidar da família as coloca em um *status* inferior, justificando o desnivelamento financeiro na comparação com os homens e isso intensifica a carga de problemas de saúde quando ficam mais velhas^(121, 122).

Por outro lado, os homens jovens, por estarem mais expostos à morte por fatores externos violentos, apresentam na pirâmide etária uma redução de seu número, fato que não ocorre entre as mulheres. Cabe considerar também que o estilo de vida não saudável é outro fator interveniente sobre a mortalidade masculina, a exemplo de riscos ocupacionais, uso de drogas, tabagismo,

etilismo⁽²⁴⁾. Tais argumentações subsidiam a compreensão do gênero, enquanto um determinante transversal no processo de envelhecimento.

Foram 35 (31,8%) participantes que não tiveram a oportunidade de estudar, sendo que o grau de escolaridade teve média 1,93 ano; moda de 2 anos e mediana de 2 com desvio padrão de 0,983.

Em dados censitários de 2013, segundo dados do IBGE, na população idosa brasileira, a média de anos de estudo era de 4,2 anos, sendo que 28,1% tinham menos de um ano de estudo e somente 7,2% tinham graduação completa ou mais⁽¹⁰⁶⁾.

Na região Sudeste, a distribuição por escolaridade entre pessoas com idade ≥ 65 anos é superior à encontrada na presente investigação, uma vez que, em dados censitários da região Sudeste, há: 22,4% sem instrução ou com menos de um ano; 18% com um a três anos; 39,1% com quatro a oito anos e 20,5% com ≥ 9 anos. A média de anos de estudo foi de cinco anos⁽¹⁰⁶⁾.

Há evidências de que a escolaridade influencia na capacidade de interação das pessoas quando há analfabetismo e, no caso das pessoas idosas, pode haver interpretações equivocadas quanto a sua capacidade cognitiva, a ponto de o resultado dos testes neuropsicológicos para avaliação da ocorrência de demência ter interpretações falso-positivas ⁽¹²³⁾. A seguir, serão abordados os determinantes econômicos.

7.1.2 Determinantes Econômicos

Para caracterizar os 110 participantes do ponto de vista dos determinantes econômicos foram abordados: os anos de aposentadoria; a renda; o tipo de participação na renda e a fonte de renda, a profissão e a ocupação, conforme consta da **Tabela 2**.

Tabela 2: Distribuição dos 110 participantes segundo os determinantes econômicos do processo de envelhecimento. Juiz de Fora, Jan/2015.

Anos de aposentadoria (anos)	N	%	Md±DP	Renda (salários mínimos)	N	%	Md±DP
não aposentado	23	20,9		0	3	2,7	
1 ---- 9	32	29,1	5,65 ±	1 ----2	84	76,4	1±0,6593
10 ----19	38	34,5	6,761	2 ----3	19	17,3	Min:0
20 ---- 29	14	12,7	Min=1	3 ----4	3	2,7	Max:4,5
≥ 30	3	2,7	Max=34	≥ 4 ----	1	0,9	
Subtotal	110	100		Subtotal			
Tipo participação na renda				Fonte renda do idoso			
Fonte prioritária (chefe)	49	44,5		Aposentadoria	88	80	
Participam na renda	40	36,4		Pensão	20	18,2	
Autossuficientes	14	12,7		Trabalho informal	12	10,9	
Dependência total outros	5	4,5		Contribuição familiares	6	5,5	
Dependem parcialmente dos outros	2	1,8		Fonte alternativa	3	2,7	
Subtotal	110	100		Subtotal		(*)	

Nota das autoras: (*) não somam 100% devido a possibilidade de mais de uma resposta.

Considerando o fato de a faixa etária dos participantes ser composta por pessoas com idade ≥ 65 anos, esperava-se que eles estivessem aposentados, mas identificou-se que 72 (65,6%) deles estavam aposentados e 23 (20,9%) ainda desenvolviam alguma atividade laboral e/ou ocupacional. A ausência de aposentadoria entre pessoas com idade ≥ 65 anos de idade pode ser justificada pela inexistência de tempo de contribuição previdenciária e/ou inserção em trabalho informal sem registro em carteira de trabalho⁽¹²⁴⁾.

Tal fato se baseia nos critérios utilizados atualmente para requerer a aposentadoria, que incluem a idade e o tempo de contribuição, embora estudos de sustentabilidade financeira do sistema previdenciário prevejam a tendência para o aumento do tempo para os dois critérios devido ao equilíbrio gerado entre contribuintes e beneficiários quando o processo de envelhecimento se intensifica⁽¹²⁵⁾.

O fato de a profissão e a ocupação estarem diretamente vinculadas aos rendimentos financeiros, justifica que 84 (76,4%) participantes tenham menos de dois salários mínimos como renda e que a fonte entre 98,2% deles seja da própria aposentadoria, de terceiros ou de recebimento de pensão (**Tabela 3**). Cabe destacar que, apesar de a renda ter sido considerada baixa nesta investigação, entre 49 (44,5%) participantes, ela os colocou na condição de chefes do grupo familiar por serem detentores de uma fonte de renda que era a majoritária no sustentação do lar e pelo fato de eles a empregarem na manutenção econômica do lar.

Tabela 3: Distribuição das profissões e ocupações dos 110 participantes. Juiz de Fora, Jan/2015.

Profissão	N	%	Ocupações	N	%
Empregada doméstica	34	30,90	Aposentado(a)	72	65,6
Trabalhador da construção civil	21	19,09	Do lar	27	24,5
Do lar	15	13,63	Marceneiro, carpinteiro e armador	3	2,7
Serviços gerais	15	13,63	Diarista, lavadeira	2	1,8
Cozinheira	8	7,27	Trabalhador construção civil	2	1,8
Artesão	3	2,72	Serviços gerais, doceira, jardineiro	4	3,6
Atividade de nível técnico	3	2,72	Total	110	100
Motorista	3	2,72			
Servidor público	3	2,72			
Comerciante	2	1,81			
Mecânico	2	1,81			
Atividade nível superior (Enfermeira)	1	0,9			
Total	110	100			

As profissões e ocupações dos 110 participantes corroboram com os rendimentos que possuem, caracterizando um grupo socialmente de baixa renda e que ocupa profissões ou

desenvolve atividades com baixa remuneração, havendo o predomínio daquelas que envolvem força e pouca exigência de abstração na sua execução.

A experiência dos 110 participantes com o processo de aposentadoria permitiu que 71,8% daqueles que aposentaram tivessem experiência com o ritual de passagem da vida de produtividade para a vida de não inserção na economia formal, sendo que entre 55,4% deles este processo ocorreu há ≤ 10 anos e entre 15,9% há ≥ 11 anos.

Cabe acrescentar que a baixa escolaridade pode justificar a identificação de atividades laborais e/ou ocupacionais menos qualificadas, que requerem força física e a realização de atividade com menor elaboração intelectual⁽¹²⁶⁾.

Segundo pesquisa realizada no Brasil em 2012, 76,3% da população idosa recebiam algum benefício da Previdência Social, sendo que 76,2% dos homens e 59,4% das mulheres eram aposentados; 47,8% tinham rendimento total de todas as fontes que era superior a um salário mínimo, mas cerca de 43,5% residiam em domicílios com rendimento mensal per capita igual ou maior a um salário mínimo⁽¹²⁷⁾. Tais estatísticas são semelhantes à identificada na presente investigação

7.1.3 Determinantes Familiares

Para caracterizar os determinantes familiares do processo do envelhecimento, foram abordados: o convívio interfamiliar; o ambiente e com quem mora; o total de pessoas com que compartilham a moradia; as razões atribuídas para modificação no núcleo familiar nos últimos cinco anos; a idade do(a) companheiro(a), os fatores intervenientes e a avaliação da convivência familiar e intergeracional.

Na **Tabela 4**, como parte da caracterização dos determinantes familiares do processo do envelhecimento, consta o perfil de convivência, abordado na perspectiva de com quem e com quantas pessoas os 110 participantes compartilham a moradia.

Tabela 4: Frequência dos determinantes familiares na perspectiva da convivência intergeracional. Juiz de Fora. Jan/2015.

Convívio familiar	N	%	Ambiente onde mora	N	%
solteiro e vive só	6	5,5	Sua casa	98	89,1
Solteiro e vive com família	5	4,5	Casa de terceiros	12	10,9
Casado e vive com companheiro(a)	52	47,3	Total	110	100
viúvo e vive só	6	5,5	Qt pessoas compartilham moradia		
viúvo e vive em família	32	29,1	0	11	10,0
divorciado ou separado e vive só	2	1,8	1 ---3	70	63,7
Divorciado/separado e vive família	7	6,4	3 ----5	22	20
Total	110	100	≥ 5 ----	7	6,3
			Total	110	100

		Continuação			
Nº filhos			Com quem compartilha moradia*		
0	8	7,2	Filho	61	55,5
1 ---- 5	39	35,5	Contemporâneos	57	51,8
5 ---- 10	36	32,8	Netos	31	28,2
	N	%	Irmãos	5	4,5
10 ---- 15	8	7,2	Sozinho	8	7,3
≥ 15	2	1,8	Outros parentes	4	3,6
Não respondeu	17	15,5	Outros *	3	2,7
Total	110	100	Ascendentes	1	,9

Nota das autoras: * outros: amigos, companheiro(a); ** não soma 100% devido a possibilidade de mais de uma opção para o item considerado.

A coexistência e o compartilhamento da moradia, segundo projeções de dados censitários para o ano de 2013, apontaram que 14,8% das pessoas idosas viviam em domicílios unipessoais e 85,2% estavam em arranjos em que havia presença de outra pessoa com quem estabelecesse alguma relação familiar, quer fossem cônjuge, filho, outro parente ou agregado⁽¹²⁷⁾.

A estabilidade do núcleo familiar entre pessoas com idade ≥65 anos pode oscilar, sendo que as alterações no número de familiar permitem inferir sobre experiências de perdas, de alterações no estado de saúde de um seus membros e sobre alteração no ambiente ou no estilo de vida.

Na presente investigação, 74 (67,3%) participantes mencionaram a ocorrência de modificação do número das pessoas que compõem o núcleo familiar nos últimos cinco anos, sendo as razões mencionadas na **Tabela 5**.

Tabela 5: Distribuições das razões atribuídas para modificação do núcleo familiar nos últimos cinco anos. Juiz de Fora, Jan/2015.

Fator que gerou modificação no núcleo familiar	N	%	Idade do(a) companheiro(a)	N	%
(entorno) morte parente/companheiro(a).	26	23,6	45 ---55	4	3,6
(em si) estado de saúde	22	20	55 ---65	11	10
(em si) limitações estilo de vida	12	10,9	65 ---75	30	27,3
(entorno) no ambiente onde está	11	10	75 ----85	7	6,4
(entorno) desvinculação da convivência	2	1,8	85 ---95	1	,9
Não houve modificação	27	24,5	≥ 95	24	21,8
Total	74	100	Não tinha companheiro(a)	33	30
			Total	110	100
Influência de sua idade sobre convívio familiar					
Extremamente comprometido	5	4,5			
Substancialmente comprometido	8	7,3			
levemente comprometido	15	13,6			
não comprometido	82	74,5			
Total	110	100			

Projeções de dados censitários divulgados no ano de 2013 apontam para a existência de dois modelos de arranjos de convivência das pessoas idosas quando analisados do ponto de vista

do núcleo familiar. Na primeira forma de convivência, uma entre cada quatro pessoas idosas convivia com seu parceiro/companheiro sem o acréscimo de filhos, parentes ou agregados. Na segunda forma de convivência, 30,2% das pessoas idosas conviviam com filhos, cuja idade era \geq 25 anos e tinham ou não outro parente ou agregado inserido na convivência⁽¹²⁷⁾.

Ao comparar os dois padrões descritos na literatura anterior com os dados da presente investigação, foi possível identificar a ocorrência de três padrões de convivência: no primeiro, 52 (47,3%) pessoas idosas viviam somente com o(a) companheiro(a); no segundo, embora sem companheiro(a) em decorrência de solteirice, viuvez ou divórcio, 44 (40%) participantes conviviam com familiares e, no terceiro, havia 14 (12,8%) participantes que sempre viveram sozinhos ou optaram por esta forma após período de viuvez ou separação.

A análise da convivência familiar possibilitou identificar que, entre os participantes, havia uma rede de pessoas com as quais eles convivem em seus cotidianos. São duas as razões atribuídas a este fato: 1) a extensão do núcleo familiar (in)direto, fato não identificado nas investigações realizadas com pessoas idosas de origem europeia, entre as quais a redução do número de integrantes do núcleo familiar exige a preservação da autonomia pela inexistência de vínculos em quantidade para preencher o cotidiano e 2) a baixa renda familiar dos filhos/parentes que faz com que a aposentadoria dos participantes seja um atrativo para reunião com fins de ajuda financeira a outros membros da família⁽¹²⁸⁾.

Considerando que as mulheres vivem mais em anos e que o aumento da idade impacta sobre o grau de autonomia, buscou-se identificar se havia associação entre o gênero e a modificação do núcleo familiar entre os 110 participantes (**Tabela 6**).

O processo de envelhecimento traz para a pessoa idosa um acréscimo de limitações físicas e/ou intelectuais que surgem de forma progressiva com o passar dos anos, fazendo com que a pessoa idosa necessite de auxílio parcial ou total de outra pessoa próxima para a execução das atividades cotidianas. Este fato faz com que o cônjuge, os filhos, os netos ou pessoas próximas necessitem ser inseridas em mudanças em seus cotidianos para lhes auxiliar no processo de enfrentamento da perda da independência e/ou autonomia. Para oferecer o cuidado a pessoa idosa, o cuidador precisa dispensar tempo para lhe atender, fato que repercute em mudanças no seu dia-a-dia a ponto de necessitar reestruturar seu contexto familiar e/ou projetos de vida⁽¹²⁹⁾. Embora o surgimento de limitações possa justificar modificações no convívio familiar de pessoas idosas com seus familiares entre os participantes o nível com que eles se mantiveram ativos e menos dependentes pode ter minimizado tal influência.

Tabela 6: Associação entre faixa etária e gênero com as situações do cotidiano familiar. Juiz de Fora, Jan/2015.

Variáveis sobre o cotidiano da pessoa idosa com os familiares	65 --75	75 --85	85 --95	≥65 --	Total	Teste X ²			Gênero				Teste X ²		
						valor	df	Sig	Fem		Masc		valor	df	Sig
									N	%	N	%			
Modificação do núcleo familiar nos últimos 5 anos															
Não	29	5	2	-	36	5,626 ^a	3	0,131	16	23,1	20	48,7	7,651 ^a	1	0,006
sim	44	25	4	1	74				53	76,9	21	51,3			
Subtotal	73	30	6	1	110				69	100	41	100			
Avalia participação dos familiares na rotina															
Insuficiente/razoável	12	8	3	-	23	4,819 ^a	3	0,186	12	17,4	11	26,8	1,385 ^a	1	0,239
Boa/excelente	61	22	3	1	87				57	82,6	30	73,2			
Subtotal	73	30	6	1	110				69	100	41	100			
Autopercepção influência idade sobre convívio familiar															
Não /levemente comprometido	66	23	6	-	95	11,833 ^a	6	0,066	58	84,1	37	90,2	1,538 ^a	2	0,464
Substancialmente/extremamente comprometido	6	6	-	1	13				9	13	4	9,8			
Não responderam	1	1	-	-	2				2	2,9	0	0			
Subtotal	73	30	6	1	110	69	100	41	100						
Fator que gerou modificação no núcleo familiar															
					N	%									
					Não modificou	27	24,5								
					Em si: Estado de saúde	22	20								
					Em si: Limitações estilo de vida	12	10,9								
					No entorno: Morte parente ou companheiro	26	23,6								
					No entorno: desvinculação de convívio	2	1,8								
					No entorno: no ambiente onde está	11	10								
					Não se aplica	10	9,1								
					Total	110	100								

Nota das autoras: a: Há células com número ≤5 componentes

Cabe acrescentar que, durante a presente investigação, foi possível captar, por meio do registro de diário de campo, a importância da renda da pessoa idosa para seu contexto familiar, advinda da aposentadoria, pensão, ou fruto de ocupações remuneradas que ainda exerce. Este fato a capacitava a contribuir financeiramente na manutenção da família a ponto de alguns dos entrevistados alegarem ser a referência financeira de sua família e auxiliar regularmente os filhos e os netos⁽¹³⁰⁾.

Se, por um lado, a pessoa idosa é apoio para seus familiares pelos motivos anteriormente mencionados, por outro, o fato de ela pertencer a um grupo familiar coeso a possibilita desfrutar de proteção e inclusão social, manutenção de vínculos e inserção enquanto componente de um contexto social⁽¹³¹⁾.

Usufruir de uma rede de apoio familiar pode equivaler a condições consideradas intervenientes sobre a qualidade de vida e auxiliar no enfrentamento das dificuldades do cotidiano, a ponto de intervir sobre a promoção da saúde e do bem-estar de todos os envolvidos⁽¹³²⁾.

A importância do convívio e do estreitamento de laços interfamiliares e intergeracionais pode ainda ser analisada na perspectiva da (in)dependência da pessoa idosa em relação à realização de suas atividades. Estima-se que cerca de 40% dos indivíduos com idade de ≥ 65 anos precisam de algum tipo de ajuda para realizar pelo menos uma tarefa⁽¹³²⁾.

Além da dependência física para a realização de suas atividades diárias, a pessoa em processo de envelhecimento também está mais exposta à dependência emocional. A ausência de apoio emocional pode ser interpretada como abandono, falta de carinho e atenção. A ausência de uma pessoa para confiar, para compartilhar sentimentos, apreensões, decisões ou para ouvi-los quando julgam oportuno pode gerar frustrações e aumento da vulnerabilidade⁽¹³²⁾.

A avaliação da participação dos familiares na rotina foi considerada excelente e boa por 87 (79%) e razoável ou insuficiente por 25 (20,9%) deles e a autoavaliação da influência da idade dos participantes sobre o convívio familiar considerado com algum grau de comprometimento em 28 (25,4%).

O fato de a pessoa com idade ≥ 65 anos morar com familiares não assegura que haja interação entre eles de forma cotidiana e satisfatória. Neste sentido a avaliação da participação dos familiares junto às pessoas entrevistadas mostrou-se como insuficiente/razoável por 23 (20,9%) deles e como boa/excelente por 87 (79%) participantes.

Por outro lado, a família é culturalmente um ponto de apoio e uma facilitadora para interação social dos idosos. Deste modo, a falta de um convívio familiar estável pode gerar alterações na qualidade de vida como agravamento de morbidades e aumento da mortalidade⁽⁹¹⁾.

Vários fatores podem interferir na manutenção de um ambiente de convívio familiar adequado, sendo as fragilidades inerentes do envelhecimento um fator que pode levar ao desgaste do convívio devido à possibilidade de sobrecarga de função dos familiares e cuidadores⁽¹²⁸⁾.

Outro fator que necessita ser considerado é a progressão dos anos vividos, que representa o surgimento de restrições peculiares à idade, sendo a percepção da idade pela pessoa com idade

≥65 anos um fator capaz de comprometer a convivência intergeracional, gerar vulnerabilidade social a ponto de ser preditora para o isolamento⁽²⁶⁾.

Foi indagado aos participantes o quanto a idade é capaz de comprometer a convivência intergeracional em nível familiar, conforme apresentado na **Tabela 7**, uma vez que a forma como o indivíduo em processo de envelhecimento percebe esta fase da vida pode possuir componentes pessoais e/ou ser fruto de uma imposição por parte daqueles que convivem com ele e/ou participam de seu cotidiano.

Tabela 7: Fatores intervenientes e avaliação da convivência familiar e intergeracional na perspectiva dos 110 participantes segundo o gênero. Juiz de Fora, Jan/2015.

Fatores intervenientes sobre convivência familiar	gênero		Total		Avaliação da convivência intergeracional	Gênero		Total	
	Fem	Mas	N	%		Fem	Mas	N	%
Avaliação da participação dos familiares na rotina					Convivência com pessoas MAIS JOVENS				
participação insuficiente	4	5	9	8,2	nunca demonstrado	2	-	2	1,8
participação razoável	8	6	14	12,7	raramente demonstrado	4	4	8	7,3
participação boa	20	7	27	24,5	comumente demonstrado	8	4	12	10,9
participação excelente	37	23	60	54,5	consistentemente demonstrado	55	33	88	80
Subtotal	69	41	110	100	Subtotal	69	41	110	100
Influência da idade no convívio familiar					Convivência com pessoas MAIS VELHAS				
não houve influência	2	-	2	1,8	nunca demonstrado	17	7	24	21,8
Extremamente comprometido	5	-	5	4,5	raramente demonstrado	6	4	10	9,1
Substancialmente comprometido	4	4	8	7,3	comumente demonstrado	4	8	12	10,9
levemente comprometido	10	5	15	13,6	consistentemente demonstrado	42	22	64	58,2
não comprometido	48	32	80	72,7	Subtotal	69	41	110	100
Subtotal	69	41	110	100	Convivência com pessoas CONTEMPORÂNEAS				
					nunca demonstrado	1	1	2	1,8
					raramente demonstrado	7	3	10	9,1
					comumente demonstrado	9	8	17	15,5
					consistentemente demonstrado	52	29	81	73,6
					Subtotal	69	41	110	100

Embora existam dificuldades relacionadas ao convívio com as pessoas em processo de envelhecimento, na percepção dos participantes, a idade possui pouca influência no comprometimento de estreitamento de laços. A justificativa para a pouca influência da idade na convivência pode ser explicada por elas serem pessoas ativas, pouco dependentes de seus familiares para a realização de suas atividades, cuja autonomia é preservada a ponto de não gerar sobrecarga para eles.

Embora nas últimas décadas, o número de filhos por casal tenha reduzido e as demandas para provimento financeiro do núcleo familiar tem aumentado, a disponibilidade dos pais para cuidar

de seus filhos e dos filhos cuidarem de seus pais modificou-se, fato que pode ser percebido pela avaliação da convivência intergeracional⁽¹³³⁾.

Diante do exposto, no contexto da convivência intergeracional, ficaram as indagações: quem cuida das crianças quando as mesmas não estão na escola? Quem cuida das pessoas idosas que estejam dependentes quando os filhos estão trabalhando? Na presente investigação, devido ao fato de as famílias ainda serem numerosas, são os próprios participantes quem olham os netos em decorrência da necessidade de os adultos em fase produtiva se inserirem no mercado.

Os dados de projeção censitários, analisados segundo o gênero, apontaram que, entre os homens, 11,7% deles viviam em domicílios unipessoais; 32,5% em domicílios formados por casal sem filhos e 26,7% em domicílio com todos os filhos maiores de 25 anos de idade. Para as mulheres, estas três modalidades de forma de convivência no domicílio ficaram assim distribuídas: 17,3% moraram em domicílios unipessoais, 20,3% em arranjo de casal sem filhos e 32,9% em domicílio com filhos com idade ≥ 25 anos⁽¹⁰⁶⁾.

A **tabela 8** aborda a convivência dos participantes com grupos intergeracionais.

Tabela 8: Variáveis intervenientes sobre a convivência intergeracional com pessoas idosas e respectivo teste de quiquadrado. Juiz de Fora, Jan/2015.

Variáveis sobre o cotidiano da pessoa idosa com os familiares	65-75	75-85	85-95	≥95	Total	Teste X ²			Gênero				Teste X ²		
						valor	df	Sig 2 extremid	N	Fem %	Masc N %	valor	df	Sig 2 extremid	
Avaliação da convivência/ MAIS JOVENS															
Nunca ou raramente demonstrado	8	2	-	-	10				6	8,7	4	9,7			
Comumente ou consistentemente demonstrado	65	28	6	1	100	1,222 ^a	3	0,748	63	91,3	37	90,3	0,035 ^a	1	0,852
Subtotal	73	30	6	1	110				69	100	41	100			
Avaliação da convivência/ MAIS VELHOS															
Nunca ou raramente demonstrado	24	9	1	-	34				23	33,3	11	26,8			
Comumente ou consistentemente demonstrado	49	21	5	1	76	1,161 ^a	3	0,732	46	66,7	30	73,2	0,509 ^a	1	0,475
Subtotal	73	30	6	1	110				69	100	41	100			
Avaliação convivência/ CONTEMPORÂNEOS															
Nunca ou raramente demonstrado	9	3	-	-	12				8	11,6	4	9,7			
Comumente ou consistentemente demonstrado	64	27	6	1	98	1,034 ^a	3	0,793	61	88,4	37	90,3	0,089 ^a	1	0,765
Subtotal	73	30	6	1	110				69	100	41	100			

Nota das autoras: a: Há células com número ≤ 5 componentes

Em relação à convivência intergeracional, as pessoas idosas investigadas afirmaram ter uma convivência excelente com: descendentes, 77(70%); com ascendentes, 44 (40%) e com contemporâneos, 72 (65,5%).

A convivência entre jovens e idosos gera possibilidade de enriquecimento pessoal e emocional de ambas partes, além de reduzir barreiras geradas pelo preconceito. Além disso, a convivência intergeracional gera o controle do estresse na pessoa idosa, contribuindo para a sua promoção e manutenção de saúde e minimizando as chances de a pessoa idosa se sentir isolada.

O gênero é um determinante transversal do processo de envelhecimento ativo e ele pode influenciar em vários outros fatores como a busca por acompanhamento dos serviços de saúde, alimentação saudável, adesão medicamentosa, mortes por causas traumáticas, entre outros. A análise do convivência com pessoas mais jovens quando associados com o gênero, apresentou significância estatística (p valor = 0,035).

O gênero feminino por exemplo, apresenta uma melhor adaptação às perdas físicas, emocionais e sociais ocorridas na velhice, já o gênero masculino, por estarem mais expostos a um mundo capitalista, e após o envelhecimento e com o advindo da aposentadoria, muitos deles a trocam a produtividade pela inatividade, fato que pode levar a sentimento de tristeza e isolamento. Tais fatores podem influenciar positivamente ou negativamente nas relações intergeracionais⁽¹³⁴⁾.

Quando o gênero foi associado a convivência com contemporâneos e com pessoas mais idosas, não houve correlação. Apesar de a pesquisa ter sido realizada com amostra completa, a mesma foi insuficiente para o cálculo de associação entre esses fatores.

7.1.4 Determinantes Ideológicos e Sociais

As experiências vividas pelas pessoas idosas retratam a bagagem de conteúdo vinculada às tradições familiares, culturais, religiosas, políticas e sociais, sendo esta bagagem transferida intergeracionalmente por meio de casos contados, compartilhamento de receitas de família, comemoração de festividades e motivos de reuniões de pessoas⁽¹³⁵⁾.

Neste contexto a preferência por conteúdos e formas de compartilharem (d)estas tradições com as gerações (ascendentes, contemporâneos e descendentes) permite inferir sobre quais são os assuntos mais valorizados e discutidos por elas e preferenciais.

Na **Tabela 9**, consta a autoavaliação dos participantes sobre a oportunidade de transferir tradições e os conteúdos considerados preferenciais para serem abordados por eles.

Tabela 9: Distribuição da oportunidade de transferência de tradição por meio da convivência Intergeracional e conteúdos. Juiz de Fora, Jan/2015.

Oportunidade transferir tradição na convivência intergeracional	N	%	Tipo de tradição que transfere		n	%
Com oportunidade	86	78,1	Familiar		20	26,7
Sem oportunidade	24	21,9	Profissional		8	10,7
Total	110	100	Culinária		19	25,3
			Musical		4	5,3
Periodicidade com que transfere tradição			Valores		17	22,7
Esporadicamente	28	32,6	Outros		2	2,6
mensalmente	12	13,9	Total		75**	100
semanalmente	25	29,1				
diariamente	21	24,4				
Total	86	100				
Oportunidade de compartilhar tradição						
Periodicidade	Ascendentes		Contemporâneos		Descendentes	
	n	%	N	%	n	%
nunca realizado	34	39,5	17	19,8	11	12,8
raramente realizado	14	16,3	19	22,1	13	15,1
comumente realizado	16	18,6	25	29,1	22	25,6
consistentemente realizado	22	25,6	25	29,1	40	46,5
Total	86	100,0	86	100,0	86	100,0

Nota das autoras: * outros: quem; ** não somam 100%

Ao analisar os dados, foi verificado que 86 participantes (78,1%) relataram oportunidade de transferir tradições sendo que os temas mais comuns são: famílias com 20 pessoas (26,7%), culinária com 19 pessoas (25,3%) e valores com 17 pessoas (22,7%)

A cultura, enquanto um dos fatores determinantes para o processo de envelhecimento, influencia os outros fatores e contribui no modelamento do envelhecimento. O modo como a sociedade se comporta diante do processo de envelhecimento influencia na disposição de serviços de promoção, prevenção e tratamentos dispensados a esta população. Além disso, a cultura influencia em comportamentos como convivência familiar, hábitos alimentares, atividades físicas, presença ou não de tabagismo e etilismo sendo estes fatores importantes no processo de envelhecimento⁽²⁴⁾.

O ser humano é um ser social e necessita de vínculos para a construção diária de sua história⁽¹³⁶⁾. A convivência da pessoa idosa com seus filhos, netos ou outras pessoas mais jovens favorece a manutenção da saúde física e emocional.

As pessoas idosas possuem normas, crenças, atitudes, expectativas e comportamentos próprios de seu grupo, o que leva a um chamado subgrupo na sociedade. O fato de compartilharem suas vivências e experiências possibilita ao idoso uma maior interação com a sociedade, o que diminui a possibilidade de segregação⁽¹³⁷⁾. A transferência de tradições auxilia no processo de criação e de manutenção de vínculos e possibilita que a pessoa idosa tenha um envolvimento social mais efetivo que por sua vez encoraja comportamentos positivos⁽¹³⁸⁾.

7.1.5 Determinantes Psicocomunicacionais

Para abordar os determinantes psicocomunicacionais, foram investigados os meios de comunicação que acessíveis e a periodicidade com que o fazem, conforme consta da **Tabela 10**.

Tabela 10. Distribuição dos meios de comunicação utilizados pelos participantes. Juiz de Fora, Jan/2014.

	nunca utiliza		esporadicamente		Mensalmente		Semanalmente		Diariamente	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Jornal	76	69,1	9	8,2	2	1,8	10	9,1	13	11,8
Livro	84	76,4	7	6,4	2	1,8	6	5,5	11	10,0
Revista	89	80,9	6	5,5	2	1,8	7	6,4	6	5,5
TV	10	9,1	5	4,5	3	2,7	14	12,7	78	70,9
Rádio	38	34,5	7	6,4	0	0	10	9,1	55	50,0
Música	73	66,4	4	3,6	1	,9	5	4,5	27	24,5
Internet	106	96,4	1	,9	0	0	1	,9	2	1,8

Fonte: as autoras.

Entre os participantes, a televisão foi o meio de comunicação mais utilizado (70,9% utilizam diariamente), seguida do rádio (50% utilizam diariamente)⁽¹³⁹⁻¹⁴¹⁾. Tal fato deve-se à maior popularidade, à maior facilidade de acesso e à variedade de informações disponíveis neste meio.

Em relação às fontes de comunicação utilizadas pelas pessoas entrevistadas, tem-se que a maioria delas não utilizam jornal, livros e revistas como fonte de informação. Isso pode ser explicado devido à alta taxa de analfabetismo encontrada. Dados similares são corroborados por resultados de outras investigações⁽¹⁴²⁾.

A internet, por sua vez, é pouco utilizada pelas pessoas investigadas. A dificuldade de acesso, a falta de familiaridade com esta novidade e a dificuldade de leitura podem estar entre as causas de sua baixa utilização, embora as pessoas idosas tenham curiosidade em aprender a lidar com esta ferramenta, inclusive como estratégia para ampliar o grupo social⁽¹⁴³⁾.

Em uma investigação realizada em Portugal, a utilização da internet foi vista como benéfica para a população com mais de 65 anos, uma vez que favorece os relacionamentos, afastando a solidão e o isolamento social⁽¹⁴⁴⁾.

7.3.5 Determinantes de Saúde

A **Tabela 11** mostra se há ou não doença previamente diagnosticada de conhecimento dos 110 participantes e em qual grupo fisiológico ela está vinculada.

Cabe citar que, na avaliação dos determinantes de saúde, foi considerado se há ou não doença previamente diagnosticada, o sistema a que pertence quando presente, se ocorre ou não o uso de medicamento e a classe farmacológica a que pertence; os comportamentos/hábitos intervenientes sobre o estado de saúde; a procura por atendimento de saúde, o engajamento no

autocuidado; as variáveis intervenientes e o surgimento sobre a ocorrência de incontinências urinária e anal.

Tabela 11: Ocorrência de doenças previamente diagnosticadas entre os 110 participantes e sistema em que está vinculada. Juiz de Fora, Jan/2015.

Presença doença diagnosticada							
	Sim	N	%				
	Sim	96	87,3				
	Não	14	12,7				
Tipo doença diagnosticada		N	%	Tipo doença diagnosticada	n	%	
Cardiovasculares	sim	84	76,4	Digestiva	sim	3	2,7
	não	24	21,8		não	105	95,5
	não se aplica	2	1,8		não se aplica	2	1,8
	Total	110	100		Total	110	100
Respiratória	sim	8	7,3	Neoplásicas	sim	1	,9
	não	100	90,9		não	107	97,3
	não se aplica	2	1,8		não se aplica	2	1,8
	Total	110	100		Total	110	100
Metabólicas	sim	32	29,1	Osteoarticular	sim	16	14,5
	não	76	69,1		não	92	83,6
	não se aplica	2	1,8		não se aplica	2	1,8
	Total	110	100		Total	110	100
Autoimune	sim	1	,9	Órgãos dos sentidos	sim	6	5,5
	não	107	97,3		não	102	92,7
	não se aplica	2	1,8		não se aplica	2	1,8
	Total	110	100		Total	110	100
Psicossomáticas	sim	3	2,7	Infect parasitárias	sim	1	,9
	não	105	95,5		não	107	97,3
	não respondeu	1	,9		não se aplica	2	1,8
	não se aplica	1	,9		Total	110	100
	Total	110	100				
Genitourinárias	sim	1	,9	Outras	sim	12	10,9
	não	107	97,3		não	96	87,3
	não se aplica	2	1,8		não se aplica	2	1,8
	Total	110	100		Total	110	100

Fonte: As autoras.

Conforme consta da **Tabela 11**, dos 110 participantes, 96 (87,3%) têm conhecimento de pelo menos uma doença diagnosticada, sendo as crônico-degenerativas as mais comuns, com destaque para as cardiovasculares (84 - 76,4%), as metabólicas (32 - 29,1%) e as osteoarticulares (16 - 14,5%).

Esses dados correspondem com o conteúdo descrito na literatura, pois em pesquisa realizada no Brasil, com 90 pessoas idosas, as doenças crônicas não transmissíveis foram as mais prevalentes com destaque para a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus, que alcançaram 97,8% e 24,4% respectivamente^(145, 146). Também há evidências de que a hipertensão e

o *diabetes mellitus* podem ser controlados e seus portadores podem adquirir benefícios caso tenham adesão e regularidade na realização de atividade física^(21, 147).

Considerando que o processo de envelhecimento está ligado a elevação da carga de doenças e ao aumento do número de medicamentos em uso, os tipos de medicamento de consumo diário foram apresentados na **tabela 12**.

Tabela 12: Distribuição dos 110 participantes segundo o tipo de medicamento que consomem. Juiz de Fora, Jan/2015.

Uso de medicamento (≤30dias)		N	%				
	Sim	95	86,4				
	Não	15	13,6				
	Total	110	100				
Classe medicamentosa		N	%	Classe medicamentosa	n	%	
Anti-hipertensivo	não se aplica	8	7,3	Broncodilatador	não se aplica	8	7,3
	Sim	77	70,0		sim	2	1,8
	Não	25	22,7		não	100	90,9
	Total	110	100		Total	110	100,0
Cardiotônico	não se aplica	8	7,3	Corticoide	não se aplica	8	7,3
	sim	8	7,3		sim	3	2,7
	não	94	85,5		não	99	90,0
	Total	110	100,0		Total	110	100
Diurético	não se aplica	8	7,3	Hipoglicemiante oral ou insulina	não se aplica	8	7,3
	sim	31	28,2		sim	27	24,5
	não	71	64,5		não	75	68,2
	Total	110	100		Total	110	100
Vasodilatador	não se aplica	8	7,3	Cálcio	não se aplica	8	7,3
	sim	2	1,8		sim	5	4,5
	não	100	90,9		não	97	88,2
	Total	110	100,0		Total	110	100,0
Antibiótico	não se aplica	9	8,2	Anti-inflamatório	não se aplica	8	7,3
	sim	3	2,7		sim	12	10,9
	não	98	89,1		não	90	81,8
	Total	110	100		Total	110	100
Vitamina	não se aplica	8	7,3	Antidepressivo	não se aplica	8	7,3
	sim	2	1,8		sim	12	10,9
	não	100	90,9		não	90	81,8
	Total	110	100		Total	110	100
Outros	não se aplica	8	7,3	Hormônio	não se aplica	8	7,3
	sim	12	10,9		sim	1	,9
	não	90	81,8		não	101	91,8
	Total	110	100		Total	110	100

Fonte: As autoras.

Em relação às medicações utilizadas, 95 pessoas investigadas utilizaram algum tipo de medicação nos últimos 30 dias. A polifarmácia em idosos é comum devido ao acúmulo de doenças

não transmissíveis, que leva à utilização cada vez maior de medicamentos comparados às pessoas jovens⁽¹⁴⁸⁾.

A utilização de medicações múltiplas pelas pessoas idosas leva a impactos em vários âmbitos. Um deles é o econômico, que impacta a sua renda, a qual, muitas vezes, já não é satisfatória para custear suas medicações, reduzindo assim a disponibilidade de opções para as necessidades de promoção de saúde e lazer⁽¹⁴⁹⁾.

Outros fatores associados a polifarmácia são as reações adversas provenientes de interações medicamentosas ou reações do organismo inerentes à fragilidade. O organismo, que já não está mais forte e saudável como antes, fica mais sensível. Alterações como o aumento da gordura corporal, redução da água corporal, redução do metabolismo hepático e da excreção renal aumentam as chances de complicações⁽¹⁴⁸⁾. Medicações como tranquilizantes, por exemplo, podem gerar instabilidade postural e queda, que são fatores importantes que podem levar a pessoa idosa a óbito⁽¹⁵⁰⁾.

Em uma pesquisa realizada em São Paulo, foi identificado que mais de um quarto dos idosos foi considerado consumidor de medicamentos potencialmente inapropriados e que podem gerar algum tipo de dano e, destes, 13,8% utilizavam dois medicamentos potencialmente inapropriados⁽¹⁵⁰⁾.

Em outro estudo realizado no Brasil, foi abordada a automedicação em pessoas idosas e verificou-se que os medicamentos sem prescrição mais utilizados foram os analgésicos (46,15%) e os anti-inflamatórios (22,31%) e as causas mais citadas para a prática de automedicação foram a dor (65,26%), seguida da febre (16,26%) e gripe (7,37%)⁽¹⁵¹⁾.

O fato de desconhecer as potencialidades de interações medicamentosas associadas à polifarmácia faz com que a automedicação em pessoas idosas seja uma condição considerada grave^(152, 153).

Em outras ocasiões, o surgimento de problemas de saúde progressivos faz com que a pessoa idosa, ao tentar buscar atendimento médico, recorra a profissionais de especialidades distintas e receba a indicação de uso de medicações que apresentam interação entre si. Tal fato é conhecido como iatrogenia medicamentosa, que resulta no desconhecimento das alterações fisiológicas que ocorrem nas pessoas em processo de envelhecimento⁽¹⁴⁹⁾.

Em relação à adesão à terapia medicamentosa pela pessoa idosa, estima-se que, em países desenvolvidos, seja de 50% em média. Devido à ocorrência de doenças crônicas, cujo tratamento dá-se em longo prazo, há a necessidade de orientação profissional para que estimule a utilização correta destas medicações⁽¹⁵⁴⁾.

As consequências negativas da utilização inadequada de medicações podem ocorrer devido a dificuldades pessoais enfrentadas pelos próprios idosos, a exemplo do uso de medicações parecidas, da dificuldade para ler o nome da medicação devido à letra da fonte ser pequena ou haver redução da acuidade visual, do esquecimento do horário das medicações, entre outros⁽¹⁵⁵⁾

Considerando que o surgimento das doenças é influenciado pelo estilo de vida não saudável, buscou-se compreender a exposição dos 110 participantes para comportamentos de consumo de tabaco, ingestão de bebidas alcoólicas e prática de esportes, conforme consta na

Tabela 13.

Tabela 13: Distribuição dos 110 participantes segundo o comportamento interveniente no processo saúde. Juiz de Fora, Jan/2015.

Comportamento de fumar			Consumo de bebida alcoólica		
	N	%		N	%
Ativos	18	16,4	sim	14	12,7
ex-fumantes	17	15,5	não	88	80
não fumam	75	68,1	ex-usuários	8	7,3
Subtotal	110	100	Subtotal	110	100,0
Prática de esporte			Frequência de uso de bebida alcoólica		
Adesão	14	12,7	Não usa	89	80,9
Não adesão	53	48,2	Esporadicamente	7	6,4
Não responderam	43	39,1	Semanalmente	3	2,7
Total	110	100	2 a 3 vezes por semana	5	4,5
Adesão para atividade de lazer			Diariamente	6	5,5
Adesão	12	10,9	Total	110	100
Não adesão	55	50,0			
Não responderam	43	39,1			
Total	110	100			

Fonte: As autoras.

O tabagismo é um fator de risco para as doenças crônicas não transmissíveis. Como fatores prejudiciais, podem ser citados o aumento de risco de câncer pulmonar, perda da capacidade funcional e de doenças coronarianas^(156, 157).

Em relação ao consumo de bebidas alcoólicas, 20% das pessoas bebem ou já beberam em algum momento da vida. Esse consumo em pessoas idosas possui mais impacto na saúde do que em pessoas mais jovens, porque, pode provocar alterações metabólicas. Em pessoas idosas, tal fato faz com que as pessoas idosas se exponham a distúrbios relacionados ao alcoolismo, como desnutrição, lesões no sistema gastrintestinal e quedas⁽¹⁵⁸⁻¹⁶⁰⁾

Em uma pesquisa sobre alcoolismo e tabagismo em pessoas idosas realizada em Minas Gerais, foi identificado que as pessoas na faixa de 60 a 69 anos (62%), de 70 a 79 anos (38,%) e com mais de 80 anos (9,3%) consumiam bebida alcoólica. Em relação ao tabagismo, este abrangia pessoas de 60 a 69 anos (48,7%), de 70 a 79 anos (36,2%) e com mais de 80 anos (9,2%)⁽¹⁶¹⁾.

Em relação a prática de esportes, 48,2% dos participantes relataram a não adesão. A prática regular de atividade física é uma alternativa de baixo custo para a busca e manutenção de saúde pela pessoa idosa. Manter o corpo em movimento possui efeitos benéficos na qualidade de vida, na autonomia, na independência e na memória das pessoas envolvidas e a sua adesão deve ser motivada pelos profissionais de saúde⁽¹⁶²⁾.

As motivações para a realização de atividades físicas descrita em uma investigação, foi visto que a maioria das pessoas que realizavam esta prática eram do gênero feminino e a maior motivação de busca foi devido a solicitação médica, recuperação de lesões, ocupação das horas vagas e por motivos estéticos⁽¹⁶³⁾.

O tabaco, as bebidas alcoólicas e as práticas de atividade física são fatores que interferem negativamente e positivamente na manutenção da saúde das pessoas idosas. Abster-se do tabagismo e do alcoolismo e o engajamento de atividades físicas são atitudes que possibilita inferir o engajamento na busca de uma vida saudável e com redução de comorbidades, que ficam mais comuns à medida que a pessoa envelhece.

A procura por serviços e atendimento nas unidades de saúde, por permitir compreender como os 110 participantes buscam prevenir e tratar os agravos de saúde, constitui um indicador capaz de elucidar o grau de engajamento dos mesmos para com o seu autocuidado e para o atendimento às alterações de saúde. Tais informações constam na **tabela 14**.

Tabela 14: Distribuição dos 110 participantes segundo a procura por atendimento de saúde e engajamento no autocuidado. Juiz de Fora, Jan/2015.

Disponibilidade para participar de atividades individuais que promovam a saúde			N	%	
Não disponíveis			48	43,6	
Pouca disponibilidade			20	18,2	
Muita disponibilidade			13	11,8	
Totalmente disponíveis			29	26,4	
Tipo de serviço de saúde a que recorre		N	%	Motivo que justifica a busca pelo atendimento num serviço de saúde	
Público	99	90	emergencial	36	32,7
Privado	9	8,2	controle ou acompanhamento	73	66,4
misto (público e privado)	2	1,8	Prevenção	1	0,9
Total	110	100	Total	110	100
Frequência com que busca serviço de saúde para fins PREVENTIVOS			Frequência com que busca serviço de saúde para fins de CONTROLE ou TRATAMENTO		
Nunca	27	24,5	Nunca	16	14,5
esporadicamente ou ocasionalmente	19	17,3	esporadicamente ou ocasionalmente	24	21,8
Periodicamente	36	32,7	periodicamente	34	30,9
Sempre	28	25,5	Sempre	36	32,8
Total	110	100	Total	110	100

Continua

Continuação

Avaliação realizada sobre a qualidade do atendimento dos serviços de saúde			Tempo para buscar atendimento de saúde quando tem necessidade		
	N	%		N	%
Insuficiente	8	7,3	durante um mês ou mais	19	17,3
Razoável	24	21,8	durante a semana	18	16,4
Bom	51	46,4	no outro dia	28	25,5
Excelente	27	24,5	Imediatamente	45	40,8
Total	110	100	Total	110	100
Tempo médio entre o período da procura por atendimento e o atendimento propriamente dito			Vai acompanhado aos serviços de saúde?		
	N	%		N	%
até 3 meses	1	0,9	Nunca	46	41,8
de 6 meses a 1 ano	20	18,2	Raramente	20	18,2
no mês	26	23,6	Frequentemente	12	10,9
numa semana	16	14,5	Sempre	32	29,1
em 1 a 2 dias	47	42,7	Total	110	100
Total	110	100			

Fonte: As autoras.

Os 110 participantes possuíam perfil de engajamento para seu autocuidado, fato que pode ser evidenciado pelas seguintes situações: 99 (90%) utilizam o serviço público; 73 (66,4%) fazem controle e acompanhamento periódico; 64 (58,2%) buscam atendimento de caráter preventivo e 70 (63,6%), quando apresentavam alguma alteração no estado de saúde ou percebiam, em si, alguma sintomatologia; tempo médio gasto entre a busca por atendimento e o atendimento propriamente dito de um a dois dias em 47 (42,7%) participantes; com busca imediata entre 45 (40,9%) deles que iam à instituição de saúde sozinhos (41,8%), caracterizando sua autonomia em deslocar-se e o atendimento sendo avaliado em 78 (70,9%) com tendo qualidade de boa a excelente.

O autocuidado do idoso deve ser estimulado e estar inserido em seu cotidiano, pois se constitui em expressão de autonomia, auxilia na manutenção de sua independência, favorece a resolutividade de situações, valoriza a iniciativa e favorece a qualidade de vida^(95, 164).

Cabe mencionar que o grau de autonomia dos participantes também foi aferido a partir das AVDs e AIVDs, cujos resultados do nível de dependência dos participantes constam da **Tabela 15**.

O quantitativo de nível de dependência para as atividades da vida diária foi de 7 (6,4%) e para as atividades instrumentais da vida diária foi de 12 (10,9%), com maior incidência de dependência entre as mulheres quando comparadas aos homens, fato passível de ser explicado pelo perfil dos participantes definido nos critérios de inclusão. Houve dependência de grau ligeiro a moderado entre 6,4% dos participantes para as atividades da vida diária e o grau de dependência para as atividades instrumentais da vida diária, segundo o gênero, foi de 4,9% entre os homens e de 13,4% de dependência moderada à grave entre as mulheres (**Tabela 15**).

Tabela 15: Distribuição dos 110 participantes para o nível de dependência para desenvolverem atividades da vida diária. Juiz de Fora, Jan/2015

Grau de dependência para AVD			Grau de dependência para AIVD		
	N	%		N	%
			Masculino		
Independentes	103	93,6	Independentes	39	95,1
Dependência ligeira	6	5,5	Dependência ligeira	0	0
Dependência moderada	1	0,9	Dependência moderada	2	4,9
Dependência grave	0	0	Dependência grave	0	0
Dependência total	0	0	Dependência total	0	0
Total	110	100	Total	41	100
			Feminino		
			Independentes	59	85,6
			Dependência ligeira	0	0
			Dependência moderada	8	11,6
			Dependência grave	2	2,8
			Dependência total	0	0
			Total	69	100

Fonte: As autoras:

As situações patológicas de origem urogenital podem justificar a ocorrência de manifestações da síndrome geriátrica e, em especial, das incontinências urinária e anal. Desse modo, buscou-se informações acerca do perfil dos 110 participantes para estes fatores de vulnerabilidade. Tais informações constam da **Tabela 16**.

Tabela 16: Distribuição dos 110 participantes segundo a história urogenital e gênero. Juiz de Fora, Jan/2015.

Homens			Mulheres			
Cirurgia de próstata			Cirurgia ginecológica			
	Sim	12	29,2	sim	21	30,4
	Não	29	70,8	não	48	69,6
	Total	41	100	Total	69	100
História gestacional			Tipo de parto			
Número de gestações	N	%		N	%	
0	7	10,1	Vaginal	57	87,8	
1 ---4	14	20,3	Cesariana	6	9,2	
4 ----7	22	31,9	Fórceps	2	3	
7 ----10	14	20,3	Total	65	100	
10 ----13	5	7,2				
13 ----17	4	5,9				
17 ---20	3	4,3				
Total	69	100				
Número de partos	N	%	Número de abortos	N	%	
0	6	8,6	0	65	59,1	
1 ---4	16	23,2	1	16	14,5	
4 ----7	25	36,2	2	7	6,4	
7 ----10	10	14,5	4	1	,9	
10 ----13	7	10,1	5	2	1,8	
13 ----17	2	2,8	6	1	,9	
17 ---20	2	2,8	Não mencionaram	18	16,4	
≥20 ---	1	1,4	Total	110	100	
Total	69*	100				

Fonte: As autoras.

Nota das autoras: * Total não perfaz 110 e sim 69, ou seja, o número de mulheres que integraram a investigação.

Dos 41 homens participantes, 12 (29,2%) realizaram prostatectomia e, das 69 mulheres, 21 (30,4%) realizaram alguma cirurgia ginecológica. O perfil gestacional foi caracterizado por: 63 (91,4%) mulheres passaram pela experiência do parto, sendo 57 (87,8%) deles do tipo vaginal. Houve relato de 27 (24,5%) mulheres que tiveram aborto e 48 (69,6%) possuíam mais de quatro filhos.

Ao comparar a realização de cirurgias urogenitais entre homens e mulheres, observa-se que foram proporcionalmente semelhantes e o número de partos vaginais, quando comparado ao das cesarianas, foi coerente com o perfil de tipo de parto para a década em que as participantes tiveram filhos⁽¹⁶⁵⁾.

O parto vaginal, quando realizado com episiotomia e com fórceps, aumentam o risco para lesões do esfíncter anal obstétricas, o que predispõe ao surgimento da incontinência anal⁽¹⁶⁶⁾. Das mulheres investigadas, 57 (51,8%) realizaram parto vaginal.

7.2 INCONTINÊNCIA ANAL COMO COMPONENTE DAS SÍNDROMES GERIÁTRICAS: PREVALÊNCIA E IMPACTO SOBRE O ESTILO DE VIDA

Para a mensuração da ocorrência da incontinência anal, foram utilizadas as escalas de Wexner, Escala se St Mark, RFIS e FIQL cujos resultados foram apresentados a seguir.

7.2.1 Escala de Wexner

A pontuação de Wexner, utilizada para avaliar a gravidade da incontinência fecal em pesquisas (inter)nacionais, permite caracterizar o tipo de incontinência anal (sólido, líquido ou gases), o uso de protetor de roupas íntimas e seu impacto sobre a qualidade de vida. Ela consiste em cinco questões mensuradas por gradação do tipo Likert (nunca, raramente, às vezes, habitualmente e sempre), perfazendo cinco pontos ^(58, 110), conforme consta da **Tabela 17**.

Tabela 17: Pontuação e variáveis dos componentes da Escala de Wexner (n=110). Juiz de Fora, Jan/2015.

Variáveis intervenientes sobre	N	%	Variáveis intervenientes sobre	N	%
Tenho incontinência para fezes sólidas			Tenho incontinência p/Gases		
Nunca	106	96,4	nunca	99	90
até 1 vez ao mês	1	,9	até 1 vez ao mês	6	5,5
1 vez por semana até 1 ou mais vezes ao mês	2	1,8	1 vez por semana até 1 ou mais vezes ao mês	3	2,7
1 vezes ao dia até 1 ou mais vezes na semana	1	,9	1 vezes ao dia até 1 ou mais vezes na semana	2	1,8
Subtotal	110	100	Subtotal	110	100

Continua

Continuação

Tenho incontinência para fezes líquidas			Uso protetores de roupa devido incontinência fecal		
Nunca	104	94,5	nunca	105	95,5
até 1 vez ao mês	3	2,7	até 1 vez ao mês	2	1,8
1 vez por semana até 1 ou mais vezes ao mês	2	1,8	1 vez por semana até 1 ou mais vezes ao mês	2	1,8
1 vez ao dia até 1 ou mais vezes na semana	1	,9	1 vez ao dia até 1 ou mais vezes na semana	1	,9
Subtotal	110	100			
A incontinência altera qualidade minha vida					
Nunca	105	95,5			
até 1 vez ao mês	2	1,8			
1 vez por semana até 1 ou mais vezes ao mês	2	1,8			
1 vez ao dia até 1 ou mais vezes na semana	1	,9			
Total	110	100			

O tipo de conteúdo perdido por via anal permitiu identificar que, entre os 110 participantes; houve 11 (10%) que alegaram ter perda de conteúdos gasosos; 6 (5,4%) confirmaram ter perda de fezes quando as mesmas estavam líquidas e 4 (3,6%) de fezes sólidas; perfazendo ausência de perdas de algum destes conteúdos entre 99 (90,1%) participantes.

Considerando que a Escala de Wexner permite classificar três tipos de incontinência de acordo com o escore obtido, ou seja, escore zero (continência perfeita); escore compreendido entre 1 e 7 pontos em situações de incontinência leve; escore compreendido entre 8 e 13 em situações de incontinência moderada e escore compreendido entre 14 e 20 em situações de incontinência total ⁽⁵¹⁾ foi possível identificar que a maioria dos participantes incontinências era do tipo leve.

Na **tabela 18**, foi possível identificar que houve continência perfeita entre 99 (90,1%) participantes; incontinência leve entre 8 (7,2%); incontinência moderada entre 2 (1,8%) e incontinência total em 1 (0,9%).

Tabela 18: Categorização dos 110 participantes segundo a Escala de Wexner. Juiz de Fora, Juiz de Fora, Jan/2015.

Escore	N	%	Classificação
0	99	90,1	Continência Perfeita
1	2	1,8	Incontinência Leve
2	3	2,7	
3	2	1,8	
5	1	,9	
10	2	1,8	Incontinência Moderada
15	1	,9	Incontinência Total
Total	110	100,0	

A Escala de St Mark permite a identificação da incontinência por meio de um somatório de pontos das sete questões cujo ponto de corte possibilita categorizar a incontinência anal segundo sua intensidade em: leve (≤ 8), moderada (9-16) e grave (> 16).

Segundo a escala de Wexner, 9,9% das pessoas idosas estudadas possuem alguma manifestação de incontinência anal. Tais dados, corroboram com resultados de uma investigação brasileira que utilizou a mesma escala em pessoas com idade ≥ 60 anos e cujo grupo foram identificados índices de ocorrência de incontinência anal de 10,9%⁽¹⁶⁷⁾.

7.2.2 Escala de Sant Mark

A escala de St Mark, disponível na versão para o Português⁽⁵⁸⁾, utiliza sete questões mensuradas por meio de uma escala tipo Likert cuja pontuação de cada item varia de zero a cinco pontos⁽¹¹¹⁾ (Tabela 19).

Tabela 19: Variáveis e componentes da Escala de incontinência proposta por Sant Mark (n=110). Juiz de Fora, Jan/2015.

Variáveis intervenientes sobre	N	%	Variáveis intervenientes sobre	N	%
Você costuma perder gases sem querer			Você costuma perder fezes quando amolecidas sem querer		
nunca ou nenhuma vez nas últimas 4 semanas	99	90	nunca ou nenhuma vez nas últimas 4 semanas	104	94,5
1 vez nas últimas 4 semanas	9	8,2	1 vez nas últimas 4 semanas	4	3,6
1 vez ou mais por semana, mas não todo dia	2	1,8	1 vez ou mais por semana, mas não todo dia	2	1,8
Total	110	100	Total	110	100
Você costuma perder fezes quando de consistência normal sem querer			Perder fezes lhe impacta a vida		
nunca ou nenhuma vez nas últimas 4 semanas	106	96,4	nunca ou nenhuma vez nas últimas 4 semanas	104	34,5
1 vez nas últimas 4 semanas	2	1,8	1 vez nas últimas 4 semanas	4	1,8
1 vez ou mais por semana, mas não todo dia	2	1,8	1 vez ou mais por semana, mas não todo dia	2	1,8
Total	110	100	Total	110	38,2
					61,8
Perder fezes exige que troque de roupa ou use absorvente			Comportamento de Perda		100
sim	5	4,5	nunca ou nenhuma vez nas últimas 4 semanas	38	
não	105	95,5	1 vez nas últimas 4 semanas	2	34,5
subtotal	110	100	1 vez ou mais por semana, mas não todo dia	2	1,8
Impossibilidade de inibir a defecação por 15 minutos ou menos			Subtotal	42	1,8
sim	5	4,5	Não tem incontinência	68	38,2
não	105	95,5	Subtotal	110	61,8
Subtotal	110	100			
Perder fezes exige que troque de roupa ou use absorvente			Usa remédios para prender o intestino		
sim	5	4,5	sim	0	0
não	105	95,5	não	110	100
subtotal	110	100	subtotal	110	100

Os valores obtidos do tipo de conteúdo perdido por via anal, pela aplicação da escala de St Mark, foram idênticos àqueles encontrados pela escala de Wexner.

Na **Tabela 20**, foi possível identificar que houve continência perfeita entre 99 (90,1%) participantes; incontinência leve entre 9 (8,1%); incontinência moderada entre 2 (1,8%)

Tabela 20: Classificação dos 110 participantes segundo escores da escala de St Mark. Juiz de Fora, Jan/2015.

Score	N	%	Classificação
0	99	90,1	
1	3	2,7	
2	1	,9	
3	3	2,7	Incontinência Anal leve
4	1	,9	
5	1	,9	
11	1	,9	Incontinência Anal moderada
13	1	,9	
Total	110	100	Total

A ocorrência de incontinência anal segundo a Escala de St Mark possibilitou identificar que 9,9% dos participantes apresentavam alguma intensidade de incontinência anal. Em uma pesquisa realizada com mulheres utilizando esta mesma escala, a prevalência de incontinência fecal foi de 15%, sendo que 60% delas apresentaram incontinência leve⁽⁵⁸⁾.

7.2.3 Escala “Fecal Incontinence Quality of Life (FIQL)”

A escala FIQL, composta por 29 questões numa escala do tipo Likert, aloca os conteúdos em quatro domínios (muitas vezes, algumas vezes, poucas vezes e nenhuma vez) e permite mensurar o impacto da incontinência anal sobre a qualidade de vida das pessoas portadoras de incontinência anal⁽⁵¹⁾.

Do ponto de vista de sua aplicação para o cuidado de enfermagem, permite captar preocupações e sentimentos dos participantes relacionados à perda de fezes e às condições de saúde. Os resultados deste inquérito, realizado com 110 participantes constam na **Tabela 21**.

Tabela 21: Variáveis e respectivas pontuações da Escala de incontinência FIQL (n=110). Juiz de Fora, Jan/2015.

Variáveis intervenientes sobre			N	%	Variáveis intervenientes sobre			N	%
Autoavaliação sobre o estado de saúde					A possibilidade de perda de fezes me faz:				
					ter medo				
	não se aplica	99	90,0		não se aplica	99	90,0		
	Ruim	4	3,6		muitas vezes	2	1,8		
	regular	3	2,7		poucas vezes	1	,9		
	Boa	1	,9		nenhuma vez	8	7,3		
	muito boa	2	1,8		Total	110	100		
	excelente	1	,9						
	Total	110	100						

Continua

Continuação

A possibilidade de perda de fezes me faz:			A possibilidade de perda de fezes me faz:		
evitar visitar amigos ou parentes			evitar dormir fora de casa		
não se aplica	99	90,0	não se aplica	99	90,0
muitas vezes	2	1,8	muitas vezes	2	1,8
nenhuma vez	9	8,2	nenhuma vez	9	8,2
Total	110	100	Total	110	100
A possibilidade de perda de fezes me faz:			A possibilidade de perda de fezes me faz:		
evitar comer coisas antes de sair			ficar próximo ao banheiro		
não se aplica	99	90,0	não se aplica	99	90,0
muitas vezes	2	1,8	muitas vezes	2	1,8
nenhuma vez	9	8,2	poucas vezes	9	8,2
Total	110	100	Total	110	100
A possibilidade de perda de fezes me faz:			A possibilidade de perda de fezes me faz:		
planejar atividades em função do funcionamento intestinal			evitar viajar		
não se aplica	99	90,0	não se aplica	99	90,0
muitas vezes	2	1,8	muitas vezes	2	1,8
poucas vezes	9	8,2	poucas vezes	1	,9
Total	110	100	nenhuma vez	8	7,3
A possibilidade de perda de fezes me faz:			Total		
ficar preocupado em não chegar a tempo no banheiro			110		
não se aplica	99	90	100		
muitas vezes	2	1,8	A possibilidade de perda de fezes me faz:		
poucas vezes	2	1,8	me sentir sem controle		
nenhuma vez	7	6,4	não se aplica	99	90,0
Total	110	100	muitas vezes	1	,9
A possibilidade de perda de fezes me faz:			A possibilidade de perda de fezes me faz:		
controlar minha evacuação a tempo de chegar ao banheiro			perder fezes sem perceber		
não se aplica	99	90	não se aplica	99	90,0
muitas vezes	1	0,9	muitas vezes	1	,9
algumas vezes	1	0,9	algumas vezes	1	,9
poucas vezes	1	0,9	poucas vezes	1	,9
nenhuma vez	8	7,3	nenhuma vez	8	7,3
Total	110	100	Total	110	100
A possibilidade de perda de fezes me faz:			Devido a perda de fezes: sinto-me envergonhado		
evitar perda de fezes ficando próximo ao banheiro			não se aplica		
não se aplica	99	90	não se aplica	99	90
muitas vezes	1	0,9	muitas vezes	2	1,8
algumas vezes	1	0,9	algumas vezes	2	1,8
poucas vezes	1	0,9	poucas vezes	3	2,7
nenhuma vez	8	7,3	nenhuma vez	4	3,6
Total	110	100	Total	110	100

Continua

Devido a perda de fezes: sinto-me limitado			Devido a perda de fezes: fico preocupado com perda de fezes		
não se aplica	99	90	não se aplica	99	90
muitas vezes	2	1,8	muitas vezes	2	1,8
poucas vezes	1	,9	poucas vezes	2	1,8
nenhuma vez	8	7,3	nenhuma vez	7	6,4
Total	110	100	Total	110	100
Devido a perda de fezes: fico deprimido			Devido a perda de fezes: fico preocupado com a possibilidade cheiro de fezes		
não se aplica	99	90	não se aplica	99	90
muitas vezes	2	1,8	muitas vezes	1	0,9
poucas vezes	2	1,8	algumas vezes	1	0,9
nenhuma vez	7	6,4	poucas vezes	1	0,9
Total	110	100	nenhuma vez	8	7,3
Devido a perda de fezes: não me acho saudável			Total		
não se aplica	99	90	110	100	
muitas vezes	1	0,9	Devido a perda de fezes: tenho menor prazer em viver		
poucas vezes	2	1,8	não se aplica	99	90
nenhuma vez	8	7,3	muitas vezes	1	0,9
Total	110	100	poucas vezes	2	1,8
Devido a perda de fezes: reduzo relacionamento sexual			Total		
não se aplica	99	90	110	100	
muitas vezes	1	0,9	Devido a perda de fezes: sinto diferente das outras pessoas		
poucas vezes	2	1,8	não se aplica	99	90
nenhuma vez	8	7,3	muitas vezes	1	0,9
Total	110	100	poucas vezes	2	1,8
Devido a perda de fezes: sempre penso na possibilidade perder fezes			Total		
não se aplica	99	90	110	100	
muitas vezes	1	0,9	Devido a perda de fezes: sinto medo em fazer sexo		
algumas vezes	1	0,9	não se aplica	99	90
poucas vezes	1	0,9	muitas vezes	1	0,9
nenhuma vez	8	7,3	algumas vezes	1	0,9
Total	110	100	poucas vezes	1	0,9
Devido a perda de fezes: evito viajar de carro ou ônibus			Total		
não se aplica	99	90	110	100	
muitas vezes	2	1,8	Devido a perda de fezes: evito sair para comer		
poucas vezes	2	1,8	não se aplica	99	90
nenhuma vez	7	6,4	muitas vezes	2	1,8
Total	110	100	poucas vezes	1	0,9
Devido a perda de fezes: procuro saber onde é o banheiro em locais novos			Total		
não se aplica	99	90	110	100	
muitas vezes	1	0,9	Devido a perda de fezes: evito sair para comer		
algumas vezes	1	0,9	não se aplica	99	90
poucas vezes	1	0,9	muitas vezes	2	1,8
nenhuma vez	8	7,3	poucas vezes	1	0,9
Total	110	100	nenhuma vez	8	7,3

A análise dos escores obtidos dos 110 participantes, ao se aplicar a escala FIQL de acordo com os quatro domínios, permitiu identificar alterações no estilo de vida, mudanças de comportamento e a ocorrência de depressão e constrangimento ^(51, 168).

Em relação ao estilo de vida, dois participantes alegaram ter restrições no dia a dia devido às manifestações da incontinência anal. As restrições citadas de acordo com os itens da escala foram: medo de sair de casa, evitar visitar amigos e parentes, evitar sair à noite de casa, evitar comer fora de casa, ficar em locais perto de banheiro. Relataram ainda que planejavam suas atividades diárias baseados em sua atividade intestinal e que perdiam fezes sem perceberem.

A incontinência anal possui impacto no estilo de vida, uma vez que o medo de ser percebido pelas outras pessoas faz com que os portadores se isolem e abdicem de realizar suas atividades diárias, o que restringe a interação social do indivíduo⁽¹³⁾.

Das 11 pessoas idosas que são incontinentes, quatro consideram seu estado de saúde como ruim em decorrência de mudanças comportamentais tais como: deixar de viajar, de andar de ônibus, de ter uma vida sexual ativa, ter menos prazer em desfrutar da vida, sentir-se diferente de outras pessoas. Estas são situações passíveis de comprometer a saúde física e emocional das pessoas que possuem incontinência anal.

7.2.3 Escala “*Revised faecal Incontinence Scale (RFIS)*”

A escala RFIS consiste num compilado das escalas de St Mark e Wexner, apresentando como vantagem o cálculo de um escore geral. É composta por cinco questões que abordam a perda de fezes líquidas e sólidas, perda de gases e a alteração no estilo de vida a partir de uma escala do tipo Likert contendo cinco pontos, ou seja, cada um destes cinco critérios é graduado (1= raramente; 2= às vezes; 3= semanalmente; 4= diariamente e zero corresponde à situação de continência)⁽⁶⁹⁾ (**Tabela 22**).

Tabela 22: Variáveis e respectivas pontuações da Escala RFIS (n=110). Juiz de Fora, Jan/2015

Variáveis intervenientes sobre	N	%	Variáveis intervenientes sobre	N	%
Autoavaliação para perda de fezes sólidas			Autoavaliação para perda de fezes líquidas		
Nunca	107	97,3	nunca	105	95,5
menos que 1 vez na semana ou mais nas últimas 4 semanas	2	1,8	raramente, menos que 1 vez nas últimas 4 semanas	1	0,9
sempre, ou seja, 1 ou mais vezes por dia, ou sempre que tenha evacuação	1	0,9	menos que 1 vez na semana ou mais nas últimas 4 semanas	2	1,8
Total	110	100	sempre, ou seja, 1 ou mais vezes por dia, ou sempre que tenha evacuação	2	1,8
			Total	110	100
Autoavaliação para chegar ao banheiro antes de perder fezes sólidas			A incontinência fecal faz com que você tenha que mudar a roupa íntima		
Nunca	105	95,5	Nunca	105	95,5
raramente, menos que 1 vez nas últimas 4 semanas	1	,9	raramente, menos que 1 vez nas últimas 4 semanas	1	,9
menos que 1 vez na semana ou mais nas últimas 4 semanas	2	1,8	menos que 1 vez na semana ou mais nas últimas 4 semanas	2	1,8
sempre, ou seja, 1 ou mais vezes por dia, ou sempre que tenha evacuação	2	1,8	sempre, ou seja, 1 ou mais vezes por dia, ou sempre que tenha evacuação	2	1,8
Total	110	100	Total	110	100
A incontinência fecal faz com que você altere seu estilo de vida					
Nunca	105	95,5			
menos que 1 vez na semana ou mais nas últimas 4 semanas	2	1,8			
sempre, ou seja, 1 ou mais vezes por dia, ou sempre que tenha evacuação	2	1,8			
Total	109	99,1			
System	1	,9			
Subtotal	110	100			

Cabe acrescentar que a escala RFIS contempla a urgência de evacuar e a condição de sujar as roupas íntimas e sua classificação com predição à IA, fato que possibilita categorizar a ocorrência do tipo de incontinência anal nos seguintes níveis: leve (1 a 7 pontos); incontinência intermediária (8 a 13 pontos) e incontinência grave (14 a 20 pontos) ⁽⁶⁹⁾. Uma crítica relacionada a esta escala é o fato de ela não contemplar a incontinência para gases em suas questões.

Tabela 23: Categorização dos escores obtidos pelos 110 participantes na Escala RFIS. Juiz de Fora, Jan/2015.

Escore	N	%	Classificação
0	105	95,5	
3	1	,9	Incontinência Leve
10	2	1,8	Incontinência Moderada
16	1	,9	
20	1	,9	Incontinência Grave
Total	110	100	

Ao analisar comparativamente os resultados identificados por ocasião da aplicação das escalas mensurativas de incontinência anal entre os 110 participantes, foi possível identificar: 1) na

comparação entre a Escala de Wexner e St Mark, a primeira escala foi mais específica para a intensidade de incontinência, ao passo que a segunda é tão fidedigna quanto à primeira para a identificação de incontinência; 2) na comparação entre as escalas de Wexner, St Mark e RFIS (compilação das duas anteriores), esta última exclui a identificação da incontinência por gases e apresenta um escalonamento que permite identificar a maior gravidade possível nas incontinências quando comparada às escalas de Wexner e St Mark.

Independentemente da especificidade ou sensibilidade da escala utilizada, todas possibilitam identificar a ocorrência da incontinência anal, sendo que a escala FIQL permite inferir comportamentos, sensações e sentimentos, ou seja, elementos fundamentais à identificação de respostas humanas diante da ocorrência de incontinência. Diante do exposto, a escala FIQL mostrou-se mais adequada à utilização pelo enfermeiro, tendo em vista a forma de enfrentamento, ou seja, um componente fundamental na estruturação de condutas terapêuticas, na medida em que permite perceber a compreensão dos comportamentos, atitudes e resistência à modificação de condutas das pessoas que estão sob seus cuidados^(102, 104).

Considerado que a escala RFIS não havia sido validada para a cultura brasileira, buscou-se identificar se a forma como foi aplicada e se seu conteúdo apresentaram correlação com as demais escalas mensurativas sobre a ocorrência e/ou qualidade de vida dos participantes para sua capacidade de identificar incontinência anal utilizadas na presente investigação, conforme consta na

Tabela 24.

Tabela 24: Correlação entre os escores obtidos na escala RFIS com as escalas FIQL, St Mark e Wexner. Juiz de Fora, Jan/2015

Escala RFIS	Escalas para identificação de incontinência anal				
	Correlações e p-valor	FIQL (qualidade de vida)	Wexner (ocorrência para sólido, líquido e gás)	St Mark (ocorrência para sólido, líquido e gás)	
	Pearson Correlation	,344**	,958**	,951**	
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	
	N	110	110	110	
Bootstrap ^d	Bias	,022 ^e	-,015 ^e	-,027 ^e	
	Std. Error	,127 ^e	,060 ^e	,083 ^e	
	95% Confidence Interval		,139 ^e	,778 ^e	,667 ^e
		Lower	,643 ^e	,988 ^e	,989 ^e
		Upper	1	,527**	,494**

Nota das autoras:

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

c. Cannot be computed because at least one of the variables is constant.

d. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

e. Based on 994 samples

Ao analisar se a aplicação da escala RFIS possuía correlação com as escalas FIQL, St Mark e Wexner, foi possível identificar índice de significância (p -valor=0,000) para o intervalo de confiança de 0,01.

Considerando que a incontinência anal foi identificada juntamente com seu impacto sobre a qualidade de vida dos participantes, a seguir buscou-se identificar, do ponto de vista do grupo qual a representação social expressa pelos 110 participantes sobre esta temática.

7.3 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE INCONTINÊNCIA ANAL: ABORDAGEM ESTRUTURAL E PROCESSUAL

A Teoria das Representações Sociais foi utilizada na abordagem Estrutural (TRSE), segundo proposta de Abric com participação de 102 pessoas com idade ≥ 65 anos. Na abordagem processual (TRSP), o referencial adotado foi a proposta de Moscovici e contou com a participação de 110 pessoas.

Os resultados das duas abordagens foram apresentados de forma conjugada com vistas a identificar os elementos representacionais emergentes e a estrutura da construção destes elementos, tanto no nível hierárquico (TRSE) quanto no emergencial (TRSP). Assim, buscaram-se conteúdos informativos, de conhecimentos, valorativos, comportamentais/atitudinais e imagéticos capazes de representar o senso comum dos participantes e subsidiar a identificação de necessidades e demandas de cuidados de enfermagem e que subsidiarão o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem vinculados à incontinência anal.

No **quadro 1**, apresenta-se o quadro de quatro casas, que permite identificar de forma esquemática os elementos da representação obtidos na abordagem estrutural e sua estrutura hierárquica, na medida em que os elementos evocados foram analisados segundo o quantitativo de repetições e a ordem em que foram mencionados. Tal fato possibilitou colocá-los num eixo imaginário composto por coordenadas e abscissas e cuja interpretação permite identificar o nível de centralidade/periferia das possíveis representações⁽¹⁶⁹⁾.

Quadro 1: Quadro de quatro casas, contendo cognemas evocados pelos 110 participantes para a expressão indutora perder fezes/soltar pum. Juiz de Fora, Jan/2015.

		Rang <2,5		Rang >2,5			
		Termo Evocado	Freq	OME	Termo Evocado	Freq	OME
Freq Média ≥12		Cheiro-ruim	28	1,929	Pessoa-doente	25	2,760
		Vergonha	22	2,091	Sujeira	17	2,765
		Pior que xixi	21	1,256	Velho	15	2,533
		Ruim	19	2,316	Fralda	13	3,462
Freq Média >7 ≤9					Vive na cama	12	2,667
		Fezes-mole	11	2,182	Alguém para cuidar	9	3,222
		Não-consegue-segurar	10	1,	Isolado	9	2,889
		Terrível-horrível	9	2,111	Doença	9	3,000
		Dificuldade	8	2,250	Banho	8	3,125

Nota das autoras: OME= Ordem Média de Evocações.

Os quatro quadrantes foram gerados a partir dos termos indutores "perder fezes/soltar pum" (**Quadro 1**) e permitem identificar: o QSE (possível local de identificação do núcleo central das representações), o QIE (área de contraste), o QSD (primeira periferia) e o QID (segunda periferia).

Dependendo do local de alocação de um cognema, ele foi interpretado como tendo mais ou menos estabilidade no contexto das representações, o que equivale a dizer que era mais ou menos consensualizado entre os participantes. A localização dos elementos evidencia, desta maneira, os possíveis elementos centrais, de contraste e periféricos da representação social de enfermeiros acerca da temática⁽¹⁶⁹⁾.

No quadrante superior esquerdo, os cognemas emergentes foram: *cheiro ruim*, *fezes moles*, *não consegue segurar*, *pior que xixi*, *ruim* e *vergonha*, sendo estes os possíveis elementos centrais da representação.

O núcleo central é marcado pela memória coletiva, refletindo as condições sócio-históricas e os valores do grupo; constitui a base: comum, consensual, coletivamente partilhada das representações, definindo a homogeneidade do grupo social; é estável, coerente, resistente à mudança, assegurando assim a continuidade e a permanência da representação; é relativamente pouco sensível ao contexto social e material imediato⁽¹⁷⁰⁾.

Os cognemas encontrados no possível núcleo central possuem representações valorativas e demonstram um aspecto negativo relacionado ao tema proposto. Há evidência de seu conteúdo corroborada pelos fragmentos de discurso dos 110 participantes conforme constam do **Quadro 2**.

Quadro 2: Componentes da primeira periferia alocados no quadro de quatro casas, corroborados pela abordagem processual. Juiz de Fora. Jan/2015.

Cognemas evocados	Fragmentos de discurso que (im)explicitamente contemplam os cognemas evocados
cheiro ruim“	<p>ENT 0164 “A gente sente mesmo é pelo odor, né? O cheiro ruim, né? Tem que olhar e até ajudar qualquer coisa”</p> <p>ENT 0030 “você está na rua... além do barulho, tem o fedor, né?! (risos)”</p> <p>ENT0050 “Porque, às vezes, a pessoa está no centro da cidade ou numa condução qualquer, aí deixa aquele mau cheiro e coisa. Ai você se preocupa de não sentar perto.”</p>
Vergonha	<p>ENT 0153 “acho que a pessoa segura um pouco, deve segurar, se não consegue segurar, tem que fazer na roupa...(risos) mas é muito complicado, né? Você já pensou, no meio da rua, no meio dos outros, e fazer as coisas na roupa é muita vergonha, é por isto que ninguém toca esse assunto comigo.”</p> <p>ENT008 “A pessoa (mais nova) morre de vergonha se acontecer isso. Você já pensou você na rua, no ônibus, sujar a roupa...Como é que vai fazer?! Nossa, é muito complicado”.</p> <p>ENT008 “Porque eu imagino que deva ser muito ruim. É horrível, muito ruim, desconfortável Vergonhoso... Se estive sozinho, seria uma coisa, se tivesse no meio dos outros, seria outra, né? A vergonha seria maior (risos)”</p>
Pior que xixi	<p>ENT002 “Deve ser horrível, né?! Muito pior do que xixi, eu acho”.</p>
Ruim	<p>ENT0010 “Ai é muito ruim. Deus me livre!”</p> <p>ENT0017 “Ah! Deve ser horrível, muito ruim”</p>

O cognema “cheiro ruim“ foi mencionado prontamente com uma frequência maior. Para os sujeitos investigados, a preocupação de as pessoas sentirem um cheiro ruim decorrente da perda de fezes ou de flatos tem um significado de constrangimento e vergonha. Tal fato pode gerar dificuldades de relacionamento e um consequente isolamento social.

Os fragmentos extraídos da representação processual da incontinência anal reafirmam o quanto o cheiro ruim é significativo no processo de reconhecimento e convivência da incontinência anal. Para muitas pessoas, é pelo cheiro que se pode dizer se a pessoa possui ou não este distúrbio intestinal.

O fato de existir o mau cheiro representa também a possibilidade de existir dificuldade de as pessoas que possuem incontinência anal terem uma vida socialmente ativa, uma vez que há o medo de sair e de a perda de continência ser notada em público.

A relação do ser humano com o meio e com as pessoas com as quais ele convive é realizada por meio dos cinco sentidos, o tato, o paladar, a audição, a visão e o olfato. A junção destes permite a comunicação e a compreensão do homem pelo mundo⁽¹⁷¹⁾.

O estímulo olfativo possibilita gerar qualidades afetivas de prazer ou desagradado. O olfato também possui o estímulo da memória e, muitas vezes, as pessoas, os ambientes, as situações vividas são lembradas por meio do cheiro, sendo que estas situações podem ser agradáveis, desagradáveis, confortáveis ou incômodas⁽¹⁷¹⁾. Por este motivo, a presença do odor desagradável no cotidiano das pessoas incontinentes pode ser tão marcante.

O segundo cognema também pertencente ao possível núcleo central da representação investigada e que foi evocado com maior frequência foi o “vergonha”. O entrelaçamento desse

cognema com os conteúdos emergentes na representação social processual, possibilitou verificar que há a representação da vergonha como decorrente da incontinência anal.

A presença da incontinência anal possibilita o desencadeamento de danos físicos como as fissuras, úlceras, infecções e de danos psicológicos, tais como a culpa, a vergonha e a ansiedade. A vergonha ocasionada pela perda de fezes/gases pode levar a prejuízos na socialização e na autoestima das pessoas acometidas havendo, inclusive, dificuldades para mensurar sua ocorrência, uma vez que as pessoas preferem omitir esta condição a ter que expor este assunto^(51, 172).

O terceiro cognema alocado no primeiro quadrante é o “Pior que xixi”. A incontinência urinária é caracterizada pela perda involuntária de urina, e estudos realizados no Brasil têm apontado a prevalência de 20% a 30% em pessoas com mais de 60 anos. Entre as causas para sua ocorrência, destacam-se a gravidez, o parto e as mudanças hormonais da menopausa, obesidade, cirurgias urogenitais, constipação intestinal, doenças crônicas e hereditariedade⁽¹⁷³⁾.

A maior frequência da incontinência urinária entre a população idosa pode gerar familiaridade com a sua ocorrência quando comparada com a incontinência anal. Por este motivo, a incontinência urinária pode gerar menos estranheza e repúdio do que a incontinência anal. O cognema “ruim” também foi alocado na área que representa o possível núcleo central da representação realizada.

O fato de os cognemas alocados no possível núcleo central descritos anteriormente (cheiro ruim e vergonha, pior que urina e ruim) também serem de conotação negativa permite inferir que sua representação junto à coletividade é de algo desagradável, capaz de causar isolamento social devido à vergonha que suas manifestações podem causar a ponto de os participantes considerarem o odor como sendo ruim.

Dentre os elementos de contraste alocados no quadrante inferior esquerdo, destacam-se: fezes-moles, não-consegue-segurar, terrível-horrível e dificuldade, sendo seus conteúdos corroborados por fragmentos de discurso dos participantes por ocasião da realização da abordagem processual na Teoria das Representações Sociais, conforme exemplificado no **Quadro 3**.

O cognema “fezes moles” foi o primeiro elemento emergente na área de contraste. Para algumas pessoas entrevistadas, a perda de fezes ou de gases ocorre devido à alteração na consistência das fezes.

Quadro 3: Componentes da área de contraste alocados no quadro de quatro casas, corroborados pela abordagem processual. Juiz de Fora. Jan/ 2015.

Cognemas evocados	Fragmentos de discurso que (im)explicitamente contemplam os cognemas evocados
Fezes moles	<p>ENT0058 “Ah! Tem gente que não consegue, não, né?! Dependendo, né?! Às vezes, as pessoas têm diarreia, sempre está dando essas viroses... Tem pessoa que não consegue segurar mesmo Já ouvi falar: uns não fazem e têm que tomar remédio e outros já não conseguem segurar e as fezes estão sempre mole e por isto não dá conta”.</p>
Não consegue segurar	<p>ENT0035 “Já aconteceu. Na época em que eu estava fora de casa, quando eu descii no Parque Halfeld e vi o jeito em que ela estava me arrastando, deu nos nervos e eu evacuei nas pernas. Queria fazer xixi e cocô e não tinha banheiro (choro)”.</p> <p>ENT0036 “É, quando acontece com o marido em casa, eu acho ruim. Eu falo: “como é que é, você não pode ir no banheiro não?!” E ele diz que, quando vê, já foi!”</p> <p>ENT0061 “Conheci uma senhora. Coitada! Ela não sentia (evacuar)! Ela via, mas não sentia. Coitada. Ou alguém discretamente vinha e falava com ela”.</p> <p>ENT0153 “Acho que a pessoa segura um pouco, deve segurar, se não consegue segurar, tem que fazer na roupa... (risos) mas é muito complicado, né?”</p> <p>ENT0157 “convivo com isso, quando dá a vontade, não dá para segurar muito, quando chega no ônibus e dá vontade, mas não afeta nada não”.</p>
“Terrível/horrível” e/	<p>ENT0028 “É uma coisa que é horrível mesmo”.</p> <p>ENT0029 “Deve ser horrível, nada fácil!”</p> <p>ENT0049 “Então eu não sei, mas deve ser horrível, se tiver no ônibus, no mercado”.</p> <p>ENT0058 “Mas deve ser uma coisa horrível porque o xixi você até consegue segurar ele, mas as fezes você não tem como segurar, mas é muito triste”.</p> <p>ENT0008 “Porque eu imagino que deva ser muito ruim. É horrível, muito ruim, desconfortável Vergonhoso...”</p>

A incontinência anal ocorre devido a alterações no esfíncter, no reto, neurológicas ou na consistência das fezes. As fezes podem estar amolecidas devido à alimentação, a infecções gastrintestinais ou alterações estruturais do intestino⁽⁵⁹⁾. Por este motivo, a consciência comum de que as fezes moles geram incontinência anal está correta, porém destaca-se que este não é o único fator desencadeante.

O segundo elemento da área de contraste foi o “não consegue segurar”. Em relação à classificação da incontinência anal, há três subtipos: incontinência passiva, que é a descarga involuntária e inconsciente de fezes ou gases; fecal *soiling*, que é a perda de fezes após evacuação normal e a incontinência de urgência, caracterizada como a perda de conteúdo intestinal apesar da tentativa de reter, ou seja, as pessoas incontinentes realmente possuem a dificuldade de segurar o conteúdo intestinal⁽⁵⁹⁾. Este conhecimento permite inferir que já houve algum contato destas pessoas com a incontinência anal, ou que já aconteceu com elas mesmas ou com pessoas conhecidas, ou que pelo menos já ouviram falar sobre o assunto.

Os cognemas “terrível-horrível” e “dificuldade” são os dois últimos elementos alocados na área de contraste. Por meio destes, pode-se identificar uma conotação negativa e de repulsa referente à incontinência anal.

No quadrante superior direito, estão alocados os elementos representacionais da primeira periferia. São eles: Pessoa-doente, Sujeira, Velho, Fralda, Vive na cama.

Quadro 4: Componentes da primeira periferia alocados no quadro de quatro casas e fragmentos de discursos. Juiz de Fora. Jan/2015.

Cognemas evocados	Fragmentos de discurso que (im)explicitamente contemplam os cognemas evocados
Pessoa doente	ENT0178 <i>‘Eu tenho minha enteada, mas ela e doente, né? Eu conheço só ela, ela faz xixi na roupa, se ela não for no banheiro rápido, ela tem cocô solto. Ela acha que é doença, né? Tem vez que ela toma remédio e tem que sair correndo. Há pouco tempo, ela falou que tem que ir no banheiro correndo. Quando ela chegou, já desandou, teve que lavar a roupa. Ela faz tratamento, né? Ela tem diabetes, ela chama fulana’.</i> ENT0036 <i>‘já aconteceu com meu menino também, mas ele tava doente. Foi indo até morrer’.</i>
Sujeira	ENT0160 <i>‘É um ar preso. Eu sinto calor na hora de sair, não adianta sentir triste, Não fico satisfeito em dizer eu estou sujando a roupa. Não é normal; é da saúde da pessoa’.</i> ENT0173 <i>‘Ele mesmo (marido) tanto o xixi quanto as fezes, sabe? Mas comigo não interfere. Igual ele, quando chegava em um ônibus que ia trabalhar ,ele já estava todo sujo e não percebia. Quer dizer, com nós aqui mesmo, aconteceu e a gente não podia fazer nada por ele, entendeu?’</i>
Velho	ENT0024 <i>‘Isso é uma coisa que, se a pessoa for bem mais velha que a gente, a gente não vai reparar. Porque eles nem pensam se estão na rua ou dentro de casa. Porque, quando eles estão mais de idade, o pensamento deles fica bem longe e, às vezes, eles nem sabem que estão doentes. As pessoas falam que eles reparam, mas eu acho que, sendo de idade, isso aí não é reparado não. Eu creio que não ... por causa da idade deles. Porque, muitas vezes, as pessoas fazem sem saber’.</i> ENT0076 <i>‘Eu acho que, nas pessoas mais velhas, é uma coisa muito comum. É, eu acho muito comum... porque é de acordo com a idade, né?! É...Como é que é?! Às vezes, é uma coisa que eu não sei nem te explicar, a resistência da pessoa!’</i>
Fralda	ENT0179 <i>‘Inclusive eu conhecia um senhor que tinha que usar fralda mesmo. Tinha que usar uma proteção porque ele dá aquela vontade de evacuar de repente, você entendeu? Era um fraldão e um outro tinha um... ele já morreu...tenha um furo aqui na barriga, né? E ele evacuava por ali’.</i>
Vive na cama	ENT0016 <i>‘Ah! Eu até tive uma tia, mas ela não segurava. Ela não conseguia levantar da cama. Minha prima tratou dela 20 anos. Ela não levantava e tinha que fazer na fralda’.</i>

“Pessoa doente” é o primeiro elemento da primeira periferia. Para muitas pessoas investigadas, a incontinência anal é vista como um distúrbio de saúde que deve ser tratado. O segundo cognema alocado na primeira periferia é “sujeira”. A seguir serão apresentados trechos da representação processual que estão de acordo com este termo.

Assim como o cognema cheiro ruim representa uma sensação provocada pela pessoa com incontinência anal nas pessoas investigadas, a sujeira também é representada pelo estímulo visual e também possibilita gerar estímulos desagradáveis nas pessoas ao redor.

O cognema *Velho* também foi representado na primeira periferia e, a seguir, serão apresentadas suas representações processuais emergentes na investigação. Na primeira fala, a pessoa considera a incontinência anal como uma doença que ocorre mais rotineiramente em pessoas com idades avançadas; e na segunda fala, a incontinência anal é vista como rotineira á velhice, ou seja, uma alteração fisiológica inerente da idade.

Outro cognema também encontrado na representação estrutural foi o “fralda”, o que também foi visualizado na representação processual. A fralda possui representação de objeto. Para

as pessoas entrevistadas, foi possível relacionar a incontinência anal com a necessidade de utilizar fraldas para minimizar as consequências desagradáveis.

O elemento “viver na cama” foi encontrado nas entrevistas realizadas. A perda de fezes/gases para os participantes também está vinculada a pessoas muito debilitadas, acamadas e que estão próximas da morte, ou seja, a imagem de uma pessoa idosa que faz suas atividades diárias, apesar de ter a incontinência anal, não faz parte da representação dos participantes.

O quadrante inferior direito constitui como os prováveis elementos da segunda periferia da representação, onde foram alocadas as evocações: alguém para cuidar, isolado, doença e banho. Ao analisar seus conteúdos e buscar uma confirmação de sua ocorrência entre os 110 participantes, foi possível identificar fragmentos de discursos que os corroboraram, conforme mostra o **Quadro 5**.

Quadro 5: Componentes da segunda periferia alocados no quadro de quatro casas, corroborados pela abordagem processual. Juiz de Fora. Jan/2015

Cognemas evocados	<i>Fragmentos de discurso que (im)explicitamente contemplam os cognemas evocados</i>
Isolado	ENT0010 “Às vezes, a gente quer ir, mas no lugar e não tem jeito”. ENT0040 “Ah! Tem gente que tem e não sai nem de casa”.
Doença	ENT0031 “Uai, pode, se estiver passando mal do intestino”.. ENT0175 “Fazia assim o... quando via já estava tudo sujo, mas era doença e depois a mãe dele cuidou dele e levou ao médico. Sabe, hoje ele é um homem formado, sabe? Não tem mais esse problema não”. ENT0021 “Isso deve ser doença porque eu não conheço não.
Alguém para cuidar	ENT0052 “Tá certo que ele levava ela, colocava na cadeira, mas ela passou a ficar de fralda, diretamente fralda”.
Banho	ENT0179 “Eu, pra mim, não incomoda não, porque eu acho que isso é normal acontecer, entendeu? Quando acontece, você troca de roupa, toma um banho, né? Tem os cuidados, como se fala: toma um banho, né? Eu acho que é normal”. ENT0020 “Minha irmã ali, ó, cocô dela sai que borra a cama toda. Outro dia ali, tiveram que dar um banho nela até o cabelo porque ela fez cocô no vestido”.

O primeiro cognema evocado pertencente à segunda periferia foi o “isolado”. Devido à vergonha e ao medo de se expor, as pessoas que possuem incontinência anal planejam suas vidas de acordo com o acesso fácil ao banheiro, a fim de evitar situações constrangedoras⁽¹⁷⁴⁾.

O isolamento social é a falta de integração da pessoa em um contexto social e pode ser avaliado por meio do número, do tipo e da duração da rede de contatos do indivíduo⁽¹⁴⁴⁾. As pessoas com incontinência anal abdicam de sua vida social e acabam ficando com medo de passear, viajar, entrar em um ônibus. Essa situação faz com que fiquem cada vez mais isoladas⁽¹⁷⁴⁾.

Cabe destacar, ainda, que o conceito de isolado é diferente do de solidão. Nem todas as pessoas que possuem uma rede de contatos estão livres do sentimento de solidão. Por este motivo,

mesmo tendo companhias no dia a dia, as pessoas idosas incontinentes, por se sentirem diferentes, pela pouca participação na sociedade, pelo sentimento de desvalorização e pela baixa autoestima, podem se sentir sós e, assim, acabam ficando cada vez mais isoladas⁽¹⁴⁴⁾.

O segundo cognema encontrado na segunda periferia foi o “doença”. A incontinência anal possui vários fatores etiológicos, entre eles podem-se citar: cancro anal ou retal, malformações, demência, neuropatia do pudendo, diabetes mellitus, lesões da medula espinhal, esclerose múltipla, doenças congênitas, acidentes vasculares encefálicos, neoplasias retais, fístulas anais, entre outras. A percepção das pessoas investigadas sobre as causas da incontinência anal possui embasamento de que ela é uma doença.

O terceiro cognema foi “alguém para cuidar”. As pessoas associam a presença da incontinência anal a pessoas doentes, muito idosas e debilitadas e, conseqüentemente, dependentes de ajuda de outros cuidadores.

A dependência é a incapacidade de a pessoa exercer suas atividades da vida diária sem a necessidade de ajuda de outras pessoas. Tal fato ocorre devido a limitações físicas e/ou funcionais e independe da autonomia cognitiva. A dificuldade de se planejar para realização adequada de suas funções fisiológicas pode ter influência para que as pessoas incontinentes dependam de terceiros para exercerem seu cuidado⁽¹⁷⁵⁾.

O cognema “banho” surgiu como estratégia de resolução dos outros dois cognemas (sujeira e mau-cheiro). A incontinência anal foi associada a pessoas que, por acidente, acabam sujando suas roupas íntimas e, em decorrência do odor na concepção do senso comum, o banho aparece como uma forma de superá-lo.

7.4 INCONTINÊNCIA ANAL E CUIDADOS DE ENFERMAGEM: REFLEXÕES PARA O PROCESSO DE ENFERMAGEM

A análise dos trechos emergentes da representação processual e dos cognemas evocados na representação estrutural, aliada às informações advindas dos determinantes do processo de envelhecimento, possibilitou acesso a um conjunto de informações a respeito do grupo socialmente constituídos pelos 110 participantes. Estas informações contemplam conhecimentos, comportamentos, atitudes, situações de vulnerabilidade, autopercepção e fatores intervenientes que retratam como os participantes vivenciam, pensam, lidam, enfrentam e são influenciados pelo processo do envelhecimento e, em especial, por um dos tipos de manifestações das síndromes geriátricas, a incontinência anal.

Diante da riqueza destas informações, buscou-se analisar como elas podem subsidiar uma reflexão acerca das demandas de cuidados destas pessoas. A reflexão pautou-se em parâmetros individuais, familiares e comunitários, tendo em vista o acesso a estas informações a partir dos conteúdos individuais presentes nas perspectivas: social, psicológica, individual e comunitária.

Nesta perspectiva, foi possível interpretar os conteúdos apresentados e discutidos nesta investigação e os mesmos se mostraram fundamentais para a compreensão, para o conhecimento e aprofundamento de suas demandas de cuidados.

O cuidado de enfermagem neste momento, foi concebido na perspectiva/possibilidade da influência externa capaz de intervir sobre fontes de estressores de origem intrapessoais (forças que agem dentro do indivíduo, como a tristeza, raiva ou de frustração); interpessoais (forças que ocorrem entre um ou mais indivíduos como, por exemplo, expectativas inalcançáveis em relação a papéis sociais) e extrapessoais (forças que ocorrem fora do sistema, ou seja, advindas de fora do indivíduo, como a pobreza e o desemprego)^(103, 176, 177), a ponto de reestabelecer o equilíbrio entre o indivíduo consigo mesmo, com o outro e com o meio em que se encontra.

Para isso, é necessário ao enfermeiro reunir conhecimentos, sentimentos, comportamentos e informações sobre formas de existir, de se relacionar no âmbito interpessoal, social, institucional e terapêuticamente de modo que sejam capazes de explicitar demandas e necessidades im(ex)plícitas daqueles de quem cuida.

Na presente investigação, estas fontes de informações foram alicerçadas nos relatos dos participantes, em suas manifestações verbais, nas informações que trouxeram a respeito dos determinantes do processo de envelhecimento. Estas são informações capazes de nortear a atuação do enfermeiro e contribuir para que ele, em conjunto com os indivíduos e segmentos da comunidade, busquem alternativas para impactar favoravelmente no modo de viver dos participantes a partir de uma análise das dimensões individuais, familiares e coletivas.

As demandas im(ex)plícitas de cuidados identificadas na presente investigação, quando analisadas do ponto de vista das possibilidades terapêuticas de ações do enfermeiro e de sua equipe nos vários níveis de assistência, precisam ser alicerçadas em evidências.

Para subsidiar a atuação profissional no âmbito pessoal, familiar, comunitário, político e ideológico, foram utilizadas as evidências produzidas nesta investigação para gerar reflexões sobre as possibilidades de condutas de enfermagem a serem (re)direcionadas para se obter: o tratamento, a prevenção, a promoção da saúde, a reabilitação, o enfrentamento das cargas de doenças, das limitações, dos momentos ou fases do existir em comunidade e o alcance das metas políticas

(inter)nacionais que preconizam o máximo de autonomia, independência, segurança e saúde possível durante o processo do envelhecimento.

Cabe acrescentar que a especificidade como o processo de envelhecimento se manifesta dentro do contexto das vidas das pessoas e como ele pode recrudescer necessidades, vulnerabilidades e demandas de rede de apoio justificou, neste momento, a busca por uma taxonomia que pudesse auxiliar na uniformização da linguagem a ponto de permitir que as necessidades de cuidados fossem reunidas a partir das evidências obtidas com as trajetórias metodológicas, teóricas e conceituais utilizadas na presente investigação.

Devido ao fato de a taxonomia da NANDA I ser a opção elegível para ser utilizada na presente investigação para nortear a situação alvo de interesse para o direcionamento da atuação dos enfermeiros, a seguir serão apresentados todos os elementos descritivos dos diagnósticos identificados. Cabe acrescentar que, na presente investigação, o limite da abordagem foi a enunciação dos mesmos com todos os seus componentes, constituindo os desdobramentos advindos de sua estrutura de composição (identificação das intervenções e dos indicadores que norteiam a avaliação dos resultados) em possibilidades para a continuação desta linha de investigação delegada a momentos posteriores.

Diante do exposto, buscou-se identificar os diagnósticos de enfermagem capazes de retratar a realidade dos participantes diante de terem ou virem a ter incontinência anal na perspectiva de uma abordagem de um momento de suas vidas - o processo de envelhecimento.

Estes diagnósticos estão em consonância com as atuações do enfermeiro nos níveis de atuação previstos por Betty Neuman, ou seja, nível primário (no qual o enfermeiro busca reduzir a possibilidade de encontrar estressores e fortalece a linha flexível de defesa), nível secundário (no qual caberá ao enfermeiro descobrir precocemente casos e traçar condutas terapêuticas para o tratamento de sintomas) e o nível terciário (no qual o enfermeiro atuará na readaptação, reeducação para evitar ocorrências futuras e se dedicará à manutenção da estabilidade do sistema de forças do indivíduo, família ou coletividade⁽¹⁰²⁾).

Foram 11 os diagnósticos do tipo real identificados e que constam no **Quadro 6**.

Quadro 6: Lista de diagnósticos de enfermagem do tipo real segundo a taxonomia NANDA I para pessoas com idade ≥ 65 anos com vulnerabilidade para a síndrome geriátrica do tipo incontinência anal. Juiz de Fora, Jan/2015.

Diagnósticos de Enfermagem	Fatores relacionados e características definidoras
1) Incontinência intestinal	relacionado a: <input type="checkbox"/> anormalidade do esfíncter anal, <input type="checkbox"/> capacidade de reservatório prejudicada, <input type="checkbox"/> hábitos alimentares, <input type="checkbox"/> medicamentos e caracterizado por: <input type="checkbox"/> autorrelato de incapacidade de sentir o preenchimento retal, <input type="checkbox"/> mancha de fezes nas roupas, <input type="checkbox"/> odor fecal e <input type="checkbox"/> pele perianal avermelhada.
2) Diarreia	relacionada a: <input type="checkbox"/> irritação, <input type="checkbox"/> abuso de laxantes, <input type="checkbox"/> ansiedade, <input type="checkbox"/> inflamação e caracterizada por: <input type="checkbox"/> dor abdominal e <input type="checkbox"/> urgência para evacuar.
3) Autonegligência	relacionada a: <input type="checkbox"/> depressão, <input type="checkbox"/> prejuízo funcional e caracterizada por: <input type="checkbox"/> falta de adesão a atividades de saúde e <input type="checkbox"/> higiene pessoal inadequada
4) Conhecimento deficiente	relacionado a: <input type="checkbox"/> limitação cognitiva, <input type="checkbox"/> falta de interesse em aprender e falta de informação caracterizado por: <input type="checkbox"/> seguimento inadequado de instruções e <input type="checkbox"/> verbalização do problema.
5) Manutenção ineficaz da saúde	relacionada a: <input type="checkbox"/> enfrentamento familiar ineficaz, <input type="checkbox"/> enfrentamento individual ineficaz e caracterizada por: <input type="checkbox"/> história de ausência de comportamento de busca de saúde e <input type="checkbox"/> prejuízo dos sistemas de apoio pessoais
6) Processos familiares interrompidos	relacionados a: <input type="checkbox"/> crises situacionais, <input type="checkbox"/> interação com a comunidade e caracterizados por: <input type="checkbox"/> mudanças em padrões, <input type="checkbox"/> mudanças em rituais e <input type="checkbox"/> mudanças na intimidade.
7) Interação social prejudicada	relacionada a: <input type="checkbox"/> barreiras ambientais, <input type="checkbox"/> barreiras de comunicação, <input type="checkbox"/> distúrbio do autoconceito e caracterizada por: <input type="checkbox"/> comportamento de interação social malsucedida e <input type="checkbox"/> desconforto em situações sociais
8) Enfrentamento ineficaz	relacionado a: <input type="checkbox"/> crise situacional e caracterizado por: <input type="checkbox"/> comportamento destrutivo em relação a si mesmo, <input type="checkbox"/> incapacidade de satisfazer as necessidades básicas e <input type="checkbox"/> relato de incapacidade de enfrentamento.
9) Resiliência individual prejudicada	relacionada a: <input type="checkbox"/> fatores de vulnerabilidade que abrangem índices que exacerbam os efeitos negativos da condição de risco e caracterizada por: <input type="checkbox"/> baixa autoestima, <input type="checkbox"/> condição de saúde percebida como inferior, <input type="checkbox"/> culpa, <input type="checkbox"/> depressão, <input type="checkbox"/> isolamento e <input type="checkbox"/> isolamento social, <input type="checkbox"/> vergonha
10) Conforto prejudicado	relacionado a: <input type="checkbox"/> falta de privacidade, <input type="checkbox"/> falta de controle da situação e caracterizado por: ansiedade, <input type="checkbox"/> incapacidade de relaxar, <input type="checkbox"/> medo, <input type="checkbox"/> relato de falta de satisfação com a situação e <input type="checkbox"/> relato de sentir-se desconfortável
11) Isolamento Social	relacionado a: <input type="checkbox"/> comportamento social inaceitável, <input type="checkbox"/> fatores que contribuem para a ausência de relacionamentos pessoais satisfatórios e caracterizado por: <input type="checkbox"/> experimenta sentimentos de diferença em relação aos outros, <input type="checkbox"/> doença e <input type="checkbox"/> procura ficar sozinho

Do ponto de vista do metaparadigma saúde/doença, os 11 diagnósticos reais apresentados com seus respectivos fatores relacionados e características definidoras, quando analisados do ponto de vista da fonte de estressores e com abrangência sobre as variáveis da estrutura humana, retratam aspectos de estresse oriundos das dimensões transpessoal, interpessoal e intrapessoal contidos na estrutura do ser humano e expressos pelo comprometimento das variáveis fisiológicas, psicológicas e socioculturais.

Isso equivale a dizer que, na concepção saúde/doença, as linhas concêntricas de defesa e resistência dos indivíduos (flexível, normal e de resistência) foram rompidas, existindo um desequilíbrio no *continuum* saúde/doença, o que representa uma alteração no estado de saúde⁽¹⁷⁸⁻¹⁸⁰⁾. Na análise das linhas de defesa, os referidos diagnósticos evidenciam que há, pelo menos, as duas primeiras linhas de defesa comprometidas, caracterizando, na definição de Neuman, a necessidade de intervenções de nível primário e secundário na perspectiva do cuidado de enfermagem⁽¹⁷⁸⁻¹⁸⁰⁾.

Foram oito os diagnósticos do tipo de risco identificados e que constam do **quadro 7**.

Quadro 7: Lista de diagnósticos de enfermagem de risco, segundo a taxonomia NANDA I para pessoas com idade ≥ 65 anos com vulnerabilidade para a síndrome geriátrica do tipo incontinência anal. Juiz de Fora, Jan/2015.

Diagnósticos de Enfermagem	Fatores de risco
1) Risco de motilidade gastrointestinal disfuncional	relacionado a: <input type="checkbox"/> agentes farmacêuticos, <input type="checkbox"/> envelhecimento, <input type="checkbox"/> infecção, <input type="checkbox"/> intolerância alimentar, <input type="checkbox"/> diabete melitus, <input type="checkbox"/> estilo de vida sedentário.
2) Risco de solidão	relacionado a: <input type="checkbox"/> isolamento físico, <input type="checkbox"/> isolamento social, <input type="checkbox"/> privação afetiva
3) Risco de baixa autoestima crônica	relacionado a: <input type="checkbox"/> evento traumático, <input type="checkbox"/> falta de pertencer a um grupo
4) Risco de dignidade humana comprometida	relacionado a: <input type="checkbox"/> humilhação percebida, <input type="checkbox"/> invasão percebida da intimidade, <input type="checkbox"/> perda do controle das funções corporais
5) Risco de relacionamento ineficaz	relacionado a: <input type="checkbox"/> eventos estressantes de vida
6) Risco de resiliência comprometida	relacionado a: <input type="checkbox"/> múltiplas situações adversas existentes
7) Risco de integridade da pele prejudicada	relacionado a: <input type="checkbox"/> excreções, <input type="checkbox"/> extremo de idade, <input type="checkbox"/> pele úmida, <input type="checkbox"/> fatores mecânicos.
8) Risco de queda	relacionado a: <input type="checkbox"/> diarreia

Do ponto de vista do metaparadigma saúde/doença, os oito diagnósticos de risco apresentados retratam estresse de origem transpessoal, interpessoal e intrapessoal contidos na estrutura do ser humano e expressos pelo comprometimento nas variáveis fisiológicas, psicológicas; socioculturais e espirituais. Por retratarem situações de risco ou vulnerabilidade, os diagnósticos de risco suscitam intervenções de caráter preventivo^(97, 101), que, por princípios conceituais, possibilitam impedir que as linhas concêntricas de defesa e resistência dos indivíduos (flexível, normal e de resistência) sejam rompidas, fato que caracteriza a possibilidade de intervenções de caráter preventivo sobre o *continuum* saúde/doença a ponto de suscitar, por parte do enfermeiro, intervenções terapêuticas em nível primário e secundário na concepção de Neuman, quando analisa a nível de inserção do enfermeiro no cuidado de enfermagem^(102, 178, 179, 181).

Foram quatro os diagnósticos do tipo promoção de saúde, os quais constam do **Quadro 8**.

Quadro 8. Lista de diagnósticos de enfermagem de promoção de saúde e bem-estar segundo a taxonomia Nanda para pessoas com incontinência anal.

Diagnósticos de Enfermagem	Características definidoras
1) Disposição para conhecimento melhorado.	caracterizado por: <input type="checkbox"/> expressa interesse em aprender
2) Disposição para nutrição melhorada	caracterizado por: <input type="checkbox"/> atitudes em relação à comida coerentes com as metas de saúde, <input type="checkbox"/> expressa desejo de melhorar a nutrição
3) Disposição para autoconceito melhorado	caracterizado por: <input type="checkbox"/> aceita suas limitações, <input type="checkbox"/> expressa confiança em suas capacidades
4) Disposição para enfrentamento melhorado	caracterizado por: <input type="checkbox"/> procura por suporte social, <input type="checkbox"/> define os estressores como administráveis.

Do ponto de vista do processo saúde-doença, estes diagnósticos retratam a percepção dos próprios participantes para a superação das dificuldades e expressam formas pelas quais se manifestaram para exprimir sua consciência pela qualidade de vida.

Ao analisar os quatro diagnósticos de promoção de saúde à luz das concepções elegíveis para subsidiar a presente investigação, foi possível identificar um esforço dos próprios entrevistados em equilibrarem as linhas de defesa flexível e de defesa normal e impedirem que as linhas de resistência fossem afetadas. Tal conduta é corroborada pelas diretrizes políticas que alicerçam a abordagem das doenças crônico-degenerativas e que preconizam a priorização da promoção de saúde, prevenção de agravos, tratamento das limitações/doenças instaladas permeado pela vigilância de saúde^(182, 183).

Diante disso, pode ser concluído que as entrevistas discursivas e os questionários aplicados possibilitou que os investigadores identificassem os problemas de enfermagem mais comuns diante da população pesquisada.

Essa associação de problemas de enfermagem encontrados subsidiou a proposição de uma lista de possíveis diagnósticos de enfermagens relacionados ao processo de envelhecimento associado a incontinência anal baseado na teoria de Betty Neuman. A padronização da linguagem diante do processo de enfermagem está em consonância com a Resolução 358/2009 e favorece a comunicação entre a equipe de enfermagem e entre a enfermagem e os outros profissionais da área da saúde. Cabe destacar que a identificação dos diagnósticos de enfermagem conforme NANDA I proposta nesta identificação subsidia a posterior inclusão das intervenções de enfermagem segundo o modelo da NIC e dos resultados de enfermagem segundo a NOC.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar os determinantes, a prevalência das incontinências e as representações sociais sobre incontinência anal em pessoas com idade ≥ 65 anos à luz de um referencial taxonômico para os diagnósticos de enfermagem e teórico filosófico para delineamento da concepção de enfermagem, na perspectiva da incontinência enquanto uma síndrome geriátrica, a aplicação do método misto mostrou-se apropriada a ponto de reunir evidências sobre a temática.

A reunião de evidências a partir de técnicas e métodos distintos subsidiaram uma reflexão sobre as demandas de cuidado de enfermagem, as possibilidades de atuação do enfermeiro, as necessidades de um grupo de pessoas em processo de envelhecimento a ponto de possibilitar a indicação de possíveis problemas de enfermagem contidos na fala dos 110 participantes. Tal alcance possibilita afirmar que a hipótese nula de H3 que foi rejeitada.

Dos 110 participantes, 70,9% tinham idade compreendida entre 65-75 anos; 62,7% eram mulheres; 67,3% eram naturais de cidades mineiras; 49,1%, casados, que se ocupavam das atividades do lar, domésticas em 12,7% e 19,1% respectivamente. Quanto à escolaridade, 24,5% nunca frequentaram a escola e a média de anos de estudo foi de 7,59 anos. A incidência de incontinência anal deu-se em diferentes graus, que foram mensurados por meios das escalas de Wexner, St Mark e RFIS. A incidência encontrada foi de 9,9%, ou seja, superior ao estimado, fato que possibilita aceitar a hipótese nula de H1.

Cabe mencionar que, apesar de a população investigada possuir autonomia para AVD e AIVD, o quantitativo de incontinência anal pode ser justificado por se tratar de uma síndrome geriátrica e também, pela abordagem dos participantes ter sido estruturada, com base na criação de vínculos e na relação de confiança a ponto de possivelmente reduzir a subnotificação.

Foi possível identificar, na versão da escala RFIS utilizada para aferir a prevalência da incontinência anal, correlação com as escalas de Wexner e St Mark, fato que permitiu rejeitar a hipótese nula de H2.

Favorecer o convívio social no intuito de melhorar a participação das pessoas idosas com incontinência anal na sociedade é um ato capaz de diminuir a vulnerabilidade, promover a autonomia e a melhora da autoimagem dos indivíduos incontinentes. Este é então um desafio que deve ser encarado pelos profissionais de saúde, pelos amigos das pessoas afetadas e pelos familiares.

Entre os determinantes do processo do envelhecimento, foram identificado(a)s: famílias numerosas de baixa renda presentes no cotidiano dos participantes; convivência intergeracional,

vínculos afetivos; a pessoa idosa como apoio financeiro para o núcleo familiar; hábitos de ver televisão, ouvir rádio e transferir tradição entre grupo intergeracional, presença de doenças crônico-degenerativas e cargas alta medicamentosa de uso cotidiano.

Na representação social estrutural, os cognemas alocados no núcleo central foram cheiro-ruim, vergonha, pior-que-xixi e ruim, os quais retrataram dimensões valorativas de caráter negativo, sendo que os mesmos foram corroborados com fragmentos de discurso dos participantes na abordagem processual das representações sociais. A utilização da Teoria das Representações Sociais na abordagem estrutural possibilitou compreender a interface entre o processo do envelhecimento e o surgimento das incontinências anais, além de explicar as condutas dos sujeitos diante da possibilidade de terem incontidência anal.

Apesar de a incidência da incontidência anal ser coerente com evidências da literatura, o caráter valorativo negativo para a incontidência anal retratou a forma de enfrentar uma das síndromes geriátricas que requer, do ponto de vista da atuação do enfermeiro, a necessidade de redimensionar as possibilidades de condutas terapêuticas para auxiliar os participantes a enfrentá-las para que o processo de envelhecimento ocorra de forma ativa.

Pelo fato de a incontidência anal ser uma alteração na saúde capaz de provocar estresse de origem intrapessoal, interpessoal e transpessoal nos indivíduos, ela é capaz de gerar mudanças no estilo de vida daqueles que a possuem em decorrência do medo de se expor em público e isso, justifica o impacto da incontidência anal sobre a qualidade de vida. O apoio social aos portadores de incontidência anal efetivado por meio da disponibilidade de suporte, de redes sociais, de relações sociais e da interação social faz se importante porque, é capaz de minimizar danos emocionais causados pelo comportamento de se isolar em resposta à presença da incontidência anal.

Facilitar o acesso à informação e ao suporte interpessoal para pessoas em processo de envelhecimento e, por isso, susceptíveis à incontidência anal e criar estratégias para melhorar a comunicação constitui estratégia adequada ao enfrentamento da acompanhamento destas pessoas. A dificuldade ou recusa de falar sobre a IA devido ao possível constrangimento ou por considerá-la como um distúrbio inerente ao processo de envelhecimento, dificulta o trabalho da equipe de saúde no que tange a sua identificação, bem como ao seu controle e tratamento.

Se, por um lado, o conhecimento da equipe de saúde sobre a ocorrência da IA entre a população pode ser subnotificado, por outro, o reconhecimento dela enquanto síndrome geriátrica possibilita aos profissionais de saúde redimensioná-la no mundo daqueles que estão em processo de envelhecimento e contribuir de forma efetiva na manutenção da qualidade de vida daqueles que têm idade ≥ 65 anos.

Entre as pessoas que apresentam incontinência anal, o uso de fraldas é comum para minimizar os constrangimentos decorrentes desta síndrome geriátrica. Entretanto, o seu uso, quando feito de forma inadequada, pode elevar a riscos da ocorrência de lesões cutâneas e úlceras por pressão. Diante disso, cabe ao profissional da saúde orientar as pessoas com IA e/ou seus cuidadores para a necessidade de trocas regulares, mudanças de decúbito, uso de cremes e pomadas, entre outros cuidados.

Entre as possibilidades terapêuticas utilizadas para a abordagem da incontinência anal, está a orientação para que seja realizado modificação nos hábitos alimentares com o objetivo de restabelecer um trânsito intestinal compatível com o controle das eliminações intestinais por meio do controle da frequência e da consistência das fezes.

Cabe também ao profissional enfermeiro conhecer e avaliar o uso de medicações que possam contribuir com o aparecimento da IA tais como os β bloqueadores, os nitratos, os antagonistas dos canais de cálcio, os inibidores da recaptção de serotonina, o sildenafil, alguns antibióticos, laxantes, digoxina, orlistato e metformina, entre outras, e orientar aqueles que as utilizam a minimizar seus efeitos adversos para o surgimento da incontinência anal.

As pessoas incontinentes também devem ser orientadas quanto às possibilidades de tratamento: conservadores, da fisioterapia, do *biofeedback* e de cirurgias, a exemplo da esfínteroplastia, ou seja, a criação de um neoesfínter ou a construção de uma colostomia.

A contribuição desta investigação está no fato de: 1) possibilitar a elaboração de um diagnóstico sobre o processo do envelhecimento e a incidência da incontinência anal em grupo socialmente contextualizado a partir de uma abordagem na atenção primária à saúde realizada em domicílio; 2) conhecer as concepções de pessoas com idade ≥ 65 anos sobre uma das síndromes geriátricas e como elas percebem o surgimento de seu impacto sobre os aspectos social, econômico, relacional e pessoal no processo de envelhecimento ativo e 3) elencar subsídios para reflexões do profissional enfermeiro para as condutas terapêuticas passíveis de ser operacionalizadas na atenção primária à saúde com vistas a contribuir para que o processo do envelhecimento ocorra com autonomia, saúde, segurança e participação social.

9 REFERENCIAS¹

1. Dias JA, Arreguy-Sena C, Pinto PF, Souza L. Ser idoso eo processo do envelhecimento: saúde percebida. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. 2011;5(2):372-9.
2. Meneses DLP, Júnior FJGdS, Melo HdSF, Carvalho e Silva J, Luz VLEdS, Figueiredo MdLF. A dupla face da velhice: o olhar de idosos sobre o processo de envelhecimento. Enfermagem em Foco. 2013;4(1):15-18.
3. de Assis M. Envelhecimento ativo e promoção da saúde: reflexão para as ações educativas com idosos. Revista APS. 2005;8(1):15-24.
4. Gomes S, Munhol ME, Dias E. Políticas públicas para a pessoa idosa: marcos legais e regulatórios. São Paulo-SP.2009 [cited 2013 Dezembro]. Available from: http://www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br/a2sitebox/arquivos/documentos/biblioteca/publicacoes/volume2_Politicas_publicas.pdf.
5. Souza ACB. Como se produz uma mulher! Festa, aparição pública, publicidade e preconceito na produção do gênero feminino durante os anos 40 e 50 em Campina Grande-PB. Mnome- Revista de Humanidades. I2010;7(15):131-143.
6. Lima-Costa MF, Veras R. Saúde pública e envelhecimento. Cadernos de Saúde Pública. 2003;19(3):700-1.
7. Costa LdS, Oliveira Tomaz Q. Envelhecimento populacional brasileiro e a evolução dos direitos assistenciais do idoso. Gestão e Saúde. 2014;5(5):3049-67.
8. Santos CRdR, Henning ACC. Princípio da dignidade humana, direito ao trabalho à pessoa idosa e conexão com a antropologia jurídica: estudo em cidade no sul do Brasil. Anuário da Produção de Iniciação Científica Discente. 2014;14(24):79-90.
9. Medeiros FdAL, Rodrigues RPL, Nóbrega MMLd. Visão de acadêmicos de enfermagem em relação ao processo de envelhecimento. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene. 2012;13(4):825-33.
10. Dias JA, Arreguy-Sena C, Pinto PF, Souza L. Ser idoso eo processo do envelhecimento: saúde percebida. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. 2011(2):372-9.
11. Moraes E. Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2012:10-54.
12. França ISXd, Medeiros FdAL, Sousa FSd, Baptista RS, Coura AS, Souto RQ. Condições referidas de saúde e grau de incapacidade funcional em idosos. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene. 2011;12(2):333-41.
13. Zaslavsky C, Jurach MT, Coronel AL. Incontinência anal: tratamento clínico em serviço. Revista da AMRIGS. 2014;58(3):220-4.

¹ As referencias mencionadas foram elaboradas de pelo gerenciador de referências EndNote segundo critérios Vancouver

14. IBGE. Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil [Internet]. IBGE. 2009 [cited 10 Julho de 2014]. Available from: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/.
15. Pereira JK, Firmo JOA, Giacomini KC. Maneiras de pensar e de agir de idosos frente às questões relativas à funcionalidade/incapacidade. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 2014;19(8):3375-84.
16. Fernandes BLV. Atividade Física no processo de envelhecimento. *Revista Portal de Divulgação*. 2014(40):43-8.
17. Vicente FR, Santos SMAd. Avaliação multidimensional dos determinantes do envelhecimento ativo em idosos de um município de Santa Catarina. *Texto & Contexto - Enfermagem*. 2013;22:370-8.
18. Camarano AA, Kanso S, Fernandes D. Envelhecimento populacional, perda de capacidade laborativa e políticas públicas. Governo Federal Ministério do Trabalho e Emprego Ministro–Carlos Daudt Brizola Secretário Executivo Substituto–Marcelo Aguiar dos Santos Sá. 2013;54:22.
19. Mello MM. O envelhecimento da população brasileira: intensidade, feminização e dependência. *Revista Brasileira de Estudos de População*. 2014;15(1):79-94.
20. Neri MC, Soares WL. Idade, incapacidade eo número de pessoas com deficiência. *Revista Brasileira de Estudos de População*. 2013;21(2):303-21.
21. Campolina AG, Adami F, Santos JLF, Lebrão ML. A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(6):1217-29.
22. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(3):548-54.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção á saúde da pessoa idosa e envelhecimento. Brasília (DF): MS. 2010 [cited 2014 Janeiro]. 44]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_idosa_envelhecimento_v12.pdf.
24. Organização Pan Americana de Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília:DF,2005. p.60.
25. Melis JP, Jonker MJ, Vijg J, Hoeijmakers JH, Breit TM, van Steeg H. Aging on a different scale-chronological versus pathology-related aging. *Aging*. 2013;5(10): 782-788.
26. Paz AA, Santos BRLd, Eidt OR. O processo de envelhecimento ea vulnerabilidade individual, social e programática. *Revista de Enfermagem*. 2013;1(1):19-31.
27. Santos CRdR, Henning ACC. Percepção da população pelotense sobre o estatuto do idoso eo tratamento da sociedade em relação às pessoas idosas. *Anuário da Produção de Iniciação Científica Discente*. 2011;13(16):179-89.

28. Grupo de Portugal. Ano Europeu do envelhecimento ativo e solidariedade entre gerações. Lisboa: Rede de Cooperação e Conhecimento na Área do Trabalho, Emprego e Solidariedade Social; Associação Amigos da Grande Idade. 2012. p. 210.
29. Monteiro EC. O envelhecimento populacional ea prática da assistência social no Estado do Ceará: uma análise à luz da Política Nacional do Idoso. Kairós Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde ISSN 2176-901X. 2013;16(2):129-41.
30. Campos NOB, do Nascimento Rodrigues R. Ritmo de declínio nas taxas de mortalidade dos idosos nos estados do Sudeste, 1980-2000. Revista Brasileira de Estudos de População. 2013;21(2):323-42.
31. de Moraes EN, de Abreu Marino MC, Santos RR. Principais síndromes geriátricas. Rev Med Minas Gerais. 2010;20(1):54-66.
32. Kozak C, Pereira EC, Machado SC, Hladki LVD, Rudka EA. Saúde física e atividades de vida diária no perfil do idoso de Prudentópolis-PR. Revista Brasileira de Qualidade de Vida. 2014;6(1):17-26.
33. Fonseca LAM, Eluf-Neto J, Wunsch Filho V. Tendências da mortalidade por câncer nas capitais dos estados do Brasil, 1980-2004. Rev Assoc Med Bras. 2010;56(3):309-12.
34. Alves JED. Transição demográfica, transição da estrutura etária e envelhecimento. Revista Portal de Divulgação. 2014(40):8-15.
35. Zambone AMS, Ribeiro AF, Teixeira MC. O Estado Democrático de Direito e os direitos da pessoa idosa—a proteção em relação aos crimes contra o idoso. Revista do Curso de Direito. 2014;10(10):66-77.
36. Organização das Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos Humanos <http://www.senado.leg.br/senadores/senador/psimon/separatas/declaracao.pdf>1978 [cited 2014 14 de Abril].
37. IBGE. Censo Demográfico 2010: características da população e dos domicílios Rio de Janeiro: http://www.ibge.gov.br/english/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_da_populacao/resultados_do_universo.pdf; 2011 [cited 2014 18 Julho].
38. UFJF. Relatório executivo: Diagnóstico socioeconômico da população idosa de Juiz de Fora Brasil2012 [cited 2014 24 de Junho]. Available from: <http://www.ufjf.br/secom/files/2012/12/Relatorio-executivo-Diag-Pop-Idosa-JF.pdf>.
39. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília (DF): Ministério da Justiça. 1988 [cited 2013 18 de Dezembro]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.
40. Castro MMM. Cultura, identidade eo debate relativismo cultural X direitos humanos nas relações internacionais: perspectivas dialógicas após a conferência de Viena de 1993. Cadernos de Estudos Sociais e Políticos. 2012;1(2):19-46.

41. Willig MH, Lenardt MH, Méier MJ. A trajetória das políticas públicas do idoso no Brasil: breve análise. *Cogitare Enfermagem*. 2012;17(3):574-7.
42. de Almeida CMR, Gomes GdBC, Leite MB, Neto RR, Costa YMN. A importância do cuidado no acompanhamento domiciliar ea saúde do idoso. *ANAIS DO CBMFC*. 2013(12):248.
43. Brasil. Lei nº 10.741, de 1º de Outubro de 2003 que dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, Distrito Federal2003 [cited 2014 15 de Maio]. Available from: <http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoa-idosa/programas/politica-nacional-do-idoso-e-o-estatuto-do-idoso>.
44. Dias EF. O envelhecimento e o direito a saúde da pessoa idosa. *Revista Jurídica - Direito, Sociedade e Justiça*. 2013;1(1):1-14.
45. de Araújo Barbosa PM, de Oliveira CM. Programas de preparação para aposentadoria: desafio atual para a gestão de pessoas. *Argumentum*. 2014;6(1):116-32.
46. Witter C, Buriti MdA, Silva GB, Nogueira RS, Gama EF. Envelhecimento e dança: análise da produção científica na Biblioteca Virtual de Saúde; Aging and dance: analysis of scientific production in the Virtual Health Library. *Rev bras geriatr gerontol*. 2013;16(1):191-9.
47. de Freitas MC, Ferreira MA. Velhice e pessoa idosa: representações sociais de adolescentes escolares. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2013;21(3):750-7.
48. Barbosa J. Avaliação da qualidade de vida e das estratégias de enfrentamento em idosos com incontinência fecal: Dissertação de Mestrado). Belo Horizonte: UFMG; 2006.
49. Bharucha AE, Zinsmeister AR, Locke GR, Seide BM, McKeon K, Schleck CD, et al. Prevalence and burden of fecal incontinence: a population-based study in women. *Gastroenterology*. 2005;129(1):42-9.
50. Barišić G, Krivokapić Z. Adynamic and dynamic muscle transposition techniques for anal incontinence. *Gastroenterology report*. 2014;2(2):98-105.
51. Yusuf SAI, Jorge JMN, Habr-Gama A, Kiss DR, Rodrigues JG. Avaliação da qualidade de vida na incontinência anal: validação do questionário FIQL (Fecal Incontinence Quality of Life). *Arquivos de Gastroenterologia*. 2004;41:202-8.
52. Nelson R, Norton N, Cautley E, Furner S. Community-based prevalence of anal incontinence. *Jama*. 1995;274(7):559-61.
53. Lopes MC, Teixeira MG, Jacob Filho W, Carvalho Filho ETd, Habr Gama A, Pinotti HW. Prevalencia da incontinencia anal no idoso: estudo epidemiologico com base na populacao atendida no Hospital das Clinicas da Faculdade de Medicina da Universidade de Sao Paulo, em regime ambulatorial. *Rev Hosp Clin Fac Med Univ São Paulo*. 1997;52(1):1-12.
54. Santos CRdS, Santos VLCG. Prevalência da incontinência anal na população urbana de Pouso Alegre - Minas Gerais. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2011;45:180-6.
55. Townsend MK, Matthews CA, Whitehead WE, Grodstein F. Risk factors for fecal incontinence in older women. *The American journal of gastroenterology*. 2013;108(1):113-9.

56. Oliveira L. Incontinência fecal. *J Bras Gastroenterol*. 2006;6(1):35-7.
57. Guindic LC, Cruces TN. Incontinencia fecal. *Rev Med Hosp Gen Mex*. 2006;69(1):36-45.
58. Oliveira SCMd, Pinto-Neto AM, Conde DM, Góes JRN, Santos-Sá D, Costa-Paiva L. Incontinência fecal em mulheres na pós-menopausa: prevalência, intensidade e fatores associados. *Arq gastroenterol*. 2006;43(2):102-6.
59. Ribeiro FSL. Incontinência fecal: Abordagem passo a passo. Dissertação [Mestrado Integrado em Medicina]. Portugal: Universidade do Porto; 2013. p. 43.
60. Matthews CA, Whitehead WE, Townsend MK, Grodstein F. Risk factors for urinary, fecal, or dual incontinence in the nurses' health study. *Obstet Gynecol*. 2013;122(3):539-45.
61. Zaslavsky C, Loureiro RG, Jurach MT, Menezes V, Albrecht GJ, de Araújo TG, et al. Entrevista motivacional no tratamento dos pacientes com incontinência anal. *Revista da AMRIGS*. 2013;57(3):180-4.
62. Rosa NM, Inoue KC, Silvino MCS, Oliveira MLF. Tratamento da dermatite associada à incontinência em idosos institucionalizados: revisão integrativa. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene*. 2013;14(5):1031-40.
63. Rohwer K, Bliss DZ, Savik K. Incontinence-associated dermatitis in community-dwelling individuals with fecal incontinence. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*. 2013;40(2):181-4.
64. Shiu S-R, Hsu M-Y, Chang S-C, Chung H-C, Hsu H-H. Prevalence and Predicting Factors of Incontinence-Associated Dermatitis Among Intensive Care Patients. *Journal of Nursing & Healthcare Research*. 2013;9(3):210.
65. Ferreira LL, Marino LHC, Cavenaghi S. Intervenção fisioterapêutica na incontinência fecal no idoso. *Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde*. 2012;37(3):168-72.
66. Cesar MAP, Leite JM, Muniz RCC, Ortiz JA. Distúrbios evacuatórios em primigestas após parto normal: estudo clínico; Evacuatory disorders in primigravidae after vaginal delivery: clinical study. *Rev bras colo-proctol*. 2011;31(2):126-30.
67. Price RO, Bradley R. Assessing and treating faecal incontinence. *Nurs Older People*. 2013;25(7):16-23.
68. Maeda Y, David Parés M, Norton C, Vaizey CJ, Kamm MA. Does the St. Mark's incontinence score reflect patients' perceptions? A review of 390 patients. *Diseases of the Colon & Rectum*. 2008;51(4):436-42.
69. Sansoni J, Hawthorne G, Fleming G, Marosszeky N. The Revised Faecal Incontinence Scale: A Clinical Validation of a New, Short Measure for Assessment and Outcomes Evaluation. *Diseases of the Colon & Rectum*. 2013;56(5):652-9.
70. González JCA, Becerra JE, Silva JM, Berbeo ME, Lee ÓF, Zorro Ó, et al. La estimulación continua de raíces sacras en el tratamiento de patologías urinarias y fecales: evaluación clínica de una serie de 18 pacientes implantados. *Universitas Médica*. 2013;54(4):419-42.

71. Naiff LA, Naiff DGM. Educação de jovens e adultos em uma análise psicossocial: representações e práticas sociais. *Psicologia & Sociedade*. 2008;20(3):402-7.
72. Rodrigues JN, Rangel M. A Teoria das Representações Sociais: Um esboço sobre um caminho teórico-metodológico no campo da pesquisa em educação. *Revista Inter Ação*. 2013;38(3):537-54.
73. Giacomozzi AI, Camargo BV. Eu confio no meu marido: estudo da representação social de mulheres com parceiro fixo sobre prevenção da AIDS. *Psicologia: teoria e prática*. 2004;6(1):31-44.
74. de Miranda FAN, de Andrade OG, Furegato ARF, Rodrigues RAP. Representação social da sexualidade entre idosos institucionalizados. *UNOPAR Científica Ciências Biológicas e da Saúde*. 2014;7(1):27-34.
75. Schoeps D, Almeida MFd, Raspantini PR, Novaes HMD, Silva ZPd, Lefevre F. SIM e SINASC: representação social de enfermeiros e profissionais de setores administrativos que atuam em hospitais no município de São Paulo. *Ciênc saúde coletiva*. 2013:1483-92.
76. Figueiredo MZ, Chiari BM, de Goulart BN. Discurso do Sujeito Coletivo: uma breve introdução à ferramenta de pesquisa qualiquantitativa. *Distúrbios da Comunicação* ISSN 2176-2724. 2013;25(1):129-36.
77. Lefevre F, Lefevre AMC. O sujeito coletivo O sujeito coletivo que fala o que fala. *Interface-Comunic, Saúde, Educ*. 2006;10(20):517-24.
78. de Oliveira Almeida AM. Abordagem societal das representações sociais. *Sociedade e Estado*. 2009;24(3):713-37.
79. dos Santos ÉI, Gomes AMT, de Oliveira DC. Representações da vulnerabilidade e do empoderamento por enfermeiros no contexto da AIDS. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2014;23(2):408-16.
80. Oliveira D. Construção e transformação das representações sociais da aids e implicações para os cuidados de saúde. *Rev Latinoam Enferm*. 2013;21:276-86.
81. Oliveira DC. A enfermagem e as necessidades humanas básicas: o saber/fazer a partir das representações sociais: Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem, Rio de Janeiro; 2001.
82. URA MLPF, Franco PB. Representações sociais, ideologia e desenvolvimento da consciência. *Cadernos de pesquisa*. 2004;34(121):169-86.
83. Natividade JC, Camargo BV. Elementos caracterizadores das representações sociais da aids para adultos. *Temas em Psicologia*. 2011;19(1):305-17.
84. Costa TLd, Oliveira DCd, Formozo GA. Representações sociais sobre pessoas com HIV/AIDS entre enfermeiros: uma análise estrutural e de zona muda. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*. 2012;12(1):242-59.
85. Arruda Â. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. *Cadernos de pesquisa*. 2002;117(127):127-47.

86. Reis SLA, Bellini LM. Representações sociais: teoria, procedimentos metodológicos e educação ambiental. *Teoria e Prática da Educação*. 2011;12(1):133-44.
87. dos Santos Vitorino S, Miranda MLJ, Witter C. Educação e envelhecimento bem-sucedido: reflexões sobre saúde e autocuidado. *Kairós Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde ISSN 2176-901X*. 2013;15(3):29-42.
88. Teixeira INDAO, Neri AL. Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. *Psicologia USP*. 2008;19:81-94.
89. World Health Organization. *Active Ageing: a policy framework*. WHO/NMH/NPH/02.8 ISBN 1 ed. [Internet]. 2002.
90. Santos GM, Souza AC, Virtuoso JF, Tavares GM, Mazo GZ. Valores preditivos para o risco de queda em idosos praticantes e não praticantes de atividade física por meio do uso da Escala de Equilíbrio de Berg. *Rev Bras Fisioter*. 2011;15(2):95-101.
91. Farias RG, Santos SMA. Influência dos determinantes do envelhecimento ativo entre idosos mais idosos. *Texto and Contexto Enfermagem*. 2012;21(1):167-76.
92. Esquenazi D, da Silva SB, Guimarães MA. A fisiopatologia do envelhecimento humano e sua relação com a propensão a quedas em indivíduos idosos. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*. 2014;13(2).
93. Costa LdS, de Oliveira Tomaz Q. Envelhecimento populacional brasileiro e a evolução dos direitos assistenciais do idoso. *Gestão e Saúde*. 2014;5(5):3049-67.
94. Yazaki LM. Perspectivas atuais do papel da família frente ao envelhecimento populacional: um estudo de caso. *Revista Brasileira de Estudos de População*. 2014;8(1/2):137-41.
95. Both JE, Beuter M, Perrando MdS, Silva MS, Bruinsma JL, Rocha LS. Tendências na construção do conhecimento em enfermagem: idoso e autocuidado. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde-USCS*. 2014;12(39):44-52.
96. NANDA I. *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014*. Porto Alegre: Artmed; 2013. 1-606 p.
97. Arreguy-Sena C. *Processo ensino-aprendizagem das teorias de enfermagem utilizando o método comunicacional de Boulding*. Telles-Filho, PCP, Stuchi RAG, organizadores *A enfermagem no novo milênio: uma abordagem multidisciplinar* Belo Horizonte: Difusora. 2008:25-38.
98. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JMcCD. *NIC: Classificação das Intervenções de Enfermagem*. 5º ed. Editora Mosby Elsevier. Tradução de Regina Machado Garcez et al. 2010. 901 p.
99. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. *NOC: Classificação dos Resultados de Enfermagem*. 4 ed. Editora Mosby Elsevier, Tradução de Regina Machado Garcez et al. 2010. 906 p.

100. Matsuda LM, da Silva DMPP, Évora YDM, Coimbra JÂH. Anotações/registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado? Revista Eletrônica de Enfermagem. 2009;8(3):415-21.
101. Arreguy-Sena C, Stuchi R, editors. Bouldings theory applied to the learning-teaching of theoretical contents and NANDA, NIC and NOC taxonomies. CDROM. Conference NANDA International; 2008.
102. Wandekokenl KD, de Siqueiral MM. Aplicação do Processo de Enfermagem a usuário de crack fundamentado no modelo de Betty Neuman. Rev Bras Enferm. 2014;67(1):62-70.
103. Lima FDM. Teoria de Betty Neuman no cuidado à pessoa idosa. Revista Baiana de Enfermagem. 2014;28(3):219-24.
104. Soares MS, da Nóbrega MML, Garcia TR. Cuidados de enfermagem a uma paciente com AIDS à luz da variável espiritual do modelo teórico de Betty Neuman. Ciência, Cuidado e Saúde. 2008;3(2):187-94.
105. Prefeitura Municipal de Juiz de Fora. Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano de Juiz de Fora 2000 [cited volume I]. Available from: <http://www.pjf.mg.gov.br/pddu/index.htm>.
106. Síntese de indicadores sociais 2012 - Uma análise das condições de vida da população brasileira. [Internet]. IBGE. 2012 [cited 18 Dez 2014]. Available from: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2013/>.
107. Freitas H, Oliveira M, Saccol AZ, Moscarola J. O método de pesquisa survey. Revista de Administração. 2000;35(3):105-12.
108. Barbosa J. Avaliação da qualidade de vida e das estratégias de enfrentamento em idosos com incontinência fecal: Dissertação de Mestrado). Belo Horizonte: UFMG; 2006.
109. Pinto PF. Envelhecimento ativo, capacidade funcional e atividade física: análise de fatores que contextualizam o processo de envelhecimento e sua percepção por parte de pessoas idosas. [Tese de Doutorado] Lisboa: Universidade Nova de Lisboa. Faculdade de Ciências Médicas; 2013, p210.
110. Santos CRdS, Santos VLCdG. Epidemiology of combined urinary and fecal incontinence. Acta Paulista de Enfermagem. 2009;22(3):328-30.
111. Oliveira SCM, Pinto-Neto AM, Goes JRN, Conde DM, Santos-Sá D, Costa-Paiva L. Prevalencia e fatores associados a constipação intestinal e incontinencia fecal em mulheres na pos-menopausa. Arq.Gastroenterol Jan/Mar 2005; 42(1) 2004. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0004-28032005000100007>>
112. Ciampone MH, Tonete VLP, Pettengill MAM, Chubaci RYS. Representações sociais da equipe de enfermagem sobre a criança desnutrida e sua família. Rev Latino-am Enfermagem. 1999;7(3):17-24.

113. Martins NA. Pessoas idosas e incontinência urinária: trajetória da proposição de um modelo de sistematização da assistência especializada em enfermagem. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora; 2014.
114. Miranda FAN, de Andrade OG, Furegato ARF, Rodrigues RAP. Representação social da sexualidade entre idosos institucionalizados. UNOPAR Científica Ciências Biológicas e da Saúde. 2014;7(1).
115. Oliveira DC. Construção e transformação das representações sociais da aids e implicações para os cuidados de saúde. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2013;21.
116. Freitas MC, Ferreira MA. Velhice e pessoa idosa: representações sociais de adolescentes escolares¹. 2013.
117. Wachelke J, Wolter R. Critérios de construção e relato da análise prototípica para representações sociais. Psicologia: Teoria e Pesquisa. 2011;27(4):521-6.
118. Costa MC, Lopes MJM, Soares JdSF. Representações sociais da violência contra mulheres rurais: desvelando sentidos em múltiplos olhares. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2014;48(2):214-22.
119. de Magalhães AMM, Dall'Agnol CM, Marck PB. Carga de trabalho da equipe de enfermagem e segurança do paciente-estudo com método misto na abordagem ecológica restaurativa. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2013;21(spe):146-54.
120. Dias I. Envelhecimento e violência contra idosos. Revista da Faculdade de Letras: Sociologia, I série, 2005; 15:249-274. Disponível em: < <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/3731.pdf> >. Acessado em 2014 às 14h.
121. de Mello Moreira M. O envelhecimento da população brasileira: intensidade, feminização e dependência. Revista Brasileira de Estudos de População. 2014;15(1):79-94.
122. Paiva EPd. Gênero e saúde reprodutiva: breve reflexão. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2005;9(2):261-4.
123. Paulo DLV, Yassuda MS. Queixas de memória de idosos e sua relação com escolaridade, desempenho cognitivo e sintomas de depressão e ansiedade. Revista de psiquiatria clínica. 2010;37(1):23-6.
124. Longo CA. O sistema previdenciário ea acumulação de capital. Revista brasileira de economia. 2013;35(1):69-76.
125. Pereira LCB. Uma reforma gerencial da administração pública no Brasil. Revista do Serviço Público. 2014;49(1):5-42 In: In Vera Petrucci e Leticia Schwarz, orgs. (1999) Administração Pública Gerencial: A Reforma de 1995. Brasília: Editora da UNB e ENAP.
126. Foss MP, Vale dF, Speciali JG. Influência da escolaridade na avaliação neuropsicológica de idosos: aplicação e análise dos resultados da Escala de Mattis para Avaliação de Demência (Mattis Dementia Rating Scale-MDRS). Arquivos de Neuropsiquiatria. 2005;63(1):119-26.

127. Síntese de indicadores sociais 2013 - Uma análise das condições de vida da população brasileira. [Internet]. IBGE. 2013 [cited 18 Dez 2014]. Available from: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2013/>.
128. Gonçalves LTH, Leite MT, Hildebrandt LM, Bisogno SC, Biasuz S, Falcade BL. Convívio e cuidado familiar na quarta idade: qualidade de vida de idosos e seus cuidadores. *Rev bras geriatr gerontol*[Internet]. 2013;16(2):315-25.
129. Bauab JP, Emmel MLG. Mudanças no cotidiano de cuidadores de idosos em processo demencial. *Rev bras geriatr gerontol*. 2014;17(2):339-52.
130. Brasil GLP, Oliveira EAR, Formiga LMF, de Oliveira AKS, Silva RN, Lopes CM. Perfil dos idosos participantes dos grupos de promoção à saúde. *Revista de Enfermagem da UFPI*. 2014;2(4):28-34.
131. de Oliveira SC, dos Santos AA, Pavarini SCI. Relação entre sintomas depressivos ea funcionalidade familiar de idosos institucionalizados. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2014;48(1):65-71.
132. Leite MT, Battisti IDE, Berlezi EM, Scheuer ÂI. Idosos residentes no meio urbano e sua rede de suporte familiar e social. *Texto & Contexto-Enfermagem*. 2008;17(2):250-7.
133. Monteiro EC. O envelhecimento populacional e a prática da assistência social no Estado do Ceará: uma análise à luz da Política Nacional do Idoso. *Kairós Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde ISSN 2176-901X*. 2013;16(2)129-141.
134. Figueiredo MLF, Tyrrel MAR, Carvalho CMRG, Luz MHBA, Amorim FCM, Lioila NLA. As diferenças de gênero na velhice. *Rev bras enferm*. 2007;60(4):422-7.
135. Costa R. Os Idosos no Quotidiano da Família Nuclear: Tensões e Contradições nos Espaços e Tempos das Relações Intergeracionais. *Envelhecimento Ativo e Educação Faro: Universidade do Algarve (ISBN: 978-989-8472-35-9)*. 2013. Repositório da Universidade de Évora. Disponível em: <http://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/10549>
136. Flores GC, Borges ZN, Denardin-Budó MdL, Mattioni FC. Cuidado intergeracional com o idoso: autonomia do idoso e presença do cuidador. *Rev gaúcha enferm*. 2010;31(3):467-74.
137. Souza JRd, Zagonel IPS, Maftum MA. O cuidado de enfermagem ao idoso: uma reflexão segundo a teoria transcultural de Leininger. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene*. 2012;8(3)117-125.
138. Rabelo DF, Neri AL. A complexidade emocional dos relacionamentos intergeracionais e a saúde mental dos idosos. *Pensando famílias*. 2014;18(1):138-53.
139. Oliveira CS, Costa SR, Lemos CE. Oficina de Memória para idosos: espaço para conhecimento, socialização e ludicidade. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*. 2013;9(2):180-92.

140. dos Santos Ferreira PC, dos Santos Tavares DM, Martins NPF, Rodrigues LR, Ferreira LA. Características sociodemográficas e hábitos de vida de idosos com e sem indicativo de depressão. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2013;15(1):197-204.
141. Almeida MMGd, Moreira RF, Araújo TMD, Pinho PdS. Atividades de lazer entre idosos, Feira de Santana, Bahia. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2014;29(2):339-52.
142. Souza Filho PP, Massi GA. Letramento de idosos brasileiros acima de 65 anos. *Distúrbios da Comunicação* ISSN 2176-2724. 2014;26(2):167-276.
143. Ferreira AF, da Silva VB. Acessibilidade e usabilidade da informação na terceira idade: A recuperação, organização e uso da informação na internet para usuários acima dos 60 anos. *Múltiplos Olhares em Ciência da Informação-ISSN 2237-6658*. 2014;3(2). In: Encontro Regional de 3 Estudantes de Biblioteconomia, Documentação, Ciência e Gestão da Informação- EREBD N/NE. Gestão CARIRI 2011-2012, p1-15.
144. Gomes MEC. A inclusão digital na terceira idade: a integração das TIC numa Escola Superior Sénior. [Dissertação] Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias; 2014. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10437/5170>>. Acessado em 10 dez/2014.
145. Cintra R, Oliveira D, Silva L. Estado nutricional e ocorrência de hipertensão arterial e de diabetes em idosos residentes e não residentes em instituições geriátricas. *Alimentos e Nutrição Araraquara*. 2013;23(4):576.
146. Valente VM, AlvesVI MCGP, de Azevedo MB. Diabetes autorreferido em idosos: comparação das prevalências e medidas de controle. *Rev Saúde Pública*. 2014;48(4):554-62.
147. Santos DM, Santiago AKC, Costa JS, da Silva SL, da Silva Santos L, de Matos CJO, et al. Importância do exercício físico na qualidade de vida e funcionalidade de idosos diabéticos do município de Lagarto. *Caderno de Educação, Saúde e Fisioterapia*. 2014;1(1). Supl Anais do XXIV Fórum Nacional de Ensino em Fisioterapia.
148. Oliveira EMB, de Araújo Lemes T, de Toledo Nóbrega JO. Perfil dos idosos polimedicados internados na enfermaria da Clínica Médica do Hospital Regional de Samambaia, Distrito Federal. *Acta de Ciências e Saúde*. 2013;1(2):8-20.
149. Paula-Júnior JD, Barros-Júnior JC, Gonçalves JC, Oliveira AV, Reis MRG. *Investigação*. 2014;13(2):15-18.
150. Cassoni TCJ, Corona LP, Romano-Lieber NS, Secoli SR, de Oliveira Duarte YA, Lebrão ML. Uso de medicamentos potencialmente inapropriados por idosos do Município de São Paulo, Brasil: Estudo SABE. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(8):1708-20.
151. Monteiro SCM, de Azevedo LS, Belfort IKP. Automedicação em idosos de um programa de saúde da família. *Infarma-Ciências Farmacêuticas*. 2014;26(2):90-5.
152. Reis LA, Ventura AM. Fatores associados ao uso errado de medicamentos em idosos. *InterScientia*. Set/Dez 2014;1(3):39-49.
153. Gonçalves KAM, Kamimura QP, da Silva JLG, da Silva MG. A população idosa no Brasil: Caracterização do uso de medicamentos. *Fasem Ciências*. 2014;4(2):67-76.

154. Mosca C, Castel-Branco M, Caramona M, Figueiredo I. Efeito da adesão à terapêutica no estado de saúde do idoso. *Acta Farmacêutica Portuguesa*. 2013;2(1):43-57.
155. dos Reis LA, Ventura AM. Fatores associados ao uso errado de medicamentos em idosos. *InterScientia*. 2014;1(3):39-49.
156. Viana DA, Rodrigues LR, Tavares DMdS. Fatores sociodemográficos e econômicos associados ao tabagismo na população idosa. *J bras psiquiatr*. 2014;63(3):220-6.
157. Silva AM, da Silva Faria D, de Mesquita Duarte GG, Veiga EV, da Silva PCdS. Avaliação da depressão e do estilo de vida de idosos hipertensos. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2013;15(2):368-74.
158. Filha MdOF, Pinto de Sá AN, da Rocha IA, da Silva VCL, Souto CMRM, Dias MD. Alcoolismo no contexto familiar: estratégias de enfrentamento das idosas usuárias da terapia comunitária. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene*. 2012;13(1):26-35.
159. Romero AD, Silva MJd, Silva ARVd, Freitas RWJFd, Damasceno MMC. Características de uma população de idosos hipertensos atendida numa unidade de saúde da família. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene*. 2012;11(2):72-8.
160. Salomão CB, Santos LCd, Ferreira AD, Lopes ACS. Fatores associados à hipertensão arterial em usuários de serviço de promoção à saúde. *Revista Mineira de Enfermagem*. 2013;17(1):33-46.
161. Santos ÁS, Viana DA, de Sousa MC, Meneguci J, Silvano CM, Rodrigues LR, et al. Atividade Física, Álcool e Tabaco entre Idosos. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*. 2014;2(1):6-12.
162. Cordeiro J, Del Castillo BL, de Freitas CS, Gonçalves MP. Efeitos da atividade física na memória declarativa, capacidade funcional e qualidade de vida em idosos. *Rev bras geriatr gerontol*. 2014;17(3):541-52.
163. Cavalli AS, Pogorzelski LdV, Domingues MR, Afonso MdR, Ribeiro JAB, Cavalli MO. Motivação de pessoas idosas para a prática de atividade física: estudo comparativo entre dois programas universitários-Brasil e Portugal. *Rev bras geriatr gerontol*. 2014;17(2):255-64.
164. Rabelo DF, Neri AL. A complexidade emocional dos relacionamentos intergeracionais ea saúde mental dos idosos. *Pensando famílias*. 2014;18(1):138-53.
165. Leister N, Riesco MLG. Assistência ao parto: história oral de mulheres que deram à luz nas décadas de 1940 a 1980. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2013;22(1):166-74.
166. Vardon D, Reinbold D, Dreyfus M. Episiotomía y desgarros obstétricos recientes. *EMC-Ginecología-Obstetricia*. 2014;50(2):1-17.
167. de Souza Santos CR, de Gouveia Santos VLC. Epidemiologia das incontinências urinária e anal combinadas. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(3):328-30.

168. Oliveira LCC. Tratamento da incontinência anal através da injeção transesfincteriana de silicone: correlação entre os resultados clínicos, ultra-sonográficos e de manometria anorretal, incluindo o índice de assimetria esfíncteriana. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2007.
169. Sá CP, Oliveira DC, Prado LA. As memórias colectivas do descobrimento do Brasil: imagem comum e juízos diferenciados nas populações portuguesa e brasileira. *Psicologia*. 2014;17(2):275-91.
170. SÁ CP. Representações sociais: teoria e pesquisa do núcleo central. *Temas em Psicologia*. 1996;3(4):19-33.
171. Araújo STCd, Cameron LE, Oliveira LFDd. O sentido olfato no cuidado de enfermagem hospitalar. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2011;15(4):811-17.
172. Neves AJd, Calais SL. Efeitos do manejo comportamental de incontinência fecal em adolescente. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2012;754-67.
173. Delarmelindo RdCA, de Lima Parada CMG, Rodrigues RAP, Bocchi SCM. Estratégias de enfrentamento da incontinência urinária por mulheres. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2013;47(2):296-303.
174. Zaslavsky C, Jurach MT, Barros CP, Saute L, Carvalho ME, Alves R, et al. Epidemiologia da incontinência anal em população assistida em serviços de saúde de Porto Alegre/RS, Brasil. *Revista da AMRIGS*. 2012;56(4):289-94.
175. Leite MAG. Gestão da qualidade de vida e da dependência em idosos institucionalizados nas organizações do terceiro setor. Dissertação [Mestrado em Gestão]. Vila Real, Portugal: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro; 2014. p. 132.
176. Wandekoken KD, Siqueira MMD. Implementation of the Nursing Process to a crack user based on Betty Neuman model. *Revista brasileira de enfermagem*. 2014;67(1):62-70.
177. Wold GH. *Enfermagem Gerontológica*. 5º ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013.
178. Marriner- Tomey A, Alligood MR. *Nursing theorists and their work*. Editora St Louis, Mo: Mosby Elsevier 2013.
179. George JB. *Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional*. Porto Alegre: Artmed; 2000.
180. McEwen M, Will EM, Thorell AM. *Bases teóricas para enfermagem*. São Paulo: Artmed; 2009.
181. Apóstolo JLA. O conforto nas teorias de enfermagem: análise do conceito e significados teóricos Referência *Revista de Enfermagem Journal of Nursing*, Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde. 2009. Disponível em: <https://www.esenfc.pt/ui/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2133&id_revista=4&id_edicao=26> . Acessado em 08Jan2014.

182. Arrais RA, Aquino DMC, Coutinho NPS, Lages JS, Corrêa RGCF. Gerontologia e a arte do cuidar em enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Revista de Pesquisa em Saúde*. 2013;14(2):118-23.

183. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011. 1-160 p.

APÊNDICES E ANEXOS

Anexo 1: Instrumento de coleta de dados contendo Escalas mensurativas para identificação da incontinência anal (Wexner, St Mark e RFIS) e impacto dela sobre o estilo de vida (FIQL).

QUESTIONÁRIO FECAL INCONTINENCE QUALITY OF LIFE (FIQL)					
Questão 1: Em geral você diria que sua saúde é: <input type="checkbox"/> excelente <input type="checkbox"/> muito boa <input type="checkbox"/> boa <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> ruim					
Questão 2: para cada um dos itens abaixo, por favor, indique, marcando com x na coluna correspondente a quanto tempo o item abaixo preocupa devido à perda de fezes. Se qualquer um dos itens lhe preocupa por outras razões que não seja pela perda de fezes, marque a alternativa “nenhuma das respostas”.					
Devido à perda de fezes	Muitas vezes	Algumas vezes	Poucas vezes	Nenhuma vez	Nenhuma das respostas
a)Tenho medo de sair	1	2	3	4	
b)Evito visitar amigos ou parentes	1	2	3	4	
c)Evito passar à noite longe de casa	1	2	3	4	
d)É difícil para eu sair e fazer coisas como ir ao cinema ou à igreja	1	2	3	4	
e)Evito comer antes de sair de casa	1	2	3	4	
f)Quando estou fora de casa tenho que ficar sempre que possível próximo ao banheiro	1	2	3	4	
g)É importante eu planejar o que vou fazer de acordo com o meu funcionamento intestinal	1	2	3	4	
h)Evito viajar	1	2	3	4	
i)Fico preocupado em não ser capaz de chegar ao banheiro em tempo	1	2	3	4	
j)Sinto que não tenho controle do meu intestino	1	2	3	4	
k)Não consigo controlar minha evacuação a tempo de chegar ao banheiro	1	2	3	4	
l)Perco fezes sem perceber	1	2	3	4	
m)Tento evitar a perda de fezes, ficando próximo ao banheiro	1	2	3	4	
Questão 3: Devido a sua perda de fezes indique até quanto o problema o incomoda. Se qualquer dos itens abaixo o preocupa por outras razões, marque a alternativa “nenhuma das respostas”.					
Devido à perda de fezes	Muitas vezes	Algumas vezes	Poucas vezes	Nenhuma vez	Nenhuma das respostas
a)Fico envergonhado	1	2	3	4	
b)Não posso fazer muitas coisas que quero fazer	1	2	3	4	
c)Fico preocupado em perder fezes	1	2	3	4	
d) Sinto-me deprimido	1	2	3	4	
e)Fico preocupado se outras pessoas sentem cheiro de fezes em mim	1	2	3	4	
f)Acho que não sou uma pessoa saudável	1	2	3	4	
g) Tenho menos prazer em viver	1	2	3	4	
h)Tenho relação sexual com menor frequência do que gostaria	1	2	3	4	
i)Sinto-me diferente das outras pessoas	1	2	3	4	
j)Sempre estou pensando na possibilidade de perder fezes	1	2	3	4	
k)Tenho medo de ter sexo	1	2	3	4	
l)Evito viajar de carro ou ônibus	1	2	3	4	
m)Evito sair para comer	1	2	3	4	
n)Quando vou a um local novo procuro saber onde está o banheiro	1	2	3	4	
Questão 4: Durante o mês passado, eu me senti triste, desanimado ou tive muitos problemas que me fizeram pensar que nada varia à pena					
1 <input type="checkbox"/> Extremamente, a ponto de quase desistir					

- 2 Muitas vezes
 3 Com frequência
 4 Algumas vezes, o suficiente para me preocupar (incomodar)
 5 Poucas vezes
 6 Nenhuma vez

ESCALA DE ST MARK

A senhora costuma perder gases (flatos) sem querer?

- Nunca ou nenhuma vez nas últimas 4 semanas (0)
 Uma vez nas últimas 4 semanas (1)
 Mais do que uma vez nas últimas 4 semanas (2)
 Uma vez ou mais por semana, mas não todo dia (3)
 Uma vez por dia ou mais

A senhora costuma perder fezes quando estão amolecidas ou líquidas?

- Nunca ou nenhuma vez nas últimas 4 semanas (0)
 Uma vez nas últimas 4 semanas (1)
 Mais do que uma vez nas últimas 4 semanas (2)
 Uma vez ou mais por semana, mas não todo dia (3)
 Uma vez por dia ou mais

A senhora costuma perder fezes de consistência normal?

- Nunca ou nenhuma vez nas últimas 4 semanas (0)
 Uma vez nas últimas 4 semanas (1)
 Mais do que uma vez nas últimas 4 semanas (2)
 Uma vez ou mais por semana, mas não todo dia (3)
 Uma vez por dia ou mais

A senhora acha que a perda de fezes ou gases atrapalha a sua vida?

- Nunca ou nenhuma vez nas últimas 4 semanas (0)
 Uma vez nas últimas 4 semanas (1)
 Mais do que uma vez nas últimas 4 semanas (2)
 Uma vez ou mais por semana, mas não todo dia (3)
 Uma vez por dia ou mais

A senhora costuma trocar de roupa ou usar absorvente porque suja a roupa de fezes?

- sim não

A senhora usa remédios para prender o intestino?

- 1 sim(2) 2 não(0)

A senhora consegue segurar a vontade de evacuar por pelo menos 15 minutos?

- 1 sim(0) 2 não(4)

ESCALA WEXNER

TIPO INCONTINENCIA	Frequência	até 1 x ao mês	entre 1x semana e 1 ou mais x ao mês	entre 1 x dia e 1 ou mais x semana	mais de 1 vez dia
Sólidos	0	1	2	3	4
Líquidos	0	1	2	3	4
Gases	0	1	2	3	4
Uso de Protetores para Roupa	0	1	2	3	4
Alteração da Qualidade de Vida	0	1	2	3	4

ESCALA RFIS

1. Do you leak, have accidents or lose control with solid stool?	<input type="checkbox"/> Never	0
	<input type="checkbox"/> Rarely i.e. less than once in the past four weeks	1
	<input type="checkbox"/> Sometimes i.e. less than once a week, but once or more in the past four weeks	2
	<input type="checkbox"/> Often or usually i.e. less than once a day but once a week or more	3
	<input type="checkbox"/> Always i.e. once or more per day or whenever you have a bowel movement	4

2. Do you leak, have accidents or lose control with liquid stool?	<input type="checkbox"/> Never	0
	<input type="checkbox"/> Rarely i.e. less than once in the past four weeks	1
	<input type="checkbox"/> Sometimes i.e. less than once a week, but once or more in the past four weeks	2
	<input type="checkbox"/> Often or usually i.e. less than once a day but once a week or more	3
	<input type="checkbox"/> Always i.e. once or more per day or whenever you have a bowel movement	4
3. Do you leak stool if you don't get to the toilet in time?	<input type="checkbox"/> Never	0
	<input type="checkbox"/> Rarely i.e. less than once in the past four weeks	1
	<input type="checkbox"/> Sometimes i.e. less than once a week, but once or more in the past four weeks	2
	<input type="checkbox"/> Often or usually i.e. less than once a day but once a week or more	3
	<input type="checkbox"/> Always i.e. once or more per day or whenever you have a bowel movement	4
4. Does stool leak so that you have to change your underwear?	<input type="checkbox"/> Never	0
	<input type="checkbox"/> Rarely i.e. less than once in the past four weeks	1
	<input type="checkbox"/> Sometimes i.e. less than once a week, but once or more in the past four weeks	2
	<input type="checkbox"/> Often or usually i.e. less than once a day but once a week or more	3
	<input type="checkbox"/> Always i.e. once or more per day or whenever you have a bowel movement	4
5. Does bowel or stool leakage cause you to alter your lifestyle?	<input type="checkbox"/> Never	0
	<input type="checkbox"/> Rarely i.e. less than once in the past four weeks	1
	<input type="checkbox"/> Sometimes i.e. less than once a week, but once or more in the past four weeks	2
	<input type="checkbox"/> Often or usually i.e. less than once a day but once a week or more	3
	<input type="checkbox"/> Always i.e. once or more per day or whenever you have a bowel movement	4

Anexo 2: Instrumento de coleta de dados utilizado na abordagem quantitativa do tipo survey

DETERMINANTES DO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E SUAS DIMENSÕES					
1. DETERMINANTES PESSOAIS *(ABORDAGEM QUANTITATIVA)					
Gênero: <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> feminino	Idade:	Código do participante:			
Ano de escolaridade:	Profissão:	Ocupação:			
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"/> candomblé <input type="checkbox"/>					
Ano de aposentadoria:					
Núcleo central família: <input type="checkbox"/> esposa/filhos <input type="checkbox"/> pais <input type="checkbox"/> tios <input type="checkbox"/>					
Com quem mora: <input type="checkbox"/> esposa/filhos <input type="checkbox"/> pais <input type="checkbox"/> tios <input type="checkbox"/> sobrinhos					
Nota das autoras: * utilizado na abordagem quantitativa e qualitativa					
2. DETERMINANTES ECONÔMICOS					
Origem da renda do idoso: Qual é a origem da renda do(a) Sr(a)?					
<input type="checkbox"/> aposentadoria <input type="checkbox"/> pensão <input type="checkbox"/> 2ª profissão <input type="checkbox"/> trabalho informal <input type="checkbox"/> contribuição familiar <input type="checkbox"/> outros					
Salário(s) do idoso: Em relação ao salário mínimo, qual é a renda do(a) Sr(a) (em salários mínimos): _____					
Tipo de participação do idoso na renda do núcleo familiar: Qual é a participação da renda do(a) Sr(a) nas despesas da família?					
<input type="checkbox"/> fonte prioritária-chefe	<input type="checkbox"/> participa na renda	<input type="checkbox"/> depende parcial dos outros	<input type="checkbox"/> depende totalmente dos outros	<input type="checkbox"/> autosuficiente	
3. DETERMINANTES IDEOLÓGICOS E SOCIAIS					
(I) Forma de contato com a realidade social: Quais as fontes de informação (por leitura e audição) e qual a frequência de contato?					
Leitura	<input type="checkbox"/> jornal	<input type="checkbox"/> esporadicamente	<input type="checkbox"/> mensalmente	<input type="checkbox"/> semanalmente	<input type="checkbox"/> diariamente
	<input type="checkbox"/> livros	<input type="checkbox"/> esporadicamente	<input type="checkbox"/> mensalmente	<input type="checkbox"/> semanalmente	<input type="checkbox"/> diariamente
	<input type="checkbox"/> revista	<input type="checkbox"/> esporadicamente	<input type="checkbox"/> mensalmente	<input type="checkbox"/> semanalmente	<input type="checkbox"/> diariamente
	<input type="checkbox"/> internet	<input type="checkbox"/> esporadicamente	<input type="checkbox"/> mensalmente	<input type="checkbox"/> semanalmente	<input type="checkbox"/> diariamente
	<input type="checkbox"/> outros	<input type="checkbox"/> esporadicamente	<input type="checkbox"/> mensalmente	<input type="checkbox"/> semanalmente	<input type="checkbox"/> diariamente
Ouvir	<input type="checkbox"/> tv	<input type="checkbox"/> esporadicamente	<input type="checkbox"/> mensalmente	<input type="checkbox"/> semanalmente	<input type="checkbox"/> diariamente
	<input type="checkbox"/> rádio	<input type="checkbox"/> esporadicamente	<input type="checkbox"/> mensalmente	<input type="checkbox"/> semanalmente	<input type="checkbox"/> diariamente
	<input type="checkbox"/> música	<input type="checkbox"/> esporadicamente	<input type="checkbox"/> mensalmente	<input type="checkbox"/> semanalmente	<input type="checkbox"/> diariamente
	<input type="checkbox"/> internet, mp3	<input type="checkbox"/> esporadicamente	<input type="checkbox"/> mensalmente	<input type="checkbox"/> semanalmente	<input type="checkbox"/> diariamente
	<input type="checkbox"/> outros	<input type="checkbox"/> esporadicamente	<input type="checkbox"/> mensalmente	<input type="checkbox"/> semanalmente	<input type="checkbox"/> diariamente
Participação em atividades voluntárias/comunitárias/culturais/religiosas: O(a) Sr(a) participa de alguma atividade voluntária?					
Natureza da Atividade		Frequência			
<input type="checkbox"/> religiosa	<input type="checkbox"/> esporadicamente	<input type="checkbox"/> mensalmente	<input type="checkbox"/> semanalmente	<input type="checkbox"/> diariamente	
<input type="checkbox"/> entidades de serviços	<input type="checkbox"/> esporadicamente	<input type="checkbox"/> mensalmente	<input type="checkbox"/> semanalmente	<input type="checkbox"/> diariamente	
<input type="checkbox"/> educacional	<input type="checkbox"/> esporadicamente	<input type="checkbox"/> mensalmente	<input type="checkbox"/> semanalmente	<input type="checkbox"/> diariamente	
<input type="checkbox"/> comunidade de bairro	<input type="checkbox"/> esporadicamente	<input type="checkbox"/> mensalmente	<input type="checkbox"/> semanalmente	<input type="checkbox"/> diariamente	
<input type="checkbox"/> outros	<input type="checkbox"/> esporadicamente	<input type="checkbox"/> mensalmente	<input type="checkbox"/> semanalmente	<input type="checkbox"/> diariamente	
(O) Inferência sobre a forma de expressão do pensamento: Conclusão					
Formas Comunicação: <input type="checkbox"/> verbal <input type="checkbox"/> não verbal (fisionomia e gestos) <input type="checkbox"/> para-verbal (ritmo e timbre e entonação) <input type="checkbox"/> escrita					
Agilidade		Diversidade		Aprofundamento	
<input type="checkbox"/> agil <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> lentidão	<input type="checkbox"/> diversificado	<input type="checkbox"/> monoeixo temático		<input type="checkbox"/> sem fixar <input type="checkbox"/> com aprofundamento	
CONTEXTO FAMILIAR					
Qual é a sua situação familiar atual?			<input type="checkbox"/> viúvo a viver em família		
<input type="checkbox"/> solteiro a viver só			<input type="checkbox"/> divorciado ou separado a viver só		
<input type="checkbox"/> solteiro a viver em família			<input type="checkbox"/> divorciado ou separado a viver em família		
<input type="checkbox"/> casado a viver como tal			<input type="checkbox"/> solteiro/viúvo/divorciado a viver em instituição		
<input type="checkbox"/> viúvo a viver só			<input type="checkbox"/> outros especificar		
Se é casado, ou vive com companheiro(a), que idade ele(a) tem? _____					
Com quem compartilha moradia?					
<input type="checkbox"/> um ou mais filhos. quantos: _____		<input type="checkbox"/> ascendentes (pai, mãe, tios ..)		Em que ambiente?	
<input type="checkbox"/> um ou mais filhos. quantos: _____		<input type="checkbox"/> outros parentes			
<input type="checkbox"/> neto(s) quantos: _____		<input type="checkbox"/> amigo(a)(s)			
<input type="checkbox"/> irmã(o) (s) quantos _____		<input type="checkbox"/> Outros, especificar:			
				<input type="checkbox"/> em sua casa.	
				<input type="checkbox"/> em casa deles	
				<input type="checkbox"/> outros, especificar	

Conclusão: Total de pessoas com quem compartilha a moradia?: <input type="checkbox"/> 1; <input type="checkbox"/> 2; <input type="checkbox"/> 3; <input type="checkbox"/> 4; <input type="checkbox"/> 5; <input type="checkbox"/> 6; <input type="checkbox"/> 7; <input type="checkbox"/> 8; <input type="checkbox"/> 9; <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> +10			
Nos últimos 5 anos, ocorreu alguma modificação no núcleo familiar? <input type="checkbox"/> não modificou <input type="checkbox"/> modificou			
Fatores que desencadearam as mudanças: Quais foram os fatores que geraram estas modificações?			
Centradas em si <input type="checkbox"/> no estado de saúde <input type="checkbox"/> em limitações surgidas no estilo de vida <input type="checkbox"/> outros especificar: _____			
Centradas no entorno: <input type="checkbox"/> morte parente/companheiro <input type="checkbox"/> desvinculamento de convivência <input type="checkbox"/> no ambiente onde está			
Inserção e integração dos familiares na rotina diária: Qual a avaliação que o Sr(a) faz sobre a inserção/participação/integração dos familiares em sua rotina diária?			
<input type="checkbox"/> insuficiente	<input type="checkbox"/> razoável	<input type="checkbox"/> boa	<input type="checkbox"/> excelente
DETERMINANTES PSICOCOMUNICACIONAIS			
(I) Contatos sociais para comunicação: Com quem o(a) Sr(a) conversa e convive? <input type="checkbox"/> parentes <input type="checkbox"/> amigos <input type="checkbox"/> contemporâneos <input type="checkbox"/> profissionais <input type="checkbox"/> cuidadores <input type="checkbox"/> vizinhos <input type="checkbox"/> pessoal do comércio <input type="checkbox"/> outros especificar: _____			
(I) Existência de interlocutor para a comunicação: Quantas pessoas o(a) Sr(a) tem contatos para conversar e qual avaliação o Sr(a) faz deste contato?			
Quantitativo de Pessoas com quem convive	Avaliação da Qualidade da Convivência		Vínculo
<input type="checkbox"/> descendente:	<input type="checkbox"/> insuficiente <input type="checkbox"/> razoável <input type="checkbox"/> bom <input type="checkbox"/> excelente		<input type="checkbox"/> familiar <input type="checkbox"/> cuidador <input type="checkbox"/> profissionais <input type="checkbox"/> outro
<input type="checkbox"/> ascendente:	<input type="checkbox"/> insuficiente <input type="checkbox"/> razoável <input type="checkbox"/> bom <input type="checkbox"/> excelente		<input type="checkbox"/> familiar <input type="checkbox"/> cuidador <input type="checkbox"/> profissionais <input type="checkbox"/> outro
<input type="checkbox"/> contemporâneo:	<input type="checkbox"/> insuficiente <input type="checkbox"/> razoável <input type="checkbox"/> bom <input type="checkbox"/> excelente		<input type="checkbox"/> familiar <input type="checkbox"/> cuidador <input type="checkbox"/> profissionais <input type="checkbox"/> outro
(I) Meios de comunicação: Quais os meios que o(a) Sr(a) tem disponíveis para conversar com as pessoas?			
Com Familiares			
<input type="checkbox"/> conversa	<input type="checkbox"/> telefone	<input type="checkbox"/> celular	<input type="checkbox"/> reunião
<input type="checkbox"/> religião	<input type="checkbox"/> via internet	<input type="checkbox"/> compras	<input type="checkbox"/> passeios
<input type="checkbox"/> trabalho	<input type="checkbox"/> outros : _____		
Com outros			
<input type="checkbox"/> conversa	<input type="checkbox"/> telefone	<input type="checkbox"/> celular	<input type="checkbox"/> reunião
<input type="checkbox"/> religião	<input type="checkbox"/> via internet	<input type="checkbox"/> compras	<input type="checkbox"/> passeios
<input type="checkbox"/> trabalho	<input type="checkbox"/> outros : _____		
I) Quantitativo de pessoas que atribui importância para a comunicação e periodicidade do contato Quantas pessoas o Sr(a) considera importantes para conversar e qual a periodicidade de contato que tem com elas?			
Uma pessoa	<input type="checkbox"/> esporadicamente	<input type="checkbox"/> mensalmente	<input type="checkbox"/> semanalmente
<input type="checkbox"/> diariamente			
Duas a cinco pessoas	<input type="checkbox"/> esporadicamente	<input type="checkbox"/> mensalmente	<input type="checkbox"/> semanalmente
<input type="checkbox"/> diariamente			
Mais de cinco pessoas	<input type="checkbox"/> esporadicamente	<input type="checkbox"/> mensalmente	<input type="checkbox"/> semanalmente
<input type="checkbox"/> diariamente			
O(I) Conteúdo preferido para comunicação: Qual é o assunto preferido pelo(a) Sr(a) para conversar?			
<input type="checkbox"/> família	<input type="checkbox"/> político	<input type="checkbox"/> esporte	<input type="checkbox"/> religião
<input type="checkbox"/> cotidiano	<input type="checkbox"/> clima		
<input type="checkbox"/> bairro	<input type="checkbox"/> trabalho	<input type="checkbox"/> profissão	<input type="checkbox"/> outros
Rede de apoio fornecido pelas instituições de saúde: Uso, frequência, necessidade e forma como recorre aos serviços de saúde (I)			
Serviço(s) de saúde usado: Que tipo de serviço(s) de saúde recorre, em caso de necessidade? Serviço(s): <input type="checkbox"/> público <input type="checkbox"/> privado.			
Motivo que desencadeia ida ao Serviço de saúde: Quais são os motivos que levam o(a) Sr(a) a procurar atendimento num serviço(s) de saúde?			
<input type="checkbox"/> emergencial	<input type="checkbox"/> prosseguimento/retorno	<input type="checkbox"/> controle/acompanhamento	<input type="checkbox"/> prevenção
<input type="checkbox"/> outros			
Frequência que recorre ao(s) serviço(s) de saúde: Com que frequência o(a) Sr(a) procura ser atendido pelo(s) serviço(s) de saúde			
<input type="checkbox"/> preventivamente	<input type="checkbox"/> nunca	<input type="checkbox"/> esporadicamente/ocasionalmente	<input type="checkbox"/> periodicamente
<input type="checkbox"/> sempre			
<input type="checkbox"/> Controle/tratamento	<input type="checkbox"/> sempre	<input type="checkbox"/> periodicamente	<input type="checkbox"/> esporadicamente/ocasionalmente
<input type="checkbox"/> nunca			
Avaliação da adequação do serviço à sua necessidade: Qual é a avaliação que o(a) Sr(a) faz sobre o(s) serviço(s) que usa?			
<input type="checkbox"/> insuficiente	<input type="checkbox"/> razoável	<input type="checkbox"/> bom	<input type="checkbox"/> excelente
Tempo gasto para ir ao serviço saúde, quando necessita: Quando o(a) Sr(a) tem/sente necessidade de recorrer ao(s) serviço(s) de saúde quanto tempo gasta para procurar o atendimento?			
<input type="checkbox"/> durante o mês ou mais	<input type="checkbox"/> durante a semana	<input type="checkbox"/> no outro dia	<input type="checkbox"/> imediatamente
Tempo médio decorrido entre a marcação de uma consulta e o atendimento: Qual o tempo médio decorrido entre a procura por uma consulta e o atendimento?			
<input type="checkbox"/> de um ano a 6 meses	<input type="checkbox"/> num mês	<input type="checkbox"/> numa semana	<input type="checkbox"/> em um a dois dias
<input type="checkbox"/> em um a dois dias			
(Des)acompanhamento para ir ao serviço saúde: O(A) Sr(a) tem alguém para acompanhá-lo(s) ao serviço(s) de saúde?			
<input type="checkbox"/> nunca tenho	<input type="checkbox"/> tenho raramente	<input type="checkbox"/> tenho frequentemente	<input type="checkbox"/> tenho sempre
DETERMINANTES DE SAÚDE (I)			
(I) Alterações no estado de Saúde: O(A) Sr(a) tem algum tipo de doença? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Em caso positivo, que tipo de doença?			

<input type="checkbox"/> cardiovascular	<input type="checkbox"/> respiratória	<input type="checkbox"/> digestivo	<input type="checkbox"/> neoplasias	<input type="checkbox"/> metabólicas	<input type="checkbox"/> osteoarticular muscular
<input type="checkbox"/> autoimune	<input type="checkbox"/> órgãos sentido	<input type="checkbox"/> psicossomáticas	<input type="checkbox"/> infecciosas parasitárias	<input type="checkbox"/> genitourinário	<input type="checkbox"/> outros
(I) História Gestacional		nº gestações	nº partos:	nº abortos:	
Medicações em uso nos últimos 30 dias: O(A) Sr(a) fez uso de algum medicamento nos últimos 30 dias? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim. Que tipo?					
<input type="checkbox"/> anti-hipertensivo	<input type="checkbox"/> antibiótico	<input type="checkbox"/> diurético	<input type="checkbox"/> antiinflamatório	<input type="checkbox"/> corticoide	<input type="checkbox"/> hipoglicemiante e insulina
<input type="checkbox"/> cardiotônico	<input type="checkbox"/> broncodilatador	<input type="checkbox"/> ansiolítico	<input type="checkbox"/> vasodilatador	<input type="checkbox"/> antidepressivo	<input type="checkbox"/> outros
DISPONIBILIDADE PARA O AUTOCUIDADO					
Avaliação para inserir-se no autocuidado- cuidar de si (A)					
Disponibilidade para engajar-se em atividades: O(A) Sr(a) tem disponibilidade para participar de atividades que promovam a saúde?					
Individual:	<input type="checkbox"/> não disponível	<input type="checkbox"/> pouca disponibilidade	<input type="checkbox"/> muito disponível	<input type="checkbox"/> totalmente disponível	
Grupal:	<input type="checkbox"/> não disponível	<input type="checkbox"/> pouca disponibilidade	<input type="checkbox"/> muito disponível	<input type="checkbox"/> totalmente disponível	
Inovações ou Mudanças	<input type="checkbox"/> não disponível	<input type="checkbox"/> pouca disponibilidade	<input type="checkbox"/> muito disponível	<input type="checkbox"/> totalmente disponível	
Individual:	<input type="checkbox"/> não disponível	<input type="checkbox"/> pouca disponibilidade	<input type="checkbox"/> muito disponível	<input type="checkbox"/> totalmente disponível	
Grupal:	<input type="checkbox"/> não disponível	<input type="checkbox"/> pouca disponibilidade	<input type="checkbox"/> muito disponível	<input type="checkbox"/> totalmente disponível	
Inventário de atividades quotidianas (O e I)					
1) Índice de atividades rotineiras da pessoa- Avaliação das atividades da vida diária (AVD)- Índice de Katz (informações obtidas prioritariamente com a pessoa. Sigla: I= independente; A= assistência D=dependência)					
Tomar banho (esponja, aspersão ou banheira)			Vestir-se		
(I)= pega as roupas e se veste sem nenhuma ajuda; (A)= precisa de ajuda para lavar apenas uma parte do corpo (costas ou pernas); (D)= precisa de ajuda para higiene completa (ou não toma banho)			(I)= pega as roupas e se veste sem nenhuma ajuda; (A)= pega as roupas e se veste sem ajuda com exceção de amarrar os sapatos; (D)= precisa de ajuda para pegadas as roupas ou para se vestir ou fica parcial ou completamente não vestido		
Ir ao banheiro			Mudança de Posição – Transferência		
(I)= vai ao banheiro, limpa-se (faz a higiene) e veste-se sem ajuda (mesmo usando um objeto para suporte como bengala, andador, cadeira de rodas e pode usar penico à noite, esvaziando este pela manhã); (A)= recebe ajuda para ir ao banheiro ou para se limpar (fazer a higiene) ou para se vestir (depois de usar o banheiro ou uso do penico à noite) (D)= não vai ao banheiro para fazer suas necessidades			I)= entra e sai da cama, assim como da cadeira sem ajuda (pode estar usando objetivos p/ suporte como bengala ou dador); (A)= entra e sai da cadeira sem ajuda (D)= não sai da cama.		
Continência			Alimentação		
(I)= controla a urina e o movimento do intestino por si próprio; (A)= tem acidentes ocasionais; (D)= supervisão ajuda a manter controle de urina ou intestino, cateter é usado ou é incontinente.			(I)= alimenta-se sem ajuda; (A)= alimenta-se sem ajuda exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão; (D)= recebe ajuda para se alimentar ou é alimentado parcial ou totalmente por meio de tubos ou fluidos intravenosos.		
2) Atividades instrumentais da vida diária- (AIVD) (O e I) (Informações relativas aos últimos 30 dias. Siglas: I= independente; A= assistência D=dependência)					
Telefone			Mudança de Posição – Transferência (fora de casa)		
(I)= capaz de olhar os números, discar, receber e fazer chamadas sem ajuda; (A)= capaz de receber chamadas ou ligar para a telefonista em uma emergência, mas necessita de telefone especial ou ajuda para pegar o número ou discar; (D)= incapaz de usar o telefone			(I)= capaz de dirigir seu próprio carro ou andar em ônibus ou Táxi sozinho; (A)= capaz de se locomover fora de casa, mas não sozinho; (D)= incapaz de se locomover fora de casa		
Compras			Preparar a comida		
(I)= capaz de tomar conta de todas as compras desde que o transporte seja providenciado; (A)= capaz de fazer compras, mas não sozinho; (D)= incapaz de fazer compras.			(I)= capaz de planejar e preparar uma refeição completa; (A)= capaz de preparar pratos simples, mas incapaz de cozinhar uma refeição completa sozinha; (D)= incapaz de preparar qualquer comida. Obs: se a pessoa nunca foi responsável por preparar uma refeição, pergunte algo (como fazer um sanduíche, pegar uma fruta para comer, etc.). Verificar se estas atividades diminuíram e marcar da mesma forma.		
Trabalho Doméstico			Medicação		
(I)= capaz de fazer o trabalho doméstico pesado (limpar o chão); (A)= capaz de fazer o trabalho doméstico leve, mas precisa de			(I)= capaz de tomar as medicações na dose e hora certa; (A)= capaz de tomar as medicações, mas precisa ser lembrada ou		

ajuda mas precisa de ajuda nas tarefas pesadas; (D)= incapaz de fazer qualquer trabalho doméstico.	alguém precisa preparar a medicação; (D)= incapaz de tomar sozinha suas medicações		
Dinheiro (I)= capaz de fazer as compras de coisas necessárias, escrever cheques e pagar contas; (A)= capaz de fazer compras de uso diário, mas necessita de ajuda com talões de cheques e para pagar as contas; (D)= incapaz de lidar com o dinheiro.			
SAÚDE PERCEBIDA			
Saúde e capacidade física percebidas: Como percebe sua saúde e capacidade física comparando-a com a que tinha há 5 anos e com pessoas de sua idade?			
Fazendo uma comparação entre sua saúde e sua capacidade física atual com a que tinha há cinco anos atrás, como o Sr. se sente?			
<input type="checkbox"/> muitíssimo insatisfeito	<input type="checkbox"/> insatisfeito	<input type="checkbox"/> satisfeito	<input type="checkbox"/> muitíssimo satisfeito
Comparando a saúde e a capacidade física do Sr(a) com a de uma pessoa de sua idade, como o Sr(a) se sente?			
<input type="checkbox"/> muitíssimo insatisfeito	<input type="checkbox"/> insatisfeito	<input type="checkbox"/> satisfeito	<input type="checkbox"/> muitíssimo satisfeito
FATORES DE RISCO OU PROTETORES PARA O ESTADO DE SAÚDE (I)			
(I) Consumo ativo e/ou passivo do tabaco: O(A) Sr(a) é fumante?			
Tipo	Número de cigarros	Tipo de tragada	Tempo de interrupção
<input type="checkbox"/> passivo <input type="checkbox"/> ativo <input type="checkbox"/> ex-fumante	especificar	<input type="checkbox"/> superficial <input type="checkbox"/> média <input type="checkbox"/> profunda	especificar
Uso de Bebidas Alcoólicas: O Sr(a) faz ou fez uso de bebida alcoólica? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Ex-usuário, há quanto tempo deixou de fazer uso: _____. Nos últimos 30 dias qual é a frequência do uso de bebidas alcoólicas? <input type="checkbox"/> socialmente/ esporadicamente <input type="checkbox"/> semanalmente <input type="checkbox"/> 2 a 3 vezes por semana <input type="checkbox"/> diariamente			

Anexo 3: Instrumento de Coleta de dados utilizado para a abordagem qualitativa usando a Teoria das Representações sociais na abordagem estrutural (técnica de evocação) e na abordagem processual (técnica de entrevista gravada).

ABORDAGEM QUALITATIVA COM REGISTRO CURSIVO DAS RESPOSTAS	
TÉCNICA DA EVOCAÇÃO A PARTIR DE TERMO INDUTOR	
Tendo a expressão/termo indutor "INCONTINÊNCIA ANAL/SOLTAR PUM E/OU FAZER COCO SEM CONTROLAR" fale as cinco primeiras palavras que lhe vem à mente quando ouve esta expressão.	
Ordem natural de evocação	
1	
2	
3	
4	
5	
ABORDAGEM QUALITATIVA COM REGISTRO DE AUDIO DA ENTREVISTA	
AUTO E HETERO PERCEPÇÃO DA INCONTINENCIA ANAL	
Como o(a) Sr(a) percebe a incontinência anal em pessoas mais idosas do que o(a) senhor(a) ? Conhece algum caso?	
Como o(a) Sr(a) percebe a incontinência anal em pessoas mais novas do que o(a) senhor(a)? Conhece algum caso?	
Como o(a) Sr(a) percebe a incontinência anal em sim? Há chance do senhor ter incontinência anal? Já passou por esta experiência?	

Anexo 4: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA- PRO-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF- 36036900- JUIZ DE FORA - MG – BRASIL

NOME DO SERVIÇO DA PESQUISADORA: UFJF- FACULDADE DE ENFERMAGEM- **PESQUISADORA RESPONSÁVEL:** CRISTINA ARREGUY-SENA- **ENDEREÇO:** RUA OLEGÁRIO MACIEL, 1716, APTO 204, BAIRRO PAINEIRAS. CEP: 36016011 – JUIZ DE FORA – MG FONE: (32) 3216.2532 OU 8866.2710. E-MAIL: CRISTINA.ARREGUY@UFJF.EDU.BR

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(A) Sr.(a) _____ está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa **“Capacidade física, incontinências e determinantes do processo de envelhecimento em pessoas acima de 65 anos”**. Nesta pesquisa pretendemos: analisar o processo do envelhecimento de pessoas com 65 anos de idade ou mais atendidas numa Unidade Básica de Saúde (UBS) do interior mineiro à luz dos determinantes do processo do envelhecimento, da ocorrência de incontinências urinária e/ou fecal e da capacidade física dos participantes. Sua participação consistirá em: dar uma entrevistas gravada e responder a questões sobre sua percepção e avaliação da qualidade de vida, presença de incontinência e autorizar a realização de medidas antropométricas e laboratoriais capilares em seu domicílio, UBS ou local de sua preferência.

Os motivos que nos levam a estudar a presente temática são: 1) construção do conhecimento aplicáveis à promoção da saúde, à prevenção de agravos, à redução de riscos e à melhoria da qualidade de vida de pessoas idosas para condutas terapêuticas de Enfermeiros e de profissionais de Educação Física; 2) abordar o envelhecimento de forma processual; 3) caracterizar as possibilidades de atuação dos Enfermeiros e Professores de Educação Física no atendimento domiciliar baseada em modelos científicos. **Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos:** Participar de entrevistas e responder a questões sobre avaliação da qualidade de vida, presença de incontinência e autorizar a realização de medidas antropométricas e laboratoriais capilar. A presente pesquisa **classifica-se em nível de risco e desconforto mínimos**, uma vez que o método e a técnica utilizados durante a coleta de dados (preenchimento individualizado do instrumento de coleta de dados) e o processamento e divulgação dos resultados utilizará somente intervenção diagnósticas de enfermagem sobre o estado de saúde, não modificará intencionalmente as variáveis fisiológicas, psicológicas e sociais dos participantes, além de termos o cuidado de tratar os resultados com critérios de anonimato e participação voluntária. **Dentre os benefícios na realização da presente pesquisa destacamos:** a possibilidade de identificarmos as demandas de cuidado para um envelhecimento bem sucedido. Caso seja comprovado danos decorrentes da presente investigação está previsto o ressarcimento do participante.

Para participar desta pesquisa o Sr(a) não terá nenhum custo; nem receberá qualquer vantagem financeira e será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelos pesquisadores.

A pesquisadora irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, ou seja, seu nome não será mencionado, nem dados que lhe identifiquem. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada e será utilizado para ampliar o conhecimento da área sendo divulgado em eventos e artigos científicos.

O(A) Sr(a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar desta investigação. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pela pesquisadora responsável, Prof. Dra. Cristina Arreguy-Sena, em seu arquivo pessoal por cinco anos e a outra será fornecida ao Sr(a).

Eu, _____, portador(a) do documento de Identidade _____ fui informado(a) dos objetivos da pesquisa intitulada **“Capacidade física, incontinências e determinantes do processo de envelhecimento em pessoas acima de 65 anos”**, 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 desta pesquisa. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 20 _____

Nome	Assinatura participante	Data
Cristina Arreguy -Sena		

Nome	Assinatura pesquisadora	Data

Nome	Assinatura testemunha	Data

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, o Sr(a) poderá consultar o CEP- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/UFJF- CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA UFJF- PRÓ-REITORIA DE PESQUISA- CEP 36036.900 FONE:32 2102 3788.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA/MG



Configuração do Parecer: 341.116

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CAPACIDADE FÍSICA, INCONTINÊNCIAS E DETERMINANTES DO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO EM PESSOAS ACIMA DE 65 ANOS

Pesquisador: Cristina Arreguy Sena

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 097.07913.4.0000.5147

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 341.116

Data da Relatoria: 11/07/2013

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 sofrimento devido a participação ou pela negação de participação na pesquisa.

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 468/12 do 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: JOSÉ LOURENÇO KELMER S/N CEP: 36.036-900
 Bairro: SAO PEDRO UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32) 102-3788 Fax: (32) 11102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA/MG



Configuração do Parecer: 341.116

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.

Recomendações:

Conclusões 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. 468/12 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: abril de 2017.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 468/12, 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, 25 de Junho de 2013

Assinado por:
 Paulo Cortes Gago
 (Coordenador)

Endereço: JOSÉ LOURENÇO KELMER S/N CEP: 36.036-900
 Bairro: SAO PEDRO UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32) 102-3788 Fax: (32) 11102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

Apêndice 1: Tipos e conteúdos das legislações sobre Idosos no Brasil

Estatuto do Idoso (Lei nº 10741, de 1º de Outubro de 2003) – Regula e reconhece os direitos das pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, sendo um instrumento para a realização da cidadania. O Estatuto dispõe sobre os direitos do idoso à vida, à liberdade, ao respeito, à dignidade, aos alimentos, à saúde, à convivência familiar e comunitária, entre outros direitos fundamentais (individuais, sociais, difusos e coletivos), cabendo ao Estado, à comunidade, à sociedade e à família a responsabilidade pela assecuração desses direitos.

Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria MS/GM nº 2528, de 20 de outubro de 2006) - Direciona medidas coletivas e individuais de saúde para população idosa em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, a fim de promover a recuperação, a autonomia e a independência dos idosos.

Política Nacional do Idoso (Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994) - Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. A Política Nacional do Idoso tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso (pessoas maiores de 60 anos de idade), criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. A Lei dispõe sobre os princípios, diretrizes, organização, ações governamentais e disposições gerais que deverão orientar a Política.

Normas de Funcionamento de Serviços de Atenção ao Idoso no Brasil (Portaria MPAS/SEAS nº 73, de 10 de maio 2001) - Estabelece normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil. Essa portaria integra a regulamentação da Política Nacional do Idoso e propõe novas modalidades de atenção ao idoso, que poderão ser adequadas à realidade de cada município, entendendo que é fundamental a participação do idoso, da família, da sociedade, dos fóruns e dos conselhos nas formas de organização dos serviços de atenção ao idoso, a saber: família natural; família acolhedora; residência temporária; centro dia; centro de convivência; casa lar; república; atendimento integral institucional; assistência domiciliar/atendimento domiciliar.

Normas para Cadastramento de Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso (Portaria MS/SAS nº 249, de 16 de abril de 2002) - Aprova normas referentes ao cadastramento de Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso.

Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso (Portaria MS/GM nº 702, de 16 de abril de 2002) - Cria mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso. Essas redes são integradas por hospitais gerais e centros de referência em assistência à saúde do idoso.

Programa Nacional de Cuidadores de Idosos (Portaria Interministerial MPAS/MS nº 5.153, de 7 de abril de 1999) - Institui o Programa Nacional de Cuidadores de Idosos coordenado por Comissão Interministerial, constituída por representantes da Secretaria de Estado de Assistência Social do Ministério da Previdência e Assistência e da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde. A Portaria leva em consideração o acelerado processo de envelhecimento da população brasileira; a necessidade de criar alternativas que proporcionem aos idosos melhor qualidade de vida; a diretriz de atender integralmente ao idoso e a sua família; o objetivo de reduzir o percentual de idosos institucionalizados; e a necessidade de habilitar recursos humanos para cuidar do idoso. Os cuidadores são divididos em diferentes modalidades: domiciliar (familiar e não-familiar) e institucional.

Acompanhante Hospitalar de Pacientes (Portaria MS/GM nº 280, de 8 de abril de 1999) - Torna obrigatória nos hospitais públicos, contratados ou conveniados com o Sistema Único de Saúde - SUS, a viabilização de meios que permitam a presença do acompanhante de pacientes maiores de 60 (sessenta) anos de idade, quando internados.

Advertências e Recomendações sobre Usos de Medicamentos (Lei nº 8.926, de 9 de agosto de 1994) - Torna obrigatória a inclusão, nas bulas de medicamento, de advertências e recomendações sobre seu uso por pessoas com mais de 65 anos.

Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (Decreto nº 5.109, de 17 de junho de 2004) - Dispõe sobre a composição, estruturação, competências e funcionamento do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI). Este é um órgão colegiado de caráter deliberativo, integrante da estrutura básica da Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República, que tem por finalidade elaborar as diretrizes para a formulação e implementação da Política Nacional do Idoso, observadas as linhas de ação e as diretrizes conforme dispõe o Estatuto do Idoso, bem como acompanhar e avaliar a sua execução.

Fundo Nacional do Idoso (Lei nº 12.213, de 20 de janeiro de 2010) - Institui o Fundo Nacional do Idoso, destinado a financiar os programas e as ações relativas ao idoso com vistas em assegurar os seus direitos sociais e criar condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Além disso, autoriza as pessoas físicas e jurídicas a deduzirem do imposto de renda devido as doações efetuadas aos fundos municipais, estaduais e nacional do idoso.

Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa (Subsecretaria de Direitos Humanos, 2005) – O Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa é resultado do esforço conjunto do governo federal, do Conselho Nacional dos Direitos dos Idosos (CNDI) e dos movimentos sociais. Pretende estabelecer as estratégias sistêmicas de ação, revelando, assim, sua importância, tendo em vista o resultado do planejamento, organização, coordenação, controle, acompanhamento e avaliação de todas as etapas da execução das ações de prevenção e enfrentamento da violência contra a pessoa idosa.

Dia Nacional do Idoso (Lei nº 11.433, de 28 de dezembro de 2006) - Institui o dia 1º de outubro como o Dia Nacional do Idoso. Também determina que os órgãos públicos responsáveis pela coordenação e implementação da Política Nacional do Idoso fiquem incumbidos de promover a realização e divulgação de eventos que valorizem a pessoa do idoso na sociedade.

Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (Decreto nº 6.214, de 26 de setembro de 2007) - Regulamenta o Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social devido à pessoa com deficiência e ao idoso de que trata a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. O BPC, no valor de um salário mínimo mensal, é garantido à pessoa com deficiência e ao idoso, com idade de sessenta e cinco anos ou mais, que comprovem não possuir meios para prover a própria manutenção e nem de tê-la provida por sua família e que cumpram as condições determinadas no Decreto.