



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

Laércio Deleon de Melo

**O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO PARA
PESSOAS IDOSAS: ESTUDO DE REPRESENTAÇÕES
SOCIAIS E CRENÇAS DE ROKEACH**

Juiz de Fora
Janeiro- 2015

Laércio Deleon de Melo

**O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO PARA
PESSOAS IDOSAS: ESTUDO DE REPRESENTAÇÕES
SOCIAIS E CRENÇAS DE ROKEACH**

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

Área de Concentração: “Tecnologia, Cultura e Comunicação em Saúde e Enfermagem (TECCSE)”.

Linhas de Pesquisas: “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
Janeiro- 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

Deleon de Melo, Laércio

O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO PARA PESSOAS IDOSAS: ESTUDO DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E CRENÇAS DE ROKEACH

Laércio Deleon de Melo, 2015.

195 p. : il.

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

1. Enfermagem. 2. Envelhecimento. 3. Idoso. 4. Cultura. 5. Percepção social.

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

Esta pesquisa contou com o apoio de uma bolsa monitoria PROPG– UFJF da Universidade Federal de Juiz de Fora no período de novembro de 2013 a Janeiro/2015.

FOLHA DE APROVAÇÃO

LAÉRCIO DELEON DE MELO

O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO PARA PESSOAS IDOSAS: ESTUDO DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E CRENÇAS DE ROKEACH

Relatório de Pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu*, Mestrado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora para o processo de obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Juiz de Fora em: 27 de Janeiro de 2015.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Cristina Arreguy-Sena
Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal
de Juiz de Fora (FACENF-UFJF)

Assinatura: _____

Prof. Dr. Antônio Marcos Tosoli Gomes
Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual
do Rio de Janeiro (UERJ – Rio de Janeiro)
Primeiro avaliador

Assinatura: _____

Profa. Dra. Girlene Alves da Silva
Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal
de Juiz de Fora (FACENF – UFJF)

Assinatura: _____

Prof. Dr. Pedro Miguel Diniz Parreira
Escola Superior de Coimbra (Portugal)
Primeiro suplente do exterior

Assinatura: _____

Prof. Dr. Paulo Ferreira Pinto
Faculdade de Educação Física e Desportos da
Universidade Federal de Juiz de Fora (FAEFID-UFJF)
Segundo suplente

Assinatura: _____

Juiz de Fora- 2015

“Viver mais tempo implica em envelhecer... Maior longevidade não é um fatalismo ou uma ameaça; é uma vitória da humanidade e uma oportunidade de potencializar o ‘patrimônio imaterial’ que significa o contributo das pessoas mais velhas. Uma sociedade para todas as idades é criada na interação entre pessoas com diferentes biografias e talentos!!!”

AEEASG, 2012.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por tornar possíveis os meus sonhos e por me permitir ver que quanto mais eu me aproximo do saber, mais torna-se concreta minha certeza de Vossa Existência.

***Profa. Dra. Cristina Arreguy-Sena** pela sua sensibilidade e seu pensamento crítico, pela sua acolhida, por me receber de braços tão abertos. Por orientar-me com admirável competência. Pela sua dedicação e por acreditar na minha capacidade, sempre me incentivando a alçar vôos mais altos. Obrigado por ser um grande exemplo de enfermeira, docente, pesquisadora e pessoa, sendo um dos principais alicerces para a concretização de minhas conquistas enquanto enfermeiro e mestrando.*

Aos mestres:

Agradeço a todos os professores do Mestrado em Enfermagem pelos ensinamentos, e experiências compartilhadas.

Direção da Faculdade de Enfermagem da UFJF

*Agradeço a Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, representada pela diretora, **Profa. Dra. Girlene Alves da Silva**, e vice-diretora **Profa. Dra. Denise Barbosa de Castro Friedrich** e da atual direção **Profa. Dra. Denise Barbosa de Castro Friedrich** e **Profa. Dra. Zuleyce Maria Lessa Pacheco**.*

Coordenação do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem

*À **Profa. Dra. Anna Maria de Oliveira Salimena**, pelas dicas e valiosas contribuições em meu processo de aprendizagem; e vice - coordenadora **Profa. Dra. Rosangela Maria Greco**.*

Banca Examinadora do processo de defesa do anteprojeto

*Agradeço a todos os que compuseram a banca de defesa de projeto: **Profa. Dra. Cristina Arreguy-Sena**, **Dr. Pedro Miguel Diniz Parreira** e **Profa. Dra. Wanderléia Soeli Barros Zampier**; por terem aceitado prontamente ao convite e se dispuseram a participar da banca e fornecerem suas valiosas contribuições ao meu projeto de dissertação.*

Banca Examinadora do processo de qualificação

Agradeço a todos os que compuseram esta banca: Profa. Dra. Cristina Arreguy-Sena, Prof. Dr. Antônio Marcos Tosoli Gomes, Profa. Dra. Girlene Alves da Silva, Prof. Dr. Pedro Miguel Diniz Parreira, e Prof. Dr. Marcelo da Silva Alves, por terem aceitado o convite para participação nesta banca de exame de qualificação e fornecerem suas valiosas contribuições para o aprimoramento da minha dissertação.

Banca Examinadora do processo de Defesa do Relatório Final de Mestrado

Agradeço a todos os que compuseram esta banca: Profa. Dra. Cristina Arreguy-Sena, Prof. Dr. Antônio Marcos Tosoli Gomes, Profa. Dra. Girlene Alves da Silva, Prof. Dr. Pedro Miguel Diniz Parreira e Prof. Dr. Paulo Ferreira Pinto, por terem aceitado o convite para participação nesta banca de defesa do Relatório Final de Mestrado e fornecerem suas valiosas contribuições para o aprimoramento e finalização da minha dissertação.

*A **todos** que, das mais variadas formas, contribuíram direta ou indiretamente para a elaboração deste relatório final de Mestrado.*

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Á Deus, por me segurar em seus braços durante as provações, dando-me força e sabedoria para enfrentar todos os desafios.

Aos meus pais, especialmente minha mãe, Maria Aparecida, exemplo de força, dedicação e coragem, por ter-me ensinado a nunca desistir dos meus sonhos e me apoiar em tudo que faço.

Aos sujeitos desta pesquisa, sem cuja participação seria impossível a realização desta investigação.

O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO PARA PESSOAS IDOSAS: ESTUDO DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E CRENÇAS DE ROKEACH

Laércio Deleon de Melo

Orientadora: Profa. Dra. Cristina Arreguy-Sena

Melo, Laércio Deleon. **O Processo de Envelhecimento para Pessoas Idosas: Estudo de Representações Sociais e Crenças de Rokeach**. [Dissertação de Mestrado]. Juiz de Fora: Faculdade de Enfermagem, Mestrado em Enfermagem. Jan/2015, 195p.

RESUMO

Pesquisa de delineamento qualitativo que objetivou analisar as representações sociais e o sistema de crenças de Rokeach para o processo de envelhecimento para pessoas com idade ≥ 65 anos na perspectiva do cuidado de enfermagem. Fundamentada na Teoria das Representações Sociais na abordagem estrutural e processual para os termos indutores “pessoa ser idosa” e “pessoa ser envelhecida” e no sistema de crenças de Rokeach para concepções do processo de envelhecimento. Foram referenciais teóricos: políticas (inter)nacionais do processo do envelhecimento, legislação brasileira, teorias para o processo de envelhecimento humano; sistema de crenças de Rokeach; Teoria das Representações Sociais e Teoria do Cuidado Transcultural de Madeleine Leininger. Participaram desta investigação 93 sujeitos de ambos os gêneros, todos os graus de escolaridade e estado civil declarados, moradores da área de abrangência de uma Unidade de Saúde cobertura pelo PAC, que possuíam idade ≥ 65 anos, que concordaram em participar como voluntários não remunerados, externando sua aquiescência pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pós-informado. Programas NVivo e Evoc subsidiaram tratamento dos dados. Atendidos todos os requisitos éticos e legais de pesquisa envolvendo seres humanos. Foram elementos comuns aos dois núcleos centrais das representações sobre pessoa ser idosa e pessoa ser envelhecida os cognemas: avaliação de ser velho, avaliação da vida e idade chega, cujos conteúdos obtidos nas abordagens estrutural e processual permitiram identificação da ancoragem no conhecimento popular e científico. Identificaram-se 1.826 crenças, sendo 696 centrais e 1.006 periféricas, o que fez com que o eixo de centralidade/perifericidade tendesse à perifericidade. A análise dos conteúdos centrais do eixo de centralidade/perifericidade segundo Rokeach com os componentes nucleares da abordagem estrutural e processual da TRS possibilitou identificar aproximações para alguns conteúdos (“não poder fazer as coisas” e “não aguenta fazer as coisas”; o “valor da pessoa idosa e avaliação da pessoa ser idosa” com “avaliação de ser velho e idade chega”; “aprendizado de vida” com “experiência” e; “cuidado profissional” com “precisa de cuidador e cuidado”). A semelhança entre eles, obtida a partir de diferentes métodos, possibilitou identificar: crenças, comportamentos, atitudes, valores, informações, conhecimentos e posicionamentos dos sujeitos investigados a respeito do processo de envelhecimento, que são componentes fundamentais à estruturação do cuidado de enfermagem. A releitura dos resultados à luz da Teoria Transcultural de Leininger forneceu a esta investigação a argamassa capaz de reunir a aplicabilidade do sistema de crenças de Rokeach, das RS nas abordagens estrutural e processual e das políticas públicas com vistas à elaboração de reflexões sobre a atuação do enfermeiro no processo de planejamento do cuidado de enfermagem a pessoas em processo de envelhecimento. Esta investigação trouxe como contribuição um diagnóstico situacional direcionado a pessoas com idade ≥ 65 anos, moradoras de uma área de saúde coberta pelo PAC e que possuem vulnerabilidades (socioculturais e sociorrelacionais) e uma reflexão sobre formas distintas de apreender as respostas dos indivíduos a partir de referenciais teóricos, metodológicos, filosóficos, sociais e políticos de grupos socialmente constituídos para que pessoas em processo de envelhecimento sejam ativas e que isso se dê em consonância com o conceito ampliado de saúde.

Palavras-chave: Envelhecimento. Idoso. Cultura. Percepção social. Enfermagem.

THE PROCESS OF AGING FOR ELDERLY: REPRESENTATIONS OF SOCIAL STUDY AND BELIEFS ROKEACH

Laércio Deleon de Melo

Orientadora: Profa. Dra. Cristina Arreguy-Sena

Melo, Laércio Deleon. **The Process of Aging for Elderly: Representations of Social Study and Beliefs Rokeach.** [Dissertação de Mestrado]. Juiz de Fora: Faculdade de Enfermagem, Mestrado em Enfermagem. Jan/2015, 195p.

ABSTRACT

Qualitative design study which aims to analyze the social representations and the Rokeach belief system to the aging process for people aged ≥ 65 years in the nursing care perspective. Based on the Theory of Social Representations in the structural and procedural approach for inducing words "person is elderly" and "be aged person" and Rokeach belief system to conceptions of the aging process. Were theoretical frameworks: policy (inter) national of the aging process, Brazilian law theories to the process of human aging; Rokeach system of beliefs; Social Representations Theory and Theory of Transcultural Care of Madeleine Leininger. Participated in this investigation 93 subjects of both genders, all levels of schooling and declared marital status, living in the catchment area of a health unit coverage by the PAC, which had age ≥ 65 years, who agreed to participate as unpaid volunteers, expressing their consent by signing the Informed Consent (IC) post-informed. NVivo and Evoc programs subsidized processing of data. Met all legal and ethical requirements for research involving humans. Were elements common to the two central nuclei of representations of person is elderly and aged person is the cognemas: evaluation be old, evaluation of life and age arrives, the contents obtained in the structural and procedural approaches allowed anchoring of identification in the popular and scientific knowledge. We identified 1,826 beliefs, and 696 central and peripheral 1006, which caused the axis of centrality / peripherality tended to remoteness. The analysis of the central axis of the centrality / peripherality second Rokeach content with the core components of structural and procedural approach of TRS possible to identify approaches for some content ("can not do it" and "can not bear to do things"; the "value the elderly and evaluation of the person is elderly "with" assessment be old age arrives, "" life learning "to" experience "and," professional care "with" needs caregiver and care "). The similarity between them, obtained from different methods, enabled the identification of: beliefs, behaviors, attitudes, values, information, knowledge and attitudes of the subjects investigated about the aging process, which are key components to the structuring of nursing care. Rereading the results in light of Transcultural Theory of Leininger provided to this investigation mortar able to gather the applicability of Rokeach belief system, the RS in the structural and procedural approaches and public policies with a view to preparing reflections on the role of nurse in the process of nursing care planning for people in the aging process. This research brought as contribution a situational diagnosis aimed at people aged ≥ 65 years living in a health area covered by the CAP and have vulnerabilities (sociocultural and sociorrelacionais) and reflect on different ways of understanding the responses of individuals from the theoretical frameworks, methodological, philosophical, social and political socially constituted groups for people as they age are active and that it be given in line with the wider definition of health.

Keywords: Aging. Aged. Culture. Percepción Social. Nursing.

EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO DE MAYORES : REPRESENTACIONES DE ESTUDIO Y CREENCIAS SOCIAL ROKEACH

Laércio Deleon de Melo
Orientadora: Profa. Dra. Cristina Arreguy-Sena

Melo, Laércio Deleon. **El Proceso de Envejecimiento de Mayores: Representaciones de Estudio y Creencias Social Rokeach.** [Dissertação de Mestrado]. Juiz de Fora: Faculdade de Enfermagem, Mestrado em Enfermagem. Jan/2015, 195p.

RESUMEN

Estudio de diseño cualitativo que pretende analizar las representaciones sociales y el sistema de creencias Rokeach al proceso de envejecimiento de las personas ≥ 65 años de edad, en la perspectiva de la atención de enfermería. Basado en la Teoría de las Representaciones Sociales en el enfoque estructural y de procedimiento para inducir palabras "persona es de edad avanzada" y sistema de creencias y Rokeach "ser persona de edad" a las concepciones del proceso de envejecimiento. ¿Eran los marcos teóricos: la política (inter) nacional del proceso de envejecimiento, las teorías de derecho brasileñas en el proceso de envejecimiento humano; Rokeach sistema de creencias; Representaciones Sociales Teoría y Teoría Transcultural del Cuidado de Madeleine Leininger. Participaron en esta investigación 93 sujetos de ambos sexos, todos los niveles de escolaridad y declararon el estado civil, que viven en la zona de captación de una cobertura de la unidad de salud de la PAC, que tenía la edad ≥ 65 años, quien accedió a participar como voluntarios no remunerados, expresando su consentimiento mediante la firma del consentimiento informado (CI) de la informada. Programas de NVivo y Evoc subvencionados tratamiento de los datos. Cumplido todos los requisitos legales y éticos para los seres humanos de investigación implica. Elementos comunes a los dos núcleos centrales de las representaciones de persona Era es de edad avanzada y personas de edad son los cognemas: Evaluación ser viejo, la evaluación de la vida y la edad llega, los contenidos obtenidos en los enfoques estructurales y de procedimiento permitidos anclaje de identificación en el conocimiento popular y científica. Se identificaron 1.826 creencias y 696 central y periférico 1006, lo que provocó el eje de centralidad / periférica tendía a la lejanía. El análisis del eje central de la centralidad / periférica segundo contenido Rokeach con los componentes básicos del enfoque estructural y procesal de TRS posibles para identificar enfoques para algunos contenidos ("no puedo hacerlo" y "no puede soportar la idea de hacer las cosas"; el "valor los ancianos y la evaluación de la persona es de edad avanzada ", con " evaluación será la vejez llega ", aprendizaje de la vida "a la" experiencia "y" atención profesional "con" las necesidades del cuidador y cuidado "). La similitud entre ellos, obtenidos a partir de diferentes métodos, permitió la identificación de: creencias, comportamientos, actitudes, valores, información, conocimientos y actitudes de los sujetos investigados sobre el proceso de envejecimiento, que son componentes clave para la estructuración de los cuidados de enfermería. Releyendo los resultados a la luz de la Teoría transcultural de Leininger proporcionado a este mortero investigación capaz de reunir la aplicabilidad del sistema de creencias Rokeach, la RS en los enfoques estructurales y de procedimiento y políticas públicas con miras a la preparación de las reflexiones sobre el papel de enfermera en el proceso de planificación de la atención de enfermería para las personas en el proceso de envejecimiento. Esta investigación llevó como aporte un diagnóstico situacional dirigido a las personas de edad ≥ 65 años que viven en un área de salud cubiertos por la PAC y tienen vulnerabilidades (socioculturales y sociorrelacionais) y reflexionar sobre diferentes formas de entender las respuestas de los individuos de la marcos teóricos, grupos metodológicos, filosóficos, sociales y políticas socialmente constituidos para las personas a medida que envejecen son activos y que se le dé en línea con la definición más amplia de la salud.

Palabras-clave: Envejecimiento. Anciano. Cultura. Percepción Social. Enfermería.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE TABELAS

LISTA DE QUADROS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

1	APRESENTAÇÃO	01
2	ENQUADRAMENTO DO PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO	05
3	REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO	08
3.1	O FENÔMENO DO AGRISALHAMENTO E POLÍTICAS INTERNACIONAIS DO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO	08
3.1.1	Envelhecimento Ativo	10
3.1.2	Envelhecimento Bem-Sucedido	13
3.1.3	Ano europeu do envelhecimento ativo e da solidariedade entre gerações	15
3.2	O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO BRASILEIRO E OS CONTORNOS LEGAIS DA LEGISLAÇÃO	18
3.2.1	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa	21
3.2.2	Estatuto do Idoso	22
3.2.3	Atenção à saúde do idoso e linha guia proposta para o Estado de Minas Gerais	24
3.3	CONCEPÇÕES TEÓRICAS PARA ABORDAGEM DO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO HUMANO	28
3.4	O SISTEMA DE CRENÇAS DE ROKEACH	35
3.5	A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	39
3.6	A TEORIA DO CUIDADO TRANSCULTURAL DE MADELEINE LEININGER	46
4	OBJETIVOS E PRESSUPOSTOS	50
4.1	OBJETIVOS	50
4.1.1	Geral	50
4.2.2	Específicos	50
4.2	PRESSUPOSTOS	51
5	MÉTODOS E TÉCNICAS	52
5.1	ASPECTOS ÉTICOS	52
5.2	DELINEAMENTO	53
5.3	LOCAL	53
5.4	POPULAÇÃO, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO, EXCLUSÃO E RECRUTAMENTO	54

5.4	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	56
5.6	PROCESSO DE COLETA DE DADOS	57
5.7	CONSOLIDAÇÃO, TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS	60
6	RESULTADOS E DISCUSSÕES	67
6.1	CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA INVESTIGAÇÃO	67
6.2	PERCEPÇÕES DO PROCESSO DO ENVELHECIMENTO SEGUNDO O SISTEMA DE CRENÇAS DE ROKEACH	70
6.2.1	O sistema de Crenças de Rokeach	70
6.2.1.1	Crenças Primitivas de Consenso Unânime ou tipo A	71
6.2.1.2	Crenças Primitivas de Consenso Zero ou Tipo B	80
6.2.1.3	Crenças de Autoridade ou tipo C	83
6.2.1.4	Crenças Derivadas ou tipo D	85
6.2.1.5	Crenças Inconsequentes ou tipo E	90
6.3	REPRESENTAÇÕES SOCIAIS PARA “PESSOA SER IDOSA” E “PESSOA SER ENVELHECIDA” NAS ABORDAGENS: ESTRUTURAL E PROCESSUAL	94
6.3.1	Representações sociais segundo as abordagens: estrutural e processual com aproximação de métodos para “pessoas ser idosa”	94
6.3.2	Representações sociais segundo as abordagens: estrutural e processual com aproximação de métodos para “envelhecida”	110
6.4	POLÍTICAS (INTER)NACIONAIS DO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO: DETERMINANTES E PILARES DO ENVELHECIMENTO ATIVO	122
6.5	IMPLICAÇÕES DO SISTEMA DE CRENÇAS DE ROKEACH, DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E DAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O PLANEJAMENTO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM DE PESSOAS EM PROCESSO DE ENVELHECIMENTO	141
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	157
7	REFERÊNCIAS	160
	ANEXOS	170
	Anexo A: Instrumentos de Coleta de Dados Versão Aplicada	
	Anexo B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Pós-informado	
	Anexo A: Parecer Consubstanciado Emitido pelo CEP	

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Esquema ilustrativo dos determinantes do envelhecimento ativo	11
Figura 2	Esquema ilustrativo dos pilares do envelhecimento ativo	13
Figura 3	Eixos-chave que abrangem temas e conteúdos do AEEASG	17
Figura 4	Estrutura demográfica da pirâmide populacional brasileira 1992 e 2011	19
Figura 5	Esquema das concepções teóricas do processo de envelhecimento	29
Figura 6	Esquema representativo dos tipos de crenças de Rokeach (1968), usando analogia com um átomo	38
Figura 7	Estrutura Esquemática Explicativa da Teoria de Madeleine Leininger	47
Figura 8	Esquema explicativo do delineamento amostral	55
Figura 9	Desenhos elaborados para subsidiar a aplicação da TALPDI na representação social estrutural para os termos “pessoa ser idosa” e “pessoa ser envelhecida” entre pessoas com idade ≥ 65 anos	59
Figura 10	Esquema gráfico do quadro de quatro casas	62
Figura 11	Dendograma com esquema de forças de correlação entre os fatores determinantes do processo de envelhecimento na concepção de 89 sujeitos	122
Figura 12	Dendograma com esquema de forças de correlação entre os pilares do processo de envelhecimento na concepção de 89 sujeitos	134
Figura 13	Esquema explicativo de aproximações entre o conteúdo das Teorias das representações sócias segundo as abordagens: estrutural e processual, o sistema de Crenças de Rokeach e as explicações teóricas oferecidas pelas Teorias e Políticas Inter(nacionais) do Processo do envelhecimento	142
Figura 14	Dendograma com esquema de forças de correlação entre as categorias do sistema de crenças de Rokeach para o processo de envelhecimento na concepção de 89 sujeitos	144
Figura 15	Esquema explicativo da relação entre a enfermagem o cuidado Transcultural as pessoas em processo de envelhecimento, conforme os referencias teóricos adotados	153
Figura 16	Esquema explicativo da aplicabilidade dos referencias teóricos adotados para a enfermagem no planejamento das ações educativas e do cuidado de enfermagem aos sujeitos investigados	155

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização sociodemográfica dos 93 sujeitos investigados	67
Tabela 2	Caracterização das profissões dos 93 sujeitos investigados	69
Tabela 3	Componentes do sistema de crenças segundo Rokeach para o processo do envelhecimento entre 89 pessoas com idade \geq 65 anos	71

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Quadro esquemático contendo critérios adotados para definição da saturação dos dados, segundo categorias emergentes de acordo com referenciais adotados, código do sujeito na qual foi identificado, número de fragmentos extraídos de cada discurso e esquema de forças de correlações entre as categorias expressas pelo gráfico de círculo	65
Quadro 2	Quadro esquemático contendo critérios adotados para definição da saturação dos dados, segundo categorias emergentes de acordo com referenciais adotados, código do sujeito na qual foi identificado, número de fragmentos extraídos de cada discurso e esquema de forças de correlações entre as categorias expressas pelo gráfico de círculo	66
Quadro 3	Quadro de quatro casas contendo componentes e hierarquia das representações sociais de pessoas com ≥ 65 anos para “pessoa ser idosa”	95
Quadro 4	Quadro de quatro casas contendo componentes e hierarquia das representações sociais de pessoas com ≥ 65 anos para “pessoa ser envelhecida”	110
Quadro 5	Esquema para apresentação dos determinantes “serviços sociais e de saúde” identificados por pessoas com idade ≥ 65 anos, conforme os fragmentos de discursos dos sujeitos	123
Quadro 6	Esquema para apresentação dos determinantes “comportamentais” identificados por pessoas com idade ≥ 65 anos, conforme os fragmentos de discursos dos sujeitos	125
Quadro 7	Esquema para apresentação dos determinantes “pessoais” identificados por pessoas com idade ≥ 65 anos, conforme os fragmentos de discursos dos sujeitos	127
Quadro 8	Esquema para apresentação dos fatores determinantes relacionados ao “ambiente físico” identificados por pessoas com idade ≥ 65 anos, conforme os fragmentos de discursos dos sujeitos	129
Quadro 9	Esquema para apresentação dos fatores determinantes relacionados ao “ambiente social” identificados por pessoas com idade ≥ 65 anos, conforme os fragmentos de discursos dos sujeitos	130
Quadro 10	Esquema para apresentação dos fatores “econômicos” determinantes identificados por pessoas com idade ≥ 65 anos, conforme os fragmentos de discursos dos sujeitos	132
Quadro 11	Esquema para apresentação do pilar participação das pessoas com idade ≥ 65 anos conforme os tipos de atividades mencionadas nos discursos dos sujeitos	135

Quadro 12	Esquema para apresentação do pilar saúde, de pessoas com idade ≥ 65 anos, conforme fatores de risco comportamentais e ambientais para doenças crônicas, o declínio funcional e os fatores de proteção á saúde mencionadas nos discursos dos sujeitos	137
Quadro 13	Esquema para apresentação do pilar segurança, de pessoas com idade ≥ 65 anos, conforme cada tipo de segurança, mencionados pelos sujeitos da investigação	138
Quadro 14	Esquema comparativo do Quadro de quatro casas contendo os componentes e hierarquia das representações sociais de pessoas com ≥ 65 anos para “pessoa ser idosa” e “pessoa ser envelhecida”	147

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADT	Atendimento Domiciliar Terapêutico
AEEASG	Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações
AIVD's	Atividades Instrumentais de Vida Diária
AMB	Assistência ambulatorial Especializada
APS	Atenção Primária à Saúde
AVD's	Atividades de Vida Diária
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CRAI	Centro Referência em Atenção ao Idoso
DNA	Ácido Desoxirribonucléico
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FACENF	Faculdade de Enfermagem
HD/CE	Hospital Dia – Centro de Enfermagem
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IH	Internação Hospitalar
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
Mini-MEEN	Mine Exame do Estado Mental
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
OME	Ordem Média de Evocações
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAC	Programa do Agente Comunitário
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PSF	Programa Saúde da Família
QID	Quadrante Inferior Direito
QIE	Quadrante Inferior Esquerdo

QSD	Quadrante Superior Direito
QSE	Quadrante Superior Esquerdo
RL's	Radicais Livres
RNA	Ácido Ribonucléico
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TALP	Teste de Associação Livre de Palavras
TALPDI	Teste de Associação Livre de Palavras Desencadeado por Imagens
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TECCSE	Tecnologia, Cultura e Comunicação em Saúde e em Enfermagem
TNC	Teoria do Núcleo Central
TRS	Teoria das Representações Sociais
UAPS	Unidade de Atenção Primária a Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCP	Unidade de Cuidados Paliativos
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

1 APRESENTAÇÃO

Desde minha adolescência, quando ainda estava em processo decisório sobre qual profissão escolher, já me chamavam a atenção às relações pessoais que envolviam o ajudar o outro, mesmo que fosse por meio de uma conversa cujo teor versasse sobre algum problema de saúde ou não.

Mais tarde, quando escolhi o Curso de Enfermagem para ingressar, descobri que estas relações de ajudar o outro eram definidas como o processo de cuidar. A cada dia, o meu interesse e, por que não dizer, a vocação para a profissão ampliavam-se, fazendo-me sentir realizado enquanto pessoa e criando uma expectativa profissional que era construída com a minha aproximação com as experiências, conhecimentos e gosto pela profissão.

Durante a graduação, tive algumas disciplinas cujo enfoque retratava questões sociais, políticas, normativas, assistenciais e gerenciais, abordando dimensões do cuidado na perspectiva de atender às demandas de cada pessoa.

Ao tentar compreender a ligação entre cada disciplina e sua contribuição na minha formação, identifiquei como ponto comum o fato de meu olhar estar sempre voltado para a forma como cada pessoa reage e responde às situações do *continuum* saúde/doença.

Durante o período de formação, direcionei minha atenção para as atividades do cotidiano das pessoas que tive a oportunidade de conhecer. Estas situações eram vivenciadas por elas de forma distinta, permitindo apreender a dimensão individual de sua resposta diante das situações corriqueiras.

Pude perceber também que as respostas destas pessoas surgiam diante de situações reais, imaginárias, de vulnerabilidade, de bem-estar ou de promoção da saúde. Independentemente da forma como cada pessoa se expressava, era possível identificar suas necessidades e ver emergir em meio aos acontecimentos da vida o que elas faziam para se posicionar e se mostrar.

Do ponto de vista da formação de enfermeiros, estar atento às respostas apresentadas pelas pessoas oportuniza identificar quem são elas, como reagem e qual a influência do meio social e cultural sobre a forma de agir e pensar. Todas estas situações somente são passíveis de ser captadas quando aferidas a partir das ações, das expectativas, dos comportamentos e dos sentimentos daqueles de quem cuidamos.

Ao ingressar no mestrado, tive alguns desafios; nos quais o meu olhar, naquela ocasião, estava focado no cuidado com pessoas em situações de instabilidade hemodinâmica, em especial

aquelas situações que ocorriam nos cenários de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e a uma abordagem quantitativa. Este foco deveu-se à natureza de minhas experiências acadêmicas.

O meu ingresso no mestrado foi acompanhado por minha aproximação do grupo de pesquisa intitulado “Tecnologia, Cultura e Comunicação em Saúde e em Enfermagem” (TECCSE) da Faculdade de Enfermagem (FACENF) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).

Dentre os projetos discutidos naquela ocasião, no referido grupo estavam aqueles vinculados à linha de pesquisa “Processo de envelhecimento no *Continuum* do desenvolvimento humano”, no qual me inseri de imediato.

O enfoque era buscar entender como a sociedade encara o processo do envelhecimento e como ele é visto na dimensão das próprias pessoas com idade ≥ 65 anos, tendo em vista que o regime capitalista embute valores de competitividade; valoriza a capacidade para o trabalho, para a independência e para a autonomia funcional, e entre as pessoas em fase de envelhecimento estas características estão em fase de declínio.

Diante disso, captar a forma de percepção das pessoas que estão em processo cronológico de envelhecimento constituiu uma possibilidade capaz de retratar sua concepção a respeito dos comportamentos, atitudes, informações, conhecimentos, crenças e imagens passíveis de ser vinculadas em seus cotidianos.

Os conteúdos teóricos e os referenciais que subsidiaram as discussões naquela ocasião nas atividades do grupo de pesquisa me possibilitaram compreender a influência da mudança do perfil demográfico e do aumento progressivo de pessoas idosas na realidade brasileira como um cenário promissor para a atuação da enfermagem. Além do mais, o processo de envelhecimento tem suscitado inúmeros questionamentos acerca de como está sendo compreendido o processo de envelhecimento humano dentro da sociedade atual, e o posicionamento da enfermagem necessita ser contextualizado com as demandas de cuidados para a população.

Dentre as lacunas identificadas nas abordagens que estavam sendo realizadas no grupo de pesquisa, na ocasião, evidenciou-se a necessidade de um aprofundamento do processo do envelhecimento e das representações realizadas por pessoas com idade ≥ 65 anos e de qual seria uma possibilidade teórica capaz de permitir uma discussão dos pontos conceituais, informativos, valorativos, imagéticos e culturais passíveis de subsidiar reflexões e ações de enfermeiros.

O desejo de aproximar as experiências internacionais que estavam sendo vivenciadas no grupo de pesquisa com as da realidade brasileira fez da abordagem do processo do envelhecimento entre pessoas com idade ≥ 65 anos uma opção elegível e consensualizada como o próximo objeto de investigação a ser desenvolvido.

Neste sentido, a busca por uma abordagem qualitativa constituiu-se em outro desafio para mim, que, do ponto de vista de minha formação, contribuiria para meu crescimento e flexibilização de habilidades no campo das investigações.

Estar no grupo de pesquisa TECCSE-UFJF possibilitou-me uma aproximação do processo de envelhecimento, enquanto uma temática de investigação, e a percepção de que as pessoas idosas podem constituir um grupo socialmente contextualizado.

As razões que fundamentam tal argumentação foram o fato de eles: sofrerem a influência do impacto dos anos; terem reduzidas suas forças e potencialidades físicas; aposentarem-se, terem esta possibilidade ou se reinserirem em atividades ocupacionais; conviverem de forma progressiva com perda de contemporâneos e amigos; retratarem em seus comportamentos, conhecimentos, valores e imagens construídas dimensões sociais de crenças e de representações que foram construídas em seus contextos, vivências e experiências.

A reflexão do processo do envelhecimento à luz da atuação do enfermeiro possibilitou a elaboração das seguintes indagações: Qual é a percepção das pessoas com idade ≥ 65 anos para os anos de vida que se sucederão? Como elas percebem seus contemporâneos como pessoas envelhecidas ou idosas? Como será para elas ter 65 anos de idade ou mais? Elas se sentem envelhecidas ou idosas? Quais as imagens que as pessoas com idade ≥ 65 anos fazem de si mesmas na perspectiva da longevidade? A idade faz diferença para elas? A imagem que têm de pessoas com idade ≥ 65 anos corresponde à sua autoimagem? Qual é a concepção embutida na forma de conceber o processo de envelhecimento quando confrontado com as formas explicativas científicas deste processo? Haverá aproximação entre os conteúdos nucleares de representações sociais e de crenças quando abordadas sobre o processo do envelhecimento?

A amplitude da abordagem inicialmente pretendida visou compatibilizar a elaboração de um relatório de dissertação de mestrado com as potencialidades de sua realização a partir do empenho de esforços para sua conclusão em tempo hábil e que pudesse, ao mesmo tempo, responder à parte das indagações que surgiam naquela ocasião.

Na tentativa de compreender a perspectiva das pessoas idosas moradoras de uma cidade mineira cadastradas num serviço de uma unidade de saúde com cobertura do Programa de Agente Comunitário (PAC) sobre o processo do envelhecimento, busquei responder a algumas das indagações anteriormente mencionadas.

As decisões adotadas no grupo de pesquisa foram respaldadas pela possibilidade de se fazer uma aproximação da utilização da Teoria das Representações Sociais (TRS) com o sistema

de crenças proposto por Rokeach com vistas a instrumentalizar a apreensão do objeto de investigação e responder se estas abordagens metodológicas seriam capazes de se confirmarem.

Do ponto de vista teórico e metodológico, a utilização da TRS e do sistema de crenças de Rokeach subsidiaram o delineamento de um problema de investigação a partir das teorias e políticas (in)ternacionais do processo de envelhecimento a ponto de compreender quem são estas pessoas que estão envelhecendo, quais as concepções que possuem sobre o momento de vida em que se encontram e quais dimensões (ato social, de saúde, do corpo medicalizado, do contexto familiar e da dimensão econômica, entre outros) estão contidas em suas percepções e fazer reflexões sobre as demandas de cuidados e atuação da equipe de saúde e em especial do profissional enfermeiro sobre sua prática assistencial.

Cabe mencionar que a abordagem e estratégias utilizadas possibilitaram minha inserção na segunda linha de pesquisa no grupo TECCSE intitulada “Cultura e comunicação em saúde e em enfermagem” em consonância com a primeira linha de pesquisa intitulada “Processo de envelhecimento no *Continuum* do desenvolvimento humano”. Isso porque estudar crenças, atitudes e valores permite resgatar as concepções próprias sobre o processo de envelhecimento a partir de influências advindas das interações interpessoais e que foram construídas a partir das permutas realizadas, dos processos interativos vivenciados e das interpretações que (re)significam os conteúdos^{1; 2; 3}.

A possibilidade de me tornar integrante do grupo de pesquisa TECCSE tem possibilitado o compartilhamento de experiências com pesquisadores, mestrandos, residentes, enfermeiros e discentes do curso de graduação em Enfermagem e em Educação Física e a superação da solidão intelectual própria dos momentos de elaboração mental intensa e de construção de linhas de raciocínio e reflexões sobre uma temática.

Inicialmente, o desafio em que encontrei referiu-se a: 1) aprender a trabalhar com pessoas em processo de envelhecimento numa abordagem qualitativa; 2) captar conteúdos de crenças que alicerçam seus comportamentos e atitudes e identificar quais os elementos que integram a representação social que fazem a respeito de uma pessoa ser idosa ou envelhecida; 3) conciliar conhecimentos e práticas de investigação, mantendo o rigor científico requerido quando se pretende gerar conhecimento aplicável à enfermagem e; 4) adquirir conhecimento sobre a temática, a ponto de refletir com profundidade uma abordagem teórico/metodológica que se espera de um relatório de mestrado.

2 ENQUADRAMENTO DO PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO

A enfermagem, em sua prática clínica, tem evidenciado disposição numa busca permanente para a ampliação do *corpus* de conhecimentos que permitam contribuir tanto no campo científico quanto no social. Para isso, tem-se investido em pesquisas e inovações tecnológicas destinadas a aprimorar o exercício profissional; no qual a atenção à pessoa idosa e o atendimento às nuances do processo do envelhecimento merecem destaque, já que esse estrato populacional cresce de forma acelerada, exigindo por parte da enfermagem abordagens no cuidado cada vez mais complexas⁴.

Nos últimos anos, em todo o mundo, vêm ocorrendo notórias modificações nas condições econômicas, sociais e de saúde da população e, de forma subseqüentemente, na estrutura demográfica, acarretando um crescimento expressivo do percentual de pessoas com idade ≥ 65 anos^{5; 6}.

O processo de envelhecimento populacional constitui-se num dos triunfos conquistados pela humanidade, uma vez que isso representa um avanço na expectativa de vida e uma mudança no perfil de morbimortalidade. Como consequência para o século XXI, decorrente do processo de envelhecimento global, tem-se o aumento das demandas sociais e econômicas em todo o mundo⁶.

As previsões da Organização Mundial da Saúde (OMS) são de que, entre 1970 e 2025, haja um crescimento do número de pessoas idosas em torno de 223%, um total de aproximadamente 649 milhões de pessoas. A expectativa do número de pessoas idosas é de que possa alcançar dois bilhões até o ano de 2050, sendo que, deste total, 80% serão referentes aos residentes em países em processo de desenvolvimento^{6; 7; 8}.

O processo de envelhecimento nos países desenvolvidos e nos em desenvolvimento possui algumas diferenças. Enquanto nos desenvolvidos o processo de envelhecimento populacional ocorreu de forma lenta e associado à melhoria nas condições gerais de vida; nos demais países, esse processo ocorre de forma oposta, ou seja, de forma acelerada, sem que haja uma prévia reorganização social e das condições dos serviços de saúde disponíveis para atender às demandas⁷.

Outro diferencial dos países desenvolvidos é que a expectativa de vida ainda é superior à dos demais países, uma vez que as pessoas com mais de 80 anos, algo em torno de 69 milhões, vivem em sua maioria nas regiões desenvolvidas do mundo, tal fato pode ser representado pelo perfil de três por cento nos países desenvolvidos, enquanto que a proporção mundial é de apenas um por cento⁶.

O relatório elaborado pela Organização das Nações Unidas (ONU) afirmou que, em 2005, o percentual mundial de pessoas idosas equivalia a 11,7%. Entre os países que se encontravam na liderança com valores superando a 25% estavam: Japão, Itália, Alemanha, Suécia, Portugal, França, Suíça, Grécia e Espanha. O Brasil apareceu neste documento com percentual de 10%⁹.

O crescimento do quantitativo de pessoas idosas, acontecimento notório e consolidado mundialmente, consome inúmeros recursos e requer novas estratégias de enfrentamento que visem alcançar um processo de envelhecimento ativo, saudável, com autonomia e capaz de agregar qualidade nos anos vividos. Tal necessidade reflete-se em todos os âmbitos das esferas políticas brasileiras, sejam elas de nível federal, estadual ou municipal¹⁰.

Além do número expressivo de pessoas idosas, podem ser observados e considerados os diferentes tipos de processos de envelhecimento construídos por meio de trajetórias diversas, ora acompanhadas por diferentes níveis de comorbidades e doenças crônicas, ora por saúde e bem-estar¹¹. A heterogeneidade do grupo de pessoas idosas, seja em termos etários, de moradia ou socioeconômicos, acarreta demandas diferenciadas, o que influencia diretamente na formulação de políticas públicas de saúde¹².

Outro vértice a ser considerado é a distinção entre as alterações fisiológicas do processo do envelhecimento (senescência) e aquelas do envelhecimento patológico (senilidade), assim como os processos de envelhecimento ativo e bem-sucedido¹³. A senescência é caracterizada como processo fisiológico com transformações consideradas normais à medida que o envelhecimento progride, enquanto que a senilidade refere-se à presença de doenças crônico-degenerativas que podem acometer a saúde da pessoa idosa¹⁴.

Na realidade, observa-se que algumas pessoas idosas possuem uma participação ativa no contexto social e familiar, embora haja a tendência de se reproduzir imagens e concepções nas quais os conceitos do processo de envelhecimento estão atrelados a perdas, ao abandono e à aproximação da morte em detrimento das possibilidades de qualidade dos anos vividos⁴.

Esta etapa do ciclo de vida pode ser concebida como um processo de contínuas perdas, com idosos relegados ao abandono e ausência de papéis sociais, em virtude do contato direto destes, de seus familiares e contexto social com as limitações e dependências subsequentes ao fato de ser idoso e estar em processo de envelhecimento⁴.

Na maioria dos países, a idade mínima estabelecida como critério de classificação de uma pessoa idosa é de 65 anos, porém, no Brasil, é de 60 anos, estabelecida pelos contornos legais relacionados à abordagem das pessoas idosas vigentes no país^{9; 15}. Posto isso, nesta investigação, a composição amostral se deu somente com pessoas com idade \geq 65 anos, tendo como principal

fundamento dados sociopolíticos pertencentes às evidências científicas internacionais, sem desconsiderar a relatividade e a subjetividade brasileira.

As peculiaridades das pessoas com idade ≥ 65 anos, enquanto grupo socialmente constituído, baseiam-se em sua história de vida, grau de independência funcional e demanda para cuidados e serviços de saúde em níveis variados. Todos necessitam de uma avaliação pautada no conhecimento do processo de envelhecimento e suas peculiaridades, adaptada à realidade sociocultural cotidiana deste grupo social¹².

Portanto, a diferenciação que possa existir entre as concepções, de uma “pessoa ser idosa” e “ser envelhecida”, assumem um papel a ser investigado, na perspectiva do processo de envelhecimento, uma vez que elas podem favorecer o esclarecimento de como o modelo das interações pessoais e sociais ocorre e quais as demandas que cuidados que apresentam⁴.

Nesse prisma, enfoca-se a necessidade da obtenção de conhecimentos referentes às concepções das pessoas com idade ≥ 65 anos, em relação ao fato de uma “pessoa ser idosa” ou “pessoa estar envelhecida”. Este grupo social apresenta comportamentos e atitudes que revelam sentimentos e crenças marcados por traços de preconceitos, estereótipos sobre o processo de envelhecimento.

Diante do exposto, o objeto desta investigação foi às representações sociais e o sistema de crenças de Rokeach para o processo de envelhecimento de pessoas com idade ≥ 65 anos na perspectiva do Cuidado Transcultural de Madeleine Leininger.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

A presente investigação está alicerçada nas seguintes concepções: o fenômeno do agrisalramento e políticas internacionais do processo do envelhecimento; o processo de envelhecimento brasileiro e os contornos legais da legislação; concepções teóricas para abordagem do processo de envelhecimento humano; o sistema de crenças de Rokeach, a Teoria das Representações Sociais e a Teoria do Cuidado Transcultural de Madeleine Leininger.

3.1 O FENÔMENO DO AGRISALHAMENTO E POLÍTICAS INTERNACIONAIS DO PROCESSO DO ENVELHECIMENTO

A longevidade surge como consequência de avanços no sistema de saúde, melhorias das condições gerais de vida, descoberta de novos medicamentos, somadas às intervenções estratégicas modernas de diagnóstico e cirurgias, que possibilitam o controle e tratamento de doenças infectocontagiosas e crônico-degenerativas, modificando-se os contornos da expectativa de vida¹⁴, com repercussão direta sobre o perfil da pirâmide populacional^{6; 12}.

O envelhecimento é um processo natural e progressivo, que caracteriza uma etapa da vida, composto por diversas alterações físicas, mentais e sociais, decorrentes do desgaste das estruturas corporais, psíquicas e cognitivas^{9; 14}.

O envelhecimento foi definido pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) como: “processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os seres de uma espécie”^{7; 9}. Já o Ministério da Saúde (MS) define o envelhecimento como: “mudança na estrutura etária populacional, com aumento do número relativo das pessoas acima de uma determinada idade, considerada como definidora do início da velhice”¹².

O envelhecimento é estabelecido por um processo sociovital multifacetado, ao longo do curso de vida¹¹. Enquanto etapa sequencial da vida, ele apresenta-se num processo lento, dinâmico, progressivo e inevitável, que envolve um conjunto de alterações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, determinantes da perda progressiva da capacidade de adaptação ao contexto social^{5; 14; 16}, e o surgimento de vulnerabilidades devido à incidência dos processos patológicos associados¹⁴.

Ele ocorre logo após as fases de desenvolvimento e estabilização, geralmente começa a se tornar perceptível após alterações estruturais e funcionais, o que começa a ser detectado ao final da terceira década de vida¹³.

A percepção e visibilidade deste processo estão sujeitas a influências intrínsecas, como a constituição genética individual responsável pela longevidade e por fatores extrínsecos condizentes às exposições ambientais, que ocasionam diversidades no processo e heterogeneidades¹⁴.

O declínio das funções orgânicas relaciona-se de forma direta com a progressão do envelhecimento, tendo ritmos variáveis entre órgãos, da mesma forma que entre pessoas idosas da mesma idade. Essas diferenças podem estar correlacionadas às condições desiguais de vida e de trabalho, a que cada pessoa foi ou está sendo submetida⁵. Desta forma, o processo do envelhecimento apresenta-se circunscrito em contextos sociais, políticos e individuais diversos¹¹.

Como caracterizações visual do processo do envelhecimento destacam-se: embranquecimento dos cabelos e/ou calvície; redução na estatura e conformação facial da pessoa idosa (aumento do diâmetro do crânio, amplitude do nariz e orelhas)¹⁴.

Ocorre ainda a redução da espessura e perda da capacidade de sustentação da pele; alterações na cavidade bucal como a perda dos dentes e paladar; são observadas ainda mudanças na composição corpórea (aumento do tecido adiposo e redução dos tecidos musculares e ósseos), geralmente marcada por ganho de peso¹⁴.

Este conjunto de alterações fisiológicas e as condições patológicas que podem surgir com o passar dos anos corroboram para explicar a dependência progressiva, traduzindo-se numa necessidade de ajuda que é indispensável para a realização de atividades cotidianas elementares. Tal dependência é um processo dinâmico, cuja evolução pode ser modificável, prevenida ou reduzida, desde que haja uma rede de apoio com enfoque no ambiente e no provimento de assistência individualizada⁵.

Além da dependência, evidencia-se ainda a fragilidade em que muitas pessoas idosas podem se encontrar. Para se considerar uma pessoa idosa em situação de fragilidade, é estabelecido como critério: viver em Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), encontrar-se acamado, ter sido hospitalizado recentemente por qualquer razão, apresentar doença causadora de iatrogenias e/ou encontrar-se com pelo menos uma incapacidade funcional básica, ou viver em situação de violência doméstica. Por critério etário, é considerada frágil a pessoa com idade superior a 75 anos^{12;17}.

O processo de envelhecimento deve estar atrelado à qualidade de vida, manutenção da autonomia e participação social. Investigações científicas até o momento buscam uma modificação

de conceito no qual este processo seja visto como uma fase do ciclo vital a ser vivida como qualquer outra, marcada por virtudes e desafios. Envelhecer não deve ser considerado sinônimo de doença, inatividade ou involução¹¹.

A saúde deve ser vista a partir de uma perspectiva ampla, resultante de um trabalho intersetorial e transdisciplinar de promoção de modelos de vidas saudáveis em todas as fases da vida, conforme proposta da Política de Envelhecimento Ativo. Cabe aos profissionais de saúde e/ou enfermeiros lidar com os desafios de um envelhecimento bem-sucedido, com um idoso ativo, conforme suas peculiaridades, inserido nos contextos familiar e social, como afirmado na Declaração da OMS sobre Envelhecimento e Saúde de 1996⁶.

Investigar a representação social e o sistema de crenças de Rokeach das pessoas com idade ≥ 65 anos sobre o processo do envelhecimento, da “pessoa ser idosa” e da “pessoa ser envelhecida”, pode constituir-se numa contribuição capaz de redimensionar o impacto do fenômeno de agrisalamento e proporcionar aporte científico para a compreensão de sentimentos, crenças, comportamentos e atitudes apresentados pelas pessoas com idade ≥ 65 anos nesta etapa de suas vidas.

Tal fato pode corroborar ainda como justificativa para a implementação de programas e práticas de saúde que visem à promoção do envelhecimento saudável, em termos de proporcionar a participação social da pessoa idosa e redução de custos relacionados ao processo de cuidar⁵.

3.1.1 Envelhecimento Ativo

Desde a década de 1980, vêm sendo tomadas diversas iniciativas internacionais, visando à valorização da possibilidade de se considerar o envelhecimento como um processo positivo, concebido como uma fase da vida para se exercer o bem-estar, o prazer e a qualidade de vida¹¹.

A abordagem do envelhecimento ativo baseia-se no reconhecimento dos direitos humanos das pessoas com idade ≥ 65 anos e nos princípios estabelecidos pela ONU: independência, participação, dignidade, assistência e autorrealização⁶.

A política do envelhecimento ativo foi proposta pela OMS em 2002 e traduzida como política brasileira em 2005. Enfatiza que “envelhecer bem não é apenas uma questão individual, e sim um processo que deve ser facilitado pelas políticas públicas e por iniciativas sociais e de saúde no decorrer do ciclo vital”⁶.

A priori, a criação da política parte do pressuposto de que, para se envelhecer de forma saudável e bem-sucedida, é preciso aumentar as oportunidades para que as pessoas idosas

possam adotar estilos de vida saudáveis, tendo o controle do próprio *status* de saúde. Tal política aplica-se tanto na dimensão individual quanto a grupos populacionais⁶.

São termos importantes enquanto objetivos desta política: autonomia, independência, qualidade de vida e expectativa de vida saudável, mesmo nos casos em que já esteja instalado algum grau de comprometimento da capacidade funcional⁶.

Em sua definição proposta pela OMS, o envelhecimento ativo é concebido como “processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas”^{6; 11; 18; 19}.

Esta concepção está relacionada à manutenção da capacidade funcional; assistência às necessidades de saúde da pessoa idosa; reabilitação da capacidade funcional comprometida; capacitação de recursos humanos especializados, apoio ao desenvolvimento de cuidados cotidianos e pesquisas que visem à promoção do envelhecimento saudável^{6; 17}.

Esta política ressalta que o governo, as organizações internacionais e a sociedade civil devem implementar políticas e programas que melhorem a saúde, a participação e a segurança da pessoa idosa.

A política aponta como fatores “determinantes do envelhecimento ativo” os apresentados de forma esquemática na **figura 1**, os quais envolvem a pessoa idosa, seus familiares, a sociedade e os países⁶.

Figura 1: Esquema ilustrativo dos determinantes do envelhecimento ativo. Juiz de Fora, Jan/2015.



Fonte: OPAS, 2005, p.19.

A política de envelhecimento ativo permite que a pessoa idosa perceba o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental. Pode estimular a participação social de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades, ao mesmo tempo em que lhe são ofertados proteção, segurança e cuidados conforme necessidade⁶.

A cultura e gênero aparecem como fatores determinantes transversais. A cultura modela a forma de envelhecer, influencia todos os outros fatores determinantes. Através do gênero, há a adequação de várias opções políticas e o efeito destas sobre o bem-estar de homens e mulheres com 65 anos ou mais de idade⁶. Os outros determinantes descritos pela política são: 1) referentes aos serviços sociais e de saúde; 2) determinantes comportamentais; 3) determinantes pessoais; 4) ambiente físico; 5) determinantes sociais e 6) determinantes econômicos.

Através da identificação e promoção de tais determinantes, a perspectiva é de que, a partir desta política, haja um aumento da expectativa de vida de forma saudável e com qualidade de vida, mantendo a pessoa idosa ativa e integrada a questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativa^{6; 17; 18}.

A qualidade de vida no processo de envelhecimento excede os limites da responsabilidade individual, devendo ser vista na perspectiva de múltiplos aspectos que considerem a interação entre pessoas que estão em processo de mudança, vivendo em sociedade com hábitos, comportamentos e uma história familiar, socialmente contextualizada¹¹.

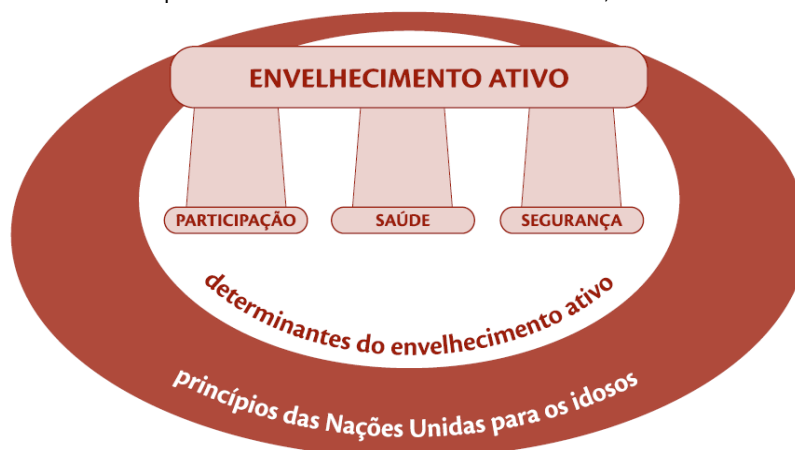
Os alicerces para a estruturação de uma política que alcance impacto sobre a qualidade de vida de pessoas idosas precisam considerar: 1) a carga dupla de doenças que ocorrem em concomitância e que é progressiva à medida que os anos passam; 2) o aumento do risco para adquirir deficiências; 3) as dificuldades na provisão de cuidados a este segmento populacional; 4) a feminilização do envelhecimento; 5) os aspectos relacionados à ética e à iniquidade; 6) as implicações socioeconômicas e 7) a criação de um novo paradigma, capaz de perceber as pessoas idosas como sujeitos ativos de uma sociedade que promova a articulação intergeracional; que não desconsidere as potencialidades da pessoa idosa em contribuir com sua experiência para a manutenção dos costumes⁶.

As principais propostas e metas desta abordagem versam sobre o planejamento e as intervenções voltadas para as necessidades/dificuldades/limitações identificadas em cada um dos três pilares cuja abrangência pode envolver todas as faixas etárias ou estar direcionada para aquelas mais vulneráveis⁶.

A estrutura da política destinada à abordagem das pessoas idosas sustenta-se em três pilares: saúde, participação e segurança (**Figura 2**) cujo enfoque precisa contemplar ações

intersetoriais para que se alcance em médio e longo prazo os resultados preconizados pela ONU, ou seja, a independência, a participação, a assistência, a autorrealização e a dignidade⁶.

Figura 2: Esquema ilustrativo dos pilares do envelhecimento ativo. Juiz de Fora, Jan/2015.



Fonte: OPAS, 2005, p.19.

A pessoa idosa deve participar como um agente produtor de saúde. Ela deve integrar grupos operativos em atividades relacionadas à prevenção, promoção, manutenção e ao tratamento das diferentes comorbidades¹³. Um estilo de vida ativo e socialmente engajado é benéfico e constitui parte das perspectivas teóricas abordadas no processo de envelhecimento bem-sucedido¹⁸.

3.1.2 Envelhecimento Bem-Sucedido

O processo de envelhecimento envolve múltiplos fatores individuais, sociais e ambientais, determinantes e modificadores da saúde. Envelhecer com saúde refere-se a um conceito pessoal cujo planejamento deve ser focalizado na história de vida, atributos físicos e expectativas individuais, constituindo-se, portanto, numa jornada contínua e não num fim.

O envelhecimento bem-sucedido contempla quatro componentes: a) físico: saúde física, capacidade funcional, capacidades de autocuidado, não envolvimento com fatores de risco como álcool e tabaco, além da realização de atividades físicas; b) social: engajamento em atividades de lazer e trabalho, satisfação com a carreira, suporte social, convívio satisfatório com amigos e família e pensão adequada; c) emocional: satisfação com a vida geral e saúde e d) pessoal: ter atitudes favoráveis ao envelhecimento, senso de controle e motivação para transmitir conhecimentos às pessoas mais jovens^{18: 19}.

O envelhecimento bem-sucedido envolve três fatores: engajamento ativo; manutenção de um nível favorável de habilidades funcionais e cognitivas com redução significativa do número de doenças e hábitos de vida saudáveis^{11; 19}. A inter-relação entre estes se manifesta pela integridade das funções físicas e mentais, que atuam como potencial para a realização de atividades sociais, envolvendo relações interpessoais e atividades produtivas¹⁹.

O engajamento ativo corresponde à manutenção das relações sociais e das atividades produtivas¹⁸. Para isso devemos considerar a interação dos fatores: saúde física e mental, independência de vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica¹¹.

Como resultado da interação destes fatores, pode ser observada a sensação de bem-estar, que envolve ainda: perspectiva de longevidade; altos níveis de satisfação com a vida; controle de dimensões sociais; senso de produtividade; participação e realização de atividades; eficácia cognitiva; *status* social; recursos econômicos; nível educacional; ausência de doenças crônicas, além da continuidade dos papéis familiares e ocupacionais^{11; 19}.

O bem-estar torna-se, portanto, algo dinâmico, complexo e subjetivo, enquanto critério primordial para o envelhecimento bem-sucedido, destacada a importância da prevenção da morbidade até o ponto mais próximo do processo de finitude¹⁹.

Apresenta-se como uma exceção a este processo o fato de que parte das pessoas idosas se encontra no limite da capacidade funcional, havendo necessidade de planejamento e operacionalização de medidas que tornem efetivas as intervenções para redução da prevalência de fragilidade e mortalidade psicológica, caracterizada por perdas da identidade, autonomia e senso de controle¹⁹.

Sendo assim, o bem-estar e a qualidade de vida para a pessoa idosa apresentam-se como constructos complexos, multifatoriais que envolvem múltiplas variáveis, associadas tanto às dimensões individuais quanto coletivas do processo de envelhecimento¹¹.

Desse modo, o envelhecimento bem-sucedido está associado a uma mudança ideológica que não considere esta fase da vida como sinônimo de perda, doença, inatividade ou algo contrário ao desenvolvimento¹⁶.

O Relatório *Healthy People 2000* divulgado pela OMS enfatiza em seus objetivos: aumentar os anos de vida saudável, reduzir disparidades na saúde entre diferentes grupos populacionais e assegurar o acesso a serviços preventivos de saúde¹².

O objetivo dos profissionais de saúde e/ou enfermeiros deve estar voltado para a promoção da saúde e bem-estar nesta fase da vida, referindo-se ao envelhecimento saudável, produtivo, ativo ou bem-sucedido, sem perder de vista o foco unificador e gerador de tal demanda, a pessoa idosa⁷.

O paradigma da política de envelhecimento ativo adotado pela OMS no final da década de 90 pode ser entendido como processo de cidadania plena, em que se otimizam oportunidades de participação, saúde, segurança e qualidade de vida à medida que as pessoas vão envelhecendo. Nesta concepção, há uma mudança de forma de conceber a pessoa idosa e sua inserção social, com tendência para que ela saia da condição de ser um agente passivo e receptivo de cuidados elaborados a partir de necessidades básicas identificadas e assuma uma condição proativa, capaz de atuar em seu contexto político e contribuir para mudanças positivas da sociedade²⁰.

3.1.3 Ano europeu do envelhecimento ativo e da solidariedade entre gerações

Para que o processo de envelhecimento aconteça de forma ativa, exige-se uma abordagem multidimensional, que constitui um desafio para toda a sociedade, implicando a responsabilização e a participação de todos, no combate à exclusão social e à discriminação e na promoção da igualdade entre homens e mulheres e da solidariedade entre as gerações²⁰.

Os ganhos em anos de vida, ou seja, o aumento na expectativa de vida mundial, produzem alterações na existência humana, presente e futura, e exigem novos comportamentos, estilos de vida, expectativas e valores, que despertam um questionamento sobre representações sociais estereotipadas e para se ter em conta a explosão de singularidades, no âmbito do direito inclusivo²⁰.

Conforme panorama mundial, temos, por um lado, pessoas idosas autônomas, que participam ativamente na vida familiar, comunitária e social, por outro, há pessoas que estão condicionadas a situações de pobreza, incapacidade, doença e/ou isolamento²⁰.

As iniciativas com o intuito de reverter ou minimizar esta realidade devem abranger diferentes dimensões e a proteção social deve, prioritariamente, responder às situações de vulnerabilidade relacionadas a condições que envolvem conceito ampliado de saúde²⁰.

O fenômeno do processo de envelhecimento demográfico e a imposição do segmento populacional das pessoas idosas emergem, portanto, como um desafio às medidas políticas vigentes, assumindo lugar de destaque nas agendas sociais e políticas, com importância reconhecida pela Assembleia Geral das Nações Unidas na óptica do “envelhecimento ativo”²⁰.

A visão veiculada ao processo de envelhecimento ativo implica uma atitude pessoal de otimismo perante a vida. Mas também exigirá medidas de capacitação das pessoas mais velhas e seus familiares e, por outro lado, responsivas às suas situações eventuais de vulnerabilidade social. Há uma necessidade de adequação das iniciativas públicas e privadas dos países para dar resposta aos desafios do processo de envelhecimento demográfico e ao perfil das necessidades,

capacidades e expectativas das pessoas idosas; também é preciso alcançar a sustentabilidade dos sistemas e mecanismos formais/informais, nacionais e locais que visem à proteção social²⁰.

No processo de adequação, devem-se considerar dimensões como: a) o reforço da atuação das famílias; b) o reforço das relações intergeracionais; c) a valorização da inserção da pessoa idosa na sociedade por mecanismos que favoreçam a participação ativa e o exercício dos seus direitos; d) a facilitação do acesso e manutenção no mercado de trabalho; e) o investimento na aprendizagem ao longo da vida; f) a promoção do voluntariado social; g) a permanência no meio habitual de vida, o mais tempo possível; h) ampliação da prevenção e cobertura das situações de dependência²⁰.

O envelhecimento ativo e uma sociedade para todas as idades foram traçados como objetivos orientadores de políticas inovadoras para responder ao processo de envelhecimento demográfico em 2002 na II Assembleia Mundial das Nações Unidas realizada em Madrid. Desse modo, o envelhecimento ativo e a solidariedade intergeracional passaram a ser considerados elementos-chave da coesão social, contribuindo para a qualidade de vida à medida que as pessoas vão envelhecendo²⁰.

A Europa uniu-se pela sustentabilidade da coesão social e proclamou 2012 como o ano simbólico da promoção do envelhecimento ativo e da solidariedade entre as gerações. Neste contexto, o Parlamento Europeu e a Comissão Europeia proclamaram 2012 como o “Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre as Gerações” (AEEASG), através da Decisão n.º 940/2011/UE do Parlamento Europeu, de 14 de setembro de 2011 e da Resolução do Conselho de Ministros n.º 61/2011, de 22 de dezembro²⁰.

Os objetivos apresentados pelo Ano Europeu foram: a) Sensibilizar a opinião pública para o valor do envelhecimento ativo nas suas diversas dimensões; b) Estimular o debate e o intercâmbio de informações e desenvolver a aprendizagem mútua entre Estados-Membros e as várias partes interessadas; c) Propor um quadro de compromisso e de ação concreta para que a União, os Estados-Membros e as partes interessadas possam elaborar soluções, políticas, estratégias e iniciativas de longo prazo inovadoras, sustentadas e duradouras; d) Promover atividades de luta contra a discriminação em razão da idade, superando estereótipos e eliminando obstáculos, como a empregabilidade²⁰.

Promover o envelhecimento ativo significa criar melhores oportunidades para que as pessoas envelhecidas desempenhem o seu papel no mercado de trabalho; combater a pobreza, sobretudo das mulheres, e a exclusão social; encorajar o voluntariado e a participação ativa na vida familiar e na sociedade e incentivar o envelhecimento com dignidade²⁰.

O objetivo global do AEEASG é contribuir para facilitar a criação de uma cultura de envelhecimento ativo na Europa, retomando o lema do Ano Internacional das Pessoas Idosas de 1999, “Uma sociedade para todas as idades”, e com os olhos postos também no tema do próximo ano europeu, a “Cidadania”²⁰.

O AEEASG possui como missão: contribuir para uma cultura de envelhecimento ativo numa sociedade europeia construída por e para todas e todos; e como visão proposta até o ano de 2013: a) sensibilizar para as oportunidades e desafios do envelhecimento demográfico e assumir os compromissos de mudança resultantes deste processo; b) pôr as pessoas a refletir e a falar sobre o contributo das pessoas idosas na sociedade, a diversidade na velhice e o potencial que há na solidariedade intergeracional; c) envolver e valorizar os vários agentes, através de políticas e outras iniciativas favoráveis às pessoas a envelhecer, que são os adultos que criam melhores oportunidades de envelhecimento ativo e o diálogo entre as gerações²⁰.

As iniciativas no âmbito do AEEASG foram enquadradas em cinco eixos-chave que abrangem temas e conteúdos destinados ao ano de 2012 dedicado ao envelhecer e à cooperação intergeracional (**Figura 3**).

O AEEASG apresenta como critérios transversais: o direito à identidade; a igualdade de gênero; a não discriminação em razão da idade; a acessibilidade, em especial para pessoas idosas com deficiência; a orientação para a inovação e boas práticas e a preferência pelo trabalho em rede e por parcerias²⁰.

Figura 3: Eixos-chave que abrangem temas e conteúdos do AEEASG. Juiz de Fora, Jan/2015.



Fonte: AEEASG, 2012, p.12.

O Programa de Atividades foi preparado e elaborado num contexto de participação e consulta de vários agentes sociais, orientados para as prioridades e objetivos do AEEASG. Estrutura-se à volta de cinco eixos operativos já identificados, a saber: 1) emprego, trabalho e

aprendizagem ao longo da vida; 2) saúde, bem-estar e condições de vida; 3) solidariedade e diálogo intergeracional; 4) voluntariado e participação cívica e 5) conhecimento e sensibilização social²⁰.

Após apresentação do processo de agrisalamento e políticas internacionais do processo de envelhecimento, apresentam-se, no capítulo a seguir, o processo de envelhecimento brasileiro e os contornos legais da legislação.

3.2 O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO BRASILEIRO E OS CONTORNOS LEGAIS DA LEGISLAÇÃO

Embora 65 anos ou mais de idade seja o atributo usado para identificar uma pessoa idosa nos países desenvolvidos; no Brasil, a referência ainda é a partir dos 60 anos de idade.

O modelo demográfico brasileiro apresenta um aumento absoluto e relativo da população com 60 anos de idade ou mais. Estima-se que a população brasileira alcance até o ano de 2020 a média de 75,5 anos de idade^{16; 21}.

O Brasil iniciou o processo de envelhecimento populacional de forma perceptível na década de 60, atualmente acompanha a tendência mundial em um processo rápido e intenso¹⁴. Conforme projeções estatísticas da OMS para o período de 1950 a 2025, quanto ao perfil epidemiológico, o grupo de pessoas idosas brasileiras deverá ter aumentado em quinze vezes, enquanto na população total será de apenas cinco vezes. Isso equivale atualmente há, aproximadamente, 20 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2011^{7; 9}.

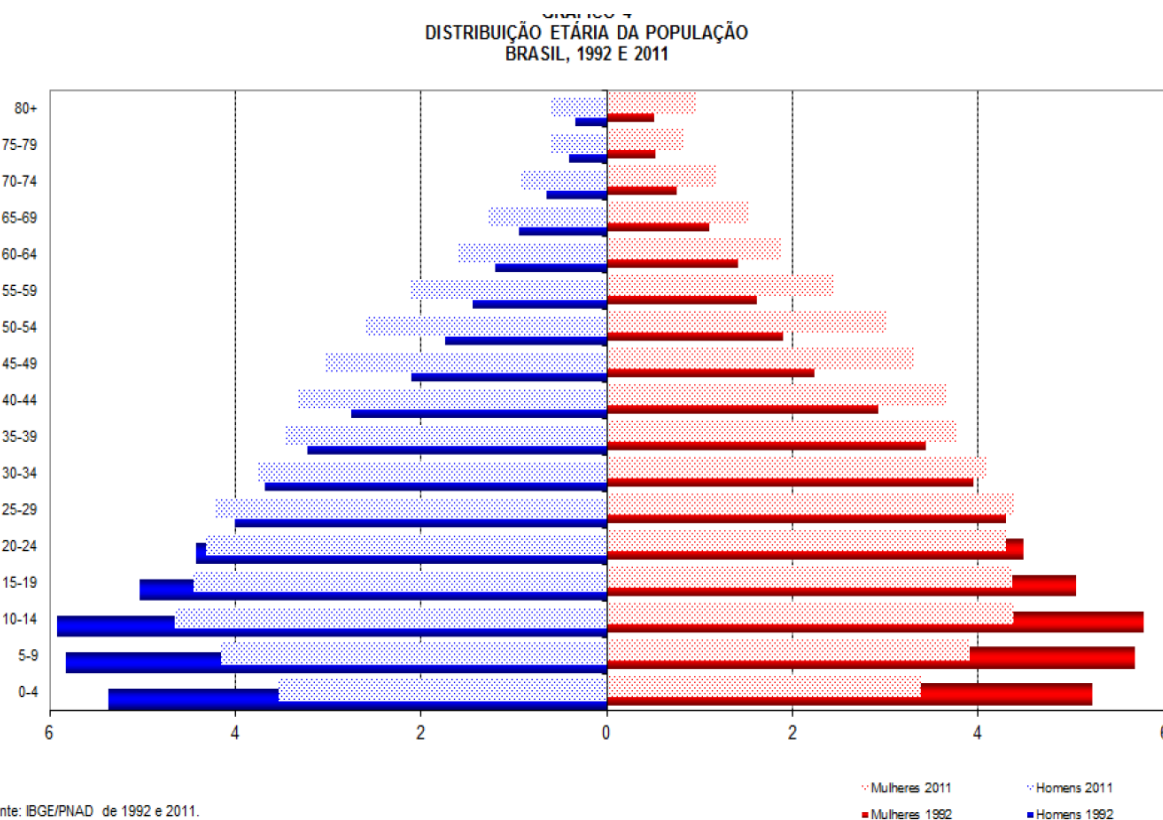
A partir das perspectivas de crescimento populacional apresentadas até o momento para as pessoas com idade ≥ 60 anos, o Brasil, em 2025, estará ranqueado como a sexta maior população de pessoas idosas do mundo, com uma proporção de 14,1% da população total, o que significará, em números absolutos, cerca de 32 milhões de pessoas idosas^{5; 6; 9; 13}.

Em 2006, o número de pessoas com 80 anos de idade ou mais já representava em torno de 12,6% do total de pessoas idosas brasileiras, essa proporção faz com que haja uma heterogeneidade deste segmento da população, no qual há um grupo pessoas em pleno vigor físico e mental e outro em situações variáveis de vulnerabilidade¹².

No Brasil, assim como em outros países, as transformações no padrão etário populacional ocorreram, com certo impacto, a partir da década de 80, quando a pirâmide populacional tipicamente triangular e de base alargada transformou-se numa de base estreita e com vértice largo, fato característico de uma sociedade em processo de envelhecimento acelerado^{7; 22; 23}.

O IBGE apresentou a nova pirâmide populacional com dados referentes aos anos 1992 e 2011 (Figura 4).

Figura 4: Estrutura demográfica da pirâmide populacional brasileira 1992 e 2011. Juiz de Fora, Jan/2015.



Fonte: IBGE. *Síntese de Indicadores Sociais*, 2010.

O Estado de Minas Gerais, com total absoluto de 20.088 pessoas idosas, possui em média 44,1% de homens e 55,9% de mulheres entre as pessoas de 60 a 65 anos de idade; a proporção de mulheres ganha destaque em consonância com a expectativa de vida que, atualmente, é de 71,8 anos para homens e de 78,6 para mulheres²⁴.

O processo de envelhecimento apresenta-se de múltiplas formas para se viver a longevidade e exige políticas e outras iniciativas diferenciadas, à medida e atentas às necessidades e às capacidades de satisfação pessoal, autonomia e participação.

A abordagem do processo de envelhecimento no Brasil na perspectiva legal inclui a Lei nº 8.842, que dispõe sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) e suas complementares; a Lei 10.741, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso e, no caso específico do Estado de Minas Gerais, a Atenção à Saúde do Idoso e Linha Guia de Saúde do Idoso.

A PNSPI, promulgada em 1994 e regulamentada em 1996, assegura direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover autonomia, integração e participação efetiva das

pessoas com 60 anos ou mais de idade na sociedade e reafirma o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS)¹².

Em 2002, foram propostas a organização e a implantação de redes estaduais de assistência à Saúde da pessoa idosa (Portaria nº 702/SAS/MS, de 2002), tendo como base as condições de gestão e a divisão de responsabilidades definida pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS). Como parte de operacionalização das redes, foram criadas as normas para cadastramento de centros de referência em atenção à saúde da pessoa idosa¹².

Em 2003, o Estatuto do Idoso foi aprovado e sancionado, ampliando a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa, mas não traz consigo meios para financiar as ações propostas. O capítulo IV reza especificamente sobre o papel do SUS na garantia da atenção à saúde da pessoa idosa de forma integral, em todos os níveis de atenção¹².

A vigência do Estatuto e seu uso como instrumento para a conquista de direitos das pessoas idosas e ampliação da Estratégia Saúde da Família (ESF) revelaram a presença de pessoas idosas e famílias frágeis, em situação de vulnerabilidade social, e a inserção ainda incipiente das redes estaduais de assistência à saúde da pessoa idosa tornaram imperiosa a readequação da PNSPI¹².

Em fevereiro de 2006, foi publicado, por meio da Portaria nº 399/GM, o documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde, contemplando o Pacto pela Vida. Neste documento, a saúde da pessoa idosa passa a ser vista como uma das seis prioridades pactuadas nas três esferas de governo, sendo proposta uma série de ações que visam, em última instância, à implementação de algumas diretrizes da PNSPI¹².

Entretanto, muito há que se fazer para que o SUS dê respostas efetivas e eficazes às necessidades e demandas de saúde da população idosa brasileira. A meta final deve ser uma atenção à saúde adequada e digna para as pessoas brasileiras em processo de envelhecimento, principalmente para aquelas que vivenciam um processo de envelhecimento marcado por doenças e agravos que impõem limitações à saúde, bem-estar, envelhecimento ativo e saudável¹².

3.2.1 Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

A Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, dispõe sobre a PNSPI e tem por finalidade recuperar, manter e promover a autonomia e a independência das pessoas com 60 anos de idade ou mais, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS¹².

Os princípios desta lei são: 1) a família, a sociedade e o Estado têm o dever de assegurar à pessoa idosa os direitos da cidadania, garantir a participação na comunidade, defender a dignidade, o bem-estar e o direito à vida; 2) o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos; 3) a pessoa idosa não deve sofrer discriminação de qualquer natureza; 4) a pessoa idosa deve ser o principal agente e o destinatário das transformações; 5) diferenças econômicas, sociais, regionais deverão ser observadas pelos poderes públicos e pela sociedade em geral^{15; 25}.

A PNSPI determina que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde relacionados ao processo de envelhecimento devem promover a elaboração ou readequação de planos, projetos e atividades em conformidade com as diretrizes e responsabilidades estabelecidas¹².

São competências na área de saúde: 1) garantir à pessoa idosa uma assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento do SUS; 2) prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde, mediante programas e medidas profiláticas; 3) adotar e aplicar normas de funcionamento a instituições geriátricas e similares; 4) elaborar normas de serviços geriátricos hospitalares; 5) desenvolver formas de cooperação entre as secretarias de saúde dos estados, Distrito Federal, municípios e entre os centros de referência para treinamento de equipes; 6) incluir a geriatria como especialidade clínica, para efeito de concursos públicos; 7) realizar estudos para detectar caracteres epidemiológicos, com vistas à prevenção, ao tratamento e à reabilitação e 8) criar serviços alternativos de saúde¹⁵.

O Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996, regulamenta a Lei nº 8.842, de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e dá outras providências²⁶. O Art. 9º, direcionado ao Ministério da Saúde, acrescenta as competências estabelecidas pela PNSPI: 1) hierarquização do atendimento à pessoa idosa a partir da Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) e implantação de unidade de referência, com equipe multiprofissional e interdisciplinar; 2) fornecimento de medicamentos, órteses e próteses, para recuperação e reabilitação; 3) estímulo à participação da pessoa idosa nas diversas instâncias de controle social do SUS; 3) desenvolvimento e apoio de programas e políticas de prevenção, educação e promoção da saúde²⁷.

A Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, aprova a PNSPI, determina que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde devem promover a elaboração ou a readequação de seus programas, projetos e atividades direcionados às pessoas com 60 anos de idade ou mais em conformidade com as diretrizes e responsabilidades estabelecidas¹².

O Ministério da Saúde adotou as diretrizes básicas inseridas na PNSPI, preocupando-se com a promoção do envelhecimento saudável, a prevenção de doenças e a manutenção da capacidade funcional¹⁶.

A atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa, recursos para a promoção da qualidade à atenção à saúde, divulgação e informação sobre as políticas de saúde para os profissionais de saúde e usuários, além do apoio aos estudos e pesquisas, são algumas das diretrizes que foram incluídas nesta portaria ao aprovar a PNSPI²⁷.

A atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa é apresentada de modo estruturado nos moldes de uma linha de cuidados, com foco na pessoa, baseada nos seus direitos, necessidades, preferências e habilidades; estabelecimento de fluxos bidirecionais funcionantes, facilitando o acesso a todos os níveis de atenção, provido de condições essenciais: infraestrutura física adequada, insumos e profissionais de saúde qualificados¹².

A preservação da autonomia e da independência funcional da pessoa idosa foi estabelecida como meta em todos os níveis de atenção, sendo priorizados dois eixos norteadores para a integralidade das ações, enfrentamento de fragilidades da pessoa idosa, familiares e do sistema de saúde, além da promoção da saúde e integração social, em todos os níveis de atenção¹².

Ainda como uma tentativa de complemento à PNSPI, tendo em vista que a maioria de suas normatizações não foi de fato aplicada na prática, somado à identificação de outras prioridades de caráter social e/ou econômico, como, por exemplo, a violência sofrida por pessoas idosas até mesmo em seu contexto familiar, surgiu assim o Estatuto do Idoso.

3.2.2 Estatuto do Idoso

A Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003, dispõe sobre o Estatuto do Idoso, versa sobre os direitos estabelecidos pela legislação brasileira. Este é composto por 118 artigos dispostos em sete títulos, no intuito de garantir e ampliar os direitos das pessoas idosas¹⁵.

Dentre outras ações, o título nº IV descreve sobre a política de atendimento à pessoa idosa, determinando a corresponsabilidade das instâncias públicas e privadas no âmbito da união, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios; estabelecendo as linhas de ação no atendimento por

meio de normas e sanções. O objetivo foi definir a diretriz norteadora para a promoção, prevenção e recuperação da saúde da pessoa idosa¹⁵.

Tal tentativa de garantia dos direitos fundamentais das pessoas idosas foi devido ao aumento da expectativa de vida e à necessidade de organização para garantir às pessoas idosas dignidade, um sistema de saúde adequado às necessidades, espaços de lazer, leis contra atos de violência praticados contra elas, na maioria das vezes, no próprio contexto familiar¹⁵.

Os principais objetivos do estatuto são: promover o resgate da marginalização da população de pessoas idosas, cuja proteção e amparo são garantidos pela Constituição Federal Brasileira (art. 203, I, 230); contribuir para que sejam respeitados os direitos fundamentais; equalizar situações de desequilíbrios e injustiças, promover a inclusão social e garantir os direitos desta parcela populacional que se encontrava desprotegida, apesar das políticas públicas preexistentes¹⁵.

As pessoas idosas brasileiras vivenciam uma realidade bem distante do que é estabelecido pela lei. Infelizmente, após dez anos de sua criação, tais objetivos não conseguirão ser concretizados de fato, o que motivou uma discussão atual sobre o estatuto, assim como sobre as políticas públicas existentes, na tentativa de encontrar falhas e propor readaptações e melhoramentos.

O Estatuto do Idoso se propõe ainda a garantir: o não reajuste das mensalidades dos planos de saúde pelo critério de idade; o direito ao transporte coletivo público gratuito e reservas de 10% dos assentos nos transportes coletivos estaduais; a reserva de duas vagas gratuitas por veículo para pessoas idosas com renda igual ou inferior a dois salários mínimos; 50% de descontos em atividades de cultura, esporte e lazer e reserva de pelo menos 3% das unidades residenciais nos programas habitacionais, públicos ou subsidiados com recursos públicos, dentre outros¹⁵.

Na análise do Estatuto do Idoso, transparece uma abordagem paternalista, de obrigatoriedade de ações sociais, que mantêm a pessoa idosa numa posição de passividade e de dependência de cuidados que lhe comprometem a autonomia e a iniciativa e esses investimentos em melhores condições socioeconômicas favoreceriam a inclusão social.

No que tange à garantia de que nenhuma pessoa idosa seja objeto de negligência, discriminação, violência, crueldade e opressão; prioridade na tramitação dos processos, procedimentos e execução dos atos e diligências judiciais¹⁵, tal meta não foi atingida até momento.

A longevidade da população leva ao aumento da participação das pessoas com 60 anos de idade ou mais no núcleo familiar e sociedade, e elas são a referência familiar no domicílio em que vivem. Boa parte destas pessoas são chefes de família e muitas vezes a renda média é superior à daquelas chefiadas por pessoas adultas não idosas⁴.

Mediante tais necessidades de a pessoa idosa estar ativa, apesar do declínio das capacidades funcionais, estratégias para a manutenção do desempenho pessoal são utilizadas nas tarefas antes desempenhadas, adquirindo hábitos e comportamentos, objetivando: 1) compensar as perdas normativas do processo de envelhecimento e 2) aprimorar os métodos e a forma como realiza as mesmas tarefas. Essas pessoas tendem a realizar as tarefas para as quais acreditam possuir um bom desempenho e a excluir ou evitar aquelas para as quais possuem dificuldade¹¹.

Apesar de tal esforço e participação, não se pode considerar que as pessoas idosas estejam socialmente inseridas, uma vez que, em diversos contextos, prevalece o desrespeito e a desconsideração por sua experiência e valor. A não priorização da valoração por critérios econômicos seria capaz de favorecer a inserção social da pessoa idosa na medida em que resgata a concepção do processo de envelhecimento enquanto componente do ciclo natural da vida, cuja longevidade é uma possibilidade.

Tais discussões são necessárias à medida que há um processo de expropriação de autonomia das pessoas idosas. O que não pode ser desconsiderado ou camuflado em meio às relações sociais é que exercer a cidadania é direito de todos, isso significa liberdade e condição de se relacionar com as pessoas de modo igualitário.

O Estatuto do Idoso apresenta normatizações que estimulam o amparo tutelar das pessoas idosas, uma vez que a concepção de pessoa idosa inclui um ser doente e dependente. Outro fato é que não basta apenas responsabilizar a família pelos cuidados e responsabilidades para com as pessoas idosas, esta deve ser uma medida acompanhada por iniciativas/ações que permitam um cuidado global, assim como a oferta de serviços formais de assistência e suporte às pessoas em fase de envelhecimento, familiares, cuidadores e sistema de saúde.

É preciso que haja uma consolidação da legitimidade dos direitos das pessoas com 60 anos de idade ou mais, como o direito à atenção à saúde integral, o direito social à saúde em um sentido amplo, que implicará garantia de outros direitos sociais e é dependente da adequada articulação de políticas econômicas e sociais¹³.

3.2.3 Atenção à saúde do idoso e linha guia proposta para o Estado de Minas Gerais

A Linha Guia de Saúde do Idoso teve por finalidade servir de subsídio técnico aos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), orientando-os sobre a atenção à saúde da pessoa idosa, sendo ainda um dispositivo aplicável ao agenciamento das informações, por pautar

uma nova lógica de discussão do cuidado, concebendo as ações de saúde enquanto um direito de cidadania das pessoas com 60 anos de idade ou mais ¹³.

A previsão estatística para o estado, assim como para o Brasil de um modo geral, é de que, a partir de 2020, a população idosa cresça em média 16 vezes comparada ao crescimento da população geral, o que implica a necessidade de ajuste do atual modelo de atenção à saúde da pessoa idosa, reformulando e aprimorando a participação de todos os envolvidos^{13:28}.

Enquanto política vigente no Estado de Minas Gerais, a linha guia aborda aspectos básicos do processo de envelhecimento e como eles interferem sobre a saúde da pessoa idosa e tem como objetivos: promoção do envelhecimento ativo, saudável e bem-sucedido; estruturação da atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa; fortalecimento da participação social; monitoramento do processo de envelhecimento; identificação dos fatores de risco para doenças e agravos; envolvimento da família e da comunidade no processo do cuidado; promoção da formação e da educação permanente para os profissionais de saúde no SUS; identificação e promoção dos fatores de proteção e/ou recuperação da saúde e melhoramento da qualidade de vida da população idosa do estado¹³.

O conceito de saúde referente à pessoa idosa torna-se abrangente e pode ser estimado a partir do nível de independência e autonomia. A avaliação é multidimensional, levando-se em conta o bem-estar biopsicossocial e a necessidade de ações integradas da equipe multidisciplinar¹³.

Para que o envelhecimento de forma saudável ocorra, é necessária a adoção de um estilo de vida que inclua alimentação equilibrada, atividade física e mental e convívio social. Sendo assim, ao se abordar a saúde das pessoas idosas, devem-se considerar as inúmeras dimensões¹³.

Uma das vertentes a serem consideradas, a identificação de risco, envolve a avaliação da presença de um perfil de fragilização, que reduz a capacidade funcional da pessoa idosa, o que ocasiona um aumento na demanda por serviços de saúde em todos os níveis. O conhecimento da história de vida, participação social e familiar e o significado que uma pessoa idosa atribui à sua existência são, ao lado da avaliação da sua capacidade funcional, formas de avaliar o grau de autonomia e convívio social¹³.

Outra vertente discutida é o autocuidado, que remete à expressão do saber acumulado pela pessoa idosa ao longo da vida, visto ainda como um instrumento de adaptação às limitações e às perdas da velhice. Sendo assim, este deve ser avaliado constantemente e influenciado pela equipe de saúde¹³.

É estabelecido que toda ação direcionada às pessoas idosas deve estimular a inter-relação e o convívio social, respeito à individualidade, autonomia, independência e o fortalecimento de laços

familiares; com promoção do bem-estar, qualidade de vida, acesso à cidadania e efetiva participação social; assegurando o envelhecimento ativo e saudável, conforme a potencialidade de cada pessoa idosa^{13; 28}.

A pessoa idosa deve ter participação ativa na avaliação do que é necessário e significativo em sua vida, pois o padrão de qualidade de vida é um fenômeno altamente pessoal. A pessoa idosa deverá ser acolhida pela equipe de saúde da família na UAPS, que deverá: captar, acolher, desenvolver ações e fazer a avaliação global¹³.

A linha guia propõe como ações e condutas a serem exercidas pelo enfermeiro na APS: realizar consulta de enfermagem (incluindo questões referentes à higiene, alimentação, atividade física e uso regular de medicação), imunização; notificar situações de risco ou de violência contra as pessoas idosas; agendar retornos, priorizando aqueles em situação de risco (social, familiar, físico e psíquico); gerenciar as ações dos técnicos de enfermagem e de cada agente comunitário de saúde (ACS), definindo atribuições na assistência às pessoas idosas¹³.

São propostas como modalidades de atendimento às pessoas idosas, complementares à APS: Atendimento Domiciliar Terapêutico (ADT); Internação Hospitalar (IH); Hospital Dia – Centro de Enfermagem (HD/CE); Assistência ambulatorial Especializada (AMB); Centro Referência em Atenção ao Idoso (CRAI); Unidade de Cuidados Paliativos (UCP) e ILPI¹³.

O processo de envelhecimento tem repercutido diretamente sobre as políticas sociais e econômicas do país, fato este que requer do enfermeiro e dos profissionais de saúde uma compreensão de vida sensível, aliada à competência técnica, comunicacional e política capaz de auxiliar os grupos sociais a resgatarem relações interpessoais e familiares, na atenção à saúde da pessoa idosa¹⁷.

A linha guia de saúde do idoso é um instrumento amplo, dinâmico e que aborda de uma forma diferenciada a pessoa idosa em um processo de valorização, onde esta é vista como foco da atenção e não como um ser doente, mas sim um ser multidimensional em sua peculiaridade, que necessita de atenção, cuidado e integração social.

De um modo geral, assim como as demais políticas voltadas à atenção à pessoa idosa, grande parte do que é estabelecido no documento ainda não é algo concreto, fazendo deste uma filosofia, meta a se alcançar, visto que ainda serão necessários longos passos para que muito do que é proposto seja concretizado enquanto um programa de Estado.

É notória e louvável a preocupação que se manifesta para com o processo de envelhecimento, por meio do desenvolvimento de ações e políticas voltadas para o benefício das

pessoas com 60 anos de idade ou mais; porém tal realidade desejada não é ainda vivenciada pela maioria da população⁹.

Uma meta fundamental para as pessoas idosas, profissionais de saúde e governantes é a manutenção da autonomia, independência, qualidade de vida e expectativa de vida saudável durante o processo de envelhecimento⁶.

É preciso colocar em prática os direitos determinados pela Lei nº 8.080, do SUS, pela PNSPI, pelo Estatuto do Idoso, pelo Pacto pela Saúde, pela Linha Guia, pelo documento de Atenção à Saúde do Idoso e pelas portarias e resoluções decorrentes, para que, de fato, tais modificações se tornem perceptíveis à população.

Estes princípios devem ser vistos pelo enfermeiro como tentativas de medir o grau de dificuldade que cada pessoa idosa tem ao executar Atividades de Vida Diária (AVDs) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs). As AVDs incluem, por exemplo, tomar banho, comer, usar o banheiro e andar pelos cômodos da casa, e as AIVDs incluem atividades como fazer compras, realizar trabalhos domésticos e preparar refeições⁶.

É possível a criação de ambientes físicos, sociais e atitudes profissionais que possibilitem melhorar a saúde das pessoas idosas, tendo, entre as metas, a ampliação da participação social. Por isso, é imprescindível oferecer cuidados sistematizados e adequados a partir dos recursos físicos, financeiros e humanos de que se dispõe hoje¹².

O enfermeiro, enquanto agente de mudança neste contexto, deve buscar a compreensão de sentimentos, comportamentos, valores e atitudes através da investigação da percepção de como as pessoas acreditam viver dentro de um contexto cultural, familiar e social, baseado no sistema de valores, crenças e representações sociais elaboradas em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações de vida.

Tal percepção deve incorporar a saúde física, estado psicológico, nível de dependência, relações familiares e sociais e sua relação com características proeminentes no grupo social em que a pessoa idosa está inserida.

Inúmeros pesquisadores, profissionais de saúde e população, intrigados com a dinâmica do processo de envelhecimento manifestado na população mundial, buscaram formas para minimizar ou evitar os efeitos deste processo, ocasionando um aumento de pesquisas voltadas para o processo de envelhecimento humano. Surgiram, assim, várias teorias com o propósito de explicar as causas deste processo¹⁴.

3.3 CONCEPÇÕES TÉORICAS PARA ABORDAGEM DO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO HUMANO

Há uma variedade de teorias provenientes de vários pontos de controvérsia surgidos no estabelecimento dos fatores envolvidos no processo de envelhecimento, bem como no entendimento desse fenômeno complexo, uma vez que muitas teorias formuladas apoiam-se numa alteração biológica isolada, sem levar em consideração a noção de complexidade e integridade como condições capazes de caracterizar este processo¹⁴.

As teorias do processo do envelhecimento podem ser agrupadas em quatro eixos, a saber: 1) teorias biológicas; 2) teorias psicológicas; 3) teorias sociológicas e 4) teoria da transição epidemiológica²⁹ (**Figura 5**).

As teorias biológicas buscam explicar as causas do processo do envelhecimento a partir de um conjunto de conceitos, fatos e indicadores¹⁴. Elas possuem derivações primárias oriundas das teorias genéticas e das teorias estocásticas²⁹.

Para os biogerontologistas, os seis tipos de teorias genéticas possuem em comum o fato de considerarem a participação dos genes como determinantes do processo de envelhecimento, sem negar a importância das influências ambientais sobre a longevidade^{30; 31}.

Na Teoria da Velocidade de Vida, a longevidade é inversamente proporcional à taxa metabólica³⁰. Na Teoria do Envelhecimento Celular, existe um potencial duplicado da capacidade de duplicação das células somáticas nos animais superiores^{14; 32}.

Na Teoria dos Telômeros, há um tempo finito que é previamente definido de vida para as células eucarióticas normais^{14; 33}. Segundo a Teoria da Mutagênese Intrínseca, a longevidade depende do menor número de erros na replicação do seu Ácido Desoxirribonucleico (DNA) celular e da capacidade das respectivas enzimas reparadoras do DNA³⁴.

Pela Teoria Neuroendócrina, o nível de envelhecimento é resultante do declínio dos hormônios do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal, que controla o sistema reprodutor, o metabolismo, entre outros mecanismos funcionais normais do organismo^{34; 35}.

A Teoria Imunológica aborda as alterações nas respostas imunológicas associadas à idade. Tem como pressuposto o fato de que o sistema imune é constituído por dois mecanismos: 1) celular representado pelos Linfócitos T, responsáveis pela manutenção da estabilidade homeostática e vigilância imunológica; 2) humoral composto por imunoglobulinas originárias dos linfócitos B, que permanecem aderidos à membrana celular¹⁴.

Figura 5: Esquema das concepções teóricas do processo do envelhecimento. Juiz de Fora, Jan/2015



Fonte: PINTO, 2013.

Com o avançar do processo de envelhecimento, a eficácia funcional do sistema imune decai, uma vez que esta é estabelecida pela interação entre linfócitos e macrófagos no organismo. À medida que a pessoa envelhece, ela fica susceptível a agressões. Tal alteração é postulada com um fator relacionado ao envelhecimento do timo, principal órgão responsável pelo desenvolvimento e diferenciação dos linfócitos T¹⁴.

As seis teorias Estocásticas, enquanto parte das teorias biologicistas, afirmam que a perda de funcionalidade que acompanha o processo de envelhecimento é causada pela acumulação aleatória de lesões, associadas à ação ambiental, em moléculas vitais, que provocam um declínio fisiológico progressivo³⁶.

A Teoria das Mutações Somáticas afirma que doses de radiações subletais são frequentemente acompanhadas por uma diminuição do tempo de vida. Pressupõe que alterações sucessivas ocorridas em um dos 46 cromossomos, células somáticas, com o decorrer do processo de envelhecimento, produziram células mutantes incapazes de cumprir funções biológicas, o que provocaria um declínio progressivo de órgãos e tecidos, com a instalação do processo de envelhecimento¹⁴.

As mutações podem ter origem nas transformações no mecanismo de reparo da molécula de DNA, sendo possível haver repasse destas mutações para as células filhas. A existência de inúmeras áreas de replicação do DNA no cromossomo desencadeia diversas replicações de segmentos do DNA e, por consequência, inúmeros rearranjos e mutações^{14; 29}.

A Teoria do Erro Catástrofe, também denominada Teoria do Acúmulo de Danos, estabelece que a principal justificativa para o processo de envelhecimento seria o acúmulo de moléculas defeituosas, oriundas de falhas no preparo e síntese de moléculas intracelulares após o término das fases de desenvolvimento e estabilização do ciclo vital, o que repercutiria na redução das funções do organismo de forma progressiva¹⁴.

As falhas de reparo e síntese de moléculas seriam provenientes de erros na transcrição do Ácido Ribonucleico (RNA) e/ou tradução em proteínas, gerando uma concentração de proteínas modificadas/inativadas não funcionais. O surgimento destas proteínas deve-se a erros na síntese enzimática como polimerases, responsáveis pela síntese de RNA a partir da transcrição do DNA¹⁴.

A síntese de proteínas não funcionais pode ser formada a partir de sequências errôneas de aminoácidos, processo resultante da transcrição de enzimas modificadas que podem ocasionar a elevação de uma ou mais bases púricas ou pirimídicas do código genético¹⁴. No efeito chamado erro catástrofe, a célula sofreria uma incidência letal, ocasionando sua morte e, por consequência, a

redução da capacidade funcional, tendo como causa o acúmulo e transmissão de erros resultantes da transcrição do DNA¹⁴.

A Teoria da Reparação do DNA afirma que é provável que a diminuição da capacidade de reparação do DNA com a idade seja uma consequência do processo do envelhecimento e não uma cauda deste fenômeno, uma vez que sua importância se resume apenas a um determinado tipo de célula³².

A Teoria da Quebra de Ligações defende que a quebra de ligações das proteínas pela glicosilação pode ser uma das causas do processo de envelhecimento celular³⁶. Enquanto que, na Teoria da Glicosilação, a modificação de proteínas pela glicose e a associação de reações de Mailard levam à formação de ligações cruzadas graduais no colágeno que são características em pessoas idosas³⁷.

Segundo a Teoria do Estresse Oxidativo ou Teoria dos Radicais Livres (RLs), o processo de envelhecimento é resultado do acúmulo de lesões moleculares provocadas pelas reações dos RLs nos componentes celulares ao longo da vida, conduzindo à perda de funcionalidade, à doença com o aumento da idade e à morte. É uma das teorias mais plausíveis apresentadas até o momento¹⁴.

Esta teoria é sustentada na proposta de que o processo de envelhecimento celular normal seria resultado de danos intracelulares aleatórios desencadeados e acelerados pelos RLs, átomos, moléculas ou fragmentos de moléculas instáveis e reativos capazes de reagir com as biomoléculas constituintes do organismo em busca de estabilidade¹⁴.

Os RLs são espécies químicas, contendo um ou mais elétrons não pareados na orbital externa da última camada de elétrons (camada de valência). Devido à alta reatividade, os RLs buscam, rapidamente, extrair um elétron de qualquer partícula, molécula ou átomo ao seu redor, a fim de recuperar sua paridade e estabilidade¹⁴.

Os efeitos sobre o metabolismo explicam os processos de envelhecimento, assim como as doenças relacionadas, fato este associado à aceitação da teoria enquanto fundamento teórico do processo de envelhecimento¹⁴.

Os RLs podem possuir carga elétrica negativa, positiva ou neutra. Sua formação pode se dar em diferentes situações metabólicas, no citoplasma, mitocôndria, ou membrana celular. São, em sua maioria, oriundos da respiração celular. No interior da mitocôndria, o oxigênio receberia um elétron extra, adquirindo atividade e capacidade para induzir a formação dos RLs. Visto deste modo, a mitocôndria seria a principal responsável pelo processo de envelhecimento¹⁴.

O organismo desenvolveria mecanismos de proteção antioxidante que são formados por dois sistemas enzimáticos, um endógeno e outro exógeno. Estes seriam responsáveis pela manutenção do equilíbrio entre a produção e neutralização dos RLs¹⁴.

Quando esse equilíbrio é alterado, tem-se uma situação metabólica chamada de estresse oxidativo, no qual a acentuada produção de RLs e sua capacidade reativa ocasionariam não somente reações com os componentes nucleares e citoplasmáticos das células (DNA e RNA) com redução de funções, mas também reações com proteínas, lipídios, enzimas, colágenos e hormônios, induzindo modificações orgânicas que justificariam o processo de envelhecimento¹⁴.

Na perspectiva desta teoria, o processo de envelhecimento é visto como fenômeno secundário ao estresse oxidativo, em que ocorrem reações de oxidação lipídica, proteica ou com o DNA. Como resultante ocorreriam modificações dos tecidos e código genético e, por conseguinte, deficiências fisiológicas características do processo de envelhecimento, provenientes dos danos intracelulares provocados pelos RLs¹⁴.

As teorias classificadas como de abordagem psicológicas compreendem quatro tipos: Teoria de Seleção, Otimização e Compensação de Baltes; Teoria da Seletividade Socioemocional; Teoria da Dependência Aprendida e Teoria do Constructo de Qualidade de Vida na Velhice de Lawton. O primeiro, Teoria de Seleção, Otimização e Compensação de Baltes, busca estabelecer como as pessoas podem efetivamente manejar as mudanças nas condições biológicas, psicológicas e sociais que se constituem em oportunidades ou restrições para os seus níveis e trajetórias de desenvolvimento³⁸.

O segundo, a Teoria da Seletividade Socioemocional, busca explicar o declínio das interações sociais e as mudanças no comportamento emocional das pessoas idosas. A teoria preocupa-se em explorar como a pessoa idosa reconhece sua finitude e modifica os significados das relações orientadas por emoções positivistas¹¹.

O terceiro tipo, a Teoria da Dependência Aprendida, trata o fenômeno da dependência na fase do processo de envelhecimento como multidimensional, relacionando-se com os mais diversos fatores como: incapacidade, motivação, práticas discriminativas, desestruturação ambiental. Ela não é característica do processo de envelhecimento, mas se manifesta ao longo do ciclo vital³⁹.

Já o quarto tipo, a Teoria do Constructo de Qualidade de Vida na Velhice de Lawton, descreve a percepção que uma pessoa idosa tem a respeito de suas relações atuais, passadas ou prospectivas com o seu ambiente. Diz respeito a uma avaliação multidimensional vinculada a critérios socionormativos e intrapessoais⁴⁰.

As teorias sociológicas, formuladas com fundamento social, versam sobre a investigação do engajamento social das pessoas idosas e modelos conceituais referentes ao processo das relações estabelecidas entre pessoas idosas, familiares e sociedade¹¹. As teorias sociais tentam abrir caminhos para a compreensão das relações sociais e do engajamento social durante o processo de envelhecimento.

A subjetividade pode ser vista como indicador de qualidade de vida, que pode propiciar uma avaliação de até que ponto o processo de envelhecimento pode ser percebido como uma etapa bem-sucedida da vida¹¹. São nove as teorias de fundamento social.

Na Teoria da Atividade, o conceito de tarefas desenvolvimentais é proposto na perspectiva *life span*. Estas tarefas possuem bases biológicas, psicológicas e culturais. Afirma que envelhecer de forma saudável caracteriza-se pelo engajamento em atividades psicossociais, evitando a instalação da inatividade relacionada a estereótipos do processo do envelhecimento, no cotidiano da pessoa idosa, como a aposentadoria e a perda subsequente das relações sociais¹¹.

Esta teoria surgiu como reação à Teoria do Desengajamento Social, argumentando que, apesar das perdas físicas, psicológicas e sociais, a pessoa idosa mantém como necessidades: o vínculo social e a autonomia. Segundo esta perspectiva, a manutenção da participação em atividades relaciona-se à satisfação e autoconceito dos aspectos positivos do processo de envelhecimento¹⁸.

A Teoria do Desengajamento afirma que as pessoas idosas desejam reduzir seus contatos sociais e que, com isso, sentem-se mais felizes e contentes. Coloca em dúvida a contribuição para a satisfação das pessoas idosas ao “possuírem uma função” e “serem úteis”. Esta concepção teórica sugere que, com o passar dos anos, a pessoa idosa tende a se afastar da sociedade, contatos sociais, contextos de decisão e de determinadas tarefas sociais, que, até então, eram realizadas em sua rotina¹¹.

O rompimento do vínculo social é visto como um processo funcional para a pessoa idosa e sociedade, numa proposição tida como natural, espontânea, inevitável e inerente ao envelhecimento. A teoria sugere que o padrão de engajamento em atividades da pessoa idosa deve ser explorado para que ações interventivas possam ser planejadas com cautela¹⁸.

A Teoria da Modernização trabalha com a imagem da pessoa idosa e com as representações que influenciam esta imagem, bem como com a imagem e o *status* social das pessoas idosas nas diferentes sociedades⁴¹. Já a Teoria das Trocas Sociais tenta explicar o comportamento de troca entre pessoas de diferentes idades como um resultado da mudança de papéis, competências e recursos que acompanham o avanço da idade⁴².

A Teoria das Perspectivas do Curso de Vida procura explicar: a) natureza da dinâmica contextual e processual do envelhecimento; b) relacionamentos com a idade e as trajetórias das transições de vida; c) relacionamento do processo de envelhecimento com os contextos sociais, significados culturais e a localização na estrutura social e de como o tempo, o período e o grupo formam o processo de envelhecimento para as pessoas e grupos sociais⁴³.

A Teoria Feminista inclui como conceitos básicos e estratificação por sexo, as estruturas de poder, a análise das instituições sociais ao nível macro, as redes sociais de cuidado e trabalho, os significados sociais da família e identidade no nível micro de análise⁴⁴.

Na Teoria da Estratificação da Idade, o enfoque dá-se no papel das estruturas sociais no processo do envelhecimento individual e na estratificação por faixa etária na sociedade. Este paradigma é composto por três ações principais: a) estudar o movimento dos grupos etários ao longo do tempo a fim de identificar semelhanças e diferenças entre eles; b) examinar a assincronia entre as estruturas individuais que mudam com o tempo e c) explorar a interdependência dos grupos etários e das estruturas sociais⁴⁵.

A Teoria da Economia Política tenta explicar como a interação de forças econômicas e políticas determinam como os recursos sociais são alocados e como as variações, no tratamento e *status* das pessoas idosas, podem ser entendidas para examinar as políticas públicas, tendências econômicas, sociais e fatores estruturais. Experiências de vida são consideradas padronizadas não só pela idade, mas também por classe, sexo, raça e etnia⁴⁰.

Na Teoria Crítica, as perspectivas críticas do processo de envelhecimento são refletidas em uma variedade de tendências teóricas em gerontologia social contemporânea. São identificadas quatro metas: a) teorizar dimensões subjetivas e interpretativas do processo de envelhecimento; b) concentrar-se não no avanço técnico, mas na práxis, definida como ação de envolvimento na mudança prática; c) vincular acadêmicos e profissionais através da práxis e d) produzir “conhecimento emancipatório”⁴⁶.

A Teoria da Transição Epidemiológica propõe que a mortalidade e a fertilidade estejam relacionadas à urbanização e industrialização, de forma que os baixos níveis destes indicadores refletiriam em alto nível de modernização, enquanto altos níveis de mortalidade e natalidade estariam associados à baixa modernização. Em níveis intermediários, a mortalidade cairia mais rapidamente que a natalidade, resultando em aumento populacional significativo⁴⁷.

A Teoria do Uso e do Desgaste, anteriormente classificada como sendo de origem biologicista, defende que o processo de envelhecimento seja resultante do acúmulo de agressões ambientais quotidianas, as quais possuem potencial de diminuir a capacidade do organismo em

recuperar-se por completo. Dessa forma, ferimentos, infecções, inflamações se somariam ao longo dos anos. Estas lesões provocariam alterações nas células, tecidos e órgãos, desencadeando o processo de envelhecimento¹⁴. Atualmente, essa teoria encontra-se desacreditada por não possibilitar o estabelecimento do nexo causal entre o processo do envelhecimento e o desgaste de um órgão ou de uma área do organismo com o passar dos anos¹⁴.

Independentemente da forma, das razões ou das bases teórico-conceituais utilizadas para explicar o processo do envelhecimento, ele constitui um fenômeno complexo e multifatorial, impossibilitando seu delineamento a partir de uma única variável, sem que seja realizada uma redução simplista.

Apesar disso, há evidências de que, mesmo em fase de envelhecimento, é possível ao ser humano viver os anos que virão, agregando qualidade a eles à medida que se alcança a postergação das limitações incapacitantes, a maximização das convivências e das relações e haja uma aceitação e convívio com os limites que surgem ao longo da vida.

Cabe mencionar que as potencialidades humanas podem ser maximizadas desde que sejam realizados investimentos e melhorias, tanto na vida quando nas condições que estruturam a saúde numa concepção ampliada. E, para isso, é necessário que a melhoria ocorra nas etapas de vida que antecedem a idade em que se considera uma pessoa idosa.

A determinação da idade de 60 ou 65 anos para que uma pessoa seja considerada idosa pode não corresponder à realidade quando se avaliam culturas distintas. Isso porque ter o processo de envelhecimento adiantado ou retardado implica considerar as condições e expectativa de vida locais; as condições de trabalho, de lazer e os investimentos em hábitos saudáveis construídos ao longo da vida.

Após apresentação do processo de envelhecimento brasileiro e dos contornos legais da legislação, no próximo capítulo, apresenta-se o sistema de crenças de Rokeach.

3.4 O SISTEMA DE CRENÇAS DE ROKEACH

As crenças podem ser caracterizadas como uma forma de pensamento, construções da realidade, maneiras de ver e perceber o mundo e seus fenômenos. Desse modo, crenças, atitudes e valores estão sendo construídos e reconstruídos nas experiências resultantes de um processo interativo de interpretação e (re)significação^{48; 49; 50}.

As crenças, no contexto de saúde, são compreendidas como ideias, conceitos, convicções e atitudes tomadas por pessoas relacionadas a processos de saúde-doença, assim como o potencial destes fatores em influenciarem na qualidade de vida e saúde das pessoas⁵¹.

Rokeach apresenta conceitos diferentes para crenças, atitudes e valores enquanto constructos interligados e capazes de influenciar comportamentos humanos na dinâmica das relações sociais.

Para o autor, crença é uma inferência feita pelo observador sobre estados e expectativas básicos^{49; 52}. O conceito de atitude é compreendido como relação relativa e duradoura de crenças inter-relacionadas que descreve, avalia e defende a ação em relação ao objeto ou situação, para a qual cada crença possui componentes cognitivos, afetivos e comportamentais. Desse modo, reações emocionais influenciam intenções comportamentais, assim como as crenças influenciam emoções^{1; 53; 54; 55}. Tal conceito engloba, ainda, crenças, valores e ações que podem ser percebidos através da linguagem e comportamentos⁵⁴.

O conceito de valor é visto como uma crença duradoura em que um modo específico de conduta ou estado definitivo de existência apresenta-se de forma pessoal ou socialmente preferível a um modo inverso ou oposto de condutas ou estado de existência definitiva^{49; 52; 56; 57; 58}.

Sendo assim, cada pessoa cria imagens pessoais, conferindo a si mesma identidades compatíveis com os ideais alimentados, considerados essenciais para se sentir pertencente a um grupo social, necessitando, assim, compartilhar crenças, sentimentos e comportamentos⁵³.

As crenças em saúde podem ser agrupadas, organizadas/classificadas, conforme o referencial de Rokeach, cuja categorização inclui cinco tipos, de A a E^{17; 49; 51; 52; 59; 60}. As mesmas são dispostas em um eixo de maneira harmônica de forma que o sistema de crenças mantenha-se estável.

As crenças do tipo A, também conhecidas como primitivas de consenso 100%, são aquelas que estão localizadas na centralidade dentro do sistema de crenças. Elas são apreendidas pelo encontro direto com o objeto de crença e se fortalecem na medida em que são reafirmadas pelo respaldo de outras pessoas ou grupos, o que permite a obtenção do consenso unânime a seu respeito. As crenças primitivas de consenso unânime representam verdades aceitas como sendo fundamentais pela pessoa a respeito da realidade do eu, do ambiente físico e social e sobre as relações interpessoais. Em função disso, tais crenças não estão sujeitas à discussão ou controvérsias, pois retratam opiniões consensualizadas de grupos^{17; 49; 51; 52; 59; 60}.

As crenças do tipo B, também conhecidas como primitivas de consenso zero, diferenciam-se das crenças do Tipo A porque elas possuem como referência o próprio eu, envolvendo diretamente a existência e a autoidentidade. Não dependem do respaldo de pessoas ou grupos para a sua reafirmação e manutenção. Tais crenças não são postas em discussão, uma vez que não há referência de grupos ou pessoas fora do eu que possa influir em tal crença^{17; 49; 51; 52; 59; 60}.

As crenças do tipo C, também conhecidas como de autoridade, são inicialmente primitivas e, posteriormente, são ampliadas pela interação do indivíduo com o meio social, normalmente submetidas a uma autoridade conferida ou atribuída às pessoas. Portanto tais crenças são modificáveis à medida que o sistema de crenças vai se expandindo^{17; 49; 51; 52; 59; 60}.

As crenças do tipo D, também conhecidas como derivadas, são oriundas da influência dos meios de comunicação, de pessoas, de objetos ou instituições, as quais remetem um sentido de autoridade para com a pessoa portadora desta crença^{17; 49; 51; 52; 59; 60}.

As crenças do tipo E, ou inconsequentes, não possuem uma justificativa plausível para a sua existência, consistem numa situação de preferências, possuindo diferentes níveis de arbitrariedade. Estas crenças possuem pouca ligação com o restante pertencente ao sistema de crenças e sua alteração não interfere na estrutura organizacional geral do sistema^{17; 49; 51; 52; 59; 60}.

As crenças do tipo A são compartilhadas por todos e raramente são alvo de discussão ou caem em controvérsia, já as do tipo B são mantidas em sigilo e por isso são resistentes ao processo de mudança. As crenças do tipo C, D e E são potencialmente influenciáveis e modificáveis conforme for ampliando-se o sistema de crenças^{49; 60}.

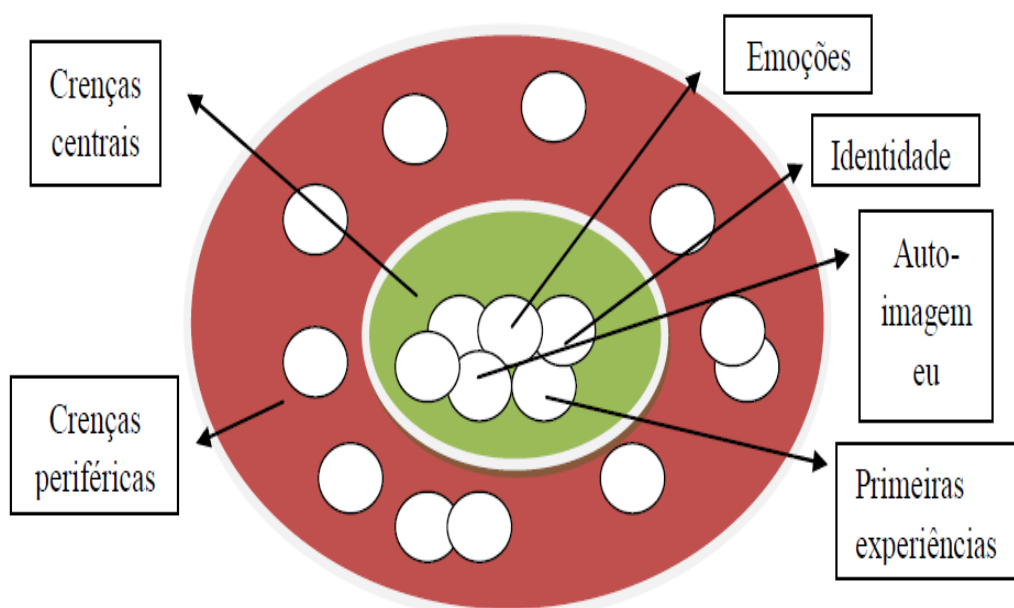
Uma pessoa pode possuir várias crenças para um mesmo acontecimento, sendo estas estruturadas nas cinco categorias de A a E, que estão, imaginariamente, dispostas em um eixo de maneira harmônica de forma que o sistema de crenças possua estabilidade. Há a possibilidade de haver intercâmbio entre elas, fazendo com que o sistema de crenças possa ser analisado quanto à sua posição no eixo imaginário (centralidade ou perifericidade)^{10; 17}.

A interpretação dos tipos de crenças, além das características que as distinguem, possibilita, na proposta de Rokeach, fazer uma análise sobre seu posicionamento a partir de um eixo imaginário em cujas extremidades estão o núcleo central e a periferia do sistema de crenças. Ao longo deste eixo, estão alocadas crenças cujo posicionamento possibilita inferir sobre o potencial de mudança dos conteúdos das crenças a partir de programas educativos bem estruturados e o quanto estas crenças são fixas ou passíveis de mudanças²¹.

Numa analogia, o sistema de crenças proposto por Rokeach pode ser comparado a um átomo, no qual os prótons são as crenças centrais e os elétrons, as periféricas (**Figura 6**)^{10; 17; 61}. As crenças centrais são compreendidas com aquelas a que possuímos certo apego e grau de importância. Estas são ligadas a identidades e emoções, de forma interconectada, comunicam-se e influenciam nas ações. As crenças periféricas estão distribuídas entorno do sistema central, possuem conexões flexíveis, podendo variar de acordo com o gosto de cada pessoa⁶².

A utilização das crenças de Rokeach, aplicada à pesquisa em enfermagem, ao possibilitar a compreensão de componentes comportamentais, valorativos e cognitivos extraídos das expressões discursivas das pessoas, permite que parte da dimensão das respostas dos indivíduos e grupos sejam captadas. Isso equivale a dizer que esta abordagem permite ao enfermeiro captar parte das respostas das pessoas e grupos a respeito de uma temática e subsidiar sua atuação a partir de tais evidências.

Figura 6: Esquema representativo dos tipos de crenças de Rokeach (1968), usando analogia com um átomo. Juiz de Fora, Jan/2015.



Fonte: UMETSURKG; 2013 p. 07.

Conciliar uma aproximação entre os componentes evidenciados nas representações sociais, quando se utiliza a abordagem estrutural, com os elementos das crenças e analisá-los comparativamente do ponto de vista de sua hierarquização na perspectiva dos respectivos referenciais de abordagem é maximizar as possibilidades de compreensão do enfermeiro para as concepções individuais e compartilhadas socialmente por pessoas com idade ≥ 65 anos.

Essas constituem-se na base para que os profissionais disponham de evidências para refletirem sobre o cuidado a ser prestado por meio da realização do raciocínio clínico a partir do conhecimento dos comportamentos, valores, informações, atividades e demandas de cuidado das pessoas com idade ≥ 65 anos; da reflexão de quais as metas terapêuticas compatíveis com as demandas individuais e grupais e da identificação de quais os indicadores para avaliar o impacto de sua atuação laboral, quer ela seja para atenção em nível primário, secundário ou terciário.

No próximo item, apresenta-se a Teoria das Representações Sociais nas abordagens estrutural, processual e societal.

3.5 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

A Teoria das Representações Sociais (TRS) possibilita a compreensão de problemáticas relacionadas aos saberes determinados pelo senso comum, proporcionando aporte teórico-metodológico para proposição de intervenções em saúde e enfermagem^{63; 64; 65; 66; 67}.

Enquanto fundamento teórico-metodológico, a TRS refere-se a processos através dos quais as pessoas em interação social constroem explicações sobre objetos sociais. Sua construção decorre da necessidade de as pessoas saberem como se comportar, dominar o meio, identificar e resolver problemas. Tal abordagem dedica-se à investigação de processos cognitivos e construtos relacionados à forma como as pessoas pensam no cotidiano ^{68; 69}.

As representações sociais são produtos do processo ativo de apropriação da realidade por meio de uma elaboração psicológica e social^{70; 71}. Designam um conjunto de fenômenos, conceitos e afirmações cotidianas através de comunicações interindividuais, que contribuem para a formulação de condutas e orientação das comunicações^{64; 67; 72}.

A construção de uma representação foi proposta nas descrições de Moscovici (2001) e Jodelet (2001), relacionadas a dois processos sociocognitivos essenciais interligados à objetivação e à ancoragem^{9; 73; 74; 75}.

Na objetivação, as noções abstratas são materializadas, transformando-se numa expressão de uma realidade que passa a ser vista como natural. Deste processo derivam conceitos e imagens da memória do sujeito que são re combinados e reconstruídos no mundo externo^{73; 76}.

Os elementos da representação são organizados e adquirem materialidade por meio das etapas do processo de objetivação, sendo: construção seletiva (seleção de parte do fenômeno para poder explicá-lo), esquematização estruturante (organização do fenômeno de forma padronizada nas relações estruturadas) e naturalização (conceitos adquirem materialidade)^{74; 77}. Desse modo, conceitos e ideias são transformados em esquemas ou imagens concretas^{75; 77}.

Na ancoragem, ocorre uma fundamentação da representação e seu objeto, ou seja, um processo de justificação de algo que é desconhecido ou não possui um “enraizamento” a partir de uma representação já existente ou de um conjunto de significados, que permitem situar a representação em relação aos valores sociais, atribuindo-lhe coerência^{73; 78; 79}.

Este processo de ancoragem faz uso de experiências e esquemas de pensamentos estabelecidos, mediante mecanismos de classificação que categorizam o desconhecido por

intermédio do conhecido. Outro mecanismo é a nomeação, uma aproximação de um objeto a outros, enquadrando-o próximo aos que lhe são semelhantes, tornando-o mais próximo, permitindo descrevê-lo e distingui-lo^{74; 77}.

Visto desse modo, as condutas e as práticas sociais podem ser influenciadas pelo processo de ancoragem, uma vez que este possui caráter instrumental em uma determinada realidade vivida⁷³; mediante a constituição de uma rede de significações constituída em torno do objeto pela ancoragem, uma vez que o objeto está relacionado a valores e práticas sociais^{75; 79}.

Os processos de objetivação e ancoragem acontecem de forma inter-relacionada, articulando três funções básicas da representação social: integração da novidade, interpretação da realidade e a orientação de condutas e relações sociais^{75; 77; 80}.

Assim torna-se possível a compreensão de: a) como a significação é conferida ao objeto representado; b) como a representação é utilizada como sistema de interpretação do mundo social e para a instrumentalização de condutas; c) como se dá a sua integração em um sistema de recepção; d) como a representação influencia e é influenciada por seus elementos^{75; 77; 81}.

As representações sociais podem ser construídas a partir das abordagens: processual, societal e estrutural sob enfoques que visem à compreensão do pensamento social, tornando-se uma reprodução mental, por meio da construção ou transformação de um objeto^{9; 74; 77}.

O objeto está inscrito num contexto ativo, no qual toda realidade é reapropriada de forma individual ou grupal, reconstruída no sistema cognitivo, integrada ao sistema de valores, história de vida, contexto social e ideológico^{74; 82}. Desse modo, o objeto pode designar ao mesmo tempo um produto e um processo nas representações sociais⁷⁷.

As representações sociais são classificadas conforme três tipos de abordagens: societal, processual e estrutural. Na abordagem Societal, o objetivo é encontrar e compreender o objeto das representações a partir de uma perspectiva sociológica, considerando as relações entre grupos⁷⁷.

Neste contexto, as representações sociais são consideradas princípios propulsores para tomadas de posições ligadas a inserções específicas de uma pessoa dentro de um conjunto de relações sociais e podem ser utilizadas para organizar os processos simbólicos que possuem potencial intervencionista na dinâmica das relações⁸³.

A análise desta abordagem é realizada mediante a avaliação das ligações dos quatro níveis, contextualizado nas relações de um grupo social, a saber: interindividual, intraindividual, intergrupal e societal⁸³.

O nível interindividual focaliza o modo como as pessoas organizam suas experiências com o meio onde vivem; já o nível intraindividual tem por enfoque os sistemas de interações e princípios

explicativos das dinâmicas sociais e, por último, o nível intergrupar centra-se nas diferentes posições que uma pessoa ocupa nas relações sociais dentro de um grupo. A abordagem societal leva em conta os sistemas de crenças, representações, avaliações e normas sociais; tem como pressuposto que as produções culturais e ideológicas são responsáveis pelo processo de significação de comportamentos e podem criar diferenciações sociais⁸³.

Nessa perspectiva de análise, uma representação é encarada como uma forma de relação intergrupar organizada, capaz de produzir representações ideológicas e de expressar comportamentos e atitudes⁸⁴. As representações são articuladas de forma voltada para a perspectiva sociológica, dando ênfase na inserção social da pessoa, como fonte de variação das representações sociais^{77; 83}.

O objetivo dessa abordagem é conectar o individual ao coletivo e, paralelamente, articular explicações de ordem individual com explicações de ordem social, evidenciando que os processos de que as pessoas dispõem para viver em sociedade são orientados por dinâmicas sociais, como crença, valores e interações^{77; 83}.

A abordagem processual das representações complementa a ruptura dos pontos essenciais destas, nas distinções entre o sujeito e o objeto, nas quais o sujeito é a pessoa portadora da representação e o objeto refere-se ao que está representado^{58; 85; 86; 87}.

O processo de distinção entre sujeito e objeto permite que a pessoa possa dar sentido a suas condutas e tentar compreender a realidade através da sua própria vida, mediante valores, conhecimentos e crenças. Tal entendimento corresponde ao produto e ao processo de significação vivido cotidianamente dentro de um grupo socialmente constituído^{75; 85; 87}.

A forma frequente de coleta de dados para o uso desta abordagem é a entrevista gravada com a formação de um discurso. Isso é necessário para explicar como se organiza a representação social, seja através de princípios, ou de situações vividas no contexto cotidiano da pessoa no grupo social^{77; 85; 87}.

Na perspectiva da abordagem Estrutural, as representações são constituídas conforme o referencial de Abric, que as organiza e explica a partir da Teoria do Núcleo Central (TNC), segundo a qual os elementos de uma representação se organizam em torno de um núcleo central^{63; 79; 88; 89}.

Esta abordagem é considerada uma proposição teórico-metodológica complementar ao estudo das representações sociais realizados por Moscovici com o objetivo de detalhar a estrutura das representações sociais como um conjunto sociocognitivo organizado e estruturado em dois subsistemas: um sistema central e um sistema periférico^{88; 89; 90}.

O sistema central singulariza a representação individualizada (estável, rígido, consensual), o qual confere significado, organização de conteúdos e estabilidade, ou seja, a estrutura, elemento que organiza e subsidia o sentido fundamental e inflexível da representação social^{63; 89; 90}.

Uma mudança ocorrida no sistema pode modificar toda a representação, visto que os elementos componentes do núcleo central não são negociáveis e nem postos sob discussão^{70; 77; 91}.

O núcleo central é composto por elementos normativos (padrões sociais e ideológicos) e funcionais (função social da pessoa) e considera que, quão relativa for a proximidade estabelecida na relação entre sujeito e objeto, eleva-se a funcionalidade de uma representação^{74; 77; 84; 92}.

Este sistema compreende as cognições que determinam a identidade da representação, ou seja, a existência de sistemas centrais diferentes indica a existência de representações diferentes, enquanto que representações com sistemas centrais idênticos podem ser consideradas idênticas^{70; 76; 77}.

O sistema periférico (mutável, individualizado) está disposto em torno do núcleo central; proporciona a integração deste com as experiências pessoais adquiridas no cotidiano^{63; 93}. Este sistema pode, ainda, funcionar como proteção para o núcleo central, uma vez que ele pode se adaptar às alterações contextuais de maneira que seja preservada a integridade do sistema central^{63; 89; 93}.

O mecanismo de proteção é visto mediante a concepção do sistema periférico como a parte operatória de uma representação, funcionando como a interface entre a realidade concreta e o núcleo central. Seus elementos constituintes são sensíveis às características pessoais e ao contexto imediato, descrevem os elementos mais concretos, acessíveis e cotidianos da representação^{79; 90}.

Os elementos periféricos referem-se a *scripts* de práticas concretas, são como esquemas, de natureza funcional, tem por função a prescrição de comportamentos, podem indicar como as pessoas agem em determinado contexto, atuando como um indicador de processos de mudança, a partir do entendimento de tais comportamentos^{66; 70; 90}.

Abrieux descreve que o sistema periférico possui cinco funções no funcionamento e na dinâmica das representações: 1) a concretização do núcleo central com termos ancorados na realidade, compreensíveis e transmissíveis; 2) a regulação, adaptação da representação às transformações do contexto, integrando novos elementos ou modificando outros; 3) a prescrição de comportamentos; 4) a proteção do núcleo central e 5) as modulações individualizadas: permite a elaboração de representações relacionadas à história e às experiências pessoais⁷⁷.

Foi acrescentada à perspectiva estrutural uma dimensão avaliativa, de forma que os elementos representacionais possam ser classificados quanto à sua centralidade (central ou periférico), bem como segundo um potencial avaliativo (descritivo-avaliativo)⁷⁷.

Elementos simultaneamente centrais e descritivos constituem definições, ou características de todos os objetos processados pela representação. Elementos periféricos e descritivos formam um conjunto de descrições, contendo as características prováveis e frequentes do objeto social da representação⁷⁷.

Elementos centrais e avaliativos fornecem normas, ou seja, critérios para avaliar o objeto. Elementos periféricos e avaliativos tratam de expectativas, ou características desejadas referentes ao objeto. Esse modelo integrando centralidade e o *Continuum* descritivo-avaliativo forma o modelo bidimensional de representações sociais⁷⁷.

O fato de as representações retratarem a dinâmica das relações e das práticas sociais dos grupos sociais quando analisada à luz das diferentes linhas de abordagens faz com que o conceito de representações sociais contenha componentes peculiares à abordagem enfocada.

Para Moscovici, as representações sociais são um conjunto de conceitos, proposições e explicações originadas no cotidiano e nas comunicações interpessoais^{71; 94; 95}. Acrescenta Jodelet que as representações sociais são uma “forma de conhecimento socialmente elaborada e partilhada, tendo uma orientação prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”^{65; 95; 96}.

Abrieu, em sua abordagem, descreve as representações sociais como “conjunto organizado de informações, atitudes e crenças que uma pessoa ou grupo elabora a propósito de um objeto, situação, de conceitos, de outras pessoas ou grupos, apresentando-se como uma visão subjetiva e social da realidade”^{70; 72; 73}.

As representações funcionam como filtros de leitura do mundo, guias para a ação, ou sistema de orientação de condutas e/ou processo comunicacional e podem favorecer a utilização de suas abordagens como aporte para a promoção de mudanças, baseadas na compreensão ou transformação das representações de um grupo social⁸².

O conhecimento das representações sociais, quando aplicado à prática laboral de Enfermeiros, pode auxiliar na realização do raciocínio clínico e na seleção de intervenções de enfermagem a ponto de direcionar abordagens educacionais subsidiadas em elementos representacionais identificados e na forma como eles foram construídos socialmente de modo a contemplar as demandas individuais e sociais do grupo investigado. Desse modo, elas podem proporcionar meios para ajudar as pessoas, enquanto atores sociais, a melhorarem suas condições

de vida; alcancem uma existência satisfatória e contemplarem necessidades e desejos, respeitando-se os direitos e formulando objetivos de vida que visem ao bem-estar individual e coletivo⁸².

Na presente investigação, optou-se pela utilização de duas abordagens da TRS decorrentes da proposta de Moscovici, ou seja, as abordagens estrutural e processual, cujos representantes, Abric e Jodelet, explicam as representações segundo seus componentes/hierarquia e forma de construção da representação respectivamente.

Considerando que uma representação social só ocorre quando há um objeto/situação ancorado e objetivado para um grupo socialmente contextualizado, na presente investigação, a situação abordada foi o processo do envelhecimento na perspectiva da pessoa ser idosa ou ser envelhecida, e a ancoragem e a objetivação ocorrem devido ao fato de os participantes terem convivido com ancestrais, na medida em que possuem uma rede familiar expandida e por estarem nesta etapa da vida.

A utilização das representações sociais (estrutural e processual) na pesquisa em saúde e enfermagem possibilita a formulação de condutas e transformações nas práticas de saúde a serem almejadas na perspectiva de uma expressão objetiva e subjetiva. Isso ocorre porque tais práticas são operacionalizadas por pessoas, que agem segundo suas representações do real e do possível^{63; 89}.

Uma representação apresenta-se como elemento que possibilita a compreensão de relações existentes num campo de conhecimento determinado, engloba diversos fenômenos sociais, assistenciais e científicos num mundo de interações, comportamentos e atitudes baseadas no senso comum^{21; 63}.

O senso comum constitui-se em um saber geral e funcional e serve para que a atividade mental individual ou de grupos se relacione com situações, acontecimentos, objetos e comunicações a ela inerentes^{4; 97; 98; 99}. A soma de conhecimentos do senso comum constitui o *substratum* de imagens e significados sem os quais nenhum grupo social pode operar. Este objetivo prático contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social⁶³.

A representação, enquanto forma de conhecimento social, possui três aspectos essenciais, a saber: comunicação, (re)construção do real e o domínio do mundo. A comunicação, como primeiro aspecto, pois as representações sociais oferecem um código para as pessoas nomearem e classificarem, de forma única, elementos do mundo e da sua história individual e coletiva. Na (re)construção do real, as representações são vistas como guias de interpretação e organização da realidade cotidiana que é reconstruída num processo dinâmico entre comunicação e representação.

Quanto ao domínio do mundo, as representações são compreendidas como um conjunto de conhecimentos sociais, com orientação prática, capazes de fazer com que as pessoas se sintam parte do mundo e tirem proveito do mesmo^{80; 81; 100; 101}.

Estes aspectos colocam em evidência o papel das representações sociais na dinâmica das relações e nas práticas sociais diárias, sua manifestação é visualizada pelas diferentes funções assumidas por uma representação^{81; 100; 102}. Podem ainda funcionar como entidade organizadora da realidade, determinar ações e exercer influência sobre comportamentos no grupo social¹⁰¹.

Acessar uma representação significa uma tentativa de compreender as formas que as pessoas utilizam para criar, transformar e interpretar sentimentos, percepções e experiências de vida enquanto membro constituinte de um grupo social. Tal entendimento é baseado no fato de que uma representação social é constituída por crenças, opiniões, atitudes e valores sobre um dado objeto social⁸⁹.

Ao se compreender o processo de formação de uma representação, é possível ter acesso à forma como as pessoas compreendem determinado fenômeno e os elementos utilizados como orientação e justificativa para suas ações no contexto social^{81; 90; 102}.

O grupo em estudo, pessoas com idade ≥ 65 anos, possui suas representações alicerçadas em consensos estabelecidos pelo senso comum, sendo assim tal abordagem permite melhor descrição e compreensão das representações sociais acerca do processo do envelhecimento e suas concepções sobre a “pessoa ser idosa” e a “pessoa ser envelhecida” apresentados.

Cabe ressaltar a aplicabilidade das representações sociais aos objetos de investigação da Enfermagem, ciência que possui dimensões que envolvem: assistência, gerência, ensino, pesquisa, entre outras. Entende-se que uma representação pode influenciar as ações de cuidado, podendo ser tomada como referencial teórico para o embasamento em investigações científicas, ou ainda como método de pesquisa, referente à análise de suas abordagens.

A possibilidade de compreender as percepções que pessoas com idade ≥ 65 anos têm sobre o processo de envelhecimento e suas concepções sobre a “pessoa ser idosa” e a “pessoa ser envelhecida”, à luz da TRS, mostra-se viável e factível do ponto de sua aplicação para a investigação aplicada à área da Enfermagem.

Entre as razões que justificam tal afirmativa é possível mencionar o fato de: 1) as mudanças que ocorrem com as pessoas ao longo dos anos e que são causadoras das repercussões em nível físico, emocional, social, econômico e psicológico mostrarem-se passíveis de ser recortadas e delineadas a ponto de permitir sua construção seletiva enquanto temática; 2) as pessoas em processo de envelhecimento que moram num mesmo ambiente social possuem um ponto em

comum que é o fato de elas comporem um grupo culturalmente contextualizado cujo processo do envelhecimento está padronizado como um fenômeno nas relações estruturadas e 3) as pessoas com 65 anos de idade ou mais verem outros nestes momentos da vida possibilita redimensionar, (re)conceituar e materializar comportamentos, informações e valores que são compartilhados socialmente.

3.6 A TEORIA DO CUIDADO TRANSCULTURAL DE MADELEINE LEININGER

Na busca por um referencial de enfermagem coerente com a abordagem social e cultural delineada a partir da presente investigação foi possível identificar a proposta de Madeleine Leininger para subsidiar reflexões sobre o processo de cuidar em enfermagem à luz dos conteúdos obtidos nesta investigação.

A enfermeira norte-americana Madeleine Leininger, ao trabalhar como enfermeira clínica especialista num lar de crianças provenientes de diversas nacionalidades e identificar a diferença de comportamentos entre as crianças demonstrou que essas diferenças apresentavam base cultural e identificou que as mesmas gostariam de ser cuidadas de maneiras diferentes¹⁰³.

Nascida em 13 de julho de 1925 e falecida no dia 10 de agosto de 2012, Leininger foi uma das pioneiras em conceber a Enfermagem como a arte e ciência do cuidar e na década de 50 começou a desenvolver a Teoria do Cuidado Transcultural, também conhecida como “Etnoenfermagem”, “Enfermagem Cross-cultural”, “Cuidado Cultural” ou “Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural”¹⁰⁴.

Leininger conclui que o estudo sobre a cultura dos sujeitos constituía numa lacuna quando se considerava o cuidado de Enfermagem, sendo necessário incluí-la na assistência com vista a que ela fosse mais abrangente. Essa experiência levou Leininger a obter o título de Doutora em Antropologia e a desenvolver um modelo teórico que incluía a cultura como componente do cuidado, na década de 1960. Ela foi denominada de Teoria Transcultural¹⁰⁴.

O enfoque dado por Madeleine Leininger no livro intitulado *Transcultural Nursing* para sua proposta teórica foi alicerçado nas relações entre a Antropologia e a Enfermagem e na complementariedade que deve existir entre o cuidado e a cultura. Sua Teoria foi alicerçada na convicção de que as pessoas de diferentes culturas podem oferecer informações e orientar aos profissionais sobre a forma como desejam receber os cuidados de enfermagem¹⁰⁵.

Os marcos iniciais da teoria foram os livros *Nursing and Anthropology: Two Words to Blend*¹⁰⁶ e *Transcultural Nursing: Concepts, Theories and Practice*¹⁰⁷; e em 1991 sua teoria foi

publicada e discutida de forma ampla no livro *Culture Care Diversity and Universality: A Theoria of Nursing*¹⁰⁸, no qual a sua proposta, concebendo o Cuidado como o guia para subsidiar a prática e o conhecimento de enfermeiros, fato que denominou de Enfermagem Transcultural cujas metas eram alcançar um cuidado humanizado alicerçado em concepções antropológicas¹⁰⁴.

Com o intuito de auxiliar a análise do significado do cuidado para diversas culturas, Leininger propôs em 1985 um modelo que denominou *Sunrise Model*, simbolizado pelo nascer do sol¹⁰⁸ (Figura 7).

Figura 7: Estrutura esquemática explicativa da Teoria de Madeleine Leininger. Juiz de Fora. Jan/2015.



Fonte: Esquema explicativo, elaborado pelos autores, baseada em Leininger MM. *Culture care diversity and universality: a theory of nursing*. New York: National League for Nursing Press, 1991.

Nesse modelo, os atos do cuidado cultural que são congruentes com as crenças e valores dos sujeitos, desse modo são considerados o conceito significativo, unificador e dominante para seja possível obter conhecimentos e compreender e planejar o cuidado terapêutico popular¹⁰⁸.

Assim, em sua Teoria, Leiniger apresenta uma metodologia, na qual o Enfermeiro, ao interagir com os aqueles que cuidam, em diferentes situações de atenção a saúde, assistenciais e/o de cuidados; nos quais seja possível a utilização de ações profissionais e sua criatividade, de forma a preservar, negociar ou repadronizar os cuidados, buscando uma congruência cultural¹⁰⁸.

Em sua proposta cuidar era concebido como: “ações e atividades dirigidas para a assistência, o apoio ou a capacitação de outro indivíduo ou grupo com necessidades evidentes ou antecipadas para melhorar uma condição humana ou forma de vida ou para encarar a morte” e cuidado como: “o fenômeno abstrato e concreto relacionado com a assistência, o apoio ou a capacitação de experiências ou de comportamentos para outros ou por outros com necessidades evidentes ou antecipadas para melhorar uma condição humana ou forma de vida”^{103; 104}.

Para Leininger, a saúde é “um estado de bem-estar culturalmente definido, valorizado e praticado, que reflete a capacidade dos indivíduos/grupos para desempenhar suas atividades diárias em modos de vida culturalmente expressos, benéficos e padronizados”. E a cultura foi definida como: “os valores, crenças, normas e modos de vida de um determinado grupo apreendidos, compartilhados e transmitidos e que orientam seu pensamento, suas decisões e suas ações de maneira padronizada”^{103; 104}.

A Teoria Transcultural valoriza a importância que as forças sociais e culturais exercem no ser humano e, conseqüentemente, no processo de cuidar. Nesta concepção a ausência do fator cultural no cuidado de enfermagem resulta em um cuidado desvinculado da realidade cultural da pessoa e essa incongruência em relação aos valores e crenças poderá ocasionar o aparecimento de sinais de conflitos culturais, frustrações, estresse e/ou preocupações de ordem moral e ética¹⁰³.

O conceito de cuidado transcultural referido por Leininger refere-se ao “estudo de crenças, valores e práticas de cuidado de enfermagem, tal como percebidas e conhecidas cognitivamente por uma determinada cultura. Ela se dá pela experiência direta, pela expressão das crenças e dos sistema de valores”^{104; 105}.

A proposta teórica filosófica de Leininger desafia a Enfermagem a descobrir em profundidade o fenômeno do cuidado.

São onze os pressupostos de alicerçam a proposição de Leininger, a saber¹⁰⁸: 1) o cuidado humano enquanto um fenômeno universal possui expressões, processo e modelo que variam segundo as culturas; 2) cada situação de cuidado de Enfermagem tem, no cuidado transcultural, um padrão de comportamento, de necessidades e de implicações; 3) o ato e processo de cuidar são essenciais para o desenvolvimento humano, crescimento e sobrevivência; 4) o cuidado poderá ser considerado a essência e unificação intelectual e dimensão prática do Enfermeiro; 5) o cuidado tem dimensões biofísicas, psicológicas, culturais, sociais e ambientais, que podem ser estudadas, praticadas no sentido a prover cuidado holístico para as pessoas¹⁰⁵; 6) o comportamento de cuidado transcultural, formas e processos pode ser identificado nas diversas culturas e expressa um corpo de conhecimento cuja utilização possui potencial para revolucionar a prática diária da enfermagem;

7) para fornecer cuidado de enfermagem terapêutico, a enfermeira poderá ter conhecimento de valores culturais, crenças e práticas dos pacientes; 8) os comportamentos de cuidados e funções variam de acordo com características da estrutura social de determinada cultura; 9) a identificação de comportamento (não)universal, cuidado popular e cuidado profissional, crenças e práticas serão importantes para o avanço do corpo de conhecimentos de Enfermagem; 10) há diferenças entre a essência e as características essenciais de cuidado e comportamentos de cura e processos e 11) não existe cura sem cuidado, mas pode existir cuidado sem cura^{105; 109}.

Em sua teoria, Leininger propôs três formas para realização do cuidado transcultural, ou seja: a preservação/manutenção cultural do cuidado; a acomodação/negociação cultural do cuidado e a repadronização/reestruturação cultural do cuidado, que são modos de implementação do cuidado de enfermagem¹⁰³. Cabe mencionar que a realização do cuidado transcultural leva em conta o modo de vida e as crenças que são compartilhadas, fato que implica em decisões e ações de como o cuidado deverá ser provido¹⁰⁸.

A preservação/manutenção se constitui naqueles cuidados já praticados por um indivíduo, família ou grupo, que são benéficos ou mesmo inócuos para a sua saúde. A acomodação/negociação são as ações e decisões para assistir, dar suporte, facilitar as pessoas de uma determinada cultura a adaptar-se ou negociar com provedores de saúde profissionais. E a repadronização/reestruturação são as ações e decisões que visam facilitar, dar suporte e ajudar aos indivíduos, grupos a reordenar, trocar ou modificar seus modos de vida em busca de uma nova proposta ou em direção ao diferente de forma a se beneficiar com os padrões de cuidado à saúde disponíveis¹⁰³.

As formas de realização do Cuidado transcultural possuem como objetivo, auxiliar o estudo da maneira como os componentes da teoria influenciam o estado de saúde dos indivíduos, das famílias, dos grupos e das instituições. Os conceitos e o modelo apresentado por Leininger buscam auxiliar o enfermeiro a descobrir o mundo do indivíduo (sistema popular) e utilizar seus pontos de vista (sistema profissional), para adotar ações e decisões profissionais coerentes com a cultura vivenciada pelo grupo social¹⁰⁴.

A partir dos referenciais teóricos apresentados e da relevância da temática do envelhecimento, optou-se pela abordagem do processo de envelhecimento de um grupo socialmente constituído que compartilha o fato de estar com 65 anos de idade ou mais e morar em ambiente de vulnerabilidade territorial, cuja característica é a violência e a baixa renda.

4 OBJETIVOS E PRESSUPOSTOS

A seguir, serão apresentados os objetivos e os pressupostos que alicerçaram a estruturação da presente investigação.

4.1 OBJETIVOS

Como objetivo geral e específicos da presente investigação têm-se:

4.1.1 Geral: Analisar as representações sociais e o sistema de crenças de Rokeach para o processo de envelhecimento para pessoas com idade ≥ 65 anos na perspectiva do cuidado de enfermagem.

4.1.2 Específicos

Categorizar os tipos de crenças segundo Rokeach obtidos a respeito do processo de envelhecimento.

Analisar a tendência para centralidade ou perifericidade para o processo de envelhecimento segundo o sistema de crenças de Rokeach.

Caracterizar as representações sociais para o processo de envelhecimento, a “pessoa ser idosa” e a “pessoa ser envelhecida” segundo as abordagens estrutural e processual.

Compreender os componentes e a hierarquização dos elementos das representações sociais a respeito de a “pessoa ser idosa” e a “pessoa ser envelhecida”.

Verificar o quanto o sistema de crenças de Rokeach se articula com os componentes nucleares da representação social estrutural a respeito do processo de envelhecimento e de a “pessoa ser idosa” e a “pessoa ser envelhecida”.

Identificar quais são as implicações do sistema de crenças de Rokeach, das representações sociais e das políticas públicas para o planejamento do cuidado de enfermagem de pessoas com idade ≥ 65 anos, utilizando o modelo do Cuidado Transcultural de Madeleine Leininger.

4.2 PRESSUPOSTOS

Foram três os pressupostos que alicerçaram a estruturação da presente investigação.

Pessoas que compartilham uma mesma região de moradia e vivenciam o processo do envelhecimento após os 65 anos de idade podem ser consideradas um grupo socialmente constituído a ponto de serem capazes de elaborar uma representação social a respeito do processo do envelhecimento e as concepções acerca de a “pessoa ser idosa” e a “pessoa ser envelhecida”.

Formas de agir, valorar, conhecer, informar-se e razões atribuídas para justificar comportamentos e atitudes consistem em dimensões que retratam como um grupo com idade ≥ 65 anos apreende seu cotidiano, constituindo por isso um alicerce capaz de mostrar as demandas pessoais/grupais de cuidados que emergem neste momento da vida e que podem subsidiar reflexões de enfermeiros sobre quais são os cuidados de enfermagem que este grupo apresenta.

A identificação de comportamentos, atitudes, conhecimentos/informações, valores, representações e justificativas entre aqueles que possuem idade ≥ 65 anos permite deduzir quais são as representações sociais e as crenças do grupo.

5 MÉTODOS E TÉCNICAS

A seguir, são descritos os procedimentos e as técnicas que compuseram a trajetória metodológica da presente investigação.

5.1 ASPECTOS ÉTICOS

Inicialmente, houve a preocupação em atender todos os aspectos éticos e legais de pesquisa envolvendo seres humanos em consonância com a Resolução 466/2012 e suas complementares¹¹⁰, desde a etapa de concepção do projeto até sua operacionalização e divulgação parcial e/ou total dos resultados.

A presente investigação foi cadastrada na Plataforma Brasil e submetida a um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sendo realizados contatos (in)formais com responsáveis, profissionais de saúde e população-alvo da investigação e obtidas as autorizações para a realização da investigação antes de seu início.

Houve uma parceria entre os profissionais de saúde da área que foi investigada para apresentação dos pesquisadores, detalhamento do processo de coleta de dados e solicitação de ajuda para inserção no cenário da investigação.

O projeto da investigação foi aprovado, sendo o parecer consubstanciado emitido sob o nº 341.116, em 11/07/2013. Foram atendidos e respeitados os princípios de justiça, equidade, beneficência e não maleficência na interação com os sujeitos e equipe de saúde.

Os riscos de participação foram considerados mínimos, ou seja, semelhantes aos de situações cotidianas da vida. Houve a preocupação e atenção dos pesquisadores no sentido de minimizar tais riscos ao máximo com a utilização de técnicas de anonimato, técnicas comunicacionais, de interação interpessoal e de respeito humano, sendo a abordagem não intervencionista.

Cabe mencionar que esta investigação constituiu-se em uma das fases operacionais do projeto intitulado: “Capacidade física, incontínências e determinantes do processo de envelhecimento em pessoas acima de 65 anos” inserido no grupo de pesquisa TECCSE e que o processo de ambientação no cenário da investigação foi realizado de forma processual até a obtenção da familiaridade e conhecimento da equipe de investigação pelos sujeitos da pesquisa e pela equipe de enfermagem responsável pela área.

5.2 DELINEAMENTO

Pesquisa de delineamento qualitativo, que utilizou dos referenciais da Teoria das Representações Sociais nas abordagens estrutural e processual e do Sistema de Crenças de Rokeach para o processo de envelhecimento.

Utilizar múltiplas abordagens pode contribuir mutuamente para ressaltar potencialidades existentes em cada técnica e suprir as limitações uma da outra, tal estratégia proporciona ainda respostas abrangentes às questões de pesquisa, que vão além das limitações de uma única abordagem¹¹¹.

As potencialidades da abordagem qualitativa incluem capacidade de: 1) gerar informações mais detalhadas das experiências humanas. Inclui crenças, emoções e comportamentos, considerando que os discursos obtidos são examinados dentro do contexto original em que ocorrem e 2) proporcionar análises profundas das experiências humanas no âmbito pessoal, familiar e cultural, de uma forma que não pode ser obtida com escalas de medida e modelos multivariados¹¹².

5.3 LOCAL

O cenário de investigação foi uma área de abrangência de uma Unidade de Saúde coberta pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), vinculados à Unidade Básica de Saúde (UBS) de uma região sanitária de uma cidade da Zona da Mata Mineira cuja população estimada foi de 516.247 habitantes²⁴.

A ambiência local foi constituída por visitas preparatórias para identificação das áreas a serem incluídas na investigação. Tal fato permitiu caracterizar o local como sendo: uma região íngreme, uma vez que o bairro é composto por regiões de difícil acesso, locais com ruas estreitas e morros acentuados, dificultando o acesso de transporte coletivo em algumas regiões. Havia ausência de calçadas devido ao estreitamento das ruas, em decorrência de ocupação não planejada.

Foi observado durante as visitas preparatórias um perfil populacional com muitas crianças, jovens e pessoas idosas. O quantitativo de pessoas com idade ≥ 65 anos da área da investigação (8,3%) é superior à média nacional (7,4%).

O ambiente físico apresentava poluição visual, limitação de espaços, de áreas públicas e de lazer, com precariedade no saneamento básico, informalidade de parte do fornecimento de luz, interrupção periódica no fornecimento de água.

Área com ações violentas, comercialização de drogas, poder de “milícia”, coexistindo com a presença do poder público, com predomínio após as 16 horas. Houve por parte de representantes

dos traficantes a determinação de que os pesquisadores se ausentassem do ambiente após esse horário.

O comércio concentra-se, em sua maioria, nas áreas planas do bairro e distante dos moradores que formavam a população de interesse para a investigação, gerando uma cobertura de serviços de comércio emergenciais paralelos. Há somente escolas públicas destinadas ao ensino fundamental. São muitas as igrejas e de diferentes doutrinas, predominando os diversos tipos de protestantes, cuja cobertura possui espalhamento e frequência em todo o bairro.

A referência da região para serviços de saúde é do tipo Unidade de Saúde coberta pelo PACS. A relação entre número de moradores e área atendida é alta.

Em virtude do grau de vulnerabilidade ambiental e socioeconômica, é explícita a priorização de algumas áreas para ações educativas e de saúde na região, havendo a utilização de estratégias para a cobertura e operacionalização dos serviços de saúde oferecidos aos moradores com perfil de vulnerabilidade.

A tentativa de prover cobertura de atendimento utilizou como critério a priorização de regiões que apresentam vulnerabilidades social e ambiental. O tipo de atendimento provido é de visita em lócus por parte dos ACSs. As demais localidades são atendidas somente na unidade de saúde por meio de demanda espontânea e/ou agendamentos.

Tais evidências deram à área da investigação um perfil de precariedade do ponto de vista de moradia e concepção ampliada de saúde, uma vez que viver no ambiente pressupõe que os moradores desenvolvam iniciativa, conservem sua autonomia e capacidade funcional, principalmente para garantirem seu deslocamento no ambiente físico, e foram identificados no cenário da investigação casos de restrição de mobilidade em decorrência de fatores sociais, relacionais e físicos, cuja repercussão foi identificada por meio de restrições no interior do bairro e/ou no ambiente domiciliar.

5.4 POPULAÇÃO, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO, EXCLUSÃO E RECRUTAMENTO

Amostra de seleção completa estimada em 132 pessoas com idade \geq 65 anos e que estavam cadastradas na Unidade de Saúde com seu nome registrado na lista da área de cobertura da unidade. A diferença do número de sujeitos deveu-se à recusa momentânea em participar ou perdas decorrentes dos critérios de elegibilidade ou exclusão.

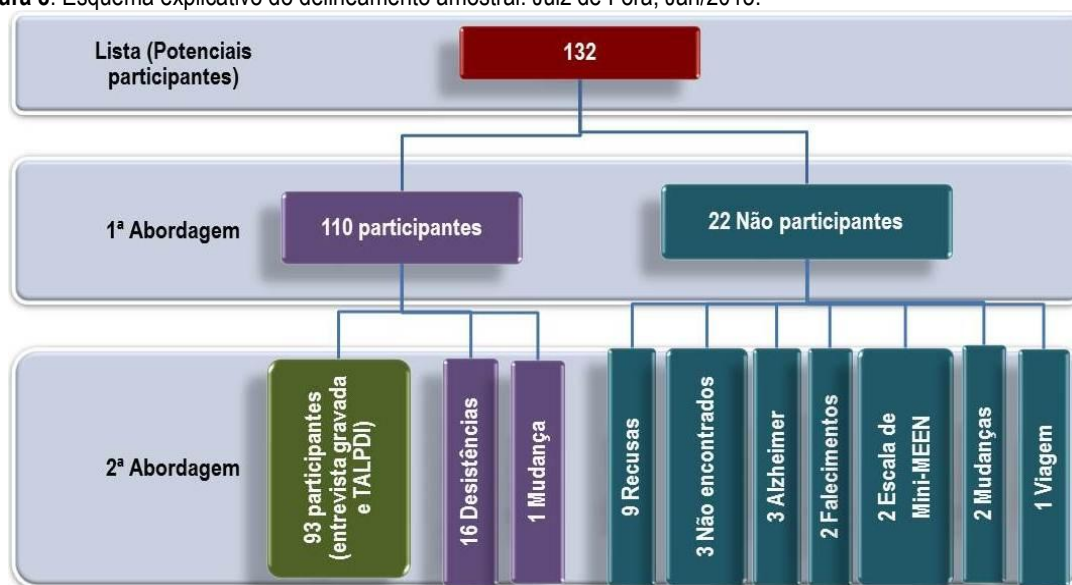
Foram considerados **critérios de elegibilidade**: pessoas de ambos os gêneros, todos os graus de escolaridade e estado civil declarados, moradoras da área de abrangência da Unidade de Saúde cobertura pelo PACS, que possuíam 65 anos de idade ou mais; que concordaram em

participar como voluntárias não remuneradas, externando sua aquiescência pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pós-informado (**Anexo B**), que verbalizavam com coerência e que foram avaliadas pela escala de Mini Exame do Estado Mental (Mini-MEEN) com escore $\geq 19/30$ pontos em analfabetos; $\geq 23/30$ pontos em pessoas de um a três anos de escolaridade; $\geq 24/30$ pontos em pessoas de quatro a sete anos de escolaridade e $\geq 28/30$ pontos em pessoas com escolaridade \geq oito anos^{28; 113}, nas ocasiões em que houve identificação de limitação cognitiva/neurológica na abordagem.

Foram **critérios de exclusão**: aqueles que não atenderam aos critérios de inclusão; pessoas que tivessem doença aguda e estavam internadas no momento em que os dados foram coletados; portadoras de deficiência mental, doença neurológica previamente diagnosticada ou com impossibilidade para comunicar-se verbalmente e que expressaram desejo de interromper sua participação na investigação.

Os sujeitos foram recrutados após o entrevistador ser apresentado a eles pelos ACSs. Foi realizado convite individual no ambiente do domicílio por ocasião de visita in *locus*. O processo de abordagem foi estruturado para fins operacionais de forma processual, incluindo dois ou mais momentos de acordo com o entrevistado (disponibilidade de tempo, limitação física, social e familiar) e condições ambientais (horário impróprio para o cotidiano da área investigada) (**Figura 8**).

Figura 8: Esquema explicativo do delineamento amostral. Juiz de Fora, Jan/2015.



Fonte: Os autores

A partir de uma lista contendo o nome das pessoas com idade ≥ 65 anos e que moravam na área investigada, foi possível identificar 132 potenciais sujeitos da investigação dos quais, na abordagem inicial, 22 foram excluídos (**Figura 8**).

A justificativa para a não participação foi: recusa (9); não terem sido encontrados (3); serem portadores de Mal de Alzheimer em fase intermediária ou avançada (3); falecimento (2); acuidade auditiva reduzida ou não conseguirem comunicar-se de forma efetiva com os pesquisadores mensurada pela escala de Mini-MEEM (2); mudança de residência (2) ausência por motivo de viagem no período em que os dados foram coletados (1).

No primeiro encontro, foi assinado o TCLE após o potencial participante ser informado sobre a investigação e externar sua disponibilidade em participar. Das 110 pessoas que compuseram o grupo de interesse, houve 17 perdas, sendo por desistência (16) e por mudança de endereço (1), perfazendo 93 sujeitos inclusos na pesquisa.

5.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento de coleta de dados (**Anexo A**) foi apresentado, do ponto de vista didático, em seis etapas, a saber: 1) dados sociodemográficos; 2) teste de Associação Livre de Palavras (TALP); 3) questões norteadoras para obter o conteúdo do sistema de crenças proposto por Rokeach; 4) teste de Associação Livre de Palavras Desencadeadas por Imagens (TALPDI); 5) diário de campo e 6) informações adicionais oferecidas pelos sujeitos. Ele foi elaborado em consonância com o referencial teórico-conceitual.

Nos dados sociodemográficos, foram abordadas as seguintes variáveis: gênero; idade; estado civil; cor da pele declarada, presença e número de filhos, renda, escolaridade, profissão e ocupação.

A apreensão do sistema de crenças, da concepção sobre o processo de envelhecimento e seus respectivos componentes ou conteúdos foi fundamentada na proposta de Pinto²⁹. Em sua proposta inicial, o referido autor validou um instrumento para coleta de dados para captar o sistema de crenças de Rokeach na perspectiva de uma abordagem que contemplasse a cultura portuguesa e brasileira. Em ambos os casos, houve uma abordagem domiciliar e em grupos de convivência respectivamente. Cabe mencionar que, na realidade brasileira, o processo de aplicação do instrumento inicial foi realizado na mesma cidade em que esta investigação foi realizada e abordou sujeitos com condições de escolaridade e renda superiores ao grupo investigado nesta pesquisa. Sua abordagem inicial foi realizada em dois segmentos etários: com pessoas até 64 anos e ≥ 65 anos.

Todas estas estratégias utilizadas para estruturação do instrumento de coleta de dados visaram à obtenção de um discurso e das palavras/expressões evocadas que retratassem a

concepção de a pessoa ser idosa ou envelhecida, captada a partir do contexto socialmente constituído.

5.6 PROCESSO DE COLETA DE DADOS

O processo de coleta de dados ocorreu de forma processual e cronologicamente em parceria com as outras etapas da investigação realizadas no mesmo projeto intitulado: “Capacidade física, incontinências e determinantes do processo de envelhecimento em pessoas acima de 65 anos”. Ele foi antecedido por momentos interacionais entre o pesquisador, o ambiente e os potenciais sujeitos a serem investigados com vistas à realização da ambiência local, captação da confiança do entrevistado, compreensão do contexto social em que a investigação iria ocorrer.

Após a compreensão do perfil sociocultural e ambiental do cenário da investigação, os dados foram coletados com adequação de abordagem para o perfil dos moradores, as condições/restrições de receptividade local e os objetivos delineados da investigação.

Houve uma abordagem aos dez primeiros sujeitos da investigação. O conteúdo deste material foi imediatamente consolidado em base eletrônica e tratado de forma a permitir que o processo de coleta e análise dos dados ocorresse de forma processual, visando facilitar a compreensão do vocabulário dos sujeitos e adequar as abordagens interacionais e comunicacionais até a apropriação ao perfil dos sujeitos¹¹⁴. O conteúdo das entrevistas foi incluído na amostra final.

Para operacionalização da abordagem qualitativa, foram realizadas: 1) a técnica de evocação livre e hierarquizada de palavras/expressões a partir de termos indutores; 2) entrevista gravada para obter o conteúdo de crenças por meio das abordagens das representações sociais processuais, concepção de uma pessoa ser idosa ou envelhecida e os tipos de crenças de Rokeach e técnica de evocação livre de palavras/expressões desencadeada por imagens a partir de termos indutores.

O ambiente da coleta de dados foi o domicílio dos próprios sujeitos. As entrevistas foram realizadas predominantemente no ambiente da cozinha, da sala ou do quarto. Cabe mencionar que estes dois últimos cenários citados foram o recurso disponibilizado pelo sujeito quando havia familiar ou mediante solicitação preferencial do(a) próprio(a) entrevistado(a).

A operacionalização da técnica de evocação livre e hierarquizada de palavras/expressões utilizou os termos indutores “pessoa ser idosa” e “pessoa ser envelhecida”. Foi coletada por meio de entrevista projetiva realizada individualmente, sendo os registros realizados de forma cursiva.

Na realização da TALP, foi solicitado aos entrevistados que falassem as cinco primeiras palavras que lhes viessem à mente quando cada expressão indutora foi mencionada. Em seguida,

foi solicitado aos sujeitos que as hierarquizassem. Houve registro cursivo para documentação da sequência lógica das palavras/expressões evocadas.

A utilização da TALP mostra-se útil para se obter uma análise das propriedades qualitativas e quantitativas quando se pretende determinar os elementos centrais e periféricos de uma representação social. Ela permite a atualização de elementos implícitos ou latentes que poderiam ser perdidos ou mascarados em produções discursivas^{63; 89}. Esta técnica requer que a pessoa realize um trabalho cognitivo de análise, comparação e hierarquização sobre sua própria produção^{87; 89}.

O fato de os sujeitos evocarem expressões aliadas às evidências descritas na literatura sobre a dificuldade/impossibilidade de pessoas idosas, crianças e/ou aquelas que apresentam baixa escolaridade realizarem com sucesso a técnica da evocação em decorrência da lentificação do pensamento; da redução da capacidade de análise; da rememoração e da abstração⁹¹ fez com que fosse repetida esta técnica com o apoio de imagens, sendo utilizada a Técnica de Associação Livre de Palavras Desencadeada por Imagens (TALPDI).

As recomendações existentes na literatura referentes à TALPDI realizada com o suporte de figuras/imagens sugerem que se devam utilizar elementos de valor neutro, positivo e negativo quando aplicada a pessoas idosas, crianças, ou pessoas com baixa escolaridade^{115; 116}; foi acrescentada a técnica da iconização. Sua finalidade foi a de facilitar a abstração do termo indutor pelos sujeitos, uma vez que a dificuldade dos sujeitos em abstrair o conteúdo da temática justificou a utilização da técnica de iconização como estrutura de suporte ao termo indutor.

O processo de preparo, elaboração e seleção das imagens sobre “pessoa ser idosa” e “pessoa ser envelhecida” utilizou-se de sete critérios/etapas que compreenderam a fase de idealização, criação e validação das imagens: 1) imagens cuja autoria proporcionasse independência de direitos autorais; 2) conteúdos consensualizados num grupo de peritos para a temática do processo de envelhecimento; 3) imagens que retratassem situações diversas capazes de suscitar informações, valores, comportamentos e atitudes de valoração variada; 4) texto contendo a descrição de um cenário no qual o processo do envelhecimento foi retratado com o conteúdo consensualizado entre os peritos; 5) elaboração das figuras propriamente ditas por meio de 38 desenhos; 6) seleção e julgamento dos peritos para escolha das imagens que melhor retratavam o processo do envelhecimento; 7) formatação das imagens com suas respectivas situações antagônicas com vista a não induzir caráter valorativo para as imagens.

As figuras foram criadas a partir da consensualização das imagens que envolvem o cotidiano das pessoas com idade ≥ 65 anos. A descrição das situações cotidianas foi transformada

em desenhos elaborados exclusivamente para a finalidade da investigação, por isso foram retratadas pessoas idosas com ou sem dependência e perda de autonomia/funcionalidade, estando ou não em situação de vulnerabilidade (**Figura 9**).

Figura 9: Desenhos elaborados para subsidiar a aplicação da TALPDI na representação social estrutural para os termos: “pessoa ser idosa” e “pessoa ser envelhecida” entre pessoas com idade ≥ 65 anos. Juiz de Fora, Jan/2015.



Nota: Arreguy-Sena, Pinto e Melo.

A aplicação da TALPDI consistiu na solicitação para que a pessoa falasse as cinco primeiras palavras ou expressões que lhe surgissem imediatamente à mente quando os termos indutores “pessoa ser idosa” e “pessoa ser envelhecida” foram mencionados após serem mostradas as imagens selecionadas e consensualizadas pelos peritos na fase anteriormente descrita. As respostas foram registradas de forma digital na sequência em que foram mencionadas. Nesta etapa, não foi realizada a enumeração sobre a ordem de importância (hierarquização).

Para a coleta de dados sobre o processo de envelhecimento e o sistema de crenças para a “pessoa ser idosa” e a “pessoa ser envelhecida”, utilizou-se de entrevista gravada a partir das questões norteadoras, abordando o processo de envelhecimento, as concepções sobre a pessoa ser idosa e ser envelhecida e o sistema de crenças de Rokeach.

O conteúdo das questões norteadoras para captar as crenças, os comportamentos, os conhecimentos/informações, os valores e as atitudes foi abordado em 11 eixos temáticos, a saber: 1) concepção de quando e como ocorre o processo de envelhecimento; 2) incorporação da

identidade cultural de ser uma pessoa idosa (autoavaliação de ser ou sentir-se idoso); 3) definição cultural do papel do idoso na sociedade; 4) valorização do saber e da experiência do idoso; 5) o papel do idoso na comunidade; 6) impacto da idade no convívio social sobre os familiares, cuidadores, profissionais e outros; 7) posicionamento e adesão frente às políticas, programas e serviços; 8) participação e/ou integração em representações políticas, sociais e associações, fundações, clubes; 9) utilização da rede de saúde (in)formal; 10) adesão ou não dos usuários aos serviços existentes e 11) origem temática ou religiosa com alteração na inserção ou (des)vinculação nos últimos anos.

O conteúdo teve o áudio gravado, tendo sido o aparelho posicionado entre o entrevistado e o entrevistador lateralmente para evitar a inibição e/ou a influência do aparelho sobre o conteúdo do discurso.

As informações adicionais emitidas pelos sujeitos da investigação versaram sobre comentários do cotidiano com enfoque nas relações interpessoais, nas dificuldades vivenciadas, nas questões de violência no bairro, nas preferências religiosas, nas dificuldades vivenciadas no deslocamento até a unidade de saúde e na insatisfação ou restrição dos planos de saúde, quando os tinham.

O diário de campo foi utilizado para: 1) registrar as informações da TALP (por livre associação e hierarquizada) no primeiro momento e 2) permitir ao entrevistador registrar suas percepções a respeito dos conteúdos comunicacionais verbais, para-verbais e não verbais captados durante o processo de coleta de dados.

5.7 CONSOLIDAÇÃO, TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados de caracterização sociodemográfica foram consolidados em planilha *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20 e analisados por estatística descritiva.

Para identificação dos elementos, hierarquia e origem das representações sociais sobre a “pessoa ser idosa”, a “pessoa ser envelhecida” e processo de envelhecimento, os resultados das evocações foram tratados a partir da análise dos cognemas, mencionados pelos sujeitos a partir dos termos indutores. Esta etapa foi operacionalizada de duas maneiras: 1) na utilização da TALP, a análise da evocação de forma livre e hierarquizada foi realizada por análise temática com categorização de conteúdos, utilizando os programas SPSS e EVOC e 2) na utilização da TALPDI, a análise da evocação com o auxílio de figuras foi feita segundo Spink¹¹⁵.

Cabe mencionar que a elaboração prévia do dicionário de termos para equivalências, visando à uniformização de informações foi realizada somente para a TALPDI, tendo em vista que a aplicação da TALP não obteve sucesso no processo de coleta de dados.

A realização do dicionário de termo para equivalência foi facilitada pela experiência propiciada pela ambientação inicial junto ao local e aos entrevistados. Para confeccioná-lo, buscou-se a padronização de palavras/expressões segundo critérios gramaticais de número (singular/plural); gênero (feminino/masculino); tempo verbal (presente, passado, futuro); pessoa (eu/ele); voz (ativa/passiva) e grau (diminutivo/aumentativo) e remoção de preposições, conjunções, interjeições e reunião das expressões por hífen com sua simplificação ao máximo⁶⁵.

As palavras/expressões evocadas, ou seja, os cognemas, foram transcritas para planilha do *Excel for Windows* e tratadas no programa EVOC proposto por Vergès (2000) após o conteúdo ter sido homogeneizado pela etapa de elaboração do dicionário de acordo com o termo indutor e o tipo de associação (livre ou hierarquizada) ou induzida por figura.

Para análise das representações sociais, foi utilizado o programa *Excel* para a consolidação de grupo de informações, a saber: 1) código identificador do participante, contendo dois dígitos (01 a 93); 2) dados sociodemográficos: gênero; idade; estado civil; cor da pele; filhos, renda e escolaridade e 3) palavras/expressões evocadas.

As variáveis sociodemográficas foram utilizadas na forma dicotômica: gênero (1: feminino e 2: masculino); idade: (1: 65 a 75 e 2: >75 anos); estado civil (1: solteiro ou viúvo e 2: casado ou com união estável); cor da pele (1: branca; 2: negra e parda); filhos (1: não tem e 2: tem); renda (1: ≤ 1 salário mínimo e 2: ≥ 2 salários mínimos) e escolaridade (1: analfabeto e 2: fundamental ou mais). Estes dados foram antecidos pelo código identificador do sujeito e juntos compuseram o componente sociodemográfico que foi precedido das palavras/expressões evocadas.

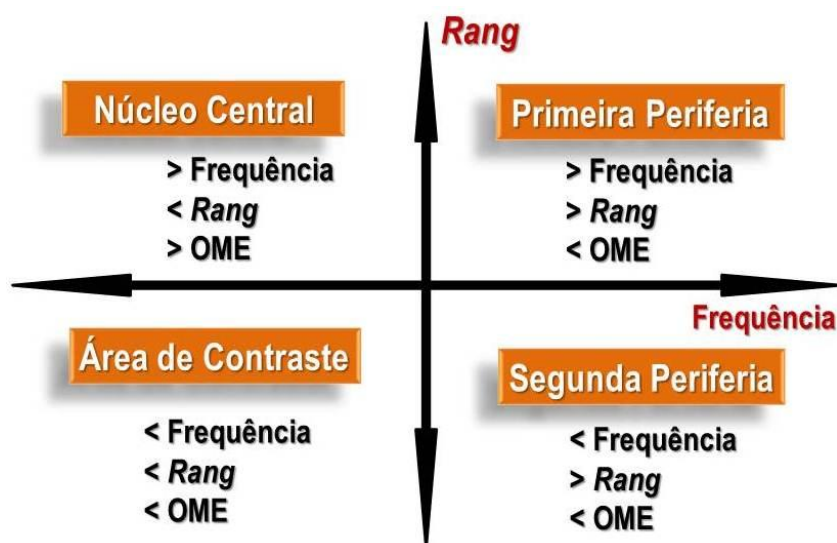
A reunião destas informações estruturadas e formatadas deu origem a um número de linhas correspondentes ao número de sujeitos conforme exemplo a seguir: (01;1;1;1;1;1;2 1 solidao 2 preconceito-discriminacao 3 independencia 4 receber-ajuda).

Cabe mencionar que as palavras/expressões evocadas foram registradas sem acento e sem sinais ortográficos e compuseram o *corpus* estruturado⁶⁵. Posteriormente, o *corpus* em arquivo do *Excel for Windows* foi introduzido no *software* EVOC¹¹⁷, proposto por Vergès, a partir do qual 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 evocações¹¹⁸.

Para compreensão dos dados, foi utilizada a técnica de construção do “Quadro de Quatro Casas” no programa EVOC e os resultados preliminares possibilitaram que a interpretação da

distribuição dos cognemas nos quadrantes subsidiasse a identificação e compreensão da hierarquia das possíveis representações obtidas. Os critérios utilizados pelo programa EVOC para alocar os cognemas nos quatro quadrantes foram: a combinação da frequência com a ordem em que as palavras/expressões foram evocadas. Tal fato culminou na distribuição dos termos em quatro quadrantes com agrupamento de palavras/expressões afins do ponto de vista da possível estrutura da representação social (**Figura 10**)⁴; 17; 89.

Figura10: Esquema Gráfico do quadro de quatro casas. Juiz de Fora, jan/2015.



Nota dos autores: Conteúdo elaborado pelos autores tendo com base Oliveira D.C, 2013 e Nascimento et al., 2013.

De posse de uma lista contendo todas as palavras/expressões evocadas pelos sujeitos, o *corpus* inicial foi reduzido, utilizando-se da Lei de Zipf, a partir da qual foi possível manter aqueles cognemas que possuíam frequência e ordem de evocação com vistas à captação da essência da representação social.

A Lei de Zipf recebeu o nome de seu propositos George Kingsley Zipf e consiste numa fórmula empírica baseada na potência da distribuição de valores que permite obter a relevância, proporcionalidade e dimensão quando se dispõe de uma base de dados contendo palavras ordenadas¹¹⁹. Ela pode ser expressa pela seguinte equação:

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

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

Para calcular o valor da frequência média, foi necessário dividir a frequência total dos cognemas evocados pelo número de palavras decorridos e buscar identificar o ponto no qual houve

uma descontinuidade drástica na frequência dos cognemas, fato que norteou a realização de um ponto de corte¹¹⁹.

Visando à obtenção da análise do *corpus* formado pelas evocações dos 93 sujeitos para os termos indutores “pessoa ser idosa” e “pessoa ser envelhecida”, foram emitidas 465 palavras, sendo padronizadas a média de ordem de evocação de 2,5 numa escala de 1 a 5; frequência ≥ 6 , subsidiada pelo princípio de Zipf e adotada frequência média de evocação igual a 10 com vistas a possibilitar a padronização e comparação do conteúdo das representações dos mesmos sujeitos para as duas situações abordadas na presente investigação.

Para a representação social de “pessoa ser idosa”, foram obtidas 465 palavras/expressões evocadas, havendo 116 cognemas distintos. Foram utilizados 63,7% do *corpus* original. Para a representação social de “pessoa ser envelhecida”, foram obtidas 465 palavras/expressões evocadas, havendo 109 cognemas distintos. Foram utilizados 62,4% do *corpus* original.

No quadro de quatro casas, o possível Núcleo Central localiza-se no quadrante superior à esquerda (QSE). As palavras/expressões alocadas neste espaço são compostas por elementos com maior frequência de citação, maior Ordem Média de Evocação (OME), ou seja, mencionadas nas primeiras posições e menor *Rang* (média das ordens médias de evocações). Estes elementos possuem maior probabilidade de pertencerem ao núcleo central, uma vez que este equivale à parte mais estável e permanente em uma representação, conferindo sentido, e seus elementos são os mais resistentes ao processo de mudança^{4: 83; 89}.

Na Zona de Contraste, quadrante inferior esquerdo (QIE), alocam-se as evocações de menor frequência, maior *Rang* e menor OME. Tais elementos são considerados importantes para um pequeno grupo de pessoas (subgrupo representacional)^{4: 72; 89}.

Na Primeira Periferia, quadrante superior direito (QSD), alocam-se os elementos periféricos mais importantes, ou seja, apresentam maior frequência, maior *Rang* e baixa OME. Estes elementos possuem potencial para migrarem para o núcleo central, são considerados elementos intermediários, uma vez que expressam o contexto imediato no qual as pessoas vivem suas relações sociais^{4: 72; 89}.

Na Segunda Periferia, quadrante inferior direito (QID), alocam-se os elementos periféricos, que possuem pouca importância para os sujeitos, ou seja, baixa frequência, *Rang* alto e OME baixa. Assim como os elementos da primeira periferia, este expressa o contexto imediato no qual os sujeitos vivem suas relações, porém tais elementos não são analisáveis pela abordagem estrutural e sim pela grande TRS^{4: 72; 89}. Foram acrescentadas ainda as técnicas de similitude e entrevistas gravadas como técnicas comprobatórias da representação identificada.

Os dados provenientes das entrevistas gravadas foram transcritos em Programa *Word for Windows* e consolidados em banco de dados eletrônico NVivo (versão 10). Eles foram analisados segundo os referenciais teóricos adotados (fenômeno do agrisalramento e políticas internacionais do processo de envelhecimento, processo de envelhecimento brasileiro e contornos legais da legislação, concepções teóricas para a abordagem do processo do envelhecimento humano, Teoria das Representações Sociais e sistema de crenças de Rokeach).

Segundo Rokeach, as crenças, atitudes e valores são constructos interligados capazes de influenciar comportamentos humanos na dinâmica das relações sociais. Os discursos dos sujeitos motivados pelas questões norteadoras e provenientes das entrevistas gravadas foram transcritos em programa *Word for Windows*. A análise do conteúdo do sistema de crenças foi categorizada segundo os cinco tipos de crenças descritas por Rokeach, utilizando-se do programa NVivo, versão 10.

Os dados provenientes das entrevistas gravadas foram consolidados no programa NVivo e alocados em *nós* que representaram as categorias e cuja análise foi estruturada a partir da similaridade de códigos, utilizando o coeficiente de Jaccard tanto para as teorias explicativas do processo de envelhecimento humano, para o sistema de crenças de Rokeach e para os determinantes e pilares do processo do envelhecimento. Para a apresentação esquemática das categorias, foram utilizados dendogramas.

Para caracterizar a cientificidade da presente investigação, do ponto de vista da definição da saturação dos dados, dentro das categorias adotadas e em coerência com o perfil amostral, foi utilizado o esquema de forças e de correlações (correlação de Jaccard) dadas entre as categorias emergentes.

Houve a preocupação em identificar em cada sujeito se ocorreram ou não fragmentos de discurso que pudessem sustentar as categorias estabelecidas e qual foi a quantidade de fragmentos de discurso segundo o sujeito que corroborou para a reafirmação da saturação dos dados entre as pessoas que integraram a investigação (**Quadro 1**).

Considerando a extensão do número de participantes, na presente investigação, foi utilizado o programa Nvivo, versão 10 para favorecer esquematicamente a confirmação da saturação dos dados, por meio da utilização do gráfico em círculo. Nesta representação esquemática, cada vértice corresponde a uma categoria contemplada pelos sujeitos segundo conteúdos extraídos de seus discursos (**Quadro 1**).

Quadro 1: Quadro esquemático contendo critérios adotados para definição da saturação dos dados, segundo categorias emergentes de acordo com referenciais adotados, código do sujeito no qual foi identificado, número de fragmentos extraídos de cada discurso e esquema de forças de correlações entre as categorias expressas pelo gráfico de círculo. Juiz de Fora, Jan/2015.

	Referencial	Fonte	Referências	Gráfico de Círculo	
Teorias biológicas	Genéticas	1. Velocidade de vida	9	9	
		2. Envelhecimento celular	40	52	
		3. Mutagênese intrínseca	2	2	
		4. Neuroendócrina	10	11	
		5. Imunológica	15	16	
		6. Telômeros	-	-	
	Estocásticas	1. Mutações somáticas	17	21	
		2. Radicais livres	22	32	
		3. Reparação do DNA	-	-	
		4. Erro catástrofe ou acúmulo de danos	1	1	
5. Quebra de ligações		-	-		
6. Glicosilação		-	-		
	Uso e desgaste	57	103		
Teorias psicológicas	1. Seleção, otimização e compensação de Baltes	41	75		
	2. Seletividade socioemocional	66	104		
	3. Dependência aprendida	51	90		
	4. Constructo de qualidade de vida na velhice de Lawton	84	306		
Teorias sociais	1. Atividade	77	224		
	2. Desengajamento	63	130		
	3. Modernização	27	47		
	4. Trocas sociais	84	376		
	5. Perspectiva do curso de vida	30	43		
	6. Feministas	3	3		
	7. Estratificação da idade	53	65		
	8. Economia política	85	316		
	9. Crítica	72	191		
Sistema de Crenças de Rokeach	Transição epidemiológica	3	3		
	1. Tipo A – consenso unânime 100%	78	343		
	2. Tipo B – consenso zero	83	314		
	3. Tipo C - autoridade	80	163		
	4. Tipo D - derivadas	85	722		
	5. Tipo E - inconsequentes	82	284		

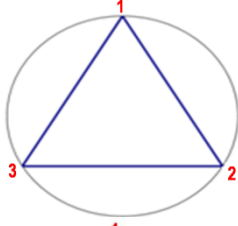
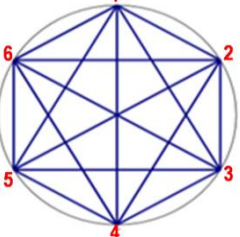
Nota dos autores: Conteúdo extraído do programa NVivo versão 10.

Cabe acrescentar que, como a categoria adotada foi definida *a priori*, tendo como critério os respectivos referenciais (Teorias explicativas do Processo do Envelhecimento, Sistema de Crenças de Rokeach, Determinantes e Pilares do Envelhecimento Ativo), houve vértice em que não foi alocado nenhum conteúdo ou, caso ele tenha sido identificado, ele não foi suficiente para gerar a

correlação (expressar uma saturação) necessária para exprimir um vínculo com as demais categorias, conforme demonstrado no **Quadro 1**.

O mesmo critério adotado para definir a saturação dos dados nas categorias teóricas do processo de envelhecimento e Sistema de crenças de Rokeach foi utilizado para os determinantes e os pilares do envelhecimento ativo, conforme consta no **Quadro 2**.

Quadro 2: Quadro esquemático contendo critérios adotados para definição da saturação dos dados, segundo categorias emergentes de acordo com referenciais adotados, código do sujeito no qual foi identificado, número de fragmentos extraídos de cada discurso e esquema de forças de correlações entre as categorias expressas pelo gráfico de círculo. Juiz de Fora, Jan/2015.

	Referencial	Fonte	Referências	Gráfico de Círculo
Pilares Env. Ativo	1. Participação	88	981	
	2. Saúde	88	576	
	3. Segurança	87	426	
Determinantes Env. Ativo	1. Serviço social e de saúde	89	578	
	2. Comportamentais	87	461	
	3. Pessoais	88	402	
	4. Ambiente físico	88	261	
	5. Sociais	89	426	
	6. Econômicos	21	39	

Nota dos autores: Conteúdo extraído do programa NVivo versão 10.

Cabe mencionar que, acrescido o critério adotado para saturação de dados, coeficiente de Jaccard, a investigação foi realizada com a população total de uma área de abrangência de uma Unidade de Saúde coberta pelo PACS, vinculado à UBS de uma região sanitária de saúde, ou seja, todas as pessoas com idade ≥ 65 anos que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão.

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados foram agrupados e discutidos de acordo com seus conteúdos segundo: 1) caracterização dos sujeitos da investigação; 2) percepções do processo de envelhecimento segundo o sistema de crenças de Rokeach; 3) Representações Sociais para a “pessoa ser idosa” e para a “pessoa ser envelhecida” nas abordagens: Estrutural e Processual; 4) políticas (inter)nacionais do processo de envelhecimento, seus determinantes e pilares: inferências implícitas extraídas dos discursos dos sujeitos e 5) implicações do sistema de crenças de Rokeach, das representações sociais e das políticas públicas para o planejamento do cuidado de enfermagem de pessoas em processo de envelhecimento.

6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA INVESTIGAÇÃO

Participaram 93 sujeitos que foram caracterizados quanto ao perfil sociodemográfico por meio da identificação do gênero, da faixa etária, da cor de pele declarada, do estado civil, do número de filhos, do grau de escolaridade, da profissão, da ocupação, da renda em salários mínimos e do tempo de aposentadoria (**Tabelas 1 e 2**).

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica dos 93 sujeitos investigados. Juiz de Fora, Jan/2015.

Gênero	n	%	Md±DP	Faixas etárias	n	%	Md±DP
Feminino	58	62,4		65 ---70	19	20,43	
Masculino	35	37,6		70 ---75	34	36,55	
Subtotal	93	100		75 ---80	23	24,75	72±6,486
				80 ---85	11	11,82	Min=65
				85 ---90	4	4,30	Max=96
				≥90 ---	2	2,15	
Grau de escolaridade	N	%		Subtotal	93	100	
0	26	27,95					
1 --- 5	45	48,38	2±2,918				
5 ----9	11	11,82	Min=0 e				
9 ----13	10	10,77	Mx=15	Estado Civil			
≥13	1	1,08		Casados	50	53,76	
Subtotal	93	100		Viúvos	30	32,25	
				Solteiros	7	7,55	
				Divorciados	5	5,37	
				Separado	1	1,07	
				Subtotal	93	100	
Renda (salários mínimos)				Nº filhos			
0	1	1,1		0	8	8,60	
1	67	72,0		1 ----- 5	39	41,95	4±4,597
1,5	4	4,2		5 ----- 10	36	38,70	Min=0
2	16	17,2		10 ---- 15	8	8,60	Max=21
3	3	3,3		≥ 15	2	2,15	
4	1	1,1		Subtotal	93	100	
5	1	1,1					
Subtotal	93	100					

Continua

Continuação

Cor de pele declarada	n	%	Md±DP	Tempo aposentadoria	n	%	Md±DP
Parda	48	51,6		0	22	23,65	9,50±8,659
Branca	27	29		1 ---- 5	4	4,30	Min=0 e
Negra	18	19,4		5 ---- 10	22	23,65	Mx=37
Subtotal	93	100		10 ---- 15	23	24,73	
				15 ----20	10	10,75	
Ocupação	n	%		20 ---- 30	11	11,82	
Sem renda	5	5,37		30 ---- 40	1	1,07	
Aposentados	81	87,09		Subtotal	93	100	
Pensionistas	5	5,37					
Trabalham	2	2,15					
Subtotal	93	100					

Nota: os autores

O perfil sociodemográfico predominante entre os sujeitos foi: 58 (62,4%) do gênero feminino, idade média de 72 anos; 50 (53,76%) eram casados e 30 (32,25%) eram viúvos (**Tabela 1**).

A predominância de mulheres entre os participantes caracteriza o processo de feminilização do envelhecimento identificado na população internacional, sendo a expectativa de vida das mulheres brasileiras em média de sete anos a mais do que a dos homens¹²⁰.

Embora haja a predominância de mulheres entre as pessoas idosas, o gênero, enquanto um determinante do envelhecimento, é capaz de influenciar modos diferentes de se comportar, agir, pensar e atuar socialmente, fato que possibilita considerá-lo como elemento transversal dentro do processo de envelhecimento humano.

A longevidade do gênero feminino pode ser atribuída aos seguintes fatores: 1) aos maiores índices de mortalidade entre homens; 2) à queda significativa nos índices de mortalidade materna nos últimos anos; 3) à produção hormonal de estrógeno pelas mulheres; 4) homens possuem a prevalência de comportamentos de risco associados ao trânsito e ao trabalho; 5) as mulheres possuem menores taxas de adesão ao tabagismo e etilismo e 6) o comportamento de adesão e procura pelos serviços de saúde prevalece entre as mulheres¹²⁰.

A respeito da cor de pele, 48 (51,6%) declararam ser de cor parda e 27 (29%) branca (**Tabela 1**). A identificação da maioria dos sujeitos como tendo cor de pele parda pode ser explicada pelo fato de, no Brasil, haver miscigenação da população, processo que vem ocorrendo há dezenas de anos e que resultou na predominância da cor da pele parda no grupo investigado.

A média de quatro filhos entre os participantes (variância de 0 a 21 filhos) mostra a prevalência de famílias numerosas, quando comparada ao padrão dos países desenvolvidos, evidenciando que o Brasil está em processo de envelhecimento populacional, mantendo uma prole entre as pessoas com idade ≥65 anos que torna o núcleo familiar amplo e capaz de integrar a pessoa idosa em seu contexto, corroborando com a convivência intergeracional²⁰.

Na caracterização do grau de escolaridade, a média encontrada foi de 2 anos de estudo, com 26 (27,95%) sujeitos analfabetos e 56 (60,20%) com baixa escolaridade, ou seja, até oito anos de estudo, perfazendo um total de 88,15% de analfabetos ou com menos de oito anos de estudo (**Tabela 1**). A média de analfabetos entre os investigados (27,95%), quando comparada aos dados nacionais (39,9%), foi menor em 11,95%, fato corroborado pelas dificuldades de acesso à educação encontradas por estas pessoas, na fase em que ainda eram jovens (alfabetização e formação profissional), quando comparadas à atualidade. Estas evidências justificam a prevalência de pessoas idosas com baixos níveis de escolaridade encontradas nesta investigação²⁴. Este fato pode ser atribuído à baixa adesão deles aos programas de alfabetização quando eram jovens e/ou quando adultos ou idosos¹²¹.

A implicação da baixa escolaridade reflete, do ponto de vista político e econômico, numa população suscetível ao: desemprego, baixa renda, alienação, fome e uma dificuldade de acesso aos serviços de saúde. A possível aproximação entre o baixo grau de escolaridade e a exclusão social assume caráter significativo quando pensado sobre as dificuldades de acesso desta população aos serviços de saúde, à justiça, à cultura e às condições favoráveis de moradia e trabalho¹²².

No que tange às profissões exercidas pelas pessoas com idade ≥ 65 anos durante a fase produtiva de suas vidas, estas foram consolidadas em categorias e apresentadas na **Tabela 2**.

Tabela 2: Caracterização das profissões dos 93 sujeitos investigados. Juiz de Fora, Jan/2015.

Profissão	N	%
Serviços domésticos (doméstica, agente de limpeza, faxineira, lavadeira e serviços gerais)	38	40,87
Construção civil (pedreiro, carpinteiro, sergente de pedreiro, decorador, marceneiro e mestre de obras)	20	21,50
Serviços de manutenção predial/condomínio (recepcionista, porteiro, ascensorista, vigilante, zeladora)	9	9,68
Serviços alimentícios (cozinheiro e garçom)	9	9,68
Atividade de nível técnico (enfermagem, laboratório e cuidadores de idosos)	6	6,45
Costureira/ tecelã	4	4,30
Motorista	2	2,15
Mecânico/lanterneiro	2	2,15
Jardineiro/lavrador	2	2,15
Comerciante	1	1,07
Total	93	100

Nota: os autores.

A ocupação predominante referente aos sujeitos investigados foi a de aposentados, 81 (87,09%) (**Tabela 1**), condizente com o que já era esperado, uma vez que a população em estudo foi composta por pessoas com idade ≥ 65 anos, ou seja, faixa etária prevista na legislação brasileira para iniciar a aposentadoria (55 anos para mulheres e 60 anos para os homens)¹²².

Entre as profissões exercidas pelos sujeitos investigados, houve dicotomia entre atividades segundo o gênero, havendo predominância das profissões associadas aos serviços domésticos, 38 (40,87%) entre as mulheres, e 20 (21,50%) profissões associadas à construção civil exercidas pelos homens (**Tabela 2**).

A baixa renda ficou evidenciada pelo fato de 67 (72%) sujeitos receberem um salário mínimo e 16 (17,2%), dois (**Tabela 1**). Na perspectiva econômica, 89,2% dos participantes possuíam até dois salários mínimos, o que representou um grupo com baixa renda (advinda da aposentadoria e/ou benefícios/pensão decorrente do falecimento do cônjuge) devido a uma atividade profissional mal remunerada.

O tempo médio de aposentadoria dos sujeitos foi de 9,50 anos (**Tabela 1**). A variabilidade de 0 a 37 anos de benefício expressa a diversidade encontrada no tempo de aposentadoria entre os sujeitos.

Após a caracterização sociodemográfica dos participantes desta investigação, foram apresentadas as percepções do processo de envelhecimento segundo o sistema de crenças de Rokeach.

6.2 PERCEPÇÕES DO PROCESSO DO ENVELHECIMENTO SEGUNDO O SISTEMA DE CRENÇAS DE ROKEACH

O processo do envelhecimento, neste item, foi apreendido a partir do sistema de crenças proposto por Rokeach, sendo apresentados a seguir os componentes que o integram, sua hierarquização dentro do sistema, os conteúdos abordados em cada tipo de crença e as implicações teóricas capazes de explicar como os sujeitos construíram, em seus cotidianos, este sistema de crenças.

6.2.1 O sistema de Crenças de Rokeach

A partir de fragmentos das entrevistas gravadas com os 89 sujeitos, foram extraídos conteúdos que, após categorizados segundo modelo teórico de Rokeach, permitiram identificar os tipos e a composição do sistema de crenças, conforme mostra a **Tabela 3**.

O sistema de crenças permitiu subsidiar a compreensão dos sujeitos para o processo do envelhecimento e identificar quais as concepções (im)explícitas que subsidiam a explicação de seus

comportamentos e da forma como pensam enquanto um grupo socialmente constituído. Ele foi composto por 1.865 crenças a respeito do processo do envelhecimento, e sua estrutura hierárquica foi deduzida da análise da posição de todas as crenças dentro de um eixo imaginário de centralidade/perifericidade. Isso possibilitou identificar que 820 crenças tenderam à nuclearidade e 696, à perifericidade (**Tabela 3**).

Tabela 3: Componentes do sistema de crenças segundo Rokeach para o processo do envelhecimento entre 89 pessoas com idade ≥ 65 anos. Juiz de Fora, Jan/2015.

Sistema de crenças	n	%
Crenças Primitivas de consenso unânime- Tipo A	362	19,42
Crenças Primitivas de consenso zero- Tipo B	334	17,90
Crenças de Autoridade- Tipo C	163	8,75
Crenças Derivadas- Tipo D	722	38,71
Crenças Inconsequentes- Tipo E	284	15,22
Total	1865	100

Fonte: os autores.

A existência de 696 crenças do tipo A e B e 1.006 crenças do tipo D e E evidenciou a tendência do eixo de centralidade/perifericidade propenso à perifericidade. Mesmo quando as crenças do tipo C foram computadas entre aquelas de tendência à centralidade, o eixo de centralidade/perifericidade tendeu à perifericidade, fato que foi confirmado pela saturação dos dados apresentada pelo gráfico de círculo (**Quadro 1**).

O sistema de crenças possibilitou não somente alocar hierarquicamente os tipos de crenças, mas também compreender seus conteúdos e como eles estão ligados ou não com as concepções do processo do envelhecimento ativo e com o *continuum* saúde/doença.

6.2.1.1 Crenças Primitivas de Consenso Unânime ou tipo A

Entre os conteúdos das crenças primitivas de consenso unânime (Tipo A), foram identificados os seguintes conteúdos: 1) envelhecimento precoce e influências ambientais; 2) caracterização física e visual do processo de agrisalramento; 3) sentimento de ser útil; 4) inserção em atividades e/ou trabalho; 5) a ação de passear/viajar/sair; 6) hábitos/comportamentos de vida; 7) a impossibilidade de fazer as coisas; 8) *Continuum* saúde/doença 9) preconceito, discriminação; 10) valoração da pessoa idosa e 11) cuidado profissional.

Os conteúdos abordados nas crenças do tipo A retratam as opiniões consensualizadas pelas pessoas com idade ≥ 65 anos de forma unânime e, por isso, não estão sujeitos à discussão ou controvérsias segundo seus pontos de vista^{17; 49; 51; 52; 59; 60}.

A explicação do “porquê” de as crenças do tipo A serem consideradas unânimes está baseada no fato de elas retratarem verdades aceitas como sendo fundamentais^{17; 49; 51; 52; 59; 60} para

os sujeitos da investigação a respeito de como o processo do envelhecimento pode estar configurado na realidade do eu, no ambiente físico e/ou social e nas relações interpessoais.

Ao mencionar o envelhecimento precoce e as influências ambientais sobre o envelhecimento, os sujeitos ressaltam que condições de vida, excesso de atribuições, comportamento de ingerir bebida alcoólica, fumar e/ou usar drogas podem influenciar sobre a aparência física e sobre as condições de saúde das pessoas que estão em processo de envelhecimento. Tal ideia pode ser identificada nos seguintes fragmentos de discursos:

Tem pessoa que envelhece precocemente. Inclusive, eu tenho um filho que bebe bastante e aparenta ter mais idade do que realmente tem [...]. Quando envelhecida, a pessoa pode aparentar e não ter a idade. Sujeito 01.

O que influencia o envelhecimento são: o tempo e a natureza que fazem a pessoa envelhecer. Sujeito 11.

Nestes fragmentos de discursos dos sujeitos, podem ser identificados conhecimentos atribuídos às explicações teóricas do processo de envelhecimento humano de embasamento biologicista. Esta concepção integra o conhecimento social e permite identificar aspectos referentes à teoria do envelhecimento celular, que pertence ao subgrupo das explicações de origem genética.

A teoria do envelhecimento celular considera que, com o decorrer dos anos, dá-se o envelhecimento celular, a ponto de reduzir a capacidade do organismo de renovar os tecidos. A consequência da limitação de reposição de novas células é a mudança na aparência física e/ou redução das funções de algum tecido ou órgão. Tal concepção está explícita nos fragmentos de discurso:

O rosto começa a dar muitas rugas. Aí começa a branquear a cabeça [...] O primeiro que muda é o rosto. Sempre o rosto mostra muito mais idade... Aparecem as rugas! Sujeito 09.

Igual ao cabelo branco! Fulano está com o cabelo branco! Está velho? Não está. Eu, com nove anos, já tinha. Conheço gente com mais de 90 anos e que quase não tem. Então isto varia de acordo com a natureza de cada pessoa. Sujeito 12.

Vejo muitas diferenças nas pessoas envelhecidas. Diferença de rosto, no modo de conversar com a gente... Sujeito 13.

Estes conteúdos podem ser explicados pela teoria do envelhecimento celular, que compõe o conjunto de crenças do tipo A e descreve a caracterização física e visual do processo de agrisalamento, indicando as manifestações que com ela surgem: alterações no rosto, branqueamento dos cabelos, jeito de olhar e se comportar. Entre a mudança de comportamento, estão, por exemplo, a questão de aparentarem idade inferior à que realmente possuem. Quando isso ocorre, o fato é referido como um êxito e, nas falas, há a intenção de exprimir felicidade e contentamento, conforme identificado nos fragmentos de discursos a seguir:

Tem gente idosa que ainda não fala à idade que eles têm. Tem gente idosa que fala que está

com 50 anos, 60 e, vai ver, está com quase 80. É porque cuida muito da aparência deles. Sujeito 26.

É diferente, porque a pessoa idosa tem tantas complicações: a idade, a velhice. A gente tem vontade de ser uma pessoa mais nova [...]. Tem gente que mostra assim mais idade, mostra mais acabado e há pessoa que mostra mesmo a idade que tem. Sujeito 36.

Características... a pessoa envelhecida tem a aparência porque a pessoa muda o jeito, a figura do rosto, o jeito de olhar em si. A gente reconhece que aquela pessoa já é envelhecida, pelo modo de viver e até o modo de conversar que mudam. Sujeito 06.

Outra teoria, abordada no conteúdo de influências ambientais, foi a das Mutações Somáticas. Nesta concepção, doses contínuas de radiações e/ou substâncias químicas potencialmente letais podem diminuir o tempo de vida, gerando um declínio progressivo na função de órgãos e/ou tecidos e a aceleração do processo de envelhecimento. Este fato pode ser evidenciado na fala do sujeito a seguir:

Porque eu nunca bebi ou fumei e estas pessoas que são até mais novas que eu, mas estão envelhecidas porque usaram muitas drogas, cigarro e bebida alcoólica [...]. Eu estive internado no hospital X e tinha um rapaz de 51 anos que estava parecendo estar com 70 anos. Isso porque ele bebia muito [...]. Eu já perdi irmãos por causa da bebida e cigarro. Sujeito 03.

Entre as crenças do tipo A, foram mencionados conteúdos referentes a ser útil que estavam vinculados à percepção dos sujeitos de uma não valorização das pessoas idosas na intensidade em que elas se julgam merecedoras, quando convivem com outras pessoas.

Tal fato faz com que, no convívio social, as pessoas idosas mostrem interesse em provar para si mesmas e para os outros que ainda: podem ser úteis, estão aptas a fazer as coisas e que podem ajudar as pessoas. Esta ideia pode ser reafirmada nos conteúdos apresentados a seguir:

Eu acho que, no Brasil, os idosos... Aqueles que se consideram idosos não têm muita utilidade, mas isso eu sei que têm. Eu não considero inválido o idoso [...]. Eu já mostro que sou útil. Sujeito 03.

Então eles acham que a pessoa passa de 60, 70 anos e a pessoa já não está apta a fazer mais nada... É engano! Pois, se você mostrar que pode fazer as coisas, tudo fica mais fácil. Sujeito 03.

Considero-me na terceira idade. Não nova e nem muito idosa, porque o muito idosa é depois dos 80 anos. Não me sinto idosa, porque eu ainda me sinto muito útil. Faço tanta coisa só! Vou à cidade, faço minhas compras, não dependo dos outros ainda. Sujeito 22.

O fato de as pessoas idosas quererem ser úteis pode ser explicado pela Teoria da Atividade, que defende que, apesar das perdas físicas, psicológicas e sociais, os vínculos sociais e a autonomia persistem na forma de manter a participação social, a satisfação pessoal e autoconceito de aspectos positivos a respeito processo de envelhecimento¹⁸.

Em consonância com os conteúdos relacionados a ser útil, há aqueles relacionados à autoavaliação enquanto pessoas que possuem idade ≥ 65 anos e ao fato de haver a possibilidade

de se inserem em atividades e/ou trabalhar, mantendo-se ativas, autônomas e independentes, conforme exemplificado nos fragmentos de discurso a seguir:

Tem pessoas que vão envelhecendo e se entregando. Eu estou com 63 anos e estou ativo. Sujeito 35.

Considero-me uma pessoa idosa só pela idade, porque o resto não. Eu ando pra todo canto, passeio, vou à cidade e volto... Sujeito 20.

Na idade, eu sou idosa. Não me sinto idosa, porque eu tenho disposição. Com o pouco problema que eu tenho de saúde, eu trabalho, vou para a rua sozinha, vou ao médico; eu sozinha... eu ainda não me entreguei. Sujeito 29.

Eu não me sinto uma pessoa idosa não. Falta muito, porque ainda cuido das minhas coisas. Eu saio sozinha. Aí, as jovens por aí dizem: eu queria ser igual à senhora. A senhora anda para todo lado sozinha... Eu não dependo de ninguém. Meu marido faleceu e eu tenho que resolver eu mesma. Sujeito 27.

Em outros conteúdos referentes às atividades realizadas pelas pessoas idosas nas quais elas podem se inserir por conta própria ou por demanda advinda do cotidiano, foram mencionadas aquelas vinculadas à participação da pessoa idosa na sociedade, sua capacidade para ensinar os mais jovens, transmitir experiências de vida e receber novas informações/estímulos. Conforme consta nos fragmentos de discursos a seguir:

A pessoa idosa na sociedade pode fazer tudo! Você pode ensinar e você pode aprender. Ela pode participar de reuniões, conversações e pode dar aulas, como pode estudar também. Sujeito 30.

Tem idoso aí que pega uma fundação de uma casa dessas (pedreiro) e faz! Agora outros já não aguentam nada... Outros estão ensinando os jovens o que é certo ou errado. Pode fazer muita coisa... Sujeito 10.

Os fragmentos de discurso anteriormente mencionados relacionam-se à Teoria da Atividade e à Teoria da Perspectiva do Curso de Vida; ambas pertencem ao grupo das Teorias Sociológicas: a Teoria da Atividade refere-se às tarefas desenvolvidas pela pessoa idosa em cujo alicerce estão as concepções biológicas, psicológicas e culturais e caracteriza o processo do envelhecimento de forma saudável associado à possibilidade de engajamento em atividades psicossociais, que evitam a instalação da inatividade e o empobrecimento das relações sociais¹¹. O que pode ser reafirmado nos fragmentos de discurso a seguir:

Eu acho que depende da saúde da pessoa. Depende da saúde do idoso, depende da idosa. O idoso pode fazer muita coisa na sociedade: ir de acompanhante, olhar uma criança, ensinar as coisas que não se deve fazer o que está errado e aconselhar... Sujeito 34.

A idade machuca um pouco a gente, mas a gente não pode é parar. Quando a gente não tem uma atividade, você tem que fazer outra coisa. Sujeito 28.

Na comunidade, a pessoa idosa pode fazer muita coisa se ele tiver saúde. Por exemplo: ele pode ter uma diversão, ter uma coisa que ajude as crianças e os adultos. Sujeito 10.

De forma atrelada e complementar ao fato de a pessoa idosa poder realizar determinados tipos de atividades, mantendo-se os princípios da independência e autonomia, estão as questões adaptativas à condição atual, manifestada por meio da seleção de quais atividades a pessoa ainda é capaz de realizar sozinha, as que necessitam de ajuda e ainda aquelas que já não é mais capaz de realizar e por isso necessitará de alguém para fazer por ela. Conforme expressam as falas a seguir:

Pessoa envelhecida é a mesma coisa, pois eu trabalho devagar. Vamos supor: arrumo e varro minha casa, depois vou arrumar cozinha. Descanso, depois que levanto, eu lavo os banheiros e minhas roupas. Sujeito 24.

Idoso eu sou, é claro! Estou com 69 anos. Eu sei pela idade, mas não me sinto. Eu tenho disposição para fazer as coisas... Hoje, por exemplo, eu já caminhei, trabalhei na frente ali da oficina. Eu trabalho com a minha irmã. Eu estava sujo, muito sujo. Eu cortei mais ou menos umas 20 arvorezinhas pequenas e retirei as folhas. Então, eu me considero idoso, mas não velho. Sujeito 30.

A explicação teórica para este processo é dada a partir do fundamento psicológico explicado pela Teoria da Seleção, Otimização e Compensação de Baltes, que estabelece como a pessoa idosa pode manejar de forma efetiva as mudanças nas condições biopsicossociais que se manifestam em seu cotidiano sob a forma de oportunidades e/ou restrições para cada pessoa idosa baseado em sua individualidade e subjetividade³⁸.

Outros conteúdos, referentes às questões compensatórias associadas ao cotidiano das pessoas em processo de envelhecimento, foram mencionados como oportunidades e/ou restrições à pessoa idosa, foram citados comportamentos relacionados a passear, viajar e sair de casa, enquanto forma de interação e convivência com o meio externo ao contexto domiciliar e/ou núcleo familiar, conforme descrito pelos sujeitos nos discursos que se seguem:

Eu me considero e sinto uma pessoa idosa porque eu já vou fazer 73 anos... Mas é só por causa da idade mesmo, porque você vai mudando. Subo esta escada o dia inteiro para topar com o povo de tarde. Eu vou à igreja e volto. É assim: passeio bastante. Sujeito 26.

Eu me conformo com as coisas do jeito que elas são, mas não é porque eu estou velho que eu não vou sair! Vou passear... Sujeito 34.

Considero-me idosa. Eu sinto, pois eu não sou mais aquela de antes. Não tinha hora pra sair daqui, sair de casa, ir à missa. Não tinha hora pra nada. Era só eu pensar em sair que eu tinha toda a disposição. Agora eu só saio pra ir às minhas irmãs de vez em quando, mas eu vou mais é ao médico. Sujeito 21.

Os conteúdos referentes aos hábitos de vida foram abordados nos discursos referentes à alimentação, qualidade do sono e repouso e prática de atividade física, como fatores fundamentais para que o processo de envelhecimento ocorra de maneira saudável, ativa e de forma bem-sucedida¹⁹. Os fragmentos de discurso a seguir corroboram esta concepção:

Se a pessoa tiver saúde, cuidar bem dos alimentos, alimentar nas horas certas, ela não fica tão

acabado muito fácil não. Sujeito 26.

A pessoa envelhecida tem que reduzir a alimentação, porque, se alimentar demais, pode fazer mal, mas alguma coisa da alimentação a gente tem que tirar porque faz mal ao organismo que já está mais fraco. Sujeito 11.

Cada um tem um tipo de preocupação: alimentação, dormir pouco [...] Faz parte e contribui para o envelhecimento que será diferente em cada pessoa. Sujeito 12.

Nos discursos dos sujeitos 11, 12 e 26, estão implícitos os conceitos da Teoria de Seleção, Otimização e Compensação de Baltes, ao se fazer uma reflexão sobre como as pessoas em processo de envelhecimento podem efetivamente manejar as mudanças que se evidenciam por meio das dimensões biopsicossociais associadas a este processo, a ponto de justificar a inserção das pessoas idosas em oportunidades e ou restrições³⁸.

Um exemplo da forma como esta teoria se expressa é visto quando uma pessoa com idade ≥ 65 anos refere adesão para mudança de comportamento associado a hábitos alimentares, sono e repouso, atividade física, AVD, AIVD com vistas a manter-se saudável, conforme exemplificado a seguir:

Tem que procurar uma ginástica, uma caminhada e fazer qualquer coisa pra não ficar só pensando na velhice. Sujeito 01.

De forma contrária aos conteúdos anteriormente mencionados, estão aqueles relacionados às imagens, atitudes e comportamentos de que as pessoas idosas não podem fazer as coisas. No discurso dos sujeitos, estes conteúdos foram usados de forma associada à idade, à falta de forças e ao desânimo, conforme fragmentos de discurso apresentados:

É diferente ser envelhecido, porque a idade chegou pesa mais. Não se tem mais força. Eu também já não aguento mais nada. Sujeito 13.

Eu acho assim: que as pessoas que se consideram velhos são as pessoas que se encostam ou aquelas que param. Não querem fazer mais nada! Acham que são velhos e não podem sair sozinhas. Não podem fazer nada em casa porque já são velhas. Sujeito 28.

Eu acho que a pessoa que está velha mesmo, é quando ela já não faz mais nada. Ela depende de tudo para fazerem para ela. Enquanto ela está se ajudando, fazendo as coisas dela, eu acho que ela não está tão velha. Mas a idade, acho que vai enfraquecendo a pessoa a ponto de dar doença também. Sujeito 27.

Pessoa envelhecida, eu acho que é quando a pessoa se encosta. Eu acho assim! É não querer fazer mais nada, achando que é velha! Então não pode fazer nada. Sujeito 28.

A explicação teórica para os conteúdos atribuídos a não fazer as coisas é a Teoria do Desengajamento, que sugere que, com o passar dos anos, a pessoa idosa tende a não executar determinadas tarefas/atividades sociais que, até então, eram realizadas em seu cotidiano de forma rotineira¹¹.

Uma das principais justificativas para o desengajamento está relacionada aos conteúdos

referentes ao *continuum* saúde/doença, no qual a pessoa idosa possui algum problema de saúde a ponto de acarretar algumas limitações, como, por exemplo: a redução na capacidade de locomoção, redução da força física ou dor recorrente. Estes são alguns dos motivos alegados para justificar a redução nas funções/tarefas e contatos sociais; conforme evidenciado nas falas que se seguem:

Tem gente que diz que dança e eu não aguento. Não é porque eu estou gorda. Desde criança, eu sinto dor nas costas, coluna e pernas. Eu nem sei por que eu ainda estou aqui. Devo estar pagando alguma coisa! Agora está até melhor do que quando eu era criança. Sujeito 19.

Eu que não faço nada mais. Não trabalho mais. Não faço nada e, se sair, eu sinto muita dor nas pernas. E fico só sentada... com esta minha perna é uma coisa. É só esta perna que me incomoda! Não posso andar. Dá a hora de eu deitar e eu durmo só uns minutos... É só as pernas esquentarem que tenho que levantar correndo. Fico mais sentada na cama. Sujeito 02.

Eu me considero idosa pela idade que eu tenho... A gente se sente idoso. Igual a mim que tenho problema de coluna. A gente sente, mas eu procuro esquecer isso, mas é difícil que para caminhar é meio ruim porque dói muito! É uma dor que pega na bacia aqui e a dor vai até no calcanhar. Então incomoda muito. Sujeito 36.

Nos conteúdos retratados nas crenças do tipo A, expressos pelo sujeito 02, 19 e 36, foram mencionados conceitos e dimensões do processo de envelhecimento que são explicados pela Teoria da Transição Epidemiológica, ao retratarem que, com o passar dos anos, a pessoa idosa tem que conviver com a sobrecarga de doenças, com o adoecimento de maneira mais frequente do que quando era nova, e associam a ausência de saúde e acúmulo de doenças crônicas ao fato de estar vivendo mais. Segundo a teoria, houve uma redução significativa da taxa de mortalidade e natalidade, resultando num aumento considerável no número de pessoas idosas (maior expectativa de vida)⁴⁷.

Outro conteúdo identificado entre as crenças de consenso unânime que foram mencionadas pelos sujeitos refere-se ao preconceito e à discriminação, expressos pelas dificuldades da pessoa idosa em conseguir se inserir no mercado de trabalho e/ou poucas oportunidades para estudar, conviver e se inserir no contexto social. Conforme consta no fragmento de discurso do sujeito 11:

As condições de vida são referentes à pessoa idosa ter mais oportunidades para estudar, oportunidades para trabalhar em serviços mais leves, porque não vai sacrificar ele mais. Já para a gente da classe humilde, não dão... (condições de vida), porque vem também à discriminação de raça e de cor. Aí fica difícil para a gente! Sujeito 11.

A Teoria da Modernização oferece subsídio para interpretar o conteúdo das crenças mencionadas pelo sujeito 11. Esta teoria sociológica é responsável por explicar a imagem, as representações que a pessoa idosa faz de si mesma e influenciam sob o comportamento pessoal e de seus contemporâneos a ponto de influir no *status* social em diferentes sociedades⁴¹.

Esta afirmação pode ser corroborada pelo fragmento de fala do sujeito 30, ao retratar em seu discurso as influências sociais e políticas na pessoa envelhecida:

Eu sou negro e não tenho vergonha por causa de ser negro, mas a sociedade não aceita a gente... Hoje, com esse negócio de quotas, normalmente muita gente é contra! Eu sou a favor, porque, se você não tem uma escola boa, você não pode competir praticamente em um concurso com o primeiro da academia. Ele não pode... Então, se você é inteligente, a quota vem dar uma preferência para essa turma, uma oportunidade... Você vem da escola de pobre e, às vezes, não tem influência nenhuma. Ninguém te ajuda por causa do preconceito e você sabe que o brasileiro é muito preconceituoso. Chega dizendo para você que você pode, mas, quando você tenta se inserir no contexto social dele... Aí você já não pode... Sujeito 30.

Estes conteúdos expressaram preconceito/discriminação contra a pessoa em processo de envelhecimento atribuídos a questões sociais e políticas relacionadas a: cor de pele, raça, condição social, escolaridade, credo e/ou profissão exercida; conforme pode ser observado nos fragmentos de discursos anteriormente apresentados.

Outro conteúdo que emergiu das crenças de consenso primitivo tipo A refere-se ao respeito, que foi considerado pelos sujeitos como elemento fundamental para a convivência e manutenção das relações e convivência social de maneira harmônica e saudável. Ficou evidente nas falas mencionadas, a seguir, a luta das pessoas envelhecidas para não sofrerem discriminação, não serem maltratadas e/ou desprezadas pelas demais pessoas e a busca por reconhecimento, por serem valorizadas e conseguirem manterem-se engajadas socialmente:

A pessoa tem que ter respeito porque o outro está envelhecido; e não maltratar. Sujeito 01.

Tem muita gente que despreza um idoso; que deixa ele de lado. Tem outros que não e tem outros que dão valor à pessoa idosa. Sujeito 35.

Esta percepção pode ser explicada pela Teoria do Constructo de Qualidade de Vida na Velhice de Lawton. Esta é uma teoria psicológica que descreve a percepção que a pessoa idosa possui a respeito de suas relações atuais, passadas ou prospectivas, fazendo uma avaliação multidimensional de seu cotidiano⁴⁰.

Fato semelhante foi contemplado nos fragmentos de discursos dos sujeitos 03; 11; 22; 26, quando as crenças do tipo A são analisadas, ao mencionarem a valoração da pessoa idosa e enfocarem os conhecimentos, saberes e experiências de vida acumulados ao longo dos anos, a saber:

Convivo com pessoas mais velhas porque têm mais experiência, têm conselhos para dar para gente que é mais novo que elas... conforme eu tenho um conselho para um mais novo do que eu. Aí pode ter um mais idoso do que eu com um conselho melhor para poder passar. Sujeito 11.

É muito importante... todo idoso tem uma experiência que depois você pode contar para os parentes, para os netos e a mocidade. São as nossas experiências de vida. Sujeito 22.

E a gente nunca pode acreditar que é velho, tem estar sempre procurando fazer o que tem de melhor. Isso nos ajuda a viver e ajuda o mundo com as experiências da vida. Sujeito 03.

O valor de conviver com os outros, ser querido pelos outros. O valor de se considerar um idoso e estar assim alegre, conversar com o povo. Sujeito 26.

Cabe mencionar que os discursos dos sujeitos, quando abordaram o conteúdo referente ao valor do saber e da experiência de vida, foram unânimes em afirmar que as pessoas com idade ≥ 65 anos são importantes e estão contidas no contexto da vida. Elas se mostraram aptas a compartilhar conhecimentos, experiências com seus descendentes. Elas mencionaram que não estão percebendo a receptividade e valoração de que se julgam merecedoras, conforme mencionado a seguir:

Porque a idade e o cabelo branco trazem muita experiência e paciência também. Não adianta você dizer praticamente que ele é velho se ele é uma pessoa cheia de méritos; se ele é idoso você ganha muito com isso, porque ele tem mais idade do que a gente e experiência também. Sujeito 30.

Pessoa idosa era para ter muito valor, porque tem idoso que vale mais do que um novo. Sujeito 19.

No mundo que estamos atravessando, é muito difícil que a mocidade dê valor à pessoa idosa hoje em dia. Sujeito 22.

Tais crenças podem ser explicadas pela Teoria das Perspectivas do Curso de Vida, teoria sociológica que tenta explicar, entre outros, os relacionamentos da pessoa com a idade e as trajetórias das transições de vida, dentre as quais podem se inserir a forma como a pessoa idosa percebe os contextos sociais, significados culturais de suas relações e avaliam sua função dentro da estrutura social e que como o tempo, o período e o grupo podem influenciar formar e/ou atribuir diferentes significados para o processo de envelhecimento de cada pessoa e grupo social⁴³.

No conteúdo de discurso do sujeito 12 pode ser identificado como forma de valoração da pessoa idosa diante da ideia de valor fixo da pessoa envelhecida, sabedoria e saudosismo, ao referir que ela tem que saber conversar com todos, independentemente da idade, conforme pode ser observado a seguir:

A pessoa envelhecida é a pessoa que respeita a idade que ela tem, que sabe conversar com todos, seja mais novo ou mais velho. Sujeito 12.

Emergiram entre as crenças do tipo A aquelas relacionadas ao cuidado profissional. Nesta abordagem, foram destacadas a atenção, o carinho, o afeto e a paciência, enquanto componentes do cuidado, conforme evidenciado nos fragmentos de discurso que se seguem:

Tem que ser diferente o profissional de saúde cuidar da pessoa idosa, porque deve-se cuidar dos medicamentos, tem que se examinar com cuidado para receitar corretamente os medicamentos, para ter maior atenção com os idosos. Sujeito 11.

Profissional de saúde cuidar da pessoa idosa, eu acho que é diferente! Tem que ter mais carinho com o idoso, cuidar, saber e ter mais paciência do que com os mais novos. Sujeito 03.

(Profissional de saúde cuidar da pessoa idosa) Ela precisa é de carinho, de mais cuidado... já não é uma pessoa novinha. Sujeito 36.

A seguir, serão apresentados e discutidos os conteúdos das crenças do tipo B que, por definição conceitual não possuem consenso a partir de bases científicas, mas que estão estruturadas a partir das crenças enraizadas na estrutura do eu dos sujeitos participantes.

6.2.1.2 Crenças Primitivas de Consenso Zero ou Tipo B

O fato de as crenças Primitivas de Consenso Zero (Tipo B) não dependerem do respaldo das demais pessoas ou do grupo para a sua reafirmação e/ou manutenção, não serem postas em discussão e não haver nenhuma referência externa ao próprio eu que possa influenciar seu conteúdo^{17; 49; 51; 52; 59; 60} permitiu identificar cinco categorias que as exprimissem, quando o processo do envelhecimento foi abordado.

Nas crenças Tipo B, foram identificados os seguintes conteúdos: 1) convivência; 2) valor da pessoa idosa; 3) aprendizado de vida; 4) *continuum* saúde/doença; 5) avaliação da pessoa ser idosa e 6) aproximação com a morte/terminalidade. Estes conteúdos retratam as opiniões não consensualizadas pelo grupo socialmente constituído, uma vez que envolvem a existência e a autoidentidade de cada pessoa^{90; 92; 93}.

Na perspectiva das pessoas com idade ≥ 65 anos, a convivência com outras pessoas possibilitou emergir expressões de medo; ocorreu permeada por percepção de desrespeito, falta de adequação entre as vivências dos mais novos e mais velhos e foi influenciada pela redução da resistência física, a ponto de constituir um fato capaz de reduzir e/ou impossibilitar a convivência e restringir sua participação social, conforme percebido no conteúdo dos fragmentos de discursos a seguir:

O idoso tem mais medo pra poder sair ou conviver com uma pessoa que você nunca viu. E quando você tem resistência, já não tem aquele medo. Sujeito 01.

Os idosos de hoje não se pode mais esperar um conselho de um novo, porque os novos não podem dar um conselho para uma pessoa mais idosa. Eu, principalmente, posso dar um conselho para um mais novo do que eu, mas ele não pode dar um conselho para mim porque os conselhos são diferentes. Agora é de acordo com o tempo... Vai mudando... Sujeito 11.

Os conteúdo anteriormente mencionado referente às crenças do tipo B possui respaldo na Teoria das Perspectivas do Curso de Vida. Trata-se de uma teoria sociológica explicativa de como ocorrem os relacionamentos sociais das pessoas idosas na perspectiva de sua idade e das trajetórias de transições de cada etapa da vida por que passaram⁴³.

Outro conteúdo que emergiu entre as crenças do Tipo B relacionou-se ao valor da pessoa idosa e, por isso, capaz de manter-se produtiva, trabalhar e ter saúde e, quando estes componentes não estão presentes, ela se sente inútil, conforme fragmento de discurso a seguir:

A gente não tem aquele valor que tinha mais [...] A pessoa só tem valor quando ela pode trabalhar e tem saúde! Ai ele tem muito valor, sabe? Perdeu! Acabou! É o que eu vejo em mim e vejo em muita gente assim. Sujeito 02.

Outro conteúdo de teor valorativo identificado entre as crenças de consenso zero foi a perspectiva de o envelhecimento trazer aos sujeitos o aprendizado estruturado a partir das experiências vividas. Este aprendizado foi considerado pela pessoa idosa como capaz de torná-la apta a compartilhar com os outros estas experiências e permite que estas sejam filtradas por valores éticos, de modo a subsidiar a distinção entre o certo e o errado.

Foram mencionadas expressões que retratam a utilização de julgamento e processo decisório, ambos embasados em condutas pessoais e/ou sociais. A reflexão sobre o vivido constituiu o conteúdo que os sujeitos consideram ser passível de ser utilizado em suas conversas com as outras pessoas. Esta ideia consta do fragmento do seguinte discurso:

Tudo o que a gente aprende na vida, a não ser roubar e matar, pra mim tem valor. Eu tento passar uns (valores); já outros a gente guarda só para a gente. Porque, às vezes, a gente fala as coisas e as pessoas acham que não é nada disso. Sujeito 23.

Este conteúdo de teor valorativo é corroborado pela teoria do Constructo de Qualidade de Vida na Velhice de Lawton, ou seja, uma teoria psicológica que descreve a percepção que uma pessoa idosa tem a respeito de suas relações no contexto social e diz respeito a uma avaliação multidimensional vinculada a critérios sicionormativos e intrapessoais⁴⁰. Tendo por base esta teoria, é possível analisar o posicionamento apresentado pelos sujeitos da investigação, referente ao valor e experiência de vida, dentro das crenças do tipo B.

Outro conteúdo mencionado pelos sujeitos entre as crenças primitivas de consenso zero estava relacionado ao *continuum* saúde/doença, no qual a pessoa idosa possui algum problema de saúde a ponto de acarretar algumas limitações, como, por exemplo: a redução na capacidade de locomoção, redução da força física ou dor recorrente. Estes são alguns dos motivos alegados para justificar a redução nas funções/tarefas e contatos sociais; conforme evidenciado nas falas que se seguem:

O que dificulta fazer alguma coisa é se a pessoa não tiver saúde. Se não tiver: não tem como a pessoa fazer nada. Sujeito 01.

Se ele tiver com saúde, ele pode fazer muita coisa para muita gente. Agora, se não tiver saúde, não pode fazer nada. Sujeito 10.

Cabe mencionar que o processo de envelhecimento é acompanhado pelo aumento das cargas de doenças e remédios e o que o processo do envelhecimento ativo preconiza é que a pessoa em processo de envelhecimento seja capaz de enfrentar e conviver com estas modificações de forma a manter-se ativa, participativa e inserida socialmente, apesar das doenças e do uso de

medicamentos²⁹.

Os conteúdos retratados a respeito das crenças do tipo B, para a avaliação da pessoa ser envelhecida na perspectiva de uma abordagem negativa, mencionaram a morte, a ausência de saúde e/ou deficiência física, inexistência de algum tipo de atividade ou, ainda, o fato de não conseguir se comunicar com os outros. Conforme mostram os fragmentos de discursos que se seguem:

Pessoa envelhecida, eu acho que é só depois que você morre (risos). Acaba tudo quando você morre. Sujeito 41.

Envelhecer é questão de saúde, de deficiência física. [...] É complicado! Sujeito 37.

Pessoa envelhecida se a pessoa não tem nenhum tipo de atividade, se nem uma pessoa para conversar comigo não pode, não conversa, essa pessoa para mim é muito mais que envelhecida, é velha. Sujeito 37.

A Teoria do Uso e do Desgaste pode explicar as percepções anteriormente mencionadas pelas pessoas em processo de envelhecimento, ao abordar o desgaste como resultante do acúmulo de agressões ambientais cotidianas, as quais possuem potencial para diminuir a capacidade do organismo em recuperar-se por completo. Dessa forma, ferimentos, infecções, inflamações somar-se-iam ao longo dos anos. Estas lesões provocariam alterações nas células, tecidos e órgãos, desencadeando o processo de envelhecimento¹⁴.

A aproximação com a morte/terminalidade surgiu como conteúdo para as crenças de consenso zero e esteve vinculada à percepção das pessoas em processo de envelhecimento como próximas à etapa subsequente (morte). Sua percepção foi expressa pelo comportamento de luta pela vida ou entrega, na qual a pessoa aceita conviver com a espera do final da vida, ou seja, a morte, ou assume que está desistindo de viver. Conforme apresentado nas falas a seguir:

Sinto-me idosa, porque acham que eu sei mais nada e que eu devo morrer. Não esse (filho) que mora comigo. Esse (filho) não! São os outros. Mas eu acho que é porque eles acham que quero morrer e eu acho que eu quero viver. Sujeito 34.

A pessoa envelhecida só não pode se entregar. Você tem que lutar até... E, quando não dá mesmo, é porque está chegando a época em que você já cumpriu a missão aqui então... Sujeito 03.

A Teoria da Seletividade Socioemocional, de fundamento psicológico, pode ser usada para explicar as crenças vinculadas à aproximação da morte, uma vez que possibilita compreender como a pessoa idosa reconhece sua finitude e se comporta a ponto de modificar os significados de suas relações com o meio social baseada em emoções positivistas¹¹.

Foram 163 as crenças do tipo C, também denominadas de crenças de Autoridade, cujos conteúdos emergentes foram discutidos a seguir.

6.2.1.3 Crenças de Autoridade ou Tipo C

As crenças de Autoridade (Tipo C) tiveram os seguintes conteúdos apreendidos: 1) Deus; 2) religiosidade/espiritualidade; 3) participação/prática religiosa; 4) posicionamento religioso influenciando na busca por atendimento nos serviços de saúde. Estas crenças são submetidas a algum tipo de autoridade conferida ou atribuída às pessoas, a exemplo do que foi mencionado pelos sujeitos ao se referirem a Deus e aos profissionais de saúde.

O fato de as crenças do tipo C poderem ser consideradas como primitivas não impede que elas se reorganizem dentro do sistema à medida que o sistema de crenças se modifica ou se expanda em decorrência da interação do sujeito com o meio social. Elas têm a flexibilidade indispensável para reordenar o sistema de crenças, como amortecedor e favorecedor da acomodação indispensável, quando ocorre uma modificação no sistema^{17; 49; 51; 52; 59; 60}.

Os conteúdos abordados nas crenças de autoridade referentes a Deus foram mencionados pelos sujeitos da investigação com a concepção de uma autoridade máxima em suas vidas, capaz de influenciá-los em tudo, a ponto de desencadear sensações de bem-estar, proteção pessoal e proporcionar novas energias e motivações etc. Tal afirmação pode ser comprovada pelos fragmentos de discursos a seguir:

Eu quero ser do jeito que Deus quer. Tenho bondade; não tenho orgulho. Sou livre. Sujeito 86.

Eu sempre fui muito obediente a Deus e sempre tudo o que eu pedia ele me ajudou em tudo! E tudo que eu tenho, eu agradeço a Deus. Sujeito 85.

Eu me sinto bem! Acho que eu cheguei a essas alturas é porque Deus me ajudou a chegar. Então, Deus me deu essa força para que eu chegasse onde eu estou. Sujeito 78.

Eu tenho Deus! Ele me ajuda muito. Me dá muitas forças e muita coragem. Quando tenho que sair de casa, eu peço a ele para me levar e me trazer. Sujeito 63.

Eu me sinto bem, tenho fé em Deus e sinto a presença dele em minha vida. Sujeito 61.

A religiosidade/espiritualidade emergiu de forma a exprimir uma dimensão do segmento religioso no qual a pessoa idosa segue, participa, dá importância e utiliza para justificar sua participação em uma corrente religiosa, atribuindo motivos e importância dela em suas vidas como forma de obter conforto psicológico e espiritual. Tal evidência pode ser identificada nos discursos dos sujeitos a seguir:

Sempre fui Católica. Para mim, no meu modo de ver, toda religião é boa, mas a importância dela é porque é nela que eu nasci. Fui batizado nela e é ela que vou seguir. Sujeito 89.

Eu sou católica. O povo do meu lado são todos católicos. Os santos que estão lá são os que a gente faz promessas e tudo... As promessas são para a gente se compadecer nas mãos de Jesus. Sujeito 86.

Sou evangélica há mais de 20 anos. Eu gosto e me sinto muito bem lá, graças a Deus! Chega dia de domingo pra mim às 5 horas da manhã, eu já estou de pé para eu arrumar pra ir pra Igreja. Antes eu era católica. Sujeito 59.

Eu sou católica, porque nela eu nasci; porque nela eu me batizei e tudo ali e me casei. E para mim tudo é ali. E é nela que eu vou morrer. Sujeito 80.

A aproximação entre religiosidade/espiritualidade com o processo de envelhecimento pode ser compreendida a partir da Teoria de Seleção, Otimização e Compensação de Baltes, a qual explica a forma como as pessoas idosas podem efetivamente manejar as mudanças nas condições biológicas, psicológicas e sociais³⁸.

Desse modo, com o decorrer dos anos, as pessoas com idade ≥ 65 anos tendem a valorizar as oportunidades de participação nos rituais e nas práticas religiosas. Tal afirmativa pode ser observada nos discursos que se seguem:

Participo do apostolado da Oração há mais de 50 anos e da Legião de Maria há 14 anos. É muito importante, principalmente o Apostolado da oração, porque o apostolado é o sagrado coração de Jesus e a Legião de Maria é a Nossa Senhora, a mãe do filho de Deus! É muito importante... No Apostolado da oração, a gente reza para o mundo inteiro. Sempre fui católica. Desde que nasci, é tudo na minha vida porque eu nunca tive outra. Desde que nasci, eu fui criada nela. Sujeito 50.

Dentro da igreja, sempre participo. Eu sou obreira (evangélica). A gente tem que observar as coisas que acontecem, porque nem tudo está no alcance do pastor e a gente observa e tem muita coisa que a gente pode participar... Eu sou responsável tem uns 12 anos (grupo de obreiras que fazem ações caritativas). Eu acho que é uma coisa importante. É melhor do que eu ser simplesmente serva... A gente não falha. Estou sempre presente nos cursos. Sujeito 79.

Eu trabalhava na igreja. A gente fazia visitas, participava dos grupos de oração, durante uns seis anos. Era muito gratificante. Alimentava a alma. Era muito bom para mim e foi muito importante na minha vida... A gente trabalhava assim: saía os grupos para fazer visitas em hospitais, nos lugares, ajudava uma família que estivesse doente e as famílias que estivessem necessitadas financeiramente. E a gente saía; fazia as compras e levava pra doar... Eu sinto falta disso! Sujeito 81.

Eu vou à reunião, um congresso, uma assembleia quando tem. Mas o único trabalho que eu faço bem mesmo dentro da religião é: dividir folhetos e revistas também e falar sobre Deus quando eu tenho uma chance é a coisa mais importante que a igreja me ensinou. Sujeito 74.

A Teoria da Atividade, ao retratar o processo de envelhecer de forma saudável, aborda o engajamento da pessoa idosa em atividades psicossociais, evitando a instalação da inatividade, fornece subsídio para explicar a inserção das pessoas nas práticas religiosas. Apesar de haver perdas funcionais associadas aos anos vividos entre as pessoas idosas, elas desejam se manter ativas, preservando vínculos sociais e autonomia¹⁸. Nesta perspectiva, a manutenção e/ou ampliação da participação em atividades religiosas da pessoa idosa relaciona-se à satisfação e aos aspectos positivos vinculados ao processo de envelhecimento.

Os conteúdos para as crenças referentes à concepção de posicionamento religioso, enquanto componente capaz de influir na busca por atendimento nos serviços de saúde, foram empregados

pelos sujeitos na concepção de Deus ser a principal fonte de apoio, conforto espiritual e para quem eles direcionam suas súplicas diante dos problemas da vida e de alteração da saúde. O médico foi mencionado como aquele que as pessoas envelhecidas procuram quando identificam um problema de saúde, algo persistente ou gerador de dor ou algum fator limitador em suas AVDs ou AIVDs. Os fragmentos de discurso, a seguir, corroboram as concepções anteriormente mencionadas:

Eu já quebrei esse tornozelo antes de eu aposentar. Aqui deslocou, mas, através das orações e da terapia, chegou no lugar. Passou três meses de tendinite, mas, através de Deus, curou a tendinite. Sujeito25.

Pra mim, está sendo uma bênção a religião, porque eu quase não vou ao médico. Eu ponho aqueles problemas na mão de Deus e creio que ele dá socorro a gente. Tem vez que eu procuro o médico, às vezes, dá uns problemas como dor na coluna. Ai fica difícil e eu procuro. Deus fala: "faz a sua parte que eu te ajudarei!" A gente vai ao médico, recebe um remédio que alivia por muito tempo. Sujeito 06.

Eu vou ao médico, mas primeiro é Deus! Sujeito 30.

Para descrever a abrangência da influência de Deus, enquanto autoridade, sobre os comportamentos diante das práticas de saúde, foi possível identificar entre os fragmentos de discurso o posicionamento da pessoa idosa no sentido de pedir a Deus para que direcione/guie as ações executadas pelos profissionais de saúde quando ela é atendida e que os profissionais tenham discernimento e sabedoria para tomar decisões terapêuticas corretas e cuidar de todas as pessoas da melhor forma possível, conforme mencionado pelo sujeito 61.

Gosto dos meus irmãos da igreja (evangélico). Peço a Deus por todo meu "pessoal" e peço por todos vocês que são da área de saúde. Faço uma oração para todos. Faço isso com os profissionais de saúde, pois tem gente que acha que é dono de si e não acredita em Deus. Sujeito 61.

A interação entre as pessoas, situações, circunstâncias é capaz de influenciar o comportamento e as atitudes delas, sendo o teor da situação em foco categorizado como crença do tipo derivada.

6.2.1.4 Crenças Derivadas ou tipo D

As crenças Tipo D versaram sobre influências de: 1) meios de comunicação; 2) família; 3) convivência com outras pessoas externas ao núcleo familiar e 4) os serviços sociais e de saúde. Estes conteúdos retratam a hegemonia oriunda dos meios de comunicação, das pessoas que convivem ou de órgãos/instituições sobre o modo de pensar das pessoas^{17; 49; 51; 52; 59; 60}.

Os conteúdos das crenças do tipo D assumiram, na percepção dos sujeitos investigados, características associadas a uma valoração que oscilou entre teor positivo ou negativo.

O sujeito 12, ao exemplificar em seu discurso a influência dos meios de comunicação sobre suas concepções e comportamentos, mencionou o uso deste veículo de comunicação com o intuito de manter-se atualizado, obter notícias, informações e conhecimentos aplicáveis ao seu cotidiano.

Eu acho bom assistir os meios de comunicação, porque com as pessoas idosas que aparecem lá a gente aprende alguma coisa, principalmente o que a gente precisa usar e falar. [...] Eu só vejo televisão em busca de uma notícia: um jornal, uma promoção. Vejo (promoções) se eu preciso captar pra usar no outro dia, no mês que vem. Sujeito 12.

Outra forma de influência positiva identificada no conteúdo dos discursos foi relacionada ao uso dos meios de comunicação como fonte de distração e como forma de manter a mente ocupada e romper com a monotonia do dia a dia e redimensionar os problemas da vida, conforme evidenciado nos fragmentos de discursos, a seguir:

Se eu não ficar vendo televisão, eu fico com uma porção de coisas na minha cabeça. O tempo passa vendo televisão, né? Sujeito 02.

A televisão distrai um pouquinho, mas não resolve os problemas [...]. Uma pessoa bem-humorada compensa bem mais do que a televisão, porque conversar, rir e brincar. Às vezes, (tem companhia para ver TV) assistem televisão com a gente. Sujeito 19.

As influências negativas dos meios de comunicação foram associadas à divulgação de eventos agressivos e violentos que foram capazes de gerar medo ao conviver com desconhecido, o preconceito/discriminação, a violência, o roubo, a possibilidade de um golpe, entre outros. Esta afirmação pode ser observada nos fragmentos de conteúdos expressos a seguir:

Eu assisto televisão, porque, às vezes, eu não estou fazendo nada, né? Vejo falar as notícias e a gente vai ficando com medo de conviver com pessoas diferentes. [...] Também ouço rádio. Vejo falar as notícias e a gente vai ficando com medo do que ouve falar nos noticiários. Sujeito 01.

Tem discriminação (meios de comunicação). Muito despistado, mas tem! Você vê assim em um programa de televisão, quando tem um ou dois escuros ali é para fazer média. Tem muitas pessoas escuras que têm estudos, são graduados, podem até ter bons estudos, mas escolhem outros (atores) pela sua cor. Sujeito 11.

Tem tanta coisa ruim que está passando na televisão. Tanta coisa que, tem horas, que a gente nem quer ver, mas a gente acaba vendo assim mesmo. Sujeito 02.

Lá, na televisão, aparecem pessoas roubando e matando. Tem gente que veem isso aí e ficam impressionados. Eu já não ligo. Sujeito 12.

A análise das influências dos meios de comunicação sobre as pessoas que envelhecem pode ser explicada à luz da Teoria da Seletividade Socioemocional, que aborda o declínio das interações sociais, justificando o fato de as pessoas idosas buscarem opções de distração para preencherem o dia e favorecerem sua inserção em atividades de grupos na medida em que fornecem assuntos para subsidiar conversas a serem compartilhadas¹¹.

Os vínculos estabelecidos com os familiares foram considerados como influências positivas, cujo teor esteve ligado à qualidade da convivência, ao recebimento de ajuda e/ou cuidados, à

sensação de receber atenção e carinho, conforme constam dos fragmentos de discurso a seguir:

Pessoa que me influencia tem: a minha mulher, os meus filhos, os vizinhos. Como todo mundo. É uma boa influência. Sujeito 14.

O que me influencia é o meu filho. Este meu filho que mora comigo, ele tem muitos cuidados comigo. Sujeito 01.

A família ter uma pessoa idosa, para mim, não muda muito, porque eu tenho a minha mãe que está com 93 anos. Ela esteve morando comigo. A minha mãe teve Alzheimer e mudou um pouco no modo de cuidar, mudou a rotina apenas. Sujeito 14.

Convivo bem com a família. Todos convivem comigo e todos me ajudam. Sujeito 13.

Por outro lado, foram mencionadas influências negativas advindas do convívio familiar quando há: dependência da pessoa idosa para atendimento das necessidades humanas básicas, sentimento de valorização ligada apenas ao dinheiro que possuem e à contribuição financeira para o orçamento familiar, uso excessivo de bebidas alcoólicas; distanciamento de alguns membros da família, o afastamento de pessoas significativas na perspectiva da pessoa idosa. Estes conteúdos podem ser confirmados pelos seguintes fragmentos de discurso:

A família ter uma pessoa idosa muda. É muito difícil para a família! Muda muito, porque dá trabalho, tem que levar ao médico. Eu, principalmente, que não sei ler, tenho que perguntar a ela como é que eu tomo o remédio, que dia é que está marcada a consulta. Aí eles falam assim: por que é só eu? Por que não pede outro? Mas os filhos, depois que abre as asas deles, só vêm até a gente se for para pedir dinheiro. Sujeito 19.

Porque alguns familiares são alcoolistas e me trazem muitas tristezas. Sujeito 01.

Desde que mudei pra cá com uma nova mulher, os filhos não me procuram mais. São eles pra lá e eu pra cá. Sujeito 10.

A Teoria do Constructo de Qualidade de Vida na Velhice de Lawton pode ser utilizada para explicar as influências dos familiares sob a pessoa envelhecida, uma vez que esta teoria psicológica descreve a percepção da pessoa idosa a respeito das relações atuais, passadas ou prospectivas no contexto em que ela vive⁴⁰.

As influências positivas da convivência dos sujeitos entrevistados com pessoas do grupo extrafamiliar foram justificadas pela existência de vínculos de amizade, consideração e respeito que foram sendo construídos com o tempo, e a troca de experiências e conselhos possibilitou que fossem consolidadas, conforme mencionado a seguir:

Dependendo dos amigos que a gente tem, é praticamente um parente, um irmão. Eu tenho um assim muito próximo. Conheço há 20 anos. Nossa amizade é abraços, beijos e muito carinho. Sujeito 10.

Convivo com minhas colegas. A amizade delas é boa! Elas me dão conselhos bons. Às vezes, falo com ela que estou aborrecida da vida e elas falam para eu não ficar assim que só piora. Sujeito 13.

A dimensão negativa da influência de pessoas do núcleo extrafamiliar sobre as pessoas em

processo de envelhecimento foi explicitamente mencionada pelos sujeitos 12 e 19 como sendo uma percepção de como as outras pessoas pensam, comentam ou criticam a presença, participação ou até mesmo a existência da pessoa idosa.

Então! Ser velho não é fácil não. É muito difícil! Se você sair para ir à missa, para ir numa terapia, os outros ficam falando que os velhos estão passeando de ônibus. É complicado! E ficam falando: o que os velhos estão fazendo na rua? Falando da gente. A gente não acha graça nisso não. Sujeito 19.

De vez em quando, se escuta por aí que já está velho. Que deve tomar eutanásia e que deve morrer (risos). É o final, né? Não está aguentando, já não tem mais nada que passe uma dor. Aí aplicam alguma coisa para morrer e descansar. Não pode, né? Sujeito 12.

Tais comentários constituem reflexões profundas do existir da pessoa idosa no contexto da sociedade, que são corroboradas por uma visão capitalista, economicista e utilitária do existir, sem que o indivíduo seja considerado em sua individualidade, subjetividade, complexidade e riqueza existencial.

Do ponto de vista científico, a Teoria sociológica da Estratificação da Idade, ao retratar o papel das estruturas sociais e/ou pessoas sob o processo do envelhecimento segundo a estratificação por faixa etária⁴⁵, fornece argumentação explicativa para os comentários mencionados anteriormente pelos sujeitos 12 e 19.

A preferência por convivência com contemporâneos, entre alguns idosos, justifica-se pela necessidade de manter o próprio paradigma a respeito de como pensar e se comportar, fato que lhes proporciona conforto social, quando a convivência com o diferente é fator gerador de estresse e insegurança.

Caso contrário, ocorre quando as pessoas idosas priorizam a convivência diversificada com pessoas que possuem pontos de vista diferentes. Nestes casos, as pessoas idosas encontram no contato intergeracional um fator de renovação, atualização e por isso gerador de bem-estar, quando conseguem lidar com a diversidade, enquanto uma alternativa de estilo de vida²⁰.

Entre as crenças do tipo D, foram identificadas aquelas que versaram sobre a influência dos serviços sociais e de saúde com teor de conteúdo positivo e negativo. Essa influência se fundamentou em três aspectos favoráveis, a saber: 1) atendimento e recebimento de cuidados especializados providos pelos profissionais de saúde; 2) percepção utilitária dos asilos construída a partir de impressões próprias em ocasiões em que visitou estes locais e 3) pela divulgação esclarecedora realizada pelos meios de comunicação a respeito de conteúdos contidos no Estatuto do Idoso. Estes conteúdos foram corroborados pelas falas:

Eu sempre fui muito bem tratado. Enfermeiros, médicos, todos me trataram com muito carinho. A gente cura sem querer. Uma pessoa mais nova é mais fácil, mas, quando precisei, eu fui bem cuidado. Sujeito 10.

O único lugar que eu fui foi no asilo X, uma vez eu fui fazer visita lá. Receberam a gente muito bem. Os velhos eram todos comportados. Sinto falta de ir lá e tenho vontade de ir ficar lá. Sujeito 02.

Conheço o Estatuto do Idoso só pela televisão. Vejo que ele influencia por uma coisa boa, porque mostra ao idoso o que é bom pra ele. Se a pessoa tem dificuldades para dançar, aí tem lugares (asilo) que ele chega e já pode dançar e fazer uma ginástica, rir, conversar. Fazer alguma coisa de arte, um artesanato, exercitar a mente. Esquecem da dor e dos problemas, sem perturbar os outros. Ele pode relaxar. Sujeito 12.

Mesmo ao mencionar aspectos positivos, houve trechos em que o sujeito (02) deixou transparecer as dificuldades vivenciadas pelas pessoas em fase de envelhecimento quando estão em locais de acolhimento asilar: “os velhos eram todos comportados”. Dispor de espaço para exprimir suas vivências, percepções e experiências fez com que ele mesmo mencionasse a influência negativa dos serviços sociais e de saúde quando avaliou a qualidade do atendimento recebido. Este fato foi corroborado por outro trecho de discurso e por conteúdos mencionados por outros sujeitos participantes, conforme seguem:

Eu já estive internada em muitos lugares e sei como é! Tem muitos profissionais de saúde que são muito carinhosos com as pessoas e tudo, mas outros já não são... Sujeito 02.

Dependendo da pessoa (cuidadora de pessoas idosas), se ela tem efetividade para cuidar de idosos, dá certo, mas há muitas reclamações por aí. As pessoas pegam para cuidar de idosos, mas não cuidam. Sujeito 12.

Eu vejo só sofrimento. Muitos dos parentes põem no abrigo. Vão visitar e eles ficam chorando. Eu ia lá quando eu era mais nova. Às vezes, aquelas velhinhas que estavam com o cabelo sem pentear eu penteava e levava uma roupinha limpa pra elas. Sujeito 09.

A possível influência dos serviços sociais e de saúde sob o processo de envelhecimento pode ser explicada pela Teoria da Economia Política, a qual afirma que a interação de forças econômicas e políticas determina como os recursos sociais são alocados e as variações no tratamento/atendimento, prestação de cuidados e *status* social da pessoa idosa⁴⁰.

Por outro lado, a política nacional de saúde da pessoa idosa prevê a proteção aos idosos e recomenda a eliminação do modelo assistencial de caráter asilar, tendo em vista que ele rompe com as relações interpessoais, destrói os vínculos familiares e, por favorecer a convivência entre contemporâneos, exclui a possibilidade da convivência intergeracional como estratégia estimuladora de atualização e engajamento da pessoa em processo de envelhecimento^{6; 12; 25; 27}.

O conteúdo das crenças inconsequentes ou do tipo E foi apresentado e discutido a seguir.

6.2.1.5 Crenças Inconsequentes ou tipo E

As crenças inconsequentes, ou do tipo E, possuem pouca ligação com as demais crenças que compõem o sistema e, na maioria das vezes, não têm uma justificativa plausível para a sua existência^{99; 100}.

Os conteúdos retratados nas crenças do Tipo E, por conterem expressões de gosto ou preferências das pessoas em processo de envelhecimento, abordaram: 1) a convivência (preferências de valor positivo ou negativo); 2) o gosto por trabalhar e fazer algum tipo de atividade; 3) o gosto por passear/viajar/sair; 4) a avaliação de a pessoa ser envelhecida (valoração negativa); 5) a avaliação dos serviços sociais e de saúde (contemplando as dimensões positiva e negativa) e 6) gosto por estar integrado aos meios de comunicação (preferências de valor positivo abordadas como fonte de aprendizado e distração, e/ou numa perspectiva negativa).

As crenças inconsequentes podem ser formadas por diferentes níveis de arbitrariedade, fato este que justifica a não interferência destas na estrutura organizacional geral do sistema de crenças, em situações em que há alteração na composição e/ou organização de seus conteúdos^{17; 49; 51; 52; 59; 60}.

Os conteúdos referentes à convivência foram mencionados pelos sujeitos como uma forma de preferência na perspectiva de um julgamento positivo e negativo. A avaliação positiva foi atribuída à convivência com contemporâneos e descendentes e contextualizada como forma de ampliar o núcleo de amigos e receber visitas, conforme evidenciado a seguir:

Eu gosto muito de conviver e me comunicar com as pessoas. Sujeito 01.

Eu gosto, quando a gente está junto e tudo (amigas idosas). Eu gosto! Mas é difícil encontrar com elas. Às vezes, a gente senta, conversa e tudo. Eu não vou a casa delas e elas são difíceis de vir na minha. Sujeito 23.

Fora da família, eu convivo com pessoas mais velhas também. Gosto das pessoas! Gosto de fazer assim: digamos assim: se sentir junto com as pessoas, conversar uma palavra de conforto, enfim... Sujeito 36.

Eu agradeço muito às pessoas que vêm me visitar. Eu gosto muito de visitas! Hoje eu estou feliz, porque um mocinho novo como você veio me visitar. Não fazem pouco caso. Nós, não somos velhos, não! Nós somos todos irmãos. Sujeito 42.

A Teoria do Constructo de Qualidade de Vida na Velhice de Lawton, ao descrever a percepção e preferências das pessoas idosas em suas relações, o faz baseado em experiências, em convivências com grupos atuais, passados ou prospectivos e pode ser utilizada para explicar as preferências dos sujeitos em suas convivências⁴⁰.

A avaliação negativa da convivência foi mencionada no conteúdo do discurso do sujeito 19 como estando ligada à falta de confiança nas pessoas com as quais convive, ao fato de não gostar

de receber visitas e pelo sujeito 37 atribuída a uma concepção de falta de amor e respeito entre as pessoas.

Eu não estou gostando muito do ser humano não. Eu falo a verdade! Eu não gosto de falar mentira não. Eu não tenho nem uma pessoa que eu confie. [...] Eu já nem gosto que venham em minha casa! E também, se vierem para me incomodar, encher... aí eu não sei... Eu sou meio complicada... Sujeito 19.

Adoro pessoas [...]. Seria tão bom se todos nós mais jovens pudessem chegar perto dos mais velhos e dar um abraço, um beijo, quer seja homem, quer seja mulher. Mas, hoje, não se tem amor mais; não se tem respeito. Sujeito 37.

A Teoria do Desengajamento pode explicar a recusa em conviver apresentada pelo sujeito 19, ao sugerir que, com o passar dos anos, a pessoa idosa tende a reduzir seus contatos sociais e se afastar do convívio social, embora o rompimento do vínculo social possa ser considerado como uma perda funcional para a pessoa idosa e sociedade¹¹.

Os conteúdos referentes ao gosto da pessoa idosa por trabalhar e fazer algum tipo de atividade foram mencionados nos discursos dos sujeitos 19 e 24, quando eles expressaram sua preferência por trabalhar, por manter-se ativo e ocupado.

Eu gosto de trabalhar muito! Eu não paro nem um minuto. Eu faço curso de retalhos: Faço colchas de retalhos e bordo. Eu tenho plantas em cima da laje. Eu planto flores... Tudo sou eu quem cuido... Sujeito 19.

Eu gosto muito de trabalhar! Sujeito 24.

A explicação teórica para tais argumentos baseia-se na Teoria da Atividade. Ao exprimir o conceito de tarefas desenvolvimentais de bases biopsicoculturais, é possível compreender o desejo dos sujeitos em se engajarem em atividades psicossociais e evitar a instalação da inatividade, em consonância com a proposta "life span".

A proposta anteriormente mencionada afirma que envelhecer de forma saudável equivale a engajar-se numa perspectiva participativa em atividades relacionadas à satisfação e ao autoconceito dos aspectos positivos do processo de envelhecimento¹⁸.

A Teoria da Atividade pode, também, explicar os conteúdos de gosto por passear, sair, viajar; ir a bailes, conhecer lugares novos, ir à praia, que foram identificados nos fragmentos de discursos a seguir:

Eu gosto de ir ao baile de idosos. No começo, não gostava, mas, depois, eu passei a ir. Eu vou ficar só trabalhando dentro de casa? Mas é claro que não. Faz mais de um ano que eu frequento (bailes). De primeiro, eu saía sozinha. Eu fui a Petrópolis passear e lá eu também fui ao baile... Sujeito 31.

Para mim, nada mudou! Tudo para mim é a mesma coisa, porque eu sou jovem. Eu gosto de tudo! Gosto de músicas. Eu gosto de sair para passear, trabalhar. Sujeito 41.

Eu até gosto de sair estando com saúde. Quando os outros falam em sair pra ir na praia. No mato, não. Para um piquenique... Eu gosto de sair para lugar mais longe. Na praia, eu gosto de ir. Dá vontade de ir até sem data pra voltar, mas é difícil. Sujeito 19.

A avaliação dos serviços sociais e de saúde apareceu no conteúdo das crenças inconsequentes ligada a preferências de valor positivo ou negativo. A avaliação positiva foi associada ao gosto/preferência relacionados a instituições de saúde e/ou atendimento especializado à pessoa idosa, a ponto de se sentirem bem com a acolhida, serem foco de atenção/carinho, e possibilitam à pessoa idosa algum tipo de participação em atividades biopsicossociais, conforme evidenciado nos conteúdos de discursos a seguir:

Gosto demais da instituição de saúde X. Todo mundo lá me atende muito bem! Brincam comigo [...] Todos os lugares em que eu vou consultar, assim nos hospitais X, Y ou Z, todos estes eu já estive internada e todos me trataram bem, brincavam comigo... Sujeito 04.

Eu tinha boa convivência lá no Programa X para pessoas idosas... Eu gostava muito de bingo! Lá tem dança. Tem tudo lá... Eu ia para me divertir, encontrar com as amigas, então a gente trocava ideias. Sujeito 43.

De forma oposta ao que apontam os fragmentos de discursos anteriormente mencionados (sujeitos 04 e 43), as falas dos sujeitos 19 e 33 continham uma avaliação negativa dos serviços de saúde. Nessa avaliação, o atendimento prestado pelos profissionais de saúde foi considerado ruim. Não foi identificada a prioridade de atendimento prevista pelo Estatuto do Idoso para as pessoas idosas e o acolhimento direcionado a elas esteve ausente, conforme se pode perceber nos depoimentos abaixo:

Eu gostava da instituição X, mas não gosto da instituição Y, porque, quando eu vou lá, eles passam os jovens todos na frente. Aí, depois, chamam os velhos, porque os velhos são tudo bobos mesmo, né? Sujeito 19.

Eu vou à unidade de saúde X. Ela já foi boa, agora está péssima. Tudo ruim! Trocaram o atendimento. Eu preferia antes, quando eu era bem atendido pelo enfermeiro, médico e tudo, mas agora não. Sujeito 33.

A Teoria da Economia Política alicerça sua forma de compreender o processo do envelhecimento na interação de forças econômicas e políticas que determinam como os recursos sociais são alocados e como as variações no tratamento e *status* das pessoas idosas podem ser explicadas. Em sua abordagem, estão incluídas as políticas públicas, tendências econômicas, sociais e os fatores estruturais⁴⁰. O fato de os sujeitos emitirem posicionamentos, opiniões e avaliações sobre os serviços sociais e de saúde, na medida em que retratam suas preferências por serem atendidos em determinado local ou por determinados profissionais, constitui uma forma explicativa para os conteúdos das crenças do tipo E mencionadas pelos sujeitos 04; 19; 33 e 43.

Na análise dos conteúdos que abordaram os meios de comunicação, dentro das crenças do tipo E, foram contemplados alguns aspectos previstos na Teoria da Economia Política, que foram

apresentados a seguir: 1) preferências de valoração positiva por ser fonte de aprendizado; 2) preferência de valorização positiva quando usada como forma de distração e 3) preferências de valoração negativa quando vinculadas a programas que questionam ou agredem princípios sociais e culturais considerados como válidos pelos sujeitos.

Os conteúdos positivos mencionados referentes ao gosto pelos meios de comunicação, devido à possibilidade de se obter algum tipo de aprendizado, foram mencionados pelos sujeitos 37 e 38, conforme apresentado a seguir:

Eu gosto é de ler, mas tem uma coisa: eu leio agora e, quando é daqui a pouquinho, eu já me esqueci (risos). Eu gosto de assistir ao jornal e umas novelas quando a novela é boa. [...] acho que a pessoa que está prestando atenção aprende muito. É uma influência boa para uns e ruim para outros. Sujeito 38.

O que eu mais gosto de ouvir e não tenho tempo é o rádio. Na televisão, só mesmo o futebol e um bom jornal. É uma boa influência, porque é uma distração para as pessoas de um modo geral. [...] Chega a ponto de educar, você vê nos programas de televisão: ensinam culinária, incentivam as crianças, incentivam as pessoas, o esporte também. Sujeito 37.

O gosto pelos meios de comunicação foi justificado pelos participantes por proporcionarem distração, ocupação (sujeitos 26 e 42) ou facilidade para a interação/aproximação entre as pessoas (sujeito 41).

Assisto ao rádio e à televisão. [...] Eu gosto muito de novela e outra hora é a da oração da igreja também. Mas filmes, eu não gosto. Ah! Eu fico assim com aquela vontade de ver televisão. Às vezes, estou fazendo as coisas e acho que estou demorando e vou perder a novena (risos). Não tem jeito. Sujeito 26.

Gosto muito não, porque eu não sou muito chegada a ficar grudada na televisão. Mas tem certos programas aí que a gente gosta de assistir para passar o tempo e também para distrair um pouco. Tem muitas coisas que a gente mesmo não aceita, mas outras coisas a gente faz porque o mundo é esse aí. Sujeito 42.

Adoro rádio. O tempo todo que eu tenho, eu estou ouvindo. Tem muita influência os meios de comunicação. Hoje tudo é muito diferente. Igual: eu quero falar com meus filhos que estão lá em Mato Grosso. Parece que eles estão logo ali. Antigamente, não era assim. Então modernizou muito. Sujeito 41.

A restrição apresentada para o uso dos meios de comunicação recebeu avaliação negativa (sujeitos 28 e 36) quando seus conteúdos abordavam programas cuja mensagem era destoante dos valores pessoais ou agrediam seus princípios sociais e culturais. Conforme apontam os seguintes fragmentos de discurso:

Eu não gosto de filme. Eu não gosto nada de violência. Os filmes de hoje são todos violentos. Eu vejo mais assim novela. Dependendo da novela, se eu vir que está muito agitada, muito cheia de violência, eu também deixo para lá. Eu não gosto, porque violência por violência está aqui mesmo e não precisa ver na televisão. Sujeito 28.

Eu vejo e gosto muito de televisão. Tem muita influência, mas não muito boa. Porque tem coisas na televisão que não deveria nem passar. Tem coisas boas, mas também tem coisas ruins, porque, nesse mundo que a gente está vivendo, até uma novela que você senta para ver passa

aquela cena ruim e você fica até com raiva. Sujeito 36.

A utilização do referencial de crenças de Rokeach e sua alocação no eixo imaginário de centralidade/perifericidade permitiu identificar comportamentos, opiniões, informações, preferências, valores e concepções que os sujeitos tinham sobre o processo do envelhecimento. O impacto destas concepções para o cuidado de enfermagem será discutido no item implicações do sistema de crenças de Rokeach e das representações sociais para o planejamento do cuidado de enfermagem de pessoas em processo de envelhecimento, após a apresentação das representações sociais que elas fizeram sobre a pessoa ser idosa e ser envelhecida.

6.3 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS PARA A “PESSOA SER IDOSA” E A “PESSOA SER ENVELHECIDA” NAS ABORDAGENS ESTRUTURAL E PROCESSUAL

Na busca pela representação social a respeito de a “pessoa ser idosa” e a “pessoa ser envelhecida”, foi realizada uma análise, conciliando-se metodologicamente e de forma simultânea, das abordagens estrutural e processual para as representações dos 93 sujeitos conforme se apresenta a seguir.

6.3.1 Representações sociais segundo as abordagens: estrutural e processual com aproximação de métodos para a “pessoa ser idosa”

Na representação social com abordagem estrutural, o *corpus* formado pelos cognomes evocados pelos 93 sujeitos pesquisados em resposta ao termo indutor “pessoa ser idosa”, quando analisados a partir da construção do quadro de quatro casas, possibilitou identificar a estrutura apresentada no **Quadro 3**.

A seguir, para subsidiar a compreensão dos componentes da abordagem estrutural alocados no quadro de quatro casas, foi possível identificar seus conteúdos cujo posicionamento corresponde a um arranjo e possibilita uma interpretação que retrata um quadro hierárquico que traduz os componentes da representação e sua estrutura hierárquica (**Quadro 3**).

Para subsidiar a compreensão dos conteúdos alocados em cada quadrante e assegurar sua contextualização para o grupo de pessoas socialmente investigado, foram aproximados fragmentos de discursos dos sujeitos sobre o processo de envelhecimento pela abordagem processual das representações.

Quadro 3: Quadro de quatro casas contendo componentes e hierarquia das representações sociais de pessoas com ≥ 65 anos para a “pessoa ser idosa”. Juiz de Fora, Jan/2015.

A PESSOA SER IDOSA						
Rang > 2,5				Rang < 2,5		
	Termo Evocado	Freq.	OME	Termo Evocado	Freq.	OME
Freq. Média ≥ 10	Avaliação de ser velho	29	2, 138	Alimentação	12	2, 917
	Avaliação da vida	10	2, 300	Conviver	13	2, 923
	Bom/feliz	11	1, 182	Dependência/limitação	23	2, 783
	Experiência	13	2, 154	Deus	10	2, 900
	Idade chega	16	1, 750	Enfrentar	13	2, 923
	Lucidez/esquecimento	10	2, 100	Família	13	2, 816
	Precisa de cuidador	10	2, 200	Independência	17	2, 706
Freq. Média ≥ 6				Preconceito/discriminação	12	3, 167
	Difícil/ruim	8	2, 250	Morrer	7	3, 286
	Fazer atividades	6	2, 333	Passear/viajar/sair	7	2, 714
	Frágil	9	2, 444	Precisa de ajuda	6	3, 833
	Trabalhar	7	2, 429	Queda	7	3, 143

Nota dos autores: OME= Ordem Média de Evocações

Fonte: Os autores.

Na presente investigação, as palavras/expressões alocadas no QSE foram aquelas que tiveram maior frequência de citação e foram evocadas prontamente nas primeiras posições (OME), tendo por isso menor *Rang*. Elas foram consideradas, portanto, os elementos com maior probabilidade de pertencer ao núcleo central. Neste quadrante, alocaram-se cognemas mais estáveis e permanentes da representação, conferindo sentido à mesma resistência ao processo de mudança em função do contexto externo ou das práticas cotidianas dos sujeitos^{4; 83; 89}.

No provável núcleo central, QSE, houve predomínio de cognemas de caráter normativo: “avaliação de ser velho”, “avaliação da vida”, “bom/feliz”, “idade chega”, “lucidez/esquecimento” e “precisa de cuidador” e o cognema “experiência” contemplando o caráter funcional do processo. Os elementos classificados como funcionais estão ligados às características descritivas e às práticas que determinam as condutas diante do objeto; e os elementos normativos se constituem na dimensão social do núcleo, relativo aos valores dos sujeitos^{123; 124}.

No QSE do quadro de quatro casas para o termo indutor “pessoa ser idosa”, foi possível identificar elementos valorativos de teor positivo, expressos pelos termos “bom/feliz” e “experiência”; de teor neutro: “avaliação de ser velho”, “avaliação da vida” e “idade chega” e de teor negativo: “lucidez/esquecimento” e “precisa de cuidador”.

O termo “avaliação de ser velho” apresentou-se como um elemento com maior frequência (29) e de OME igual a 2,138 que o ranqueou, como sendo, possivelmente, o primeiro componente

do núcleo central. Classificado como funcional, este cognema possui dimensão imagética, de caráter neutro. Ele foi relacionado com a imagem da pessoa idosa nos diferentes contextos: social, familiar, religioso e comportamental, que traduziu um posicionamento dúbio quanto ao seu teor valorativo (positivo e negativo) frente ao objeto representado. Tal fato pode ser reafirmado pelo conteúdo obtido da representação social processual cujos fragmentos de discursos se apresentam a seguir:

Muda, porque ficou meio idoso, né? Já não é a mesma pessoa. Não é aquela pessoa que trabalhava, que dava seus pulos. Aí quer andar agora, mas não é mais aquele... Sujeito 25.

É diferente de quando você é mais novo, depois que a gente vai ganhando uma certa idade, às vezes, muda o jeito de viver. (...) As pessoas sendo mais novas tudo é mais fácil, mas, quando você fica mais velho, de acordo que a idade vai chegando, você vai (gesticulou negativamente). Sujeito 03.

O fato de a “pessoa ser idosa” na percepção dos sujeitos esteve ancorado na possibilidade de ela envelhecer e retratou a concepção de “avaliação de ser velho”. A velhice é caracterizada socialmente como etapa sequencial da vida marcada por decadência física, perda ou redução de papéis sociais, com associação de imagens culturalmente negativas. Há, também, nesta fase da vida, o comprometimento cognitivo, a deterioração emocional, embora a pessoa idosa não queira ser vista e/ou considerada como inútil e/ou dependente¹²⁵.

Uma pessoa idosa pode participar da sociedade, se ela está com a mente funcionando bem, se sentindo bem, com saúde e uma boa alimentação. Sujeito 05.

Depois dos 60 anos, a gente vai preocupando porque a idade está chegando e a gente deve ter muito cuidado com tudo. Sujeito 69.

Eu tenho um colega que está com 80 anos e está melhor do que eu, que já estou “arrebentado”. Sujeito 13.

Estes conceitos denotam uma concepção que condiciona a participação social aos potenciais pessoais, fisiológicos, cognitivos, embora as pessoas idosas, atualmente, não aceitem ficar restritas ao ambiente domiciliar e nem se consideram impossibilitadas de dar continuidade a suas atividades cotidianas, e as destituem de sua potencialidade de adaptação, enfrentamento e ajustamento da atividade a ser realizada para suas possibilidades¹²⁵.

Os fragmentos a seguir expressam o caráter processual do envelhecimento, cujo marco cronológico de idade é adiado ao máximo, mesmo quando apresentam limitações não totalmente restritivas:

A gente fica mais velha, porque infelizmente não tem jeito. Sujeito 18.

O idoso ele fica velho naturalmente. Sujeito 53.

Eu acho que a pessoa velha; o “ser velha” não é defeito [...]. Não acho o velho problema! Acho quando ele fica doente. Sujeito 02.

O cognema “avaliação de ser velho” foi relacionado às diversas consequências e limitações decorrentes do processo de envelhecimento. Nos fragmentos de discurso apresentados, evidencia-se a necessidade de as pessoas idosas aceitarem e sentirem-se aceitas no contexto social em que estão inseridas e de serem consideradas pessoas normais. Estar vivendo o processo de envelhecimento foi considerado como uma etapa natural e sequencial da vida, que não deve ser sinônimo de doença ou inatividade.

Envelhecer ativamente está atrelado à qualidade de vida, à manutenção da autonomia e à participação social¹¹, sendo a busca por reajustamento da concepção de envelhecimento um conteúdo mencionado como desejado pelos sujeitos. Os sujeitos anseiam que o envelhecimento seja visto como processual, como uma fase do ciclo vital na qual o ser humano expressa suas limitações, aptidões, virtudes e incertezas de forma individualizada.

“Avaliação da vida” surgiu como o segundo cognema. O mesmo possui dimensão imagética de teor neutro e pode ser compreendido de forma positiva ou negativa, cuja formação teve a influência das histórias de vida, sendo tal dimensão contida no discurso do sujeito 14:

Eu vou ser sincero com você! Eu estou com esta idade de 72 anos, mas a minha disposição continua a mesma... É a mesma de jovem... (risos). Sujeito 14.

Estes fragmentos de discursos elucidaram as discussões acerca do processo de envelhecimento ativo e bem-sucedido, definindo-o não apenas como a capacidade de se estar fisicamente ativo a ponto de se ter força para o trabalho/engajamento, mas tendo uma participação contínua em aspectos sociais, econômicos e culturais⁶.

Neste sentido, otimizar as oportunidades de participação, saúde e segurança constitui uma estratégia para preservar sua independência e autonomia. Cabe mencionar que manter autonomia e independência constitui a habilidade que determina a qualidade de vida nesta fase⁶.

Anos atrás, no passado, uma mulher de 50 anos era idosa. Hoje uma mulher de 60, 70 anos, para mim, eu não acho ela idosa, porque é uma coisa que vem do passado. Mulher de 50 e poucos anos usava umas roupas muito cumprida, de manga, é isso é aquilo... hoje... não! A pessoa idosa quer ficar mais vaidosa, vestir uma roupa mais bonita, pentear o cabelo. Sujeito 59.

Eu penso que, quando a gente é novo, tudo é bom, mas assim doente não [...] A pessoa só tem valor quando ela pode trabalhar e tem saúde... Aí tem muito valor, sabe? Perdeu: acabou! É o que eu vejo em mim e vejo em muita gente assim. Ah! Aquele está velho: deixa pra lá! Sujeito 02.

Os discursos apresentados evidenciaram a necessidade de as pessoas com idade ≥ 65 anos adquirirem e ocuparem seu espaço em termos de reconhecimento social e possam exercer

seu papel de cidadãos e colocar em prática suas potencialidades, aumentando sua autoestima, motivação pessoal e exercitando suas possibilidades.

O cognema “bom/feliz” foi mencionado na dimensão comportamental e para exprimir como uma “pessoa idosa” sente e age. Neste sentido, ele foi utilizado na acepção positiva, na medida em que serviu para valorizar o adiamento da chegada das limitações ou exprimiui como os sujeitos se adaptaram ou aceitaram a fase de vida em que se encontram.

Eu tenho 71 anos, mas eu não me sinto idoso porque eu nunca adoeci, e, graças a Deus, eu nunca fiquei internado e nunca fui operado. Eu me sinto bem mesmo por eu ter saúde. Sujeito 88.

Eu acho que (pessoa idosa) encontra muitas dificuldades na sociedade. Às vezes, ele quer sair de casa, mas ele já está mais idoso e tem uma escada pra subir igual a que eu tenho aqui. Enquanto eu puder subir ela (escada), eu fico feliz, agora, no dia em que eu olhar para cima e não conseguir, aí eu vou me sentir uma pessoa idosa mesmo. Sujeito 23.

Algumas coisas são diferentes, mas eu me sinto bem em ser uma idosa [...]. Eu acho que estou muito bem. Sujeito 17.

Em geral, o cognema “bom/feliz” esteve associado à garantia de uma vida com qualidade após a chegada dos 65 anos de idade. A multidimensionalidade e a subjetividade se traduziram na melhoria da autoestima e no bem-estar pessoal e social, embora, nesta fase da vida, as pessoas tendam a definir as relações interpessoais e o equilíbrio emocional pelo componente da saúde estável, independentemente da felicidade pessoal ou da satisfação com a própria vida¹²⁵.

Eu me sinto bem como idoso, na minha idade, eu me sinto bem, muito bem. Sujeito 20.

Eu me considero uma pessoa idosa, mas não me sinto idosa porque eu quero fazer tudo de bom para os outros... Sujeito 15.

Não me considero uma pessoa idosa. Eu sou uma pessoa animada. Cuido do meu serviço e sou divertida. Sujeito 46.

Eu sou muito é uma jovem. Eu sou é nova ainda... Não me sinto idosa de jeito nenhum. Sujeito 37.

A palavra “experiência” foi mencionada na dimensão informativa/vivencial, vinculada ao saber, ter conhecimento, ter oportunidade e possibilitar uma reflexão sobre as diferenças e semelhanças advindas das situações vivenciadas em nível pessoal, familiar, profissional, social e religioso. Seu sentido positivo se deve ao enriquecimento vivencial originado pelo contato com valores, comportamentos, formas de pensar e de enfrentar as situações diferentes. Tal situação se traduz em nível pessoal numa bagagem adicional e que é utilizada pela pessoa idosa e que justifica sua flexibilidade nas relações sociais e familiares. Tal fato foi reafirmado pelo conteúdo dos discursos:

Com a minha idade, eu posso até me colocar bem, porque eu tenho um grau a mais. Sou mestre de obras. Se a pessoa tiver experiência, ela consegue coisas boas; se não, fica meio difícil [...] Ao longo dos anos, a gente vai convivendo com muitas pessoas e a gente aprende muito até com as pessoas que são menos que a gente. Sujeito 18.

Tem lugares que o idoso não encontra assim um agrado, não tem apoio, acha que não vale a pena, vai tomar o lugar de outros, mas já tem outros que dão oportunidade, que eles ficam ali ensinando aqueles que estão sem experiência. (...) tem uns que não pode nem andar, mas tem a mente tão preparada que ele ajuda aquele que não está entendendo, dá uma solução, resolve um problema. Sujeito 12.

A gente ganha mais experiência com a idade. Sujeito 03.

É necessário que se reconheçam o saber e a experiência da pessoa idosa através de seu próprio discurso, pois o estigma social ligado à pessoa idosa tende a ser uma construção social a partir do olhar do outro sobre a pessoa em processo de envelhecimento. Na maioria das vezes, a imagem que fazemos das pessoas com idade ≥ 65 anos é inferior à imagem e concepção de valores e experiências que fazem de si e seus contemporâneos.

O cognema “idade chega”, expressão de dimensão imagética, possui caráter neutro, pois a idade representa um marco cronológico, o qual delimita em anos a partir de quando a pessoa é considerada uma “pessoa idosa”, não houve um consenso identificado pelo grupo quanto à idade exata para estratificação da pessoa enquanto idosa. Tal fato pode ser reafirmado no conteúdo dos discursos apresentados a seguir:

Eu considero pessoa idosa a partir dos 70 anos. Sujeito 10.

Passou de 60, 70 pra lá já começa a ficar meio idosa né? Sujeito 25.

Bom, eles falam que pessoa idosa é a partir de 60 anos, o rádio mesmo fala que é assim. (...) Considera idoso após os 60 anos. Sujeito 51.

Bom, pela ordem, pessoa idosa é 65 anos. Sujeito 60.

A partir de 45, 50 anos ele já pode considerar de idade. Sujeito 73.

A idosa é porque ela ficou velha, os anos passaram, depois dos 60, 65 e daí por diante já é idosa. Sujeito 79.

O idoso começa com 60 anos, mas eles falam que de 60 anos para cima é idoso, com 65 está na melhor idade... Sujeito 88.

Para fim de legislação, considera-se idosa a pessoa com idade ≥ 60 anos em países em desenvolvimento e de idade ≥ 65 anos em países desenvolvidos de acordo com a OMS. No que tange às políticas públicas para esta faixa etária no Brasil, a Política Nacional do Idoso (1994) e o Estatuto do Idoso (2003) classificam como idosa a pessoa com idade ≥ 60 anos^{15; 27}.

O cognema “lucidez/esquecimento” possui dimensão imagética, de caráter negativo, visto que este é influenciado pela imagem da pessoa idosa nos contextos social e familiar, apresentando-

se como uma restrição diária à realização das AVDs e AIVDs²⁸. Tal fato pode ser reafirmado no conteúdo dos discursos a seguir:

Eles acham que a gente está doida e não sabe de nada. (...) Eu entendo tudo, por enquanto, eu estou boa de cabeça. Sujeito 02.

Alguns idosos possuem valor, mas há outros que parecem ser meio doidos. Sujeito 16.

Se o idoso envelhecer com saúde e lúcido, ele vai até morrer estando bem. Sujeito 22.

O cognema “precisa de cuidador” possui dimensão imagética, de caráter negativo, uma vez que este reflete as situações de dependência e independência nas quais a “pessoa idosa” pode necessitar de ajuda e apoio, em níveis variados, de acordo com a individualidade e subjetividade de cada pessoa²⁸. Tal fato pode ser reafirmado no conteúdo dos discursos a seguir:

Filha cuidadora é esta que está aí. Sujeito 02.

Tem idoso que tem muita dificuldade porque ele depende muito do outro, às vezes de filho, companheiro, de vizinho. Sujeito 22.

Tem pessoas que passam muito trabalho, tem que sair sozinha, subir e descer escadas, fazer compras e já bem idoso sem aguentar, conheço gente assim e é muito difícil. Sujeito 23.

Estes elementos com prováveis chances de compor o núcleo central para o termo indutor “pessoa ser idosa” estão associados às características e vivências apresentadas pela população investigada e retratam o senso comum do contexto socialmente delineado no qual está inserida. Estes elementos representam o saber prático de como os sujeitos se sentem, comportam, vivenciam e compreendem o fato de serem idosas.

No QIE do quadro de quatro casas, foi possível identificar elementos de valor positivo através dos termos “fazer atividades” e “trabalhar”, e como elementos de caráter negativo: “difícil/ruim” e “frágil”. Houve predomínio de cognemas de caráter funcional: “difícil/ruim”, “fazer atividades”, “trabalhar” e “frágil”, não houve elementos de caráter normativo.

No QIE, Zona de Contraste, alocam-se os cognemas que possuíram menor frequência, maior Rang e menor OME. Em função de sua baixa frequência, estes elementos não foram alocados entre os componentes do núcleo central, estas palavras/expressões foram consideradas importantes para um subgrupo representacional e, com o tempo, podem migrar para o QSE, desde que ampliado o grupo^{4: 72; 89}.

O cognema “difícil/ruim” possui dimensão imagética, de caráter negativo, uma vez que os conteúdos dos discursos apresentados refletem situações de dependência e/ou inatividade às quais a “pessoa idosa” está condicionada, devido a condições de interação familiar e com o meio em que vive, desencadeando o isolamento social, desemprego e abandono:

O idoso é diferente, mais agora não tem nada a ver se você for ficar ali parada, ai é pior, desempregada e velha é pior... Sujeito 29.

Eu acho que não é bom, a pessoa idosa na comunidade, eu moro aqui e eu vi o sofrimento de muita gente aqui. Sujeito 16.

Há não, ser idoso é muito ruim... a gente é muito abandonada, é muito fechado, é desprezado demais... eu moro sozinha, mas ele (filho) sai de manhã e chega de noite, é o único que eu posso contar, apesar dele beber, eu posso confiar nele. Todos os dias, passo só eu e Deus sozinha. Sujeito 34.

Outra situação associada ao cognema difícil/ruim evidenciada no conteúdo dos discursos está atribuída de forma decorrente da inatividade, problemas de saúde e/ou dor associados ao fato de não conseguir dormir (insônia) e insatisfação com a vida à qual está condicionada, conforme os fragmentos de discurso apresentados pelo sujeito 02, a seguir:

Fico só sentada, dá a hora de eu deitar e eu durmo só uns minutos. Não posso dormir! É só as pernas esquentarem, que tenho que levantar correndo, fico mais sentada na cama (...) queria estar velha e com saúde (...) eu que não faço nada mais, não trabalho mais, não faço nada (...). Se sair, sinto muita dor nas pernas e fico só sentada (...) cresci andando e trabalhando pra lá e para cá e agora só fico parada (...). Tem dia, que eu choro muito e tenho vontade de sair, trabalhar e fazer as coisas, mas eu não posso. (...) fico muito triste Sujeito 02.

A expressão “fazer atividades”, surgiu como cognema de dimensão comportamental, com caráter neutro, podendo este estar associado a situações que refletem um valor positivo e outras vezes associado à sensação negativa, conforme mostram os discursos apresentados:

A gente vê muitas pessoas idosas assim correndo e saindo bastante... (...) tanto velho correndo na rua pra tudo enquanto é lado e fazendo as coisas... Sujeito 02.

(pessoa idosa) o idoso ainda dá pra fazer muita coisa. Sujeito 56.

Sou idosa na idade mais não me sinto velha porque o que o novo faz ou tem dificuldades para fazer eu faço. Sujeito 12.

As situações que refletem uma dimensão positiva apresentada referiram-se à percepção do envelhecimento ativo em seus contemporâneos, e/ou autopercepção da sua capacidade para fazer as coisas e avaliação de suas capacidades e potencialidades para fazer atividades.

O que você faz eu não faço, se eu andar o dia inteiro, quando chegar de tarde, ai eu estou morrendo... (risos) corpo todo doendo é um problema sério pro idoso. Sujeito 10.

O fragmento de discurso apresentado mostra uma situação capaz de refletir a dimensão negativa da expressão “fazer atividades” e se refere à autopercepção das dificuldades e/ou limitações que vão surgindo com o passar dos anos, o que reflete na motivação e/ou capacidade para fazer as atividades rotineiras, bem como em situações de dependência e/ou inatividade às quais a “pessoa idosa” pode estar condicionada.

Este conjunto de justificativas atreladas ao fato de a “pessoa ser idosa” corrobora para a explicação da dependência progressiva, o que remete a uma necessidade de ajuda que é indispensável para a realização de atividades cotidianas elementares. Tal dependência é um processo dinâmico, cuja evolução pode ser modificável, prevenida ou reduzida, desde que haja uma rede de apoio com enfoque no ambiente e no provimento de assistência individualizada⁵.

Além da dependência, devemos levar em conta a fragilidade em que muitas pessoas idosas podem se encontrar. O cognema “frágil” surgido e ranqueado logo após o fragmento “fazer atividades” possui dimensão imagética, de caráter negativo, conforme mostram os fragmentos de discursos apresentados:

A gente fica mais sem resistência [...] e, quando você tem resistência, já não tem aquele medo de sair ou conviver [...] Eu não tenho resistência. Sujeito 01.

É diferente, porque a pessoa idosa é mais fraca, a partir dos 60 anos, já está velha. Sujeito 48.

A pessoa mais idosa eu acho que fica mais frágil. Sujeito 68.

Como critérios para caracterizar uma “pessoa idosa” em situação de fragilidade são estabelecidos: viver em ILPIs, encontrar-se acamada, ter sido hospitalizada recentemente por qualquer razão, apresentar doença causadora e/ou encontrar-se com pelo menos uma incapacidade funcional básica, ou aquela que vive exposta a algum tipo ou situação de violência doméstica, e, como critério etário, as pessoas com idade ≥ 75 anos são consideradas frágeis^{12;17}.

Entre as dimensões de fragilidade, as pessoas com idade ≥ 65 anos, para a “pessoa ser idosa”, emergiu nos fragmentos apresentados a seguir a questão referente ao tempo de recuperação, na qual se tem uma concepção de que as pessoas idosas de “antigamente” possuíam certa resistência e de que, atualmente, estas não possuem a mesma capacidade de recuperação e precisam de um acompanhamento pelos serviços sociais e de saúde de maneira contínua.

Os idosos de mais antigamente eram mais difíceis de pegar uma gripe, mas hoje eu já nem sei porque é tanta coisa misturada... Sujeito 80.

Com certeza, a recuperação da pessoa idosa demora bem mais. Sujeito 81.

Ser idosa é ter que ficar se tratando... Sujeito 86.

O cognema “trabalhar”, de dimensão comportamental, possui caráter positivo, pois os conteúdos de discursos apresentados refletem uma concepção de funcionalidade e desejo das pessoas idosas em manterem-se ativas conforme apontam os fragmentos de falas a seguir:

Às vezes, a pessoa pode ser velha pela idade, mas a pessoa sendo idosa pode trabalhar. Sujeito 52.

A pessoa idosa tem muito valor porque só não trabalha quem realmente não pode... porque, mesmo aposentada, a pessoa ainda pode trabalhar... Sujeito 14.

Gosto de trabalhar muito, eu não paro nem um minuto... eu faço curso de retalho, faço colcha de retalho, bordo, tenho plantas em cima da laje, eu planto flores... tudo sou eu quem cuida... Sujeito 19.

Eu não me sinto uma pessoa idosa, porque eu não sinto nada, eu vivo bem, durmo bem, vivo tranquilo, se precisar trabalhar, eu trabalho. Sujeito 18.

Estes fragmentos de falas estão inseridos dentro do contexto do cognema “trabalhar” os conceitos de autonomia, que as pessoas com idade ≥ 65 anos possam ter ou ainda possuem o desejo de manter e ou adquirir, sem necessitarem da ajuda de familiar e/ou cuidador; evidencia-se ainda nos relatos um aumento na autoestima da “pessoa idosa”.

A independência, a autonomia e a capacidade para o trabalho envolvem a participação e inserção social da pessoa idosa dentro do contexto social, familiar e mercado de trabalho, contemplando assim um sentimento de utilidade na realização de atividades ao mesmo tempo em que a convivência social e em grupo faz com que elas se importem mais com os cuidados pessoais e consigo mesmo¹⁹.

No quadro de quatro casas em seu QSD, foram identificados elementos de valor positivo através dos cognemas “Deus” “enfrentar”, “independência” e “alimentação”; como elemento de caráter neutro: “conviver” e “família”; e como negativos surgiram: “dependência/limitação” e “preconceito/discriminação”. Houve predomínio de cognemas de caráter funcional: “alimentação”, “conviver”, “dependência/limitação”, “enfrentar” e “independência”, surgindo apenas os cognemas de caráter normativo: “Deus” e “família”.

Na primeira periferia (QSD), alocam-se os elementos periféricos mais importantes, ou seja, apresentam maior frequência, maior Rang e baixa OME. Estes elementos expressam o contexto imediato no qual as pessoas vivem suas relações sociais, portanto estes cognemas possuem potencial para migrarem para o núcleo central, sendo considerados elementos intermediários^{4; 72; 89}.

O cognema “alimentação” possui dimensão comportamental, de caráter positivo, podendo este estar associado a hábitos de vida saudáveis quando levados em consideração a idade da pessoa, seu metabolismo, problemas de saúde preexistentes e necessidades diárias de nutrientes específicos a cada pessoa capazes de predeterminar o tipo de alimentação de cada “pessoa idosa”.

Tem que reduzir a alimentação, porque, se a gente se alimentar demais, pode fazer mal, mas alguma coisa da alimentação a gente tem que tirar porque se não faz mal ao organismo que já está mais fraco, não digere direito o alimento igual como se fosse um novo. Sujeito 11.

Cada um tem um tipo de preocupação, alimentação, dormir pouco, fazem parte, contribuem para o envelhecimento que será diferente em cada pessoa. Sujeito 12.

Uma pessoa idosa na sociedade se ela não tem dor, caminha bem, ele é muito útil e pode participar da sociedade, se está com a mente funcionando bem, se sentindo bem, com saúde e uma boa alimentação. Sujeito 50.

O cognema “alimentação” pode caracterizar-se em potencialidades e/ou restrições alimentares a cada pessoa idosa, levando-se em conta sua subjetividade para delimitação do aporte calórico diário, assim como quantidade, variabilidade e intervalos entre cada refeição²⁸. Outra potencialidade identificada nos fragmentos de discurso é a percepção de que a alimentação é capaz de influir na saúde, qualidade de vida e participação das pessoas com idade ≥ 65 anos de idade no contexto social.

O cognema “conviver” possui dimensão comportamental/atitudinal, de caráter neutro, o que pode ser observado em alguns fragmentos de discursos é uma imagem positiva enquanto necessidade e anseio das pessoas idosas em adquirirem uma convivência adequada, na qual haja o respeito, a igualdade e a interação social de maneira construtiva e positiva.

É uma pessoa que precisa mais de acordo, tem que respeitar a pessoa idosa, ter mais educação, tem que saber tratar eles, por causa da idade [...] O idoso tem que ser bem tratado, bem aconselhado. Sujeito 06.

Eu acho que o ser humano ensina, deveria respeitar mais o idoso e tratar o idoso com mais respeito. Sujeito 76.

Considero a pessoa idosa como um novo, eu consigo tratar bem uma pessoa idosa como uma pessoa mais nova. Sujeito 57.

“Conviver” surgiu ainda no discurso dos sujeitos como uma imagem negativa quando foi associada à desigualdade intergeracional, ao descaso de seus descendentes às demandas de cuidados e carências psicossociais apresentadas pela pessoa idosa e, por último, à redução dos contatos sociais com o decorrer dos anos apresentada pela maioria das pessoas idosas e considerada pela literatura científica como própria do processo de envelhecimento. Seguem fragmentos de discursos para elucidar o conteúdo:

É bom pelo lado de que a pessoa é bem tratada, mas pelo outro fica meio ruim porque a pessoa vai ficando idosa, e só porque uma pessoa é mais nova costuma querer desfazer da pessoa, deixam a pessoa idosa só em casa e tem gente que não olha a pessoa direito, aí a diferença de idade está aí também porque muitos que já não olham a pessoa direito e outros já deixam a pessoa jogada pra lá. Sujeito 06.

Eu sou muito caseira e não vou assim a certos lugares, não acompanho a terceira idade. Meu contato se restringe a mim e meus filhos e amigos. Sujeito 22.

A expressão “dependência/limitação” possui dimensão imagética, de caráter negativo, conforme evidenciado nos recortes de discursos:

Eu acho que pela limitação de tudo que eu fazia antes... Esta modificação de vida não pode assumir uma casa com todas as obrigações... Sujeito 82

A pessoa idosa não aguenta mais nada, não aguenta trabalhar. Sujeito 87.

Agora eu já não faço o que eu fazia de primeiro, a diferença é bem grande. Sujeito 10.

A gente pode até ter vontade, mas não pode fazer... Igual a mim, tenho uma filha que mora aqui

perto e nem na casa dela eu não posso ir... Eu tenho que ir de carro. Sujeito 02.

O cognema “dependência/limitação” foi apresentado no sentido de não conseguir fazer as coisas e/ou AVDs e/ou AIVDs de forma parcial ou total, caracterizando-se como uma limitação na realização das atividades rotineiras, manutenção dos contatos sociais e dependência das outras pessoas e/ou descendentes como forma de auxílio ou de certa forma fazer por eles aquilo que a “pessoa idosa” já não consegue fazer²⁸.

Eu também queria ter forças para ajudar os outros só que eu não consigo, o médico diz que eu estou com o problema de coração grande e com problema de artrose e também tenho o joelho quebrado e com isso não aguento ajudar. Sujeito 13.

Eu me considero, me sinto idosa, porque a idade chegou a gente não tem aquela força que tinha antes, essa dor na perna que eu carrego... mas aí não tem jeito, tem que ir aguentando até o dia que Deus me chamar. Sujeito 63.

A única coisa que me prejudica e esta perna aqui. Só esta dor que eu sinto esta artrose aqui. Sujeito 02.

Outra dimensão contextual do cognema “dependência/limitação” está atrelada à presença de doença e/ou dor, como uma situação contextualizada e ancorada na realidade de algumas pessoas com idade ≥ 65 anos. Em face desta realidade individual, tal concepção foi representada por parte dos sujeitos da investigação.

O cognema “Deus” possui dimensão valorativa, de caráter positivo, de maneira que a religiosidade/espiritualidade apresenta-se como fonte de apoio psicológico e espiritual, capaz de proporcionar paz e aceitação das condições de vida atuais vividas anteriormente, visando a um conforto e aceitação da vida atual e futura. Seguem fragmentos de discursos:

Não me considero idosa. Eu me sinto tão boa e agradeço a Deus todos os dias pelo que ele me deu e pelo que ainda pode me dar. Sujeito 15.

Agradeço a Deus que a gente está de pé que por causa dos meus probleminhas de saúde que eu já tenho. Sujeito 40.

Considero-me uma pessoa idosa, não tenho tristeza em ser velha, porque eu já vivi e agora eu estou na segunda etapa da vida ou a última não sei, é Deus quem sabe [...]. E eu sou muito feliz graças a Deus, eu não tenho nada do que reclamar [...]. Eu tenho muita paciência e tenho muita fé em Jesus. Sujeito 42.

O cognema “enfrentar”, de dimensão comportamental, possui caráter positivo, pois os conteúdos de discursos apresentados refletem uma concepção de funcionalidade e desejo das pessoas em manter a autonomia e independência, mantendo-se ativas e criando novas opções de atividades de vida como uma forma de ocupação do tempo e não permanecendo paradas, pensando na velhice, valorizando-se a capacidade para o trabalho, para a independência e para a autonomia funcional, conforme apontam os seguintes fragmentos de discurso:

Pessoa idosa é aquela que ainda quer ir além, ela pode estar ruinzinha, mas ela ainda quer

andar (risos). Sujeito 84.

Então eu me sinto velha, mais eu não me sinto velha assim de encostar, cuido da minha casa sozinha, cuido das minhas plantas, cuido da minha cachorra sozinha... Sujeito 28.

Eu me considero jovem, graças a Deus não tem barreira, ninguém fala assim: ah está velha! Me sinto jovem porque eu tenho disposição pra tudo, se chamar pra sair agora, eu estou saindo, se chamar pra trabalhar, eu estou indo trabalhar, saio sozinha. Sujeito 33.

O cognema “família” possui dimensão valorativa, e, no caso específico dos sujeitos desta investigação, estava associado ao caráter negativo, conforme exemplificado pelos fragmentos de discursos a seguir:

Tenho meus filhos. Eu quero a presença dos meus filhos [...] muda muito para a família cuidar de pessoa idosa, mas não muda muito pra gente não. A gente que é idoso fica mais de lado [...] Uns vem, conversam comigo, outros familiares já somem! Sumiram... até moram aqui perto, podiam vir pelo menos uma vez por semana me ver, mas não vêm nada, vêm uma vez quando quer e só. Sujeito 02.

Tem filhos que não ligam para as mães e nem para os pais, põem no hospital e deixam lá, não vão ver nem nada [...] Aqui em casa, eu faço o que eu quero, ninguém me amola com nada. Eu só não saio sozinha na rua porque eles não deixam, pra eu pegar um ônibus e ir à cidade, tem que ser com uma das minhas filhas. Sujeito 23.

A minha família me influência bastante, tem a minha nora que, às vezes, fala coisas boas e ruins. Ela me trata muito mal, às vezes, ela vem chorando, pedindo dinheiro emprestado para comprar remédios para o pai, porque ele está bêbado... Sujeito 15.

Eu sinto bem porque eu estou com meus filhos, eu não queria nem morrer, porque eu adoro meus filhos. Sujeito 04.

A família ter uma pessoa idosa muda, porque ninguém tem paciência comigo aqui em casa... Minha família não tem jeito. Sujeito 16.

A família deveria ser vista como um valor de dimensão positiva para a pessoa idosa, uma vez que ela compõe um dos principais elementos da rede de apoio à pessoa idosa. Muitas vezes, a família pode ser vista como um fator negativo para a adaptação e socialização da pessoa idosa, quando esta é demasiadamente protetora e não incentiva a autonomia das pessoas idosas, pois é necessário que as pessoas idosas convivam com outras pessoas externas ao núcleo familiar, de modo que não percam a motivação para a vida e fiquem só pensando na velhice¹²⁵.

A família foi citada como a necessidade de um suporte afetivo, confidencial e fonte de apoio em suas dependências e/ou limitações, companhia e suprimento das suas necessidades de cuidado. A família é o principal sistema de apoio/suporte à pessoa idosa, é iminente nos discursos apresentados que, ao envelhecer e/ou adoecer, a pessoa idosa está quase que exclusivamente sob a responsabilidade dos familiares.

O cognema “independência” de dimensão imagética no sentido de “autonomia” possui caráter positivo associado à forma como as pessoas idosas se veem enquanto capacidade para manterem e avaliarem a sua autonomia funcional, conforme apresentado a seguir:

Não, eu não me considero uma pessoa idosa, porque, graças a Deus, eu ainda ando pra todo lado, faço minhas coisas e ainda não dependo de ninguém pra ficar fazendo as coisas pra mim. Sujeito 23.

Eu me considero uma pessoa idosa só pela idade, porque, no resto, não, eu ando pra todo canto, passeio, vou à cidade e volto... Tenho uma vida normal, independente, não tenho ninguém para amolar. (...) Eu tenho muito ânimo, o que um menino faz aí é o que eu faço e tem muito menino na vida que não faz o que eu faço. Sujeito 20.

Na idade, eu sou idosa. Não, me sinto idosa não, porque eu tenho disposição; com o pouco problema que eu tenho de saúde, eu trabalho, vou para a rua sozinha, vou ao médico, eu ainda não me entreguei não. Sujeito 29.

A independência de alguém para designar as atividades que até então eram desempenhadas de forma rotineira, consideradas no sentido de autonomia, evidenciou relatos que explicitavam atividades e afazeres que as pessoas idosas realizavam sozinhas, quando não dependiam de ninguém para auxiliá-las.

Na sociedade contemporânea, os sujeitos que não querem, não podem ou não conseguem manter certo nível autonomia, seja de forma individual, ou dentro do contexto familiar, religioso ou social, são vistos como dependentes e fracos e sua imagem de saúde, atividade e vitalidade não seria apropriada às necessidades das pessoas idosas²⁰.

A expressão “preconceito/discriminação”, de dimensão imagética, está associada a um caráter negativo, conforme evidenciado nos fragmentos de discurso:

Você vai entrar num ônibus, tem dia, dependendo da situação, mexe, não para o ônibus, para fora do ponto, não gostam de esperar muito, já sabe que vai entrar e que não vai pagar mesmo, então ele não é bem recebido. Sujeito 20.

Enquanto o idoso está andando, ele tem valor, depois que não andar, ele não tem valor para mais nada. Sujeito 23.

Às vezes, não contratam o idoso ou mandam embora só por causa da sua idade. Sujeito 12.

Ninguém adota a velhice. Sujeito 02.

Tem que ter valor a pessoa idosa, a pessoa já é velha, se não fosse a gente ser velha, o que seriam dos novos? Estamos vivendo em um tempo em que não se respeitam os outros mais... Sujeito 24.

Este cognema foi utilizado no sentido de indiferença, descaso, isolamento e falta de respeito das pessoas mais novas, dificuldades de acesso ao contexto social, meios de transporte e mercado de trabalho pela pessoa idosa, manifestos na forma de indignação pelos sujeitos investigados uma

vez que estes estão cientes dos seus direitos, como, por exemplo, o direito ao transporte gratuito assegurado pelo estatuto de saúde da pessoa idosa de 2003 às pessoas com idade ≥ 65 anos.

No QID, segunda periferia, foi identificado o termo “passear/viajar/sair” como cognema de valor positivo, e como elementos negativos surgiram: “precisa de ajuda”, “morrer” e “queda”. Houve predomínio de cognemas de caráter funcional: “passear/viajar/sair”, “precisa de ajuda”, “morrer” e “queda”; não houve cognemas de caráter normativo.

Na Segunda Periferia, alocam-se os elementos periféricos, que possuem pouca importância para os sujeitos, ou seja, baixa frequência, Rang alto e uma baixa OME. Os elementos componentes do QID, assim como os da primeira periferia, expressam o contexto imediato no qual os sujeitos vivem e se relacionam, porém tais elementos não são analisáveis pela abordagem estrutural e sim pela TRS, utilizando-se de uma abordagem complementar ^{4; 72: 89}.

A palavra “morrer” foi alocada como o primeiro cognema da primeira periferia, de dimensão imagética associada ao fato de a pessoa ser idosa e estar envelhecendo, possui caráter negativo associado ao processo de finitude, conforme apontam os fragmentos a seguir:

De vez em quando, se escuta por aí que já está velho, que deve tomar eutanásia, que deve morrer. Risos. É o final! É que a pessoa não está aguentando, que já não tem mais nada que passe uma dor e aí aplicam alguma coisa para ela morrer e descansar. Não pode, né? Sujeito 12.

De acordo com a idade que você tem, você vai mudando de pensamento. Você sabe que já não se é mais ágil como quando se é mais novo... Então são coisas que você tem que aceitar por que a velhice e a morte são inevitáveis. Sujeito 03.

Eu me sinto idosa porque eu sou, pelo fato de ninguém achar que eu não sei mais nada, de que eu devo morrer, mas é porque eles acham que eu quero morrer, mas eu quero é viver. Sujeito 34.

A morte para as pessoas com idade ≥ 65 anos ganha um significado de destaque, pois os sinais do “envelhecer” e do “morrer” estão delineados pelo corpo, no rosto, nas limitações físicas que vão surgindo com o decorrer dos anos, nas idas frequentes aos médicos, na aposentadoria, na perda da independência e autonomia, na redução das suas atividades e trabalhos etc¹²⁶.

Quanto à morte que se apresenta, na grande maioria das vezes, carregada de sentidos negativos, é comum que não se pense sempre nela, até porque se precisa viver e, para distanciá-la, faz-se uso de diversos mecanismos psicológicos, entre eles: a negação, intelectualização e o deslocamento. Mas o medo da morte persiste na maioria das pessoas. Muitas vezes, não pelo fato de se pensar na morte, mas sim na própria mortalidade, na passagem do ser para o não ser, na ruptura radical com este mundo¹²⁶.

O cognema “passear/viajar/sair”, com dimensão comportamental, possui caráter positivo, uma vez que este evidenciou uma atitude positiva mediante ao fato de as pessoas poderem

aproveitar a vida, integrarem-se ao meio social e afetivo, porém, quando analisado à luz da abordagem processual da TRS, este foi utilizado no sentido negativo, como sinônimo de inatividade e incapacidade para a sua prática, conforme mostram fragmentos de discurso apresentados:

O idoso vai cansando, fica desanimado de sair... fica só em casa, fica quieto mesmo. Sujeito 56.

O que eu fazia antes eu já não faço hoje, não consigo sair, se eu sair à noite, no outro dia, eu estou aquele bagaço, não valho nada, por isso me considero idoso. Sujeito 10.

Eu não tenho mais coragem pra sair, já antigamente eu saía, ia até para o forró, dançava, e gostava, saía pra passear, mas agora e só no médico, não é fácil não. Sujeito 21.

A expressão “precisa de ajuda” possui dimensão imagética de caráter negativo, enquanto uma dependência das outras pessoas em níveis variados, de acordo com as potencialidades e restrições individuais de cada “pessoa idosa”, conforme mostram as falas a seguir:

A pessoa idosa fica mais fraca já não tem muita força, não tem muita coisa pra fazer, tem que ter uma pessoa pra ajudar. Sujeito 57.

Às vezes, acho difícil calçar um sapato e tal aí minha filha me ajuda a calçar, arruma meu cabelo, minhas unhas, ela me ajuda e muito. Sujeito 24.

Se a pessoa idosa não tiver estudo, fica meio difícil, por exemplo: se eu quero escrever uma carta, eu dependo dos outros, tudo que eu preciso tem que depender dos outros... Sujeito 16.

O cognema “queda”, de dimensão imagética, com caráter negativo, apresentou-se como uma preocupação/risco, que faz parte do cotidiano da “pessoa idosa”, mediante a sua individualidade e subjetividade quando levados em consideração a fragilidade, condições de locomoção, fatores ambientais, entre outros, conforme apresentado:

Eu não estou aquele velho de cair em um buraco, pois eu tenho as duas vistas para ver. Sujeito 25.

Eu me considero uma pessoa idosa, mas, pelo fato de eu ser muito limitada assim para andar, para não levar muitos tombos, tem que ter muito cuidado. Sujeito 82.

Além do cuidado da gente, o cuidado da família tem que ser dobrado, se todos forem sair, um tem que ficar um com a gente [...] porque, se a pessoa cair, ela não tem resistência para levantar e, dependendo do modo como caiu, pode até morrer porque não tinha ninguém para ajudar. Sujeito 12.

As representações sociais apresentadas pelas pessoas com idade ≥ 65 anos têm implicações em sua vida cotidiana, assim como possuem a capacidade de determinar como o processo de envelhecimento ocorre neste grupo socialmente contextualizado. Os comportamentos adotados pelos sujeitos da investigação são resultantes do modo como eles representam socialmente o fato de a “pessoa ser idosa” e do significado pessoal que esta condição adquire em suas vidas, podendo influir nas condições de participação, saúde e segurança, pilares nos quais as representações foram construídas e delineadas.

6.3.2 Representações sociais segundo as abordagens: estrutural e processual com aproximação de métodos para o termo “pessoa ser envelhecida”

Após a análise e compreensão das representações sociais apresentadas pelas pessoas com idade ≥ 65 anos para a “pessoa ser idosa”, objetivando-se uma melhor compreensão e aprofundamento a respeito do processo de envelhecimento humano, buscou-se, na perspectiva dos sujeitos, a conceituação que fazem sobre uma “pessoa ser idosa” e/ou uma “pessoa ser envelhecida” a partir da análise das representações sociais de uma “pessoa ser envelhecida” conforme as abordagens estrutural e processual.

Na abordagem estrutural das representações, o *corpus* formado pelos cognemas evocados pelos 93 sujeitos pesquisados em resposta ao termo indutor “pessoa ser envelhecida”, quando analisados a partir da construção do quadro de quatro casas, possibilitou identificar os quatro quadrantes contendo os componentes e estrutura hierárquica, conforme o **Quadro 4**.

Quadro 4: Quadro de quatro casas contendo componentes e hierarquia das representações sociais de pessoas com ≥ 65 anos para “pessoa ser envelhecida”. Juiz de Fora, Jan/2015.

PESSOA SER ENVELHECIDA						
Rang > 2,5				Rang < 2,5		
	Termo Evocado	Freq.	OME	Termo Evocado	Freq.	OME
Freq. Média ≥ 10	Avaliação da vida	11	2, 182	Alimentação	12	2, 833
	Avaliação de ser velho	24	2, 250	Conviver	16	2, 813
	Cuidado	10	2, 200	Dependência/limitação	19	2, 632
	Difícil/ruim	16	1, 978	Deus	12	3, 250
	Idade chega	11	2, 273	Enfrentar	11	3, 091
	Morrer	10	2, 300	Família	10	2, 600
	Não aguenta fazer coisas	10	2, 000	Precisa de cuidador	15	2, 533
				Receber ajuda	11	2, 727
Freq. Média ≥ 6	Bom/feliz	8	2, 125	Afeto	7	3, 143
	Doença/doente	8	2, 250	Frágil	6	2, 833
	Experiência	6	1, 667	Preconceito/discriminação	9	3, 000
	Fazer atividades	7	2, 429	Proporcionar ajuda	7	2, 571
	Lucidez/esquecimento	6	2, 167	Queda	8	3, 625
	Passear/viajar/sair	6	2, 333			
	Saudável	6	2, 333			

Nota dos autores: OME= Ordem Média de Evocações

Fonte: Os autores.

Para subsidiar a compreensão dos componentes da abordagem estrutural, foi possível exemplificar os conteúdos de cada quadrante numa concepção contextualizada a partir dos fragmentos de discursos dos sujeitos apresentados para o processo de envelhecimento conforme a abordagem processual da representação.

No provável núcleo central, QSE, houve predomínio de cognemas de caráter funcional: “avaliação da vida”, “avaliação de ser velho”, “cuidado”, “difícil/ruim”, “idade chega”, “morrer” e “não aguenta fazer as coisas”; não houve elementos de caráter normativo.

No QSE do quadro de quatro casas para o termo indutor a “pessoa ser envelhecida”, foi possível identificar o cognema “cuidado” como de valor positivo; elementos de valor neutro “avaliação da vida”, “avaliação de ser velho” e “idade chega” e como elementos de caráter negativo: “difícil/ruim”, “morrer” e “não aguenta fazer as coisas”.

O termo “avaliação da vida” foi o elemento com maior frequência (11) e de OME igual a 2,182 que o ranqueou como o primeiro componente do núcleo central. Classificado como funcional, este cognema possui dimensão imagética, de caráter neutro, podendo estar atribuído a um valor positivo ou negativo, tal valoração pode ser influenciada pela história de vida de cada “pessoa envelhecida”. Tal fato pode ser reafirmado no conteúdo dos discursos provenientes da entrevista gravada apresentados a seguir:

Eu acho que cada tempo no seu tempo. Eu sei que eu já fui nova. Já fui menina e tudo. Fui evoluindo (risos). Mas, para mim, não mudou nada [...] Tem pessoas que envelhecem mais rápido e já outras não. A minha mãe mesmo ela envelheceu, mas não se sentia e estava bem. Ela continuou trabalhando e sempre alegre. Sujeito 46.

Assim, por exemplo, umas pessoas envelhecidas ficam muito chatas, enjoadas (risos). Eu sou mais ou menos! Assim o que atrapalha é isso: o sistema da pessoa, às vezes, a gente gosta das coisas de um jeito. A outra pessoa mais nova já gosta de qualquer maneira. E a gente não gosta e aí já me sinto nervosa. Sujeito 49.

É muito triste [...] Eu aqui parada, sem poder fazer nada [...] Isso não é vida. Sujeito 02.

O termo “avaliação de ser velho” foi o elemento com maior frequência (24) pertencente ao QSE e de OME igual a 2,250, ranqueado como o segundo elemento do núcleo central. Este cognema possui dimensão imagética, de caráter neutro, podendo estar atribuído a um valor positivo ou negativo, conforme fragmentos de discursos a seguir:

Eu olho a aparência da pessoa. Pois, tem pessoas, por exemplo, que são bem mais novas do que eu. Mas você olha e parecem ser mais envelhecidos. Devido às rugas e o modo delas conversarem. Sujeito 41.

A gente nota certa mudança na pessoa envelhecida. Às vezes, no comportamento e na aparência, porque envelhecem. Tem pessoas que envelhecem mais rápido. Outros demoram [...] Igual ao cabelo branco. Fulano está com o cabelo branco está velho? Não está! Eu, com 9 anos, já tinha. Conheço gente com mais de 90 anos e que quase não tem. Então! Isto varia de acordo com a natureza de cada pessoa. Sujeito 12.

Eu acho assim: que a gente guarda recordações da pessoa de um jeito e, quando se vê que ela mudou, envelheceu, a gente acha estranho e diferente. Sujeito 15.

A não é a mesma coisa a pessoa estar envelhecida. A gente perde a conta da gente. Já não é aquela que a gente era mais, como quando era nova. Tudo muda. Sujeito 26.

Eu vejo assim: muitas pessoas, até mais novas que eu, que já estão envelhecidas é assim pelo jeito que elas levaram a vida. Sujeito 03.

Ah! tem gente que mostra assim estar mais idade, está acabada. Ai a pessoa mostra mesmo a idade que ela tem. Sujeito 36.

O cognema “avaliação de ser velho” foi atribuído às características próprias do processo de envelhecimento. Enquanto processo de caracterização visual do envelhecimento, destacam-se: embranquecimento dos cabelos e/ou calvície; redução na estatura; aumento do diâmetro do crânio, amplitude do nariz e orelhas (conformação facial da pessoa idosa); redução da espessura e perda da capacidade de sustentação da pele; alterações na cavidade bucal (perda dos dentes e paladar); mudanças na composição corpórea (aumento do tecido adiposo e redução dos tecidos musculares e ósseos), geralmente marcada por ganho de peso¹⁴.

O cognema “cuidado” possui dimensão imagética, de caráter positivo, associado à dependência de cuidados advindos dos familiares e/ou cuidadores. Contemplaram-se ainda os cuidados próprios que a pessoa tem que adquirir consigo mesma, conforme apontam os fragmentos de discursos a seguir:

O cuidado da família tem que ser dobrado. Se todos forem sair de casa, um tem que ficar com a gente. Pois e, se der vontade ou tiver necessidade de ir ao banheiro? Sujeito 12.

Dependendo da pessoa, se ela tem efetividade para cuidar de idosos, dá certo. Mas, ainda há muitas reclamações por aí. Pegam para cuidar de idoso, mas não cuidam. Por isso, eu já disse para minhas filhas que, pelo amor de Deus, quando eu estiver mais velha, não me ponham nestes lugares (asilos). Que elas cuidem de mim e que me deixem morrer aqui. Sujeito 12.

Toda vez que o idoso sair, tem que ter cuidado, porque se não é perigoso, ao atravessar a rua. Sujeito 16.

O cognema “difícil/ruim” possui dimensão valorativa, de caráter negativo, associado à inatividade, redução da participação social e perda das habilidades para a execução das AVDs, conforme apresentado nos discursos que se seguem:

Porque depender dos outros pra tudo é muito difícil. A gente que está acostumada a fazer as coisas da gente e andar pra todos os lados. Depois que a gente não pode fazer isso, é muito difícil. Sujeito 23.

Pessoa envelhecida, eu acho que é quem está na pior mesmo. Sujeito 33.

Pessoa envelhecida é quando não tem jeito para a vida útil e para caminhar. Eu acho que é assim: quando a pessoa está mesmo cansada. Tem pessoas que vão envelhecendo e se entregando. Sujeito 35.

Pessoa envelhecida é aquela pessoa que não tem nenhuma atividade. Eu acho que é aquela que participa pouco. Que não tinha atividade nenhuma. Nem de conversar. Não tem ideias. Para mim, eu acho que é isso aí. Porque ser envelhecido é complicado. Sujeito 37.

A expressão “idade chega” cognema de dimensão imagética, de caráter neutro, podendo este estar associado a valores de fundamento positivo ou negativo, de acordo com a percepção de cada sujeito. Seguem fragmentos de falas:

Eu acho que, depois dos 60, a pessoa já é envelhecida [...] Quando envelhecida, a pessoa pode aparentar e não ter a idade. Sujeito 01.

Quando ela passou dos 70 anos, não adianta ela querer falar que é nova e isso ou aquilo. Não tem este nem aquele. Tem uns que até parecem novos. Sujeito 10.

Tem gente que envelhece cedo e reclama pra caramba. Agora, eu acho que a pessoa fica velha mesmo com uns 75 anos. Sujeito 38.

Com 70 anos a pessoa já é velha. Sujeito 31.

O cognema “idade chega” foi utilizado no sentido de uma procura por uma delimitação cronológica, um marco, a partir de quando uma pessoa pode ser considerada envelhecida. O envelhecimento caracteriza-se como um processo natural e progressivo, definido como etapa da vida composta por alterações físicas, mentais e sociais, em função do desgaste das estruturas corporais, psíquicas e cognitivas⁹: 14. Ele ocorre logo após as fases de desenvolvimento e estabilização, geralmente começa a se tornar perceptível após alterações estruturais e funcionais, os primeiros sinais podem ser detectados ao final da terceira década de vida¹³.

A palavra “morrer”, cognema de dimensão imagética, de caráter negativo, surgiu de forma associada ao processo de finitude, de forma interligada como o envelhecimento, a fase que antecede a morte, e ainda no sentido de negação da morte e luta para se manterem vivas, conforme apontam fragmentos de discursos apresentados:

Pessoa envelhecida eu acho que é só depois que ela morre. Acaba tudo quando você morre. Sujeito 41.

Dependendo do modo como a pessoa pode cair, ela até pode morrer, porque não tem ninguém para lhe ajudar. Sujeito 12.

As pessoas acham que eu devia morrer. Não esse filho que mora comigo. Esse não! São os outros filhos. Mas eu acho que eu não quero morrer, eu quero é viver. Sujeito 34.

A expressão “não aguenta fazer as coisas”, cognema de dimensão imagética, de caráter negativo, associado ao fato de que, com o decorrer dos anos, as pessoas envelhecidas vão perdendo as forças, capacidade e motivação para estarem fazendo as atividades que, até então, eram realizadas de forma tranquila e sem nenhum empecilho ou limitações.

Uma pessoa envelhecida é quando ela para de trabalhar. Não pode fazer aquilo que ela gosta. Por exemplo: se gosta de um baile, já não pode ir. Se ela gosta de outra coisa, já não pode fazer. Porque, com a idade, já não aguenta o esforço. Então! A pessoa já está envelhecida. Sujeito 10.

É diferente ser envelhecido, porque a idade chegou, pesa mais. Não se tem mais força. Eu também já não aguento mais nada. Sujeito 13.

A pessoa velha, para mim, é aquela que não aguenta fazer mais nada. Não aguenta mais andar. Não aguenta cuidar da casa. Eu, por enquanto, estou cuidando da minha (casa) ainda. Do jeito que está aí, eu arrumo é desse jeito aí. Não adianta embaçar, porque é uma poeirada danada. Eu limpo com um pano e pronto. Sujeito 26.

Pessoa envelhecida é quando ela não faz mais nada. Não anda e não se tem mais ideia do que se está fazendo. Sujeito 42.

Na área de contraste, QIE, houve predomínio de cognemas de caráter funcional: “bom/feliz”, “doença/doente”, “experiência”, “fazer atividades”, “lucidez/esquecimento” e “passear/viajar/sair”; surgindo apenas o cognema “experiência” como elemento de caráter normativo.

No QIE do quadro de quatro casas para o termo indutor a “pessoa ser envelhecida”, foi possível identificar os cognemas “bom/feliz”, “experiência”, “fazer atividades”, “passear/viajar/sair” e “saudável” como elementos de valor positivo; não houve elementos de valor neutro e “doença/doente” e “lucidez/esquecimento” como elementos de valor negativo.

O cognema “bom/feliz”, palavra de dimensão comportamental, de caráter positivo, associado à forma de se sentirem e se verem enquanto pessoas com idade ≥ 65 anos e se avaliarem envelhecidas orientadas por emoções positivas, o que pode ser confirmado pelos fragmentos de discurso a seguir:

Eu não acho ninguém velho. Então! Eu acho o velho lindo. Eu considero todo mundo do melhor jeito que eu posso e trato do mesmo jeito. Com respeito. Sujeito 42.

Eu tenho 71 anos. Tem hora que eu pareço que estou sentindo que tenho mais idade. Mas tem gente que fala: “Nossa! Está com 70 anos só?” Então, está bom. Sujeito 45.

Eu sou muito é um jovem. Sou novo ainda. Inclusive, eu acho o seguinte: as pessoas que não têm certos problemas de saúde então tudo bem. Sujeito 37.

A expressão “doença/doente”, cognema de dimensão imagética, de caráter negativo, foi atribuída ao fato de as pessoas envelhecidas sentirem-se mal com maior frequência, enfraquecimento, estarem com problemas de saúde e/ou envelhecimento precoce, associados ao decorrer dos anos, conforme fragmentos de discursos a seguir:

É diferente ser envelhecida, porque a pessoa pode estar passando mal. Já a gente que tem uma disposição melhor, é outra coisa. Sujeito 15.

Eu acho que a pessoa envelhecida é uma pessoa muito prejudicada. Tem um problema de saúde ou na família ou ainda aquele que tem a velhice precoce. Sujeito 17.

Eu acho uma pessoa envelhecida quando ele já não pode fazer mais nada. Quando ela está doente ou em cima de uma cama. Quando não pode fazer mais nada, para mim, a vida já acabou. Sujeito 23.

Acho que a idade vai enfraquecendo a pessoa a ponto de doença também. Se a pessoa ficou doente, piora [...] Meu problema é só pressão alta, mas eu tomo remédio direitinho. Sujeito 27.

Por meio da palavra “experiência”, cognema de dimensão informativa/conhecimento, de caráter positivo, atribuída ao saber e experiência de vida das pessoas com idade ≥ 65 anos, os sujeitos afirmam que os anos de vida trazem informações e conhecimentos que são aprendidos e armazenados, e as pessoas nesta fase da vida possuem o desejo de ensinar e passá-los para seus descendentes, conforme mostram as falas a seguir:

O novo tem mais agilidade para andar e para fazer qualquer coisa, tem mais destreza como se diz. Mas o viver é muito melhor, porque você está sabendo o que faz. Tem mais criatividade e ação. Sujeito 20

Tem que ter valor o saber e experiência de vida. A pessoa já é velha. Se não fosse a gente ser velho, o que seriam dos mais novos? Sujeito 24.

Se a pessoa tiver experiência, ela consegue coisas boas na sociedade, se não fica meio difícil. Sujeito 18.

A expressão “fazer atividades”, cognema de dimensão comportamental, de caráter positivo, é proferida como uma forma positiva de enfrentar o processo de envelhecimento e tentar adaptar-se à condição atual através da seleção das atividades rotineiras mais importantes e que geram menos esforço e/ou desgaste físico a partir da iniciativa e coragem para realizá-las de forma gradual, de forma a manterem-se ativas dentro da individualidade e subjetividade de cada pessoa envelhecida. Tal afirmação pode ser confirmada no conteúdo dos discursos a seguir:

Pessoa envelhecida é diferente, porque a gente, quando é mais novo, tem mais disposição, força e coragem pra fazer as coisas. Apesar de que, hoje em dia, eu tenho muita coragem pra fazer as coisas. Sujeito 23.

Ser envelhecida é a mesma coisa. Eu trabalho devagar. Vamos supor: arrumo e varro minha casa e depois vou arrumar cozinha. Descanso e depois eu levanto para lavar os banheiros e as minhas roupas [...] Sou prestativa para as coisas e gosto de trabalhar muito. Sujeito 24.

Depende da atividade que a pessoa leva. Eu acho que é porque a gente fica muito parada. Parece que a velhice está sentindo mais. A pessoa que se movimenta tudo vai passando... O tempo passa e a pessoa não sente muito. Sujeito 45.

O cognema “lucidez/esquecimento”, expressão de dimensão imagética, de caráter negativo, foi associado à lucidez, memória e dificuldades na percepção do que acontece a sua volta e ou esquecimento, conforme apontam as falas a seguir:

Ser uma pessoa envelhecida, mas tem saúde e é lúcida é a mesma coisa [...] Eu acho que uma pessoa velha é quando ela não serve pra nada. Não faz as coisas de casa. A memória não está certa. Não sabe chegar à beira de um fogão para fazer uma comida. Arrumar uma casa. Isto que é a velhice [...] Quando ela não sabe o que olhar e o que está fazendo. O que está sentido e aquilo que fala. É porque ela já envelheceu há muito tempo. Sujeito 22.

Quanto a pessoa envelhece um pouco. Ela já não pode dizer que não pode fazer nada. A não ser que tenha problema de cabeça. Porque tem muita gente que dá problema de cabeça. Já não anda mais e tem medo de sair na rua. Sujeito 27.

Graças a Deus, eu ainda estou lúcida. Sei o que eu sei. O que eu posso falar e o que eu não posso. Sujeito 42.

O cognema “passear/viajar/sair”, elemento de dimensão comportamental, de caráter positivo, envolve uma questão de gosto pessoal, atitude e comportamento das pessoas com idade ≥ 65 anos para a “pessoa ser envelhecida”. Apresentam-se, a seguir, fragmentos de discursos que fundamentam tal ideia:

Para mim, nada mudou, porque tudo para mim é a mesma coisa. Porque eu sou jovem. Eu gosto de tudo. Gosto de música. Eu gosto de sair para passear e trabalhar. Então! O envelhecimento, para mim, não afetou, porque eu me sinto é jovem. Sujeito 41.

Eu até gosto de sair estando com saúde. Com um pouco mais de saúde. Quando os outros falam em sair pra ir à praia. No mato, não, para um piquenique. Eu gosto de sair para lugar mais longe. À praia eu gosto de ir. Dá vontade de ir até sem voltar, mas é difícil. Sujeito 19.

Eu sinto que não sou mais aquela de antes. Eu não tinha hora pra sair daqui. Sair de casa e ir à missa. Não tinha hora pra nada. Era só eu pensar em sair que eu tinha toda a disposição. Agora eu só saio pra ir à casa das minhas irmãs de vez em quando. Mas eu vou mais é ao médico. Sujeito 21.

A palavra “saudável”, cognema de dimensão imagética, de caráter positivo, foi utilizada pelos sujeitos da investigação no sentido de se ter saúde e manter hábitos de vida saudáveis, como se locomover, fazer atividades, trabalhar e ter comportamentos positivos frente à vida, conforme indicam os fragmentos apresentados a seguir:

Para te falar a verdade, eu não sinto diferença nenhuma em ser envelhecida. Posso andar e fazer as coisas. Ter saúde para mim é tudo! Sujeito 18.

Eu vivo bem, durmo bem, vivo tranquilo e, se precisar trabalhar, eu trabalho. Sujeito 18.

Eu, pelo menos, me considero assim uma pessoa de idade, mas com a performance de vida voltada para a vida. Sujeito 03.

Na primeira periferia do quadro de quatro casas, QSD, houve predomínio de cognemas de caráter funcional: “alimentação”, “conviver”, “dependência/limitação”, “enfrentar”, “precisa de cuidador” e “receber ajuda”, e como cognemas de caráter normativo “Deus” e “família”.

No QSD para o termo indutor a “pessoa ser envelhecida”, foi possível identificar entre os cognemas elementos de valor positivo: “alimentação”, “conviver”, “Deus”, “enfrentar” “precisa de cuidador” e “receber ajuda”; não foram identificados elementos de valor neutro; e como elemento de valor negativo surgiu apenas o cognema “dependência/limitação”.

O cognema “alimentação”, palavra de dimensão comportamental, de caráter positivo, foi ancorado no discurso dos sujeitos da investigação como um fator capaz de influenciar no processo de envelhecimento. Tal influência caracteriza-se pela seleção de alimentos saudáveis, restrições de alimentos que trazem malefícios à saúde, adequação da quantidade de alimentos consumidos diariamente, assim como o ajuste do intervalo de tempo entre cada refeição, conforme apontam os fragmentos de falas:

Alguma coisa da alimentação a gente tem que tirar porque se não faz mal ao organismo que já está mais fraco. Não pode alimentar igual como se fosse um novo. Sujeito 11.

Cada um tem um tipo de alimentação. Faz parte e contribuem para que o envelhecimento seja diferente em cada pessoa. Sujeito 12.

Alguém que for velho mesmo, com certeza, a doença ajuda acabar com a pessoa. Que se a pessoa tiver saúde, cuidar bem dos alimentos e alimentar nas horas certas, ela não ficará tão acabada. Sujeito 26.

A palavra “conviver”, cognema de dimensão comportamental, de caráter positivo, foi mencionada nos discursos dos sujeitos de duas formas: a primeira, de valoração positiva, associada às relações interpessoais, à relação intergeracional, ao respeito entre as pessoas e ao modo igualitário de tratar as pessoas, independentemente da idade, credo ou condição social.

A pessoa envelhecida é a pessoa que respeita a idade que ela tem. E sabe conversar com todos, seja mais novo ou mais velho. Sujeito 12.

O meu jeito de viver e meu regime é um só. O meu jeito de tratar as pessoas é tudo bem e não tem problema não. Sujeito 18.

A segunda forma de valoração atribuída pelos sujeitos possui caráter negativo, seu uso foi mencionado como uma forma de justificativa para a redução da convivência e dos contatos sociais das pessoas envelhecidas com o passar dos anos, como um interesse particular advindo da própria pessoa em querer ficar mais quieta e se misturar menos com as outras pessoas, ou ainda, como um mecanismo protetor associado ao medo da pessoa envelhecida de sair de casa ou conviver com pessoas que não pertencem ao seu núcleo de convívio social, conforme se pode perceber nos depoimentos abaixo:

Eu acho que a pessoa envelhecida é assim uma pessoa quieta. Mas tem alguns que são mais conversados. Sujeito 31.

A gente fica mais medrosa e tem mais medo para poder sair ou conviver com uma pessoa que você nunca viu. Sujeito 01.

O cognema “dependência/limitação”, elemento de dimensão imagética, de caráter negativo, foi utilizado associado às fragilidades e perdas funcionais ligadas ao processo de envelhecimento que podem surgir com o decorrer dos anos de vida, como: redução ou perda do funcionamento dos órgãos dos sentidos (visão, audição, olfato, paladar e tato), somadas às dificuldades para falar, locomover-se, alimentar-se. Limitações associadas à senescência e que trazem consigo um processo progressivo de dependência de familiares e ou cuidadores para auxílio em suas atividades e para o cuidado da pessoa idosa. O conteúdo dos fragmentos de discurso a seguir exemplifica isso.

Tem as limitações muito graves, porque, quando o sujeito fala, mas deixa de ouvir. Você não consegue manter-se de pé direito e, se você não vê o que acontece a sua volta, você não tem

força nos músculos. Fica dependendo das pessoas para te dar um banho, para se alimentar, então ela é realmente uma pessoa velha. Sujeito 30.

Ah! Eu acho que a pessoa envelhecida se entrega muito. Que se entrega mesmo e continua abatida. Sujeito 32.

Uma pessoa envelhecida é aquela que já não fala e não ouve bem. Sujeito 05.

O cognema “Deus”, palavra de dimensão comportamental, que possui caráter positivo, foi representado pelas pessoas com idade ≥ 65 anos para a “pessoa ser envelhecida” como fonte de apoio religioso e espiritual para o entendimento e aceitação da fase da vida em que se encontram e uma forma de agradecimento pelos anos vividos. Ao se compararem com demais pessoas envelhecidas do grupo social a que pertencem, sentem-se privilegiadas por estarem bem. Segue fragmentos de discursos que comprovam essa afirmação:

Eu tenho pena da pessoa envelhecida. Eu não reparo, porque uma pessoa idosa é uma bênção de Deus por ter chegado a esta idade. Porque tem muitos que nem chegam. Sujeito 16.

Graças a Deus, todo mundo se dá bem comigo. A família também não discute comigo em hora nenhuma. Eu acho que a primeira coisa que eu tenho é que pôr Deus em tudo na frente. [...] Eu acho assim: se a pessoa velha, é uma pessoa positiva e que acredita nela. Eu não acho que ela se sente velha. Eu acredito muito em Deus. Sujeito 40.

Eu vejo muitas pessoas envelhecidas na televisão e penso assim: “meu Deus, eu poderia estar assim!” Sujeito 13.

A palavra “enfrentar”, cognema de dimensão comportamental, possui caráter positivo, uma vez que as pessoas envelhecidas, na concepção dos sujeitos investigados, devem tentar manter-se ativas, fazendo as atividades que ainda são capazes de realizar, manter o pensamento positivo, não se vendo como pessoas velhas e incapazes. Devem manter uma atitude de enfrentamento das limitações, evitando a dependência e a inatividade, conforme apresentado nas falas:

É diferente a pessoa ser envelhecida. A gente tem que pensar positivo e ter esperanças de melhorar. Sujeito 16.

A idade machuca um pouco a gente. Mas a gente não pode é parar. Quando não tem uma atividade, você tem fazer outra coisa diferente. Sujeito 28.

Uma pessoa envelhecida é aquela que aceita ser velha. Se ela aceitar que é velha, vai ficar mesmo. Sujeito 18.

Eu acho que as pessoas que se consideram velhas, são as pessoas que se encostam, param, não querem fazer mais nada. Elas acham que são velhas. Não podem sair sozinhas. Não podem fazer nada em casa, porque já são velhos. Sujeito 28.

“Família”, cognema de dimensão comportamental, que possui caráter positivo, foi representado pelos sujeitos investigados como a principal fonte de apoio necessária a qualquer pessoa nesta fase da vida, enquanto pessoas envelhecidas. Estas querem estar perto da família, em especial dos filhos, e a ausência de algum deles ocasiona o sentimento de falta, abandono,

desprezo, carência, tristeza e dependência por parte da pessoa envelhecida em relação à família, conforme mostram os conteúdos a seguir:

Os outros filhos, todos trabalham, moram fora ou moram aqui mesmo. Mas não têm aquela influência com a gente [...] A gente aqui é muito repreendido pela família. A gente está pra lá e eles pra cá. A realidade deles não compensa pra gente! Sujeito 02.

Quando a pessoa é abandonada. Assim que não tem relação com a família. Ela não recebe o mínimo de atenção ou as outras pessoas fazem pouco caso. Sujeito 40.

Quando eu vou sair agora, eu já não saio sozinha mais. Eu tenho esse problema sério. Então! Aonde eu vou, a minha filha vai comigo. Até ao médico, ela me leva. Fico na dependência dos filhos. Sujeito 47.

A expressão “precisa de cuidador”, cognema de dimensão imagética, possui caráter positivo e foi mencionada na abordagem processual das representações para a pessoa ser envelhecida como um fenômeno de dependência diária, para auxílio na realização de suas funções, prestação de cuidados como: alimentação, higiene corporal, locomoção, medicalização, companhia, e segurança, o que pode ser evidenciado no conteúdo dos discursos a seguir:

Pessoa envelhecida é quando ele vê que está encostado em tudo. Não pode andar bem. Não pode manter-se sozinho. Ai ele já não está aguentando mesmo. Sujeito 20.

Considero uma pessoa envelhecida, uma pessoa que não fala. Está prostrada em cima de uma cama, dependente a tudo. Ai depende de uma pessoa para cuidar e alimentar. Sujeito 05.

Tem muitas coisas que não dá para a gente fazer mais. Tudo que vai fazer assim tem que estar com uma pessoa. Sujeito 43.

O cognema “receber ajuda”, expressão de dimensão imagética, possui caráter positivo e foi atribuído ao fenômeno da dependência das pessoas mais velhas das outras pessoas, especialmente dos filhos e/ou familiar, para a realização de atividades que exigem um esforço físico e/ou cognitivo, podendo assim influir na convivência com a família e contexto social, conforme apontam as falas a seguir:

Tenho um filho e uma neta que moram comigo. Eles fazem uma faxina pra mim de vez em quando, mas sou eu quem cuido da minha casa e faço tudo [...] Tem pessoas que passam muito trabalho e precisam de ajuda. Elas têm que sair sozinhas, subir e descer escadas, fazer compras e já estão bem idosas e sem aguentar. Conheço gente assim e é muito difícil. Sujeito 23.

Convivo muito bem com a família. Todos convivem comigo e todos me ajudam. Sujeito 13.

Eu acho que a pessoa que está velha mesmo é quando ela já não faz mais nada. Ela depende de tudo para alguém fazer para ela. Sujeito 27.

Na segunda periferia do quadro de quatro casas, QID, houve predomínio de cognemas de caráter funcional: “frágil”, “preconceito/discriminação”, “proporcionar ajuda” e “queda” e, como cognema de caráter normativo, “afeto”.

No QID, foi possível identificar entre os cognemas elementos de valor positivo: “afeto” e “proporcionar ajuda”; não foram identificados elementos de valor neutro; e como elementos de valor negativo: “frágil”, “preconceito/discriminação”, “proporcionar ajuda” e “queda”.

A palavra “afeto” surgiu como o primeiro cognema que compôs a segunda periferia, expressão de dimensão valorativa de caráter positivo, e foi utilizada pelas pessoas com idade ≥ 65 anos para a “pessoa ser envelhecida”, atribuída à necessidade e desejo de receber amor das pessoas que estão a sua volta, do quanto estas pessoas se sentem solitárias e que, quando viúvas, divorciadas ou solteiras, isso se agrava ainda mais. Aumenta a solidão e o isolamento com o passar dos anos. Outra dimensão abordada foi o apego das pessoas aos filhos, de modo que fica subentendido que, quanto mais velhas, mais próximas e dependentes dos filhos as pessoas ficam. A seguir, são apresentadas falas que reafirmam este conteúdo:

Depende do sentido em que a pessoa vive. Por exemplo: se for o idoso que toma banho sozinho, que tem uma mente boa, que não é doente? Se ele fizer o principal, não muda em nada. Além de receber amor. Sujeito 12.

Considero e me sinto idosa, porque eu sou sozinha e sou ausente de companheiro. Sujeito 13.

Eu sinto bem, porque eu estou com meus filhos. Eu não queria nem morrer, porque eu adoro meus filhos. Sujeito 04.

O cognema “frágil”, elemento de dimensão valorativa de caráter negativo, associou-se à percepção de fraqueza muscular, dores frequentes, fragilidade, redução da resistência e imunidade e perda da capacidade para fazer as coisas que, até então, eram realizadas com frequência e sem nenhum transtorno, comparativamente a anos anteriores, conforme apontam os fragmentos de falas a seguir:

Pessoa envelhecida é quando a pessoa sentiu que já tem o corpo fraco e senti mais dores. Sujeito 11.

Uma pessoa pode ser considerada envelhecida quando perde a resistência do corpo. Sujeito 17.

Eu acho que a pessoa fica mais fraca e frágil. Às vezes, não consegui fazer as coisas. Sujeito 38.

Pessoa envelhecida é uma pessoa assim muito debilitada. A pessoa com 50 anos já não tem mais aquela... com fortalecimento igual a uma pessoa de 15 a 30 anos tem. Sujeito 48.

O cognema “preconceito/discriminação”, é um elemento de dimensão imagética de caráter negativo, uma vez que esta imagem está ancorada na percepção das pessoas com idade ≥ 65 anos relacionada à necessidade de um melhor tratamento por parte das pessoas mais novas, nas relações interpessoais baseadas no respeito, paciência, aceitação, igualdade e carinho, conforme mostram os seguintes fragmentos de discursos:

Pessoa envelhecida é a pessoa que respeita os direitos dos outros. As pessoas têm que ter mais respeito para com os mais velhos. Sujeito 12.

Eu acho que uma pessoa velha deve ser tratada melhor. É como se fosse uma criança que fosse crescendo. Porque vai ficando sem forças. Vai ficando no esquecimento. Tem que ter paciência, mas há pessoas que não respeitam os mais velhos e nem cuidam deles. Sujeito 15.

A gente tem que aceitar as coisas como elas são. Eu sinto pena das pessoas envelhecidas, conforme muitos sentem da gente. Sujeito 17.

A expressão “proporcionar ajuda” , elemento de dimensão comportamental de caráter positivo, caracterizou-se como oportunidades para a pessoa envelhecida, como a de poder ensinar as pessoas mais novas ou que não possuem experiência na sociedade e/ou mercado de trabalho, poder identificar formas de estar ajudando os outros e se sentirem úteis à sociedade e até mais jovens, conforme evidenciado nas falas a seguir:

Tem lugares na sociedade que dão oportunidades às pessoas velhas. Lugares que eles ficam ali ensinando e ajudando aqueles que estão sem experiência. Sujeito 12.

Eu me sinto uma pessoa animada. Qualquer coisinha que tem: alguém precisa de uma ajuda eu estou ajudando. Eu nunca me considero velho não. Eu até me considero jovem. Sujeito 41.

O cognema “proporcionar ajuda” foi utilizado ainda pelos sujeitos da investigação no sentido de possuírem o interesse em poder ajudar as outras pessoas, fazer alguma coisa que os façam sentirem-se úteis, mas se percebem como incapazes de fazer devido aos problemas de saúde existentes, conforme aponta o fragmento de discurso a seguir:

Eu também queria ter forças para ajudar também, só que eu não consigo. Tenho problemas de coração grande, artrose e joelho quebrado e com isso não aguento ajudar as pessoas. Sujeito 13.

A palavra “queda”, cognema de dimensão imagética de caráter negativo, foi associada pelas pessoas com idade ≥ 65 anos ao medo, ao risco de quedas, ao receio de sair sozinhas de casa, às dificuldades na locomoção e para fazer as atividades de vida diária e, por conseguinte, o risco de quedas.

Para sair para passear para qualquer lugar não pode, porque tem medo de cair. Sair de carro, pegar ônibus ou qualquer coisa é difícil, porque a gente tem a cabeça meio esquecida. Sujeito 31.

Se a pessoa puder andar pra todo lado, ela ainda pode fazer alguma coisa, mas, depois de não poder, ela tem que ficar quieta. O que é que vai fazer? Sujeito 23.

Eu acho que a pessoa envelhecida já não aguenta andar. Eu, principalmente, se for para eu sair daqui ali, já não dá, pois não aguento andar. Sujeito 24.

Após análise e compreensão das representações sociais para a “pessoa ser idosa” e a “pessoa ser envelhecida” , segundo as abordagens estrutural e processual, teceu-se a seguir uma

discussão e reflexão a respeito das políticas internacionais do processo de envelhecimento, à luz dos determinantes e pilares do envelhecimento ativo e bem-sucedido.

6.4 POLÍTICAS (INTER)NACIONAIS DO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO, SEUS DETERMINANTES E PILARES: INFERÊNCIAS IMPLÍCITAS EXTRAÍDAS DOS DISCURSOS DOS SUJEITOS

A Política de Envelhecimento Ativo busca proporcionar à pessoa idosa a percepção de seu potencial para o bem-estar físico, mental e biopsicossocial e pode estimular a participação social de acordo com suas potencialidades e limitações mediante o suprimento das demandas de participação, saúde e segurança (pilares do envelhecimento ativo)⁶.

Para isso, foram estabelecidos oito fatores “determinantes do processo de envelhecimento ativo”, os quais envolvem as pessoas em fase de envelhecimento, seus familiares, a sociedade e os países em que estas residem⁶.

Há seis determinantes do envelhecimento ativo estabelecidos pela política e se referem a: 1) serviços sociais e de saúde; 2) determinantes comportamentais; 3) determinantes pessoais; 4) ambiente físico; 5) determinantes sociais e 6) determinantes econômicos (**Figura 11**).

Figura 11: Dendograma com esquema de forças de correlação entre os fatores determinantes do processo de envelhecimento na concepção de 89 sujeitos. Juiz de Fora, Jan/2015.

Nós em cluster por similaridade de codificação



Nota: Conteúdo extraído do programa Nvivo versão 10.

Para alicerçar as reflexões e discussões a respeito destes determinantes, buscou-se uma representação gráfica do tipo dendograma, a partir do programa NVIVO sobre como os fatores determinantes do processo do envelhecimento se articularam com base nos fragmentos de discurso dos sujeitos investigados. Na correlação de Jaccard, foi possível identificar que os determinantes econômicos, comportamentais e pessoais, na percepção dos sujeitos, podem ser capazes de

influenciar os demais determinantes a ponto de permitir uma interação entre eles de uma forma gradual e processual (**Figura 11**).

Para melhor compreensão do dendograma apresentado, os fatores determinantes do envelhecimento ativo foram discutidos a seguir, com análise conceitual dos mesmos e embasamento em fragmentos de discursos apresentados pelos sujeitos investigados a respeito do processo de envelhecimento.

Os fatores determinantes relacionados aos sistemas de saúde e serviço social mencionados pelos sujeitos investigados foram apresentados no **Quadro 5**, conforme os eixos: promoção da saúde, prevenção de doenças, serviços curativos (cuidados primários) e assistência em longo prazo.

Quadro 5: Esquema para apresentação dos determinantes “serviços sociais e de saúde” identificados por pessoas com idade ≥65 anos, conforme os fragmentos de discursos dos sujeitos. Juiz de Fora, Jan/2015.

Eixos	Fragmentos de discursos dos sujeitos
Promoção da saúde	<i>Hoje eu faço acompanhamento no posto a cada três meses, para poder fazer o controle pressão alta e diabetes. Lá eles explicam a gente sob o que não pode comer, que tem que fazer caminhada e como tomar os remédios todos os dias. Sujeito 81.</i>
	<i>Nós tivemos um lugar aqui na cidade muito bom, tinha umas 20 mulheres idosas, tinha carro, levavam a gente pra passear, conhecer lugares que a gente não sabia, faziam festa no Natal. Era realizado no colégio com três professoras. Faziam ginásticas, conversavam com a gente. Era muito bom! Levavam a gente em vários lugares! Tinha motorista e ele falava: “hoje vou levar as meninas pra passear. Vou sair com as meninas hoje” (risos). Eu achava muito bom. Todas as sextas, eu estava lá. Conversávamos e combinávamos os passeios da semana seguinte. Sujeito 33.</i>
Prevenção de doenças	<i>As influências sobre o envelhecimento são principalmente o cigarro e a bebida. Eu nunca gostei de fumar e nem um pouco de bebida... Eu acho que a que pessoa fuma não é fumante sozinho. O fumante não está fumando sozinho porque a pessoa que está por perto também está sendo prejudicada. Sujeito 66.</i>
	<i>Coração? Acho que não tenho mais nada. Eu tinha problema de coração, mas fiz exames para descobrir e fui operada. Agora! Até a pressão está muito boa. Sujeito 23.</i>
	<i>O profissional de saúde cuidar da pessoa idosa deve ter cuidado com os medicamentos, tem que saber examinar e tratar com cuidado e receitar corretamente os medicamentos e exames, para que os idosos melhorem. Sujeito 77.</i>
Serviços curativos (cuidados primários)	<i>Eu sempre vou ali ao posto, lá eu consulto e eles me pedem exames. Sujeito 51.</i>
	<i>No posto de saúde, tem o prazo de 90 dias para fazer o controle de pressão. Eu acho que deveria ser feito de mês em mês. Ai a gente ficaria mais tranquilo. Sujeito 12.</i>
	<i>(Avaliação dos serviços de saúde) Até hoje nunca ninguém me destratou. Mas, há poucos dias, eu tive lá no posto para fazer um curativo e nem pomada tinha, somente uma faixa e uma gaze. Não tinha nem curativo. Se eles te dão uma receita: são de oito a nove tipos de remédios diferentes. Eu só ganhei três deles e tive que comprar os outros cinco. Sujeito 20.</i>
Assistência a longo prazo	<i>Eu vejo as pessoas que falam sobre os familiares e cuidadores de idosos e eu acho muito bom. Porque cuidam é de quem precisa. Sujeito 17.</i>
	<i>Eu sempre fui muito bem tratado por enfermeiros, médicos. Todos me trataram com muito carinho. A gente cura até sem perceber. Sujeito 70.</i>
	<i>O enfermeiro que vai tratar de um idoso bem. Quando este idoso melhora, o enfermeiro se sente muito melhor também. Você deixa aquela boa ação. Tenho muita boa convivência nos hospitais, mas tem idoso que é meio ranzinza. Sujeito 40.</i>

As políticas (inter)nacionais do processo de envelhecimento fundamentam a necessidade de que se promova o envelhecimento ativo, para isso, os sistemas de saúde necessitam estar

adequados às necessidades das pessoas na perspectiva do curso de vida, visando à promoção da saúde, à prevenção de doenças e ao acesso equitativo e igualitário aos cuidados primários (serviços curativos) e de longo prazo com qualidade⁶.

Os serviços sociais e de saúde precisam estar integrados, coordenados e eficazes em termos de custos e acessibilidade para as pessoas em processo de envelhecimento e não pode haver preconceito ou discriminação de idade na provisão dos serviços assistenciais, e os provedores destes devem tratar todas as pessoas com dignidade e respeito independentemente da idade⁶.

A promoção da saúde, processo capaz de permitir às pessoas obterem certo controle e/ou melhoramento de suas condições de saúde, foi mencionada nos discursos dos sujeitos interligada às orientações (ações educativas) recebidas nas unidades de saúde. Outro momento em que ela foi identificada foi durante o controle de saúde trimestral realizado pelos sujeitos na Unidade de Saúde. Foi relatado que, nestas ocasiões, houve a oportunidade de os sujeitos participarem de ações sociais com o objetivo de proporcionar a interação e convivência com contemporâneos e estímulo para adoção de hábitos de vida saudáveis (**Quadro 5**).

A prevenção de doenças, segundo a política de envelhecimento ativo, abrange a prevenção e o tratamento de doenças próprias do processo de envelhecimento (doenças crônico-degenerativas, não transmissíveis e/ou lesões)⁶.

A prevenção pode ser “primária”, como mencionado pelo sujeito 66 (abstenção do tabagismo e etilismo); “secundária”, evidenciada no fragmento de discurso do sujeito 23 (triagem/busca ativa para detecção e intervenção precoce sob as doenças crônicas); ou “terciária”, conforme fragmento de discurso apresentado pelo sujeito 77 (recebimento de tratamento clínico adequado).

Os serviços curativos foram mencionados pelos sujeitos de forma a retratarem o uso e avaliação da atenção primária à saúde relacionada à dependência destes para a realização de exames e consultas e à demanda pelo controle/tratamento das doenças crônicas e procura por medicamentos.

À medida que as pessoas envelhecem, aumentam-se as demandas por medicamentos que retardem/ aliviem/tratem a dor, as doenças crônicas e proporcionem uma vida com qualidade. Esta situação exige um esforço renovado em garantir o acesso a medicamentos essenciais e seguros adequados a suas necessidades⁶.

A assistência em longo prazo foi mencionada pelos sujeitos investigados relacionada aos cuidados recebidos pela família, amigos e/ou vizinhos (cuidadores informais), conforme fragmento de discurso 17 e aos cuidados profissionais recebidos nos serviços sociais e de saúde (cuidadores

formais), sujeitos 40 e 70, às pessoas envelhecidas, mantendo-se os princípios da independência, autonomia, participação, satisfação pessoal e dignidade humana⁶.

Os fatores comportamentais determinantes do envelhecimento ativo, mencionados pelos sujeitos investigados foram apresentados no **Quadro 6**, conforme os eixos: atividade física, alimentação saudável, abstinência do fumo e álcool e uso correto dos medicamentos.

Estes fatores estão relacionados à adoção de estilos de vida saudáveis e à participação ativa no cuidado da própria saúde durante todos os estágios da vida. O envolvimento em atividades físicas adequadas, alimentação saudável, a abstinência do fumo e do álcool e o uso correto de medicamentos são fatores capazes de influir sob a prevenção de doenças e o declínio funcional, aumentar a longevidade e promover uma vida com qualidade às pessoas em processo de envelhecimento⁶.

Quadro 6: Esquema para apresentação dos determinantes “comportamentais” identificados por pessoas com idade ≥65 anos, conforme os fragmentos de discursos dos sujeitos. Juiz de Fora, Jan/2015.

Eixos	Fragmentos de discursos dos sujeitos
Atividade física	<i>A pessoa envelhecida tem que querer procurar fazer uma ginástica, uma caminhada e qualquer atividade para não ficar só pensando que está velha. Sujeito 74.</i>
	<i>Muitas pessoas de 70, 80 e até de 90 anos estão vivendo a vida. Fazendo exercícios e levando a vida para frente. Trabalhando, às vezes, até como voluntários, o que é muito importante, isso que ajuda você a viver e não se sentir inválido. Sujeito 39.</i>
Alimentação saudável	<i>A pessoa envelhecida tem que reduzir a alimentação, porque, se alimentar demais, pode fazer mal. Mas alguma coisa da alimentação a gente tem que tirar mesmo porque se não faz mal ao organismo que já está mais fraco. Sujeito 11.</i>
	<i>Cada um tem um tipo de alimentação. O que contribui para o envelhecimento seja diferente para cada pessoa. Sujeito 12.</i>
	<i>Quando a pessoa tem o modo certo de comer e beber e não trabalhar em serviços pesados ela envelhece bem? Sujeito 85.</i>
Abstinência do fumo e álcool	<i>A pessoa que bebe bastante ela aparenta ter mais idade do que realmente tem. Sujeito 61.</i>
	<i>O envelhecimento depende de muita coisa. O cara que, por exemplo, usa bebida alcoólica envelhece de um ano para o outro. O que usa drogas pior ainda. A velhice é uma coisa que deveria ser analisado de forma diferente para cada pessoa. Sujeito 14.</i>
	<i>Porque eu nunca bebi ou fumei. Estas pessoas que estão até mais novas que eu, mas estão envelhecidas e por que usaram muitas drogas, cigarro ou bebida alcoólica, eu conheço muitas pessoas assim. Sujeito 55.</i>
Uso correto de medicamentos	<i>A pessoa idosa deve cuidar mais dos medicamentos e tomar tudo direitinho e na hora certa. Sujeito 89.</i>
	<i>Eu espero mais de anos para me consultar, quando eu me sinto mal, eu procuro tomar remédios, fazer chá, e quando eu vou ao médico, é porque eu estou morrendo. Sujeito 39.</i>
	<i>Eu estou precisando de ajuda. Eu preciso operar, preciso de remédios, preciso cuidar da minha saúde, mas eu não tenho dinheiro para nada. Sujeito 43.</i>

O envolvimento da pessoa envelhecida em atividades físicas foi mencionado pelos sujeitos de forma atribuída à adoção de comportamentos e inserção em ginásticas, caminhadas, trabalho e atividades relacionadas ao voluntariado (**Quadro 6**).

A participação em atividades físicas regulares e moderadas pode retardar os declínios funcionais e o surgimento de doenças crônico-degenerativas e reduzir a gravidade das deficiências

associadas. A inserção em atividades pode, ainda, melhorar a saúde mental e otimizar os contatos sociais da pessoa idosa e promover a independência e autonomia, além de reduzir o risco de quedas⁶.

A alimentação saudável foi citada em relação à reeducação alimentar, com adequação da quantidade e qualidade dos alimentos ingeridos, assim como o intervalo de tempo entre cada refeição (**Quadro 6**).

Os problemas relacionados à alimentação em todas as faixas etárias incluem: a desnutrição e o consumo excessivo de calorias. Nas pessoas idosas, a desnutrição pode ser causada pelas dificuldades de acesso aos alimentos, socioeconômicas, de informação e de conhecimentos sobre nutrição⁶.

Estes problemas podem estar relacionados ainda às escolhas por alimentos impróprios, ao surgimento de enfermidades e uso de medicamentos, à perda de dentes, ao isolamento social, as deficiências (cognitivas ou físicas) capazes de inibir a capacidade de comprar ou o preparo dos alimentos. Já o consumo excessivo de calorias pode ser considerado um fator de risco para o surgimento da obesidade, de doenças crônicas e deficiências durante o processo de envelhecimento⁶.

A abstinência relacionada ao tabagismo e etilismo foi mencionada pelos sujeitos como fator determinante do processo de envelhecimento, ao afirmarem que as pessoas que bebem, fumam ou usam algum tipo de droga envelhecem mais rápido e aparentam ter mais idade do que realmente possuem.

Os comportamentos associados ao hábito de fumar aumentam o risco de as pessoas desenvolverem doenças como, por exemplo, o câncer de pulmão, e podem ainda contribuir para o surgimento de perdas da capacidade funcional como, por exemplo, diminuição da densidade óssea, da força muscular e da função respiratória⁶.

Os efeitos do tabagismo são cumulativos e de longa duração e podem levar ao desenvolvimento de inúmeras doenças, risco este que aumenta de acordo com a duração e o número de exposições de cada pessoa. Cabe mencionar que o consumo de cigarros pode ainda interferir sob o efeito das medicações de uso contínuo¹²⁷.

As mudanças no metabolismo que acompanham o processo de envelhecimento aumentam a suscetibilidade das pessoas a doenças relacionadas ao alcoolismo (desnutrição e doenças do pâncreas, estômago e fígado). Aumentam ainda o risco de lesões e quedas associadas ao consumo de álcool e riscos potenciais relacionados ao uso concomitante de álcool e medicamentos^{6; 7}.

O uso correto de medicamentos foi mencionado pelos sujeitos investigados quanto à atenção com os horários, à dosagem e ao número de medicamentos de uso contínuo, de forma a se compreender a importância dos mesmos e busca contínua pelos serviços de saúde (**Quadro 6**).

A prevalência de doenças crônico-degenerativas, à medida que as pessoas envelhecem, configura-se na utilização de medicamentos em demasia, o que pode ser justificado pela automedicalização (adquiridos sem receita médica) e pelo excesso de prescrições médicas realizadas para as pessoas idosas, em especial as mulheres, pela busca constante aos serviços de saúde⁶.

O surgimento de problemas de saúde induzidos por diagnósticos/tratamentos e/ou causados pelo uso excessivo de medicamentos comuns às pessoas envelhecidas, devido à interação medicamentosa, dosagens inadequadas e às reações medicamentosas imprevisíveis (mecanismos desconhecidos) está associado à ocorrência de iatrogenias com o decorrer dos anos⁶.

Os fatores determinantes relacionados aos aspectos pessoais do envelhecimento ativo, mencionados pelos sujeitos investigados, foram apresentados no **Quadro 7**, conforme os eixos: biologia e genética e fatores psicológicos.

Quadro 7: Esquema para apresentação dos determinantes “pessoais” identificados por pessoas com idade ≥65 anos, conforme os fragmentos de discursos dos sujeitos. Juiz de Fora, Jan/2015.

Eixos	Fragmentos de discursos dos sujeitos
Biologia e genética	<i>Igual ao cabelo branco. Fulano está com os cabelos brancos já está velho? Não está. Eu com 9 anos já tinha. Conheço gente com mais de 90 anos e que quase não tem. Então! Isso varia de acordo com a natureza de cada pessoa. Sujeito 12.</i>
	<i>Eu tenho a minha mãe que está com 93 anos e até esteve morando comigo. Só agora que ela está mais dependente, pois teve Alzheimer e mudou um pouco no modo de cuidar dela. 14</i>
	<i>Eu vi uma senhora lá no posto e fiquei até com pena dela. Nunca vi tanta correia. Aqueles braços todos encorreados. O rosto dela e tudo mais. Eu não estou tão velha assim. 21</i>
Fatores psicológicos	<i>A gente que já é velha é difícil pra guardar as coisas na cabeça. Sujeito 01.</i>
	<i>Eu acho que uma pessoa velha é quando ela não serve pra nada. Não faz as coisas de casa. A memória não está certa. Não sabe chegar à beira de um fogão pra fazer uma comida. Arrumar uma casa. Isto que é a velhice. Sujeito 22.</i>
	<i>O saber e a experiência de vida da pessoa idosa para mim é muito grande e tem muito valor. Ele deve tentar passar isso aos familiares e para os mais novos; porque, se um idoso falar com um mais novo e ele obedecer e escutar as coisas que ele diz. Isso só poderá ajudar o novo. Sujeito 48.</i>

O envelhecer caracteriza-se por um conjunto de processos geneticamente determinados, definido como uma deterioração funcional progressiva e generalizada, que resulta na redução ou perda das respostas adaptativas a situações de estresse e predisposição ao desenvolvimento de doenças associadas ao processo de envelhecimento⁶.

Sendo assim, a biologia e a genética podem ser consideradas fatores influentes sob o processo de envelhecimento humano. O que pode ser constatado no conteúdo dos discursos dos sujeitos 12, 14 e 21 (**Quadro 7**), relacionados à caracterização física e visual do processo de

agrisalhamento que ocorre de forma distinta entre as pessoas, independentemente da idade e associado à longevidade familiar.

Cabe mencionar que as principais razões da prevalência de comorbidades entre as pessoas idosas, quando comparadas aos jovens, podem justificar a longevidade. Ou seja, à medida que as pessoas envelheceram, foram sendo expostas por períodos de tempo maiores a fatores externos, comportamentais e ambientais, capazes de aumentar sua predisposição ao surgimento de doenças⁶.

Os genes podem estar envolvidos na etiologia de doenças; entretanto estudos apontam que a causa da maioria delas é associada, geralmente, à exposição ambiental e externa do que genética e interna. Outra evidência relaciona-se à longevidade como tendência a ocorrer dentro das mesmas famílias, porém, de um modo geral, foi consensualizado que o *continuum* saúde/doença é resultado da combinação genética, ambiental, do estilo de vida, hábitos alimentares e, em grande parte, da sorte⁶.

Os fatores psicológicos dos determinantes pessoais incluem a inteligência e capacidade cognitiva, os quais são considerados pela comunidade científica condições favoráveis ao envelhecimento ativo e à longevidade⁶.

Com o processo de envelhecimento, algumas capacidades cognitivas como a rapidez de aprendizagem e a memória podem diminuir de forma natural. Cabe mencionar que, em oposição a essas perdas, os ganhos em sabedoria, conhecimento e experiência de vida podem ser considerados compensatórios às perdas cognitivas⁶.

Os determinantes pessoais relacionados aos fatores psicológicos foram mencionados pelos sujeitos 01 e 22, conforme consta no **Quadro 7**, relacionados à redução das capacidades cognitivas, e pelo sujeito 48 atribuídos à importância do saber e da experiência de vida das pessoas idosas.

O declínio no funcionamento cognitivo pode ser provocado pelo desuso, por doenças, fatores comportamentais (tabagismo, etilismo e/ou consumo de medicamentos), fatores psicológicos, por exemplo: falta de motivação, confiança e baixas expectativas e fatores sociais (solidão e o isolamento), do que o próprio processo de envelhecimento de fato⁶.

Os fatores determinantes relacionados ao ambiente físico adequado à idade das pessoas podem representar a diferença entre a independência e a dependência de cada pessoa, especialmente para aquelas em processo de envelhecimento.

As pessoas idosas que moram em ambientes ou áreas de risco com múltiplas barreiras físicas estão mais propensas ao isolamento social, à depressão, ao despreparo físico e

aos problemas de mobilidade, devido ao fato de elas ficarem restringidas em sua maioria ao ambiente domiciliar. Cabe mencionar que os riscos presentes no ambiente físico podem causar lesões incapacitantes e dolorosas às pessoas idosas, decorrentes, em sua maioria, de quedas, incêndios e acidentes automobilísticos⁶.

Os fatores determinantes relacionados ao ambiente físico, no processo de envelhecimento ativo, mencionados pelos sujeitos investigados foram apresentados no **Quadro 8**, conforme os eixos: moradia e vizinhança segura; risco de quedas e água limpa, ar puro e alimentos seguros.

No **Quadro 8**, pode ser observada a importância da proximidade e boa convivência com os familiares sob o processo de envelhecimento e a satisfação com a vida (sujeito 23) e os riscos relacionados à seguridade como: violências, assaltos e atropelamentos (sujeito 66).

Quadro 8: Esquema para apresentação dos fatores determinantes relacionados ao “ambiente físico” identificados por pessoas com idade ≥65 anos, conforme os fragmentos de discursos dos sujeitos. Juiz de Fora, Jan/2015.

Eixos	Fragmentos de discursos dos sujeitos
Moradia e vizinhança segura	<i>A única coisa que me faz sentir importante são os meus filhos. Graças a Deus! Meus filhos são muito bons pra mim. Meus netos estão aqui em casa sempre. Então eu me sinto feliz por isso: todos os dias os filhos juntos com a gente. Quase todos os dias, os filhos juntam tudo aqui em casa e tomam café, comem o que tiver. [...] A gente viver nos dias de hoje. Tem muitos filhos abandonando o idoso. Eu acho isso muito triste, mas não é o meu caso. Meu filho que mora comigo é difícil sair à noite, porque ele trabalha de dia e não gosta de me deixar sozinha à noite. Sujeito 23.</i>
	<i>Todo vez que o idoso sair de casa, tem que ter cuidado, porque é perigoso. Tem violência, assaltos, e pode ser atropelada ao atravessar à rua. Sujeito 66.</i>
Risco de quedas	<i>Tem pessoas que passam muito trabalho. Tem que sair sozinha. Subir e descer escadas. Fazer compras e tal. E já são bem idosos, sem aguentar direito. É um risco! Conheço gente assim. É muito difícil! Sujeito 23.</i>
	<i>As dificuldades da pessoa envelhecida são na hora de atravessar a rua. Vai atravessar e pode desequilibrar. Vai um carro pra lá, outro pra cá, a pessoa fica assim... Eu tenho muita dificuldade para poder atravessar. Tenho que ficar pondo sentido na hora de atravessar para o outro lado da rua. Às vezes, eu estou passando e vem um carro perto de mim e eu dou uma corrida. Sujeito 31.</i>
	<i>Às vezes, ele quer sair de casa, mas ele já está mais idoso e tem uma escada pra subir. Igual eu tenho aqui. Enquanto eu puder subir ela, eu fico feliz. Agora o dia em que eu olhar para cima e não conseguir subir ou cair. Aí eu vou me sentir uma pessoa idosa. Sujeito 74.</i>

As condições de moradia e vizinhança seguras e apropriadas são essenciais ao bem estar das pessoas idosas. Para ele a localização, incluindo a proximidade dos familiares, ambiente de trabalho, comércios, igrejas, serviços sociais e de saúde e meios de transporte podem dimensionar uma interação social positiva e/ou o isolamento⁶.

O risco para quedas foi mencionado pelos sujeitos 23, 31 e 74 relacionados à percepção de situações de vida cotidiana das pessoas como atravessar a rua, subir escadas e terem que sair de suas casas sozinhas (**Quadro 8**).

Cabe ressaltar que os padrões de construção, em especial os ambientes domiciliares ao serem construídos levem em conta as necessidades de saúde e segurança das pessoas idosas, como por exemplo, obstáculos nas residências que podem aumentar o risco de quedas precisam

ser corrigidos ou removidos. Estes incluem: pouca iluminação, pisos irregulares ou escorregadios, a falta de corrimão para apoio, escadas e a presença de tapetes⁶.

Entre os determinantes relacionados ao ambiente físico, a política de envelhecimento ativo estabelece ainda como fatores a “água limpa, o ar puro e acesso à alimentação segura” que são considerados importantes para a população, em especial àqueles com perfil de vulnerabilidade, ou seja, crianças, pessoas idosas e aquelas com doença crônicas e/ou sistema imunológico comprometido⁶. Cabe ressaltar que não houve menção no discurso dos sujeitos dos fatores determinantes associados a “água limpa, ar puro e acesso à alimentação segura”.

O apoio social, as oportunidades de educação e a aprendizagem permanente, a paz e a proteção contra a violência e maus-tratos são considerados fatores determinantes essenciais relacionados ao ambiente social, capazes de estimular os pilares de saúde, da participação e da segurança, à medida que as pessoas envelhecem⁶. Os riscos de as pessoas idosas adquirirem algum tipo de deficiência e uma menor expectativa de vida aumentam quando expostas à solidão, ao isolamento social, ao analfabetismo e às poucas oportunidades de aprendizagem, aos maus-tratos e à exposição a situações de conflito⁶. Os fatores determinantes relacionados ao ambiente social, no processo de envelhecimento ativo, mencionados pelos sujeitos investigados foram apresentados no **Quadro 9**.

Quadro 9: Esquema para apresentação dos fatores determinantes relacionados ao “ambiente social” identificados por pessoas com idade ≥65 anos, conforme os fragmentos de discursos dos sujeitos. Juiz de Fora, Jan/2015.

Eixos	Fragmentos de discursos dos sujeitos
Apoio social	<i>Dependendo dos amigos que a gente tem, é praticamente um parente, um irmão. Eu tenho um assim: muito próximo, conheço há 20 anos, nossa amizade é assim: a gente se abraça, beijo no rosto e muito carinho. Sujeito 10.</i>
	<i>Convivo muito com as pessoas. Pessoas mais velhas, as mais novas que eu. Convivo bem com todo mundo. Sujeito 12.</i>
	<i>Convivo bastante com minhas colegas. A amizade delas é boa. Elas me dão uns conselhos bons. Às vezes falo com uma delas que estou aborrecida da vida. Ai ela fala para eu não ficar assim. Porque se não as coisas só pioram. Sujeito 13.</i>
Proteção contra violência e maus-tratos	<i>A pessoa tem que ter respeito. Porque o outro está envelhecido. Não pode maltratar ele nem nada. A pessoa envelhecida precisa é de carinho. Ela é como uma criança. Sujeito 41.</i>
	<i>Tem muitos novos que não respeitam o idoso. Os idosos são que nem uma criança. O idoso tem que respeitar uma criança. E a criança tem respeitar os idosos também. Tem que ter o respeito e não maltratar ele. Tendo respeito se tem tudo. Sujeito 50.</i>
	<i>Se a pessoa idosa tiver um filho que desobedece. Falta respeito com os pais... O idoso coitado! Já não esta aguentando nada. Se um de 18 anos disser: “eu te meto a mão na cara”, já sabe que vai bater porque o idoso não aguenta. Sujeito 70.</i>
Oportunidades de educação e aprendizagem permanente	<i>Estudei muito pouco, pois eu morava na roça. Então! O meu pai quando a gente tinha um pouco de idade ele já colocava para ajudar na roça. Ele dizia que trabalhar na roça era melhor do que estudar e ficar aprendendo coisas que não deve. Sujeito 13.</i>
	<i>Eu nunca cheguei a estudar. Eu não fui criada pelos meus pais. Eu com 1 ano e 8 meses já não tinha nem mãe e nem pai mais vivos. Sujeito 17.</i>
	<i>Eu muito mal sei escrever meu nome, porque, quando eu era pequena, meus pais não quiseram deixar eu estudar. [...] Depois que eu estou nesta casa aqui, teve uma aulazinha naquela rua debaixo. E eu frequentei por dois anos. Sujeito 62.</i>

As amizades, a convivência das pessoas idosas com seus contemporâneos e descendentes foram mencionadas pelos sujeitos como sendo fatores determinantes relacionados à necessidade de apoio social (**Quadro 9**). O apoio social em condições inadequadas às necessidades das pessoas idosas pode contribuir para o aumento da taxa de morbimortalidade; surgimento de problemas psicológicos; declínio das condições de saúde física e mental e/ou diminuição da sensação de bem-estar geral das pessoas⁶.

No **Quadro 9**, pode ser observado no conteúdo dos discursos dos sujeitos o respeito, o apelo para não sofrerem nenhum tipo de maus-tratos ou algum tipo de violência, física ou não, como fatores determinantes relacionados ao ambiente social no que tange ao eixo de proteção contra violência e maus-tratos às pessoas idosas.

O abuso ou maus-tratos à pessoa idosa é considerado “um ato único ou repetido, ou a falta de uma ação apropriada, que ocorre no âmbito de qualquer relacionamento onde haja uma expectativa de confiança, que cause algum tipo de dano ou angústia a uma pessoa mais velha”. Os maus-tratos contra as pessoas idosas incluem: o abuso físico, sexual, psicológico e financeiro e a negligência⁶.

Na visão das próprias pessoas idosas, o abuso relaciona-se aos seguintes fatores sociais: negligência (exclusão social e abandono), violação (direitos humanos, legais e médicos) e privação (escolhas, decisões, *status*, dinheiro e respeito). O abuso à pessoa idosa é considerado uma violação aos direitos humanos capaz de ocasionar lesões, doenças, perda de produtividade, isolamento social e o desespero⁶.

As oportunidades de educação e aprendizagem foram mencionadas pelos sujeitos relacionadas à baixa escolaridade e ao analfabetismo, justificados pelas condições de vida a que foram submetidas (**Quadro 10**).

A educação recebida nas fases da infância e juventude, combinada com as oportunidades de aprendizado permanentes, pode ajudar as pessoas a desenvolverem suas habilidades e a confiança necessária para se adaptarem e permanecerem independentes o quanto for possível⁶.

A política de envelhecimento ativo apresenta três aspectos considerados fatores determinantes relacionados ao ambiente econômico, são eles: a renda, o trabalho, e a proteção social.

Estes aspectos foram elucidados com fragmentos de discursos dos sujeitos e apresentados no **Quadro 10**.

A renda foi mencionada pelos sujeitos de forma a descrever a importância da aposentadoria, a necessidade de alguns em continuarem trabalhando e a satisfação em poderem contribuir financeiramente com seus familiares. A baixa renda pode influir nas condições de acesso da pessoa idosa a alimentos nutritivos, moradia adequada e cuidados de saúde, conforme evidenciado no discurso do sujeito 34 (**Quadro 10**).

O trabalho foi mencionado pelo sujeito 18, de forma a descrever as dificuldades de acesso ao mercado de trabalho devido à baixa escolaridade ou ausência de experiência na profissão.

Quadro 10: Esquema para apresentação dos fatores “econômicos” determinantes identificados por pessoas com idade ≥65 anos, conforme os fragmentos de discursos dos sujeitos. Juiz de Fora, Jan/2015.

Eixos	Fragmentos de discursos dos sujeitos
Renda	<i>O valor que eu tenho vem do governo. O salário mínimo que me pagam. A diferença e importância que eu tenho para os outros é só esta. Sujeito 08.</i>
	<i>A minha vida não está sendo fácil não, porque estou ganhando muito pouco. A casa está precisando ser arrumada. Aqui não chove nem dá enchente, mas entra uma água lá na sala, quando chove. Graças a Deus, tenho um pouco de arroz para comer. E tenho a liberdade e a minha vida graças a Deus. [...] Estou precisando de ajuda! Preciso operar. Preciso de remédios. Preciso cuidar da minha saúde. Mas não tenho dinheiro para nada. O que eu tenho é a conta de comer praticamente. Vivo com apenas 250 reais. Sujeito 34.</i>
	<i>Eu me aposentei e até hoje faço doce pra vender. Então! Eu dependo do doce. Viver só da aposentadoria não dá. [...] Se eu parar de trabalhar, vai ser uma modificação na vida e eu não aceito. Sou eu e minha esposa e tenho ainda meu filho. Tem hora que o meu filho tem um probleminha financeiro. Para ele é sempre “papai me ajuda”. Se eu não puder ajudar, eu fico doido. Ai eu passo até mal. Eu tenho que estar pronto para servir ele. Sujeito 44.</i>
Trabalho	<i>Dificuldades da pessoa idosa na sociedade, por exemplo: No caso de emprego, já é complicado. Com minha idade, já muda, pois eu posso até me colocar bem, porque eu tenho um grau a mais de estudo e tal. Se a pessoa tiver experiência na área, ela até consegue coisas boas. Sem esses dois, fica meio difícil. Sujeito 18.</i>
	<i>Eu fiz só o segundo grau completo e tenho um curso técnico de enfermagem. Eu trabalhei um pouco até me aposentar. Então nasceram os netinhos e as filhas os deixaram para eu cuidar. Eu acabei abandonando o emprego. Sujeito 82.</i>
Proteção social	<i>As condições de vida boa é a pessoa ter mais oportunidades para estudar e trabalhar em serviços mais leves; por que não vai poder sacrificar ele muito mais. Sujeito 11.</i>
	<i>Lugares que cuidam do idoso influenciam por uma coisa boa, porque mostram ao idoso o que é bom pra ele. Se a pessoa tem dificuldade de dançar, tem lugares que ele chega e lá ele já pode dançar. Fazer uma ginástica. Ele se diverte, conversa. Pode fazer alguma coisa de arte, um artesanato. Exercita a mente e esquece a dor e dos problemas. Não perturbam os outros e relaxa. Sujeito 12.</i>

As pessoas idosas, algumas vezes, podem se afastar do mercado de trabalho para responsabilizarem-se pela administração do lar ou pelo cuidado com as crianças, de forma que as demais pessoas adultas possam trabalhar fora de casa, conforme evidenciado no discurso do sujeito 82 (**Quadro 10**).

A política de envelhecimento ativo defende a necessidade de se apoiar a contribuição ativa e produtiva que as pessoas idosas possam oferecer à sociedade e desempenham no trabalho (in)formal, nas atividades não-remuneradas no contexto familiar, social, religioso ou ainda em ocupações voluntárias⁶.

A proteção social foi mencionada pelos sujeitos, de forma associada ao apoio social, familiar e espiritual, já discutidos dentre os determinantes anteriores. Os sujeitos 11 e 12 fizeram menção à proteção social atribuída às oportunidades sociais de participação, acessibilidade ao mercado de trabalho de uma maneira adequada à idade e às condições físicas. Foram mencionadas ainda pelo sujeito 12 as oportunidades de inserção promovidas por instituições de apoio à pessoa idosa, as quais podem ser utilizadas como fonte de distração, atividade física e/ou aprendizado e desenvolvimento de trabalhos artesanais (**Quadro 10**).

A expectativa é que, a partir da identificação, compreensão e promoção destes determinantes, possa-se adquirir como resultado um aumento da expectativa de vida das pessoas. O objetivo não é apenas de se adquirir um ganho no número de anos vividos, e sim de que o processo de envelhecimento ocorra de forma ativa, saudável, bem-sucedida, mantendo-se a pessoa idosa integrada às questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis. Desse modo, elas poderão viver mais e com qualidade^{6; 17; 18}.

Ao analisar os determinantes do processo de envelhecimento, cabe acrescentar que a cultura e o gênero foram identificados como fatores transversais do envelhecimento ativo. A cultura é capaz de modelar a forma como as pessoas envelhecem e influenciar sob os demais determinantes. O gênero é capaz de adequar as várias opções políticas estabelecidas nos diferentes países e o efeito destas sobre o bem-estar das pessoas em processo de envelhecimento⁶.

Ao analisar o conjunto de determinantes que interferem sobre o processo do envelhecimento, segundo a concepção da OMS, foi possível identificar que eles não podem ser considerados estanques, lineares e nem analisados de forma isolada. Há uma articulação entre eles, que permite identificá-los como sendo elementos processuais, dinâmicos e sequenciais a ponto de permitirem a identificação de uma ligação tênue entre eles.

Um exemplo é o determinante “serviços sociais e de saúde”, cujas dimensões financeira, relacional, institucional, comportamental, de conhecimento, de acessibilidade constituem o suporte para uma rede de apoio fundamental àqueles que perdem progressivamente a capacidade de autonomia e autocuidado em decorrência de um processo natural que integra o ciclo da vida.

Esta concepção somente pode ser computada quando se tem em mente a utilização dos determinantes de saúde integrados ao conceito ampliado de saúde, ou seja, o estado completo de bem-estar nas dimensões: física (biológica), psicológica (emocional e comportamental) social, espiritual, financeira e ambiental e não apenas a ausência de doenças¹²⁸.

A política de envelhecimento ativo foi estruturada a partir do planejamento de ações e/ou intervenções, voltadas às pessoas em processo de envelhecimento, direcionadas aos três pilares básicos: participação, saúde e segurança. Para exemplificação da conectividade existente entre os determinantes, a seguir foi estruturada uma análise conceitual dos pilares, buscando-se no conteúdo dos discursos dos sujeitos investigados a percepção que eles possuíam a respeito de sua participação, sua saúde e segurança enquanto pessoas em processo de envelhecimento.

Diante das concepções apresentadas até o momento, foi possível realizar uma reflexão a respeito do papel dos profissionais de saúde em relação ao processo de envelhecimento: Como é possível viabilizar no cotidiano laboral o atendimento de pessoas em processo de envelhecimento na perspectiva do conceito ampliado de saúde e/ou “determinantes do processo do envelhecimento”?

No intuito de encontrar subsídios/alicerces para esta reflexão, buscou-se no programa NVIVO uma representação gráfica do tipo dendograma de como os pilares do processo do envelhecimento se articularam a partir de fragmentos de discurso dos sujeitos. Na correlação de Jaccard, foi possível identificar que o pilar segurança foi considerado pelos sujeitos como sendo o mais amplo e incluiu os demais pilares e suas respectivas concepções a ponto de permitir uma flexibilidade de situações e arranjos que exprimissem as dimensões em que cada pilar se expressa (**Figura 12**).

A participação em atividades sociais, econômicas, culturais e espirituais pode ser otimizada quando o mercado de trabalho, o emprego, a educação, as políticas sociais e de saúde e os programas de apoio às pessoas em processo de envelhecimento atuam de acordo com os direitos humanos fundamentais, as capacidades, as necessidades e as preferências de cada pessoa idosa para que eles possam manter-se ativas e produtivas para com a sociedade de forma (não)remuneradas enquanto envelhecem⁶.

Figura 12: Dendograma com esquema de forças de correlação entre os pilares do processo de envelhecimento na concepção de 89 sujeitos. Juiz de Fora, Jan/2015

Nós em cluster por similaridade de codificação



Nota: conteúdo extraído do programa Nvivo versão 10.

A inserção da pessoa idosa em atividades: sociais, econômicas, culturais e espirituais foi apresentada (**Quadro 11**) conforme mencionada nos discursos dos sujeitos durante a entrevista gravada.

A participação relacionada às atividades sociais foi mencionada pelos sujeitos atribuída às oportunidades: de trabalho, aposentadoria, participação social, ensinar as pessoas suas experiências e/ou dificuldades para conseguir ou se manterem inseridas no mercado de trabalho. Por outro lado, as atividades econômicas foram relacionadas à participação da pessoa idosa no núcleo familiar de forma a influir no planejamento do orçamento de gastos relacionados ao lar e ao acesso à escolaridade como fator determinante do tipo de trabalho exercido pela pessoa idosa.

Quadro 11: Esquema para apresentação do pilar participação das pessoas com idade ≥65 anos conforme os tipos de atividades mencionadas nos discursos dos sujeitos. Juiz de Fora, Jan/2015.

Atividades	Fragmento de discursos dos sujeitos
Sociais	<i>Tem muito valor a pessoa idosa na sociedade, porque só não trabalha quem realmente não quer ou não pode... Porque mesmo aposentado, a pessoa ainda pode trabalhar. Sujeito 14.</i>
	<i>Na sociedade, tem lugares que o idoso não encontra assim um agrado. Não tem apoio! Acham que a gente não vale a pena. Que vamos tomar o lugar de outros, mas já tem outros lugares que dão oportunidades. Locais que os idosos ficam ali ensinando aqueles que estão sem experiência. Sujeito 12.</i>
	<i>A dificuldade na sociedade é que, às vezes, não contratam ou mandam a pessoa embora só por causa da idade. Sujeito 12.</i>
Econômicas	<i>A minha família tem influência. Hoje a gente senta, conversa e decidimos o que vamos fazer mais à frente. Todos juntos! Eu ensinei minhas filhas assim: Vamos comprar alguma coisa no mês que vem? Vamos ver se dá? Se não der? Joga para o outro. Tem que fazer alguma coisa? Paga o que já está gasto, pois o que vai entrar não está gastando no momento então não entra agora... Sujeito 12.</i>
	<i>Se o idoso tiver estudo, ele pode fazer muita coisa. Pode até trabalhar fora. É porque, se ela não tiver estudo, fica meio difícil! Por exemplo: se eu quero escrever uma carta, eu dependo dos outros... Sujeito 16.</i>
	<i>Na comunidade, as pessoas sempre procuram aqueles que são mais graduados, pra fazer as coisas. Com pouco estudo, em lugar nenhum a gente consegue fazer... Isso é de acordo com a cabeça dos que convivem com eles, porque, mesmo sem estudos, o idoso pode dar um conselho e ajudar no pensar das coisas. Sujeito 81.</i>
Culturais	<i>Não me sinto velha! Porque, o que o novo faz ou tem dificuldades para fazer eu faço. Se eu viver 100 anos, eu vou ter idade, mas penso que vou pegar a bengala, porque eu tenho que fazer tal coisa. Estou até fazendo curso de costura. Já estou na prática. Aprendendo a reformar roupas. Estou fazendo as aulas [...] Já aprendi a fazer, já até arrumei algumas coisas aqui de casa (risos). Sujeito 12.</i>
	<i>Convivo e gosto de estar com as pessoas mais velhas, porque têm mais experiências. Têm conselhos para dar para a gente que é mais novo que eles. Conforme eu tenho um conselho para um mais novo do que eu. Aí pode ter um mais idoso do que eu com um conselho melhor para poder passar. Sujeito 11</i>
	<i>O saber e a experiência de vida são muito grandes e a gente deve tentar passar aos familiares. Porque se um idoso falar com um mais novo. Ele deve obedecer e escutar as coisas que poderão lhe ajudar. Sujeito 14.</i>
Espirituais	<i>Depois que eu me aposentei, o que já tem 12 anos, eu faço muitos trabalhos na igreja, nas pastorais. Isto já leva você a ter um ponto de vista assim mais certo das coisas e assumir responsabilidades sob muitas coisas. Sujeito 03.</i>
	<i>Eu trabalho na igreja e nas pastorais. Então, eu vejo muita gente idosa que trabalham tipo voluntário. Eu tenho certeza que isso ajuda na convivência. Porque, você esta lhe dando com as pessoas. E a vida e sempre um aprendizado! Estamos sempre aprendendo com os mais jovens e com o mais idoso. Então, esta mistura de idade eu acho que é muito importante. Porque, se você houve a opinião dos jovens e dos idosos você já fica mais à vontade. Sujeito 30.</i>
	<i>Eu sou evangélica da congregação. A minha função é assim: tomar conta do salão e dos banheiros para que as crianças não sujem e nem estraguem o local. Hoje mesmo eu estou indo para lá, para cuidar e ajudar as crianças e se for preciso às mães também. Nós somos quatro pessoas responsáveis e a cada mês uma de nós é que vai. Sujeito 12.</i>

As atividades culturais mencionadas pelos sujeitos estavam relacionadas a situações tradicionais da pessoa idosa como a inserção em atividades de artesanato, corte e costura; vivência com contemporâneos (troca de valores e experiências) e a função desta no núcleo familiar como aquela que possui experiência de vida e princípios a serem repassados para a família. Como atividades espirituais foi citada pelos sujeitos investigados a participação em atividades/trabalhos nas igrejas, pastorais e voluntariado, como situações capazes de proporcionar conforto espiritual, satisfação pessoal e corroborar com a convivência com seus contemporâneos e descendentes (**Quadro 11**).

Para o pilar saúde, a política de envelhecimento ativo afirma que as pessoas idosas podem desfrutar de uma vida com qualidade, permanecerem sadias e capazes de cuidar de suas próprias vidas à medida que envelhecem. Isso só é possível quando os fatores de riscos comportamentais e ambientais para doenças crônicas e o declínio funcional são mantidos baixos, e os fatores de proteção estão elevados⁶.

Espera-se assim que as pessoas idosas não necessitem do uso constante dos serviços sociais e de saúde; e, quando for este o caso, que tenham acesso aos serviços sociais e de saúde de forma a serem atendidas suas necessidades e demandas assistenciais e de cuidados e tenham seus direitos respeitados⁶.

A caracterização da pessoa idosa conforme o conceito atribuído ao pilar saúde relacionado a fatores de risco comportamentais e ambientais para doenças crônicas, ao declínio funcional e aos fatores de proteção à saúde foi apresentada no **Quadro 12**.

Os fatores de risco comportamentais e ambientais para doenças crônicas, do pilar saúde foram mencionados de forma atribuída ao fato de a pessoa idosa se inserir em atividades como: trabalho, ginástica e caminhada; não deixar as doenças acumularem (prevenção, diagnóstico e controle e tratamento) e a medicalização progressiva com o passar dos anos (**Quadro 12**).

O declínio funcional da pessoa idosa foi mencionado pelas pessoas com idade ≥ 65 anos, atribuído à redução: de atividades físicas e funcionais; dos contatos sociais e da capacidade de recuperação do corpo de forma reduzida conforme elas envelheceram. Como fatores de proteção foram mencionados pelos sujeitos a procura constante pelos serviços de saúde; os cuidados e carinho recebidos pelos filhos e as preocupações e cuidados com o(a) cônjuge idoso/idoso quando este ainda o possui (**Quadro 12**).

Quadro 12: Esquema para apresentação do pilar saúde, de pessoas com idade ≥ 65 anos, conforme fatores de risco comportamentais e ambientais para doenças crônicas, o declínio funcional e os fatores de proteção à saúde mencionada nos discursos dos sujeitos. Juiz de Fora, Jan/2015.

Dimensão	Fragmento de discursos dos sujeitos
Fatores de risco comportamentais e ambientais para doenças crônicas	<i>A pessoa idosa deve querer procurar um trabalho, fazer uma ginástica, uma caminhada e fazer qualquer coisa pra não ficar parada. Sujeito 51.</i>
	<i>São coisas que você também não pode deixar acumular muito, se você deixar a doença acumular, depois fica mais difícil. Tem que agir contra a doença, se tratar e se controlar melhor... Sujeito 73.</i>
	<i>Quando era mais nova, eu não tomava remédio quase nenhum. Ai foram aumentando no momento que eu fui ganhando idade. Os remédios foram trocando e aumentando pelas doenças. Sujeito 89.</i>
Declínio funcional	<i>Eu me sinto idoso, por que o que eu fazia antes eu já não faço hoje. Não consigo sair! Se eu sair à noite, no outro dia estou um bagaço. Não valho nada! Por isso que me considero idoso. Sujeito 70.</i>
	<i>Uma pessoa idosa é mais importante do que um jovem. O garoto de 17 anos pode fazer o que ele quiser. O idoso já não pode. Eu acho uma dificuldade (risos). O que você faz eu já não faço. Se eu andar o dia inteiro, quando chegar de tarde, eu já estou morrendo (risos). Com o corpo todo doendo. É um problema sério para o idoso. Sujeito 60.</i>
	<i>A pessoa depois dos 50 anos de idade ela já tem que manejar um pouco, né? Porque, o corpo e o organismo já não fazem a mesma evolução de antes. Sujeito 51.</i>
Fatores de proteção à saúde	<i>Muitos cuidados este meu filho que mora comigo ele tem. Ele é muito carinhoso. Sujeito 79.</i>
	<i>Eu tenho que ter acompanhamento médico de dois em dois meses. Vou sempre assim a não ser que eu sinta alguma coisa antes. Ai eu vou e agendo consulta médica antes de dois meses. Sujeito 48.</i>
	<i>A pessoa que se preocupa bastante comigo é a minha mulher. Eu me preocupo bem com o envelhecimento, principalmente o dela, por que ela tem problemas de pressão e dores nas pernas. Eu fico com aquilo na minha cabeça, saio e fico doido pra vir embora, pensando que ela está sozinha. [...] Ela se preocupa muito comigo também. Os dois se cuidam muito! Então a gente fica assim. Não sei, parece que a pessoa tem que estar perto da gente. É um problema sério! Acabou o serviço, venho logo pra casa. E ela também, todos os dias telefona para mim. Como é que você está? O que está se passando? Como está o serviço? Como está de saúde? É uma preocupação de um para com o outro. Sujeito 10.</i>

Para o pilar segurança, a política de envelhecimento ativo apresenta como necessidades e direitos das pessoas idosas à segurança social, física e financeira e deixa asseguradas a: proteção, dignidade e assistência às pessoas mais velhas. Elas já não podem se sustentar e se proteger pelas políticas e programas públicos sociais e de saúde. Cabe mencionar que as famílias e comunidades precisam ser auxiliadas nos cuidados às pessoas envelhecidas pelos serviços sociais e de saúde⁶.

As percepções dos sujeitos investigados a respeito do pilar segurança foram apresentadas no **Quadro 13** conforme mencionadas nos discursos dos sujeitos durante a entrevista gravada.

A segurança social foi mencionada pelos sujeitos relacionada à exposição destes à violência social e à drogadição; aos conflitos na convivência com familiares e ao preconceito, à discriminação e ao desrespeito das pessoas para com a pessoa idosa. A segurança física foi relacionada a problemas na locomoção e ao risco para quedas associado à dependência dos filhos e, na ausência destes, à necessidade de apoio proveniente do núcleo extrafamiliar quando estes necessitem, por exemplo, dos vizinhos (**Quadro 13**).

Os sujeitos investigados fizeram menção à segurança financeira relacionada à falta de moradia e dependência dos familiares; ao uso do SUS e dos planos de saúde de forma

complementar as suas demandas, necessidades e possibilidade e à dependência econômica dos familiares (**Quadro 13**).

Quadro 13: Esquema para apresentação do pilar segurança, de pessoas com idade ≥ 65 anos, conforme cada tipo de segurança, mencionado pelos sujeitos da investigação. Juiz de Fora, Jan/2015.

Tipo	Fragmento de discursos dos sujeitos
Social	<p>No caso é risco, porque, às vezes, nem é do bairro aqui. Às vezes, vem de fora. A gente convive nesse mundo e não se sabe nem com quem está lidando direito. Sujeito 01.</p> <p>Nunca vi tantas drogas e violência e antigamente não existia isso. Sujeito 22.</p> <p>Tem muita violência hoje em dia. O ser humano não foi feito para o outro tirar a vida! Sujeito 16.</p>
	<p>Se o idoso tiver um filho que desobedece aos pais. Que falta com respeito. Por que o idoso, coitado! Já não está aguentando nada. Se um de 18 anos disser: eu te meto a mão na cara, já sabe que vai bater por que o idoso já não aguenta. Sujeito 10.</p> <p>Meus filhos brigam muito comigo, este filho é bom quando está são, porque, quando ele está drogado, é triste! A outra filha vem aqui só para brigar e falar mal. Não me ajuda em nada! A melhor é esta filha adotada a qual me ajuda muito. Sujeito 24.</p>
	<p>Estamos vivendo em um tempo em que não se respeitam os outros mais. Outro dia eu fiquei até com pena de uma mulher velhinha. O cara estava xingando. Eu falei: "espera aí! O senhor não respeita ela não? Ela serve para ser sua avó. Você também vai ficar igual a ela". Porque, se fizerem assim comigo! Eu dou é na cara... É um tapaço pela cara a fora que eu dou, porque eu não trago desaforo pra casa. Também, não aceito que meus filhos me destratem, resolvo tudo na hora. Sujeito 24.</p>
Física	<p>Esta minha irmã, por exemplo: tem 81 anos, é a mais velha da família. Para ela: tem dias que fica se mexendo. Tem problemas nas pernas. Dá muito trabalho aos filhos dela. Ela fica só deitada, os filhos que arrumam comida e a casa. Sujeito 21.</p>
	<p>Considero (pessoa idosa), porque agora eu já não posso mais andar sozinha. Posso cair! Meus filhos se preocupam comigo. Eu não posso nem ir lá fora sozinha que eles falam. Mas eu vou assim mesmo. (risos). Sujeito 04.</p>
	<p>Outro dia meu esposo passou mal e danei a gritar pelo nome da vizinha. Porque eu sozinha já não aguento acudir. Saí do lado de fora da casa, gritei, liguei. Aí vieram os dois correndo pra cá, acudir o meu esposo. Trocaram a roupa dele. Chamou o resgate. O filho dela (vizinha) ajudou, a subirem a escada e levarem ele para o hospital. Sujeito 21.</p>
Financeira	<p>Ah! Sei lá, tem hora que eu penso: já não tenho casa. Moro na casa dos outros. É minha filha, mas eu assim idosa... Não posso fazer nada. Sujeito 02.</p>
	<p>Eu prefiro o SUS, pois ele atende a turma em tudo o que ela precisa. Mas tem muitos que possuem plano de saúde e ainda usam o SUS. Sujeito 05.</p> <p>Uso o SUS, mas meu filho tem plano de saúde e me colocou também. Sujeito 01.</p>
	<p>Às vezes, minha nora vem chorando, pedindo dinheiro emprestado, para comprar remédios para o pai dela... Sujeito 15.</p> <p>Eu não sei ler, tenho que perguntar a família como é que tomo o remédio, o dia da consulta médica. Aí eles falam assim: "por que você pede só a mim? Por que não pede outro?" Os filhos, depois que abrem as asas, só vêm até a gente se for para pedirem dinheiro. Sujeito 19.</p>

A definição dos oito determinantes e, por conseguinte, a delimitação dos três pilares do envelhecimento ativo em sua elaboração enquanto política (inter)nacional tiveram por base os princípios estabelecidos pela ONU em favor das pessoas idosas, são eles: a independência, a participação, a assistência, o autodesempenho e a dignidade.

As decisões políticas e assistenciais em saúde necessitam se fundamentar na interpretação de como os fatores determinantes do envelhecimento ativo influenciam sob o modo como as pessoas envelhecem, conforme Resolução n. 46/91 de 16 de dezembro de 1997, referente aos Princípios das Nações Unidas em Favor da Pessoa Idosa^{129; 130}.

No princípio da independência, podem ser destacados dois itens que contribuem efetivamente para a vivência e o envelhecimento ativo, que são as oportunidades: de trabalho ou acesso a outras formas de geração de renda e; acesso a programas educativos e de formação profissional adequados¹²⁹.

A participação refere-se ao direito da pessoa idosa de permanecer integrada à sociedade, participar ativamente da formulação e implementação de políticas relacionadas a seu bem-estar e poder ensinar a seus descendentes conhecimentos, habilidades e experiências de vida¹²⁹.

A dignidade foi tratada pela ONU, de maneira a se evidenciar o direito da pessoa idosa de ser tratada com justiça (independentemente da idade, sexo, etnia, deficiências físicas e/ou condições econômicas)¹²⁹.

Dos cuidados ou assistência à pessoa idosa, destacou-se como relevante o direito de ter acesso a serviços de atenção à saúde, para manter/recuperar o bem-estar físico, social, psicológico, espiritual e cultural e prevenir/retardar o surgimento de doenças crônicas¹²⁹.

O princípio do autodesempenho, também conhecido como autorrealização, está relacionado ao fato de a pessoa idosa poder aproveitar as oportunidades de desenvolvimento de suas potencialidades e ter acesso a recursos educacionais, culturais e de lazer na sociedade¹²⁹.

Ao analisar a política do envelhecimento ativo, à luz dos determinantes e dos pilares que alicerçam o processo do envelhecimento, foi possível ainda a identificação de componentes retratados sob a concepção do “envelhecimento bem-sucedido”.

O envelhecimento bem-sucedido possui como paradigma os princípios apresentados pela ONU para com as pessoas em processo de envelhecimento, ou seja, a independência, a participação, a assistência, o autodesempenho e a dignidade como maneiras de redimensionar e espelhar a forma como os determinantes do envelhecimento ativo se articulam.

Enquanto uma proposição conceitual da articulação dos determinantes, o envelhecimento bem-sucedido abrange quatro componentes: a) físico: saúde física, capacidade funcional, capacidades de autocuidado, abstinência de tabagismo e etilismo e realização de atividade física; b) social: engajamento em atividades (lazer, trabalho, questões familiares e religiosas), satisfação com a profissão exercida, suporte social, convívio adequado com a família e amigos e pensão/aposentadoria adequada; c) emocional: satisfação com a vida geral e *continuum* saúde/doença e; d) pessoal: atitudes favoráveis ao envelhecimento, senso de controle e motivação para transmitir conhecimentos, vivências e experiências de vida às pessoas mais jovens^{18; 19}.

As decisões públicas nos setores políticos, sociais e de saúde voltadas às pessoas em processo de envelhecimento necessitam fundamentar-se na interpretação de como os fatores

determinantes do envelhecimento ativo influenciam sob o modo como as pessoas e grupos envelhecem⁶.

A estrutura da política de envelhecimento ativo, além das ações estruturadas sobre os três pilares básicos (participação, saúde e segurança), deve contemplar ações intersetoriais. Elas incluem os suprimentos das demandas relacionadas a: serviços sociais e de saúde, educação, emprego e trabalho, segurança social e financeira, habitação, transporte, justiça e desenvolvimento rural e urbano⁶.

As políticas (inter)nacionais do processo de envelhecimento humano necessitam apoiar-se na solidariedade intergeracional para que seja possível traçar metas específicas com vistas à redução de iniquidades entre: homens e mulheres e entre os diferentes grupos de pessoas em processo de envelhecimento.

Cabe mencionar a necessidade de uma política que apresente a discriminação positiva, ou seja, dar prioridade aos grupos mais vulneráveis que estão em processo de envelhecimento, preconizando atenção àquelas que vivem em situação de miséria/pobreza, que estão marginalizadas por valores e crenças e que habitam as zonas rurais que possuem menor cobertura pelos serviços sociais e de saúde⁶.

A abordagem do envelhecimento ativo busca eliminar a discriminação de idade e reconhecer a diversidade das populações mais velhas. As pessoas envelhecidas e seus cuidadores precisam estar envolvidos ativamente no planejamento, na implementação e avaliação de políticas, programas e atividades para o desenvolvimento de novas evidências relacionadas ao envelhecimento ativo⁶.

Tais concepções apresentadas estão contempladas nos princípios do SUS: em núcleo comum os princípios doutrinários (universalização, equidade e integralidade) e em forma de operacionalização os organizacionais (regionalização e hierarquização, descentralização e comando único e participação popular)¹³¹.

Desse modo, o planejamento de ações e intervenções voltadas às pessoas envelhecidas necessita contemplar como principal mecanismo a integração de ações de promoção da saúde, a prevenção de agravos com a redução de vulnerabilidades, o diagnóstico e rastreamento precoce de doenças, o encaminhamento a níveis secundários e terciários para o tratamento adequado e a contrarreferência destas pessoas para a reabilitação e ou adaptação a suas limitações. Deve se dar numa abordagem processual, assim como ocorre o processo de envelhecimento, com ações planejadas e executadas de forma gradual e progressiva.

Para que os profissionais de saúde implementem a política do envelhecimento ativo ao atenderem as pessoas em processo de envelhecimento, é necessário repensar o modelo assistencial, a forma de articulação intersetorial e as concepções implícitas que suas ações profissionais e as articulações que as profissões contemplam.

Diante do exposto, ficou evidente que não é possível dar conta da abrangência apontada pela política do processo do envelhecimento ativo, sem que seja vivenciada a concepção ampliada de saúde. A seguir, foram apresentadas as implicações do sistema de crenças de Rokeach, das representações sociais e políticas públicas para o planejamento do cuidado de enfermagem de pessoas em processo de envelhecimento.

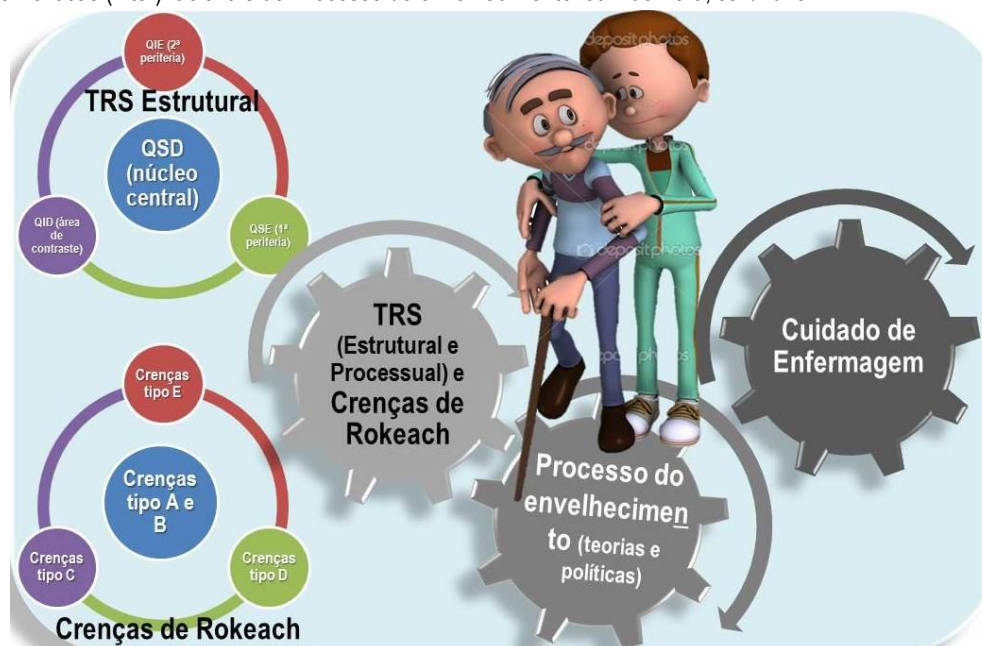
6.6 IMPLICAÇÕES DO SISTEMA DE CRENÇAS DE ROKEACH, DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E DAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O PLANEJAMENTO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM DE PESSOAS EM PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

Para apreender as dimensões do *continuum* saúde/doença durante o processo de envelhecimento e identificar as demandas de cuidados na perspectiva da atuação do enfermeiro, utilizaram-se inicialmente as aproximações entre o sistema de crenças de Rokeach e as Teorias das Representações sociais segundo as abordagens estrutural e processual para o processo de envelhecimento de pessoas com idade ≥ 65 anos, à luz das políticas inter(nacionais) do processo de envelhecimento.

Para analisar os referenciais adotados, foi elaborada uma estrutura conceitual que permitisse uma aproximação entre eles a respeito do processo de envelhecimento humano, conforme consta da **Figura 13**.

O alicerce conceitual adotado na presente investigação (Sistema de Crenças de Rokeach, Teorias do Processo do envelhecimento Humano e Teoria das Representações Sociais nas abordagens: estrutural e processual) possui um ponto de convergência cuja aproximação possibilita uma releitura de comportamentos, informações, conhecimentos, valores, imagens, crenças que fornecem uma perspectiva explicativa sobre como foram formadas as crenças (comportamentos e atitudes) e como foram formadas as representações sociais para os sujeitos investigados.

Figura 13: Esquema explicativo de aproximações entre o conteúdo das Teorias das representações sociais segundo as abordagens: estrutural e processual, o sistema de Crenças de Rokeach e as explicações teóricas oferecidas pelas Teorias e Políticas (inter)nacionais do Processo do envelhecimento. Juiz de Fora, Jan/2015.



Fonte: Os autores.

O fato de o sistema de Crenças de Rokeach e de abordagem estrutural das RSs se estruturarem a partir da nuclearidade/perifericidade de componentes que o compõem permite uma aproximação entre os dois referenciais.

Esta aproximação pode ser utilizada para ampliar o quadro explicativo de como um grupo socialmente constituído estrutura sua forma de pensar e se comportar e quais as possíveis lacunas que dispõem os profissionais de saúde e, em especial, a enfermagem, para alicerçar as ações educativas com vistas à sua maximização que possam contribuir para que o processo de envelhecimento ocorra de forma ativa e bem-sucedida.

Ao analisar o sistema de crenças proposto por Rokeach, à luz das teorias explicativas de como o processo do envelhecimento ocorre, foi possível identificar sua apreensão (im)explícita pelos sujeitos conforme cada tipo de crença, apresentados a seguir:

Entre as crenças de consenso unânime ou do Tipo A, foram identificadas nos discursos dos sujeitos as Teorias Biológicas (Genética: Envelhecimento Celular; Estocástica: Mutações Somáticas); Psicológicas (Seleção, Otimização e Compensação de Baltes e Constructo de Qualidade de Vida na Velhice de Lawton); Sociológicas (Atividade, Desengajamento, Perspectiva do Curso de Vida e Modernização) e Epidemiológica (Transição Epidemiológica).

Para as crenças de consenso zero ou de do Tipo B, foram identificadas as Teorias Biológica (Uso e Desgaste); Psicológicas (Seletividade Socioemocional e Constructo de Qualidade de Vida na

Velhice de Lawton) e Sociológicas (Perspectiva do Curso de Vida). Entres as Crenças de Autoridade ou do Tipo C, foram mencionados apenas conteúdos implícitos referentes às teorias: Psicológica (Seleção, Otimização e Compensação de Baltes) e Sociológica (Atividade).

As crenças Derivadas ou do Tipo D tiveram em seus discursos conteúdos implícitos referentes às teorias: Psicológicas (Seletividade Socioemocional e Constructo de Qualidade de Vida na Velhice de Lawton) e Sociológicas (Estratificação da Idade e Economia Política). Para as crenças Inconsequentes ou do Tipo E, as teorias: Psicológica (Constructo de Qualidade de Vida na Velhice de Lawton) e Sociológicas (Atividade, Desengajamento e Economia Política).

No conteúdo das crenças não foram identificados elementos implícitos ou explícitos referentes às teorias: Biológicas (Genéticas: Velocidade de Vida, Telômeros, Mutagênese Intrínseca, Neuroendócrina e Imunológica; Estocásticas: Erro Catástrofe ou Acúmulo de Danos, Reparação do DNA, Quebra de Ligações, Glicosilação, Estresse Oxidativo ou RLs); Psicológica (Dependência Aprendida) e Sociológicas (Trocas Sociais, Feministas e Crítica).

No que tange às pessoas com idade ≥ 65 anos em suas concepções a respeito do processo de envelhecimento humano, foi possível identificar conteúdos referentes à maioria das teorias explicativas do processo de envelhecimento conforme apresentado anteriormente nos critérios adotados para saturação dos dados (**Quadro 1**) no qual apenas as Teorias Estocásticas (Telômeros Reparação do DNA, Quebra de Ligações e Glicosilação).

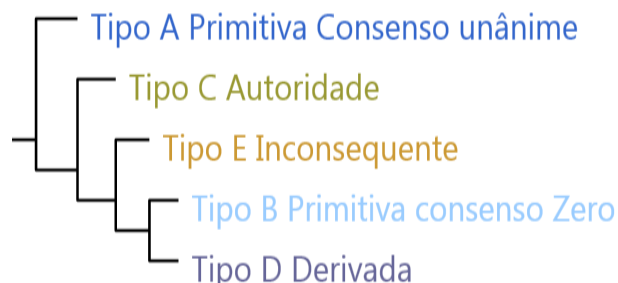
A razão para o não surgimento deste subgrupo de Teorias Biológicas para os sujeitos pode ser justificada devido ao fato de que possuem explicações sobre os mecanismos fisiológicos relacionados a alterações nas ações, respostas ou funcionamento celular, que acabam por interferir no funcionamento de tecidos e órgãos à medida que as pessoas envelhecem.

A especificidade das justificativas utilizadas pelos teóricos biologicistas, quando confrontadas com a baixa escolaridade da população estudada, evidenciou que o conhecimento científico foi apropriado pelo conhecimento popular a ponto de os participantes utilizarem explicações teóricas para o processo de envelhecimento, apesar de as teorias biológicas possuírem pouco ou nenhum conhecimento im(explícito) no discurso dos sujeitos.

A interpretação da tendência do eixo de centralidade/perifericidade, quando analisada do ponto de vista da coerência entre os conteúdos abordados e a estrutura conceitual do sistema de crenças para a temática do processo do envelhecimento na percepção de pessoas com idade ≥ 65 anos, possibilitou explicar como os sujeitos se posicionam frente à temática e possibilitou elaborar um dendograma a partir do coeficiente de correlação de Jaccard conforme consta da **figura 14**.

Figura 14: Dendograma com esquema de forças de correlação entre as categorias do sistema de crenças de Rokeach para o processo de envelhecimento na concepção de 89 sujeitos. Juiz de Fora, Jan/2015.

Nós em cluster por similaridade de codificação



Nota dos autores: Conteúdo extraído do programa NVivo versão 10.

A explicação para a forma como o dendograma se configurou justifica como as crenças do tipo E, B e D foram alocadas nas ramificações (**figura 13**) e as crenças do tipo A e C, localizadas em áreas mais abrangentes do processo categorial.

A alocação dos tipos de crenças, à luz do dendograma, pode ser explicada pela forma como o processo do envelhecimento foi apreciado na perspectiva dos sujeitos. Tal fato culminou numa composição categorial das crenças do tipo E, B e D em estruturas próximas cujo teor dos conteúdos contemplou: questões de gosto/preferência, questões consensualizadas para conteúdos aceitáveis somente pelo próprio indivíduo, sem que houvesse corroboração científica e questões derivadas da influência de alguém/alguma coisa.

As crenças do tipo A e C, que, por definição, possuem seus conteúdos alicerçados em argumentações consensualizadas com o conhecimento científico, e as crenças de autoridades, por ter sua fonte inquestionável, possibilitaram que sua alocação dentro do dendograma fosse mais abrangente (localizadas na raiz do sistema classificatório).

Do ponto de vista do sistema de crenças, os conteúdos das crenças do tipo A precisam ser reforçados e os das crenças do tipo E e D, quando incongruentes com o resgate da autonomia, a superação/convivência com as limitações funcionais devem ser atrelados com as concepções do processo de envelhecimento ativo como foco das ações educativas por parte do profissionais de enfermagem.

A alocação dos tipos crenças dentro do eixo imaginário proposto por Rokeach instrumentaliza os profissionais de enfermagem para que direção deverão tomar suas intervenções educativas, à semelhança do que ocorre no mecanismo compensatório proposto por Handerson-Hasselbac.

Este mecanismo auxilia no entendimento de como será possível buscar o reequilíbrio dos tipos de crenças e da coerência de seus conteúdos dentro do sistema de crenças. Pode-se traçar uma comparação ao que ocorre no reequilíbrio orgânico humano do sistema acidobásico, quando ele é rompido.

Segundo a forma explicativa proposta por Handerson-Hasselbac, há uma equação que, em situações de desequilíbrio, pode ser aplicada para que problemas originados nos pulmões sejam compensados pela ação dos rins e assim promovam o reequilíbrio do sistema, ou vice-versa.

O mesmo mecanismo pode ser aplicado ao sistema de crenças de Rokeach. Quando ele é representado pelas crenças alocadas nas extremidades da reta imaginária do eixo de centralidade/perifericidade que é rompido, caberá à extremidade oposta restabelecer o equilíbrio do sistema. Isso equivale a dizer que, do ponto de vista das práticas de saúde, caberá ao enfermeiro que exerce a função de educador na atenção primária à saúde atuar sobre os conceitos, atitudes e comportamentos equivocados para que, do ponto de vista do sistema de crenças, ele funcione a favor do *continuum* saúde-doença segundo a concepção ampliada de saúde.

Aplicar o princípio proposto por Handerson-Hasselbac ao sistema de crenças de Rokeach possibilita explicar o dendograma (**Figura 13**) e entender a forma como as crenças foram alocadas e justificar o porquê de as crenças primitivas de consenso unânime (que contêm informações e conhecimentos corretos consensualizados pelo conhecimento em vigência) e as de autoridade (advindas da influência de institutos, órgãos científicos e centros de excelência) poderem subsidiar ou precisam ser incorporadas aos conhecimentos, comportamentos e valores dos sujeitos investigados.

A representação social estrutural, segundo proposta de Abric, ao apresentar no QSE os potenciais elementos (cognemas) que compõem a RS e apresentá-los numa hierarquia de centralidade/perifericidade, pode ser comparada ao sistema de crenças de Rokeach, que, ao esclarecer a alocação das crenças dentro de um eixo imaginário de centralidade/perifericidade, apresenta uma estrutura hierárquica para os componentes do sistema que se aproxima do conceito de núcleo central e periférico (Teoria do Núcleo Central) das representações sociais.

O fato de o sistema de crenças obtido a partir dos discursos dos sujeitos a respeito do processo de envelhecimento tender ao eixo da perifericidade (**Figura 13**) equivale há uma possibilidade de sua leitura e compreensão nortear a base estrutural para uma abordagem educativa com vistas a alterá-lo.

Quando utilizado na área da enfermagem, o sistema de crenças proposto por Rokeach possibilita ao enfermeiro acessar as atitudes (eixos estruturadores sob a forma de pensar) e os

comportamentos (formas de agir) adotados pelos sujeitos e empregar tais informações como recurso para conhecer as demandas de necessidades dos usuários sobre um determinado assunto e utilizá-las como alicerce conceitual para subsidiar a estruturação do cuidado terapêutico.

Na presente investigação os conteúdos das crenças do tipo A que tenderam à centralidade foram: 1) envelhecimento precoce e influências ambientais; 2) caracterização física e visual do processo de agrisalamento; 3) sentimento de ser útil; 4) inserção em atividades e/ou trabalho; 5) ação de passear/viajar/sair; 6) hábitos/comportamentos de vida; 7) impossibilidade em fazer as coisas; 8) *continuum* saúde/doença 9) preconceito, discriminação; 10) valoração da pessoa idosa e; 11) cuidado profissional.

As crenças do Tipo B com tendência a centralidade foram: 1) convivência; 2) valoração da pessoa idosa; 3) aprendizado de vida; 4) *continuum* saúde/doença; 5) avaliação da pessoa ser idosa e; 6) aproximação com a morte/terminalidade. Já as crenças do tipo C foram; 1) Deus; 2) religiosidade e espiritualidade; 3) participação/prática religiosa e; 4) posicionamento religioso influenciando na busca por atendimento nos serviços de saúde.

As crenças que tenderam à perifericidade tiveram seus conteúdos referentes a: 1) meios de comunicação; 2) família; 3) convivência com outras pessoas externas ao núcleo familiar; 4) os serviços sociais e de saúde; 5) a convivência (preferências de valor positivo ou negativo); 6) o gosto por trabalhar e fazer algum tipo de atividade; 7) o gosto por passear/viajar/sair; 8) a avaliação da pessoa ser envelhecida (valoração negativa); 9) a avaliação dos serviços sociais e de saúde (contemplando as dimensões positivas e negativas) e 10) gosto por estar integrado aos meios de comunicação (preferências de valor positivo abordadas como fonte de aprendizado e distração, e/ou numa perspectiva negativa).

As ações educativas em saúde e o planejamento das intervenções de enfermagem sob esta perspectiva podem ter seu foco de ação, em sua maioria, sob as crenças periféricas (derivadas e inconsequentes) a partir de duas vertentes: 1) otimização das crenças referentes às influências positivas dos meios de comunicação, da família, da convivência com outras pessoas externas ao núcleo familiar, dos serviços sociais e de saúde e gostos de valoração positiva associados a: trabalhar, realizar algum tipo de atividade, passear/viajar/sair, estar integrado aos meios de comunicação; 2) incentivo para uma mudança de concepção das crenças negativas associadas a: convivências, avaliação da pessoa ser envelhecida, avaliação dos serviços de saúde, influências dos meios de comunicação.

A utilização da Teoria do Núcleo Central pela abordagem estrutural das RSs de forma atrelada à abordagem processual permitiu identificar os conteúdos das representações dentro do

eixo de centralidade (QSE) e perifericidade (QIE, QSD e QID), assim como compreender a forma como estas representações foram construídas pelo grupo social (abordagem processual).

Nesta investigação, optou-se pela utilização das representações sociais para os termos indutores a “pessoa ser idosa” e a “pessoa ser envelhecida”, na busca de uma compreensão a respeito da distinção entre estes unitermos segundo a concepção das pessoas com idade ≥ 65 anos, cuja análise comparativa pode ser observada no **quadro 14**.

No provável núcleo central, os cognemas: avaliação de ser velho, avaliação da vida e idade chega surgiram tanto para a “pessoa ser idosa” quanto para a “pessoa ser envelhecida”, e estes termos representaram uma percepção concebida como verdades absolutas pelo grupo investigado. Estes termos estão ancorados no conhecimento popular e em consonância com o conhecimento científico a respeito do processo de envelhecimento.

Para a “pessoa ser idosa”, surgiram ainda os cognemas: bom/feliz, experiência, lucidez/esquecimento e precisa de cuidador; e para a “pessoa ser envelhecida”: cuidado, difícil/ruim, morrer e não aguenta fazer as coisas. Ao analisar estes cognemas com auxílio da abordagem processual, foi possível identificar que estas representações foram construídas mediante a história de vida, as experiências, contatos sociais, condições de vida e influências familiares e religiosas dos sujeitos investigados.

Quadro 14: Esquema comparativo do Quadro de quatro casas contendo os componentes e hierarquia das representações sociais de pessoas com ≥ 65 anos para a “pessoa ser idosa” e a “pessoa ser envelhecida”. Juiz de Fora, Jan/2015.

PESSOA SER IDOSA						PESSOA SER ENVELHECIDA											
Rang >2,5			Rang <2,5			Rang >2,5			Rang <2,5								
Termo Evocado	Freq.	OME	Termo Evocado	Freq.	OME	Termo Evocado	Freq.	OME	Termo Evocado	Freq.	OME						
Freq. Média ≥ 10	Avaliação de ser velho	29	2, 138	Alimentação	12	2, 917	Freq. Média ≥ 10	Avaliação da vida	11	2, 182	Alimentação	12	2, 833				
	Avaliação da vida	10	2, 300	Conviver	13	2, 923		Avaliação de ser velho	24	2, 250	Conviver	16	2, 813				
	Bom/feliz	11	1, 182	Dependência/limitação	23	2, 783		Cuidado	10	2, 200	Dependência/limitação	19	2, 632				
	Experiência	13	2, 154	Deus	10	2, 900		Difícil/ruim	16	1, 978	Deus	12	3, 250				
	Idade chega	16	1, 750	Enfrentar	13	2, 923		Idade chega	11	2, 273	Enfrentar	11	3, 091				
	Lucidez/esquecimento	10	2, 100	Família	13	2, 816		Morrer	10	2, 300	Família	10	2, 600				
	Precisa de cuidador	10	2, 200	Independência	17	2, 706		Não aguenta fazer coisas	10	2, 000	Precisa de cuidador	15	2, 533				
Freq. Média ≥ 6	Difícil/ruim	8	2, 250	Preconceito/discriminação	12	3, 167	Freq. Média ≥ 6	Receber ajuda	11	2, 727	Freq. Média ≥ 6	Bom/feliz	8	2, 125	Afeto	7	3, 143
	Fazer atividades	6	2, 333	Morrer	7	3, 286		Doença/doente	8	2, 250		Frágil	6	2, 833			
	Frágil	9	2, 444	Passear/viajar/sair	7	2, 714		Experiência	6	1, 667		Preconceito/discriminação	9	3, 000			
	Trabalhar	7	2, 429	Precisa de ajuda	6	3, 833		Fazer atividades	7	2, 429		Proporcionar ajuda	7	2, 571			
				Queda	7	3, 143		Lucidez/esquecimento	6	2, 167		Queda	8	3, 625			
						Passear/viajar/sair	6	2, 333									
						Saudável	6	2, 333									

Nota: conteúdo extraído do programa NVivo versão 10.

A presença dos elementos de valoração negativa lucidez/esquecimento, difícil/ruim, morrer e não aguentar fazer as coisas pode servir de alerta para que enfermeiros direcionem intervenções educativas e terapêuticas em saúde numa tentativa de mudança da concepção a respeito do processo de envelhecimento a fim de que este seja ativo e bem-sucedido.

O foco das intervenções em saúde e em enfermagem serão as representações periféricas e que possam migrar para o provável núcleo central (área de contraste e primeira periferia). Na área de contraste, o cognema “fazer atividades” foi identificado tanto para a “pessoa ser idosa” quanto para a “pessoa ser envelhecida” e representa a percepção das pessoas referentes ao hábito de se manterem ativas e engajadas em AVDs e AIVDs. Este fato deve ser reforçado pelas intervenções educativas de enfermagem e/ou proposição de meios/fontes de atividades alternativas de distração e ocupação das pessoas idosas.

Na área de contraste, foram identificados ainda os cognemas: difícil/ruim, frágil e trabalhar, bom/feliz, doença/doente, experiência, lucidez/esquecimento, passear/viajar/sair e saudável. Estes cognemas foram considerados importantes para um subgrupo da população e, se for ampliado por intervenções em saúde, podem migrar para o núcleo central.

Mediante esta afirmativa, o foco das ações educativas pode versar sob a ampliação dos elementos positivos para que estes migrem para a centralidade e a mudança de concepção dos elementos negativos (difícil/ruim) e/ou a aceitação destes como condições que podem estar presentes no processo de envelhecimento (frágil, doença/doente e lucidez/esquecimento), mas que podem ser trabalhadas numa forma adaptativa (estímulo às potencialidades e apoio às limitações que possam surgir com o passar dos anos).

Na primeira periferia, surgiram os cognemas: alimentação, conviver, dependência/limitação, Deus, enfrentar e família tanto para a “pessoa ser idosa” quanto para a “pessoa ser envelhecida”. Surgiram ainda os cognemas: independência, preconceito/discriminação para a “pessoa ser idosa” e precisa de cuidador e receber ajuda para a “pessoa ser envelhecida”.

Assim como os conteúdos da área de contraste, os elementos da primeira periferia foram considerados importantes para os sujeitos e podem ser modificados mediante ações educativas ou intervenções de enfermagem para a otimização dos elementos positivos e/ou atitudes, comportamentos de adaptação às condições de vida e saúde atuais (podem vir a pertencer ao provável núcleo central) e a modificação dos elementos negativos “preconceito/discriminação”, numa mudança de concepção, visando a diminuição ou eliminação deste elemento.

De um modo geral, deu-se a compreensão das RS identificadas para a “pessoa ser idosa e a “pessoa ser envelhecida” como fator capaz de redimensionar as ações educativas em saúde, o planejamento das possíveis intervenções de enfermagem e como eles percebem esta fase de suas vidas, mediante três focos: 1) otimização dos cognemas (“fazer atividades”, “trabalhar”, “bom/feliz”, “experiência”, “passear/viajar/sair”, “saudável”, “alimentação”, “conviver”, “Deus”, “enfrentar”, “família” e “independência”); 2) proporcionar condições de adaptação e aceitação dos cognemas

("frágil", "doença/doente", "lucidez/esquecimento", "dependência/limitação", "precisa de cuidador" e "receber ajuda") e 3) mudança de concepção dos cognemas ("difícil/ruim" e "preconceito/discriminação").

Ao comparar os conteúdos centrais do sistema de crenças de Rokeach (A e B) com o possível núcleo central (QSE) da abordagem Estrutural das RS, foi possível identificar as semelhanças: "não poder fazer as coisas" e "não aguentar fazer as coisas"; o "valor da pessoa idosa e avaliação da pessoa ser idosa" com "avaliação de ser velho" e "idade chega"; "aprendizado de vida" com "experiência" e "cuidado profissional" com "precisa de cuidador e cuidado". Esta aproximação mostra certa semelhança entre os conteúdos em diferentes métodos, para se confirmar: crenças, comportamentos, atitudes, valores, informações, conhecimentos e posicionamento dos sujeitos investigados quando indagados sobre o processo de envelhecimento.

Ao analisar comparativamente os elementos identificados na abordagem estrutural da TRS, segundo o eixo de centralidade na concepção das crenças de Rokeach e da teoria do Núcleo central foi possível identificar que eles possuem concepções aproximadas. A diferença está alicerçada em critérios conceituais e se deve ao fato de o sistema de crenças aquelas do tipo A e B serem consideradas centrais ao passo que na teoria do núcleo central eles estão alocados em quadrantes distintos. Isto equivale a dizer que segundo as crenças do tipo A para Rokeach possuem correspondência nos elementos da representação alocados no QSE (que são consensualizadas segundo critério de frequência e *Rang*) ao passo que as crenças do tipo B possuem correspondência com os elementos alocados no QIE (tendo em vista que possuem menor frequência e são consensualizados somente para um subgrupo).

Ao analisar a percepção do processo de envelhecimento dos sujeitos investigados à luz das políticas (inter)nacionais do processo de envelhecimento ativo e bem-sucedido, foi possível traçar uma linha tênue de ligação entre os determinantes e os pilares.

Desse modo, o "gênero" e a "cultura", enquanto determinantes transversais, são capazes de influenciar os demais determinantes do processo de envelhecimento. O agrupamento dos determinantes: de saúde e serviço social (promoção da saúde, prevenção de doenças, serviços curativos e assistência em longo prazo); comportamentais (atividade física, alimentação saudável, abstinência do fumo e álcool e uso correto dos medicamentos) e pessoais (biologia e genética e fatores psicológicos) compõe o pilar de saúde.

Tal entendimento corresponde a uma análise ampla da dimensão de saúde conforme a percepção dos próprios sujeitos a respeito dos determinantes que a compõem, para posterior planejamento de ações educativas e ações/intervenções de enfermagem voltadas para as

dimensões: fatores de risco comportamentais e ambientais para doenças crônicas, o declínio funcional e os fatores de proteção à saúde, os quais incluem os determinantes de saúde e serviço social, comportamentais e pessoais.

Os determinantes relacionados ao ambiente físico (moradia e vizinhança segura e risco de quedas); ambiente social (apoio social, proteção contra violência e maus-tratos, oportunidades de educação e aprendizagem permanente) e econômico (renda, trabalho e proteção social) constituem o pilar segurança, para ações educativas em saúde e a estruturação de grupos de apoio que visem à promoção da seguridade (social, física e financeira).

O pilar participação pode ser considerado o mais amplo e engloba a inserção da pessoa idosa em atividades: sociais, econômicas, culturais e espirituais. Depende não apenas de um determinante específico, este está relacionado aos oito determinantes do processo de envelhecimento, uma vez que o engajamento ativo e bem-sucedido em suas atividades corrobora com o atendimento inicialmente das demandas relacionadas aos pilares de saúde e segurança.

Desse modo, para que se tenha um planejamento de ações educativas, intervenções em saúde e de enfermagem e a promoção dos núcleos de apoio às pessoas em processo de envelhecimento, primeiramente deve-se conhecer o perfil dos sujeitos. Estes serão o foco de atuação com o conhecimento a respeito dos determinantes, para posterior ação sob os pilares (participação, saúde e segurança), sem esquecer, obviamente, do envolvimento dos diversos setores de saúde e sociais no planejamento das ações (ação intersetorial).

O fato de as pessoas envelhecerem traz consigo a percepção de que este processo possui como característica específica a perda gradual da capacidade vital. Com isso, à medida que envelhecem, as pessoas tendem a adquirir o medo relacionado à dependência, à incapacidade e ao surgimento de doenças crônico-degenerativas e aproximação com a terminalidade.

A sociedade atual valoriza a vitalidade, saúde, beleza, juventude, impostas por padrões de produtividade e/ou relacionados à beleza estética que destoam do processo natural do que ocorre na vida com o passar dos anos. E a concepção apresentada pelos sujeitos remete ao fato do processo de envelhecimento estar permeado pela perda da beleza, capacidade física e pela instalação de processos patológicos que podem justificar o comportamento das pessoas se sentirem frustradas em face às mudanças (biológicas, sociais, psicológicas, culturais e espirituais) e as limitações próprias ao processo de agrisalhecimento.

Todo este processo de mudança e surgimento de limitações à medida em que as pessoas envelhecem foi evidenciado pelo uso de multimétodos qualitativos (sistema de crenças de Rokeach e Teorias Explicativas do Processo de Envelhecimento Humano, RS nas Abordagens Estrutural e

Processual e releitura das Políticas (Inter)Nacionais do Processo de Envelhecimento Ativo e Bem-sucedido).

A utilização destes referenciais deveu-se à busca por uma ampla descrição do processo de envelhecimento sob diferentes abordagens para um grupo socialmente constituído por pessoas com idade ≥ 65 anos. Os resultados obtidos foram capazes de instrumentalizar o enfermeiro a repensar o cuidado de enfermagem para as pessoas em processo de envelhecimento a partir do conceito ampliado de saúde e envelhecimento ativo (determinantes e pilares). Face ao exposto, foi possível a aproximação dos resultados encontrados com a Teoria Transcultural de Medeleine Leininger.

A Teoria Transcultural foi desenvolvida pela enfermeira norte-americana Medeleine Leininger na década de 60. Também conhecida como: Etnoenfermagem ou Enfermagem Cross-cultural. Esta teoria pode ser definida como o estudo de crenças, valores e práticas de cuidados de enfermagem, conforme concepção e conhecimento cognitivo de um determinado grupo ou cultura, através do contato ou experiência direta com as pessoas, suas crenças, valores, atitudes, comportamentos e representações a respeito de um fato ou acontecimento^{108; 109} e, no caso em estudo, o processo de envelhecimento.

Na perspectiva da Teoria Transcultural, a construção do cuidado necessita ser aprofundada e realizada por meio de investigações científicas, voltadas para uma visão humanista capaz de reconhecer a existência de forças relacionadas ao ambiente físico/social/cultural, a fatores comportamentais/pessoais, assim como as condições econômicas e provenientes do sistema de saúde e serviço social (determinantes do processo de envelhecimento).

A Teoria Transcultural é impregnada de significados atribuídos à integralidade do cuidado ao ser humano, fato fundamental para o conhecimento, explicação, interpretação e predição do processo de cuidar em enfermagem. O cuidado cultural nesta perspectiva teórica envolve: conceitos, significados, expressões, padrões, processos e formas estruturais e pode ser utilizado de formas diversas adaptadas à realidade cultural de um grupo¹⁰⁵.

Nesta visão, os cuidados de enfermagem poderão ser culturalmente satisfatórios e contribuir para o bem-estar daqueles que cuidamos, seus familiares, grupos e comunidades dentro do contexto em que vivem. Estas formas de cuidados que as pessoas envelhecidas necessitam possuem congruência com suas crenças, valores, representações e realidade que vivenciam¹⁰⁵.

O processo de envelhecimento pode ser considerado um fenômeno transcultural, pois atinge a pessoas de diferentes nacionalidades e culturas. Porém este apresenta características próprias, uma vez que, em cada grupo social, as pessoas aprendem a se adaptar por meio de influências comportamentais das demais pessoas do grupo.

A questão adaptativa compreende o enfrentamento pessoal e enfrentamento ao processo de degeneração evolutiva do organismo e a convivência adequada às relações com seus contemporâneos e descendentes. A adequação do cuidado de enfermagem a partir desta teoria baseia-se na conscientização e no despertar do enfermeiro sobre a aplicabilidade do cuidado, sob esta perspectiva, as pessoas que estão em processo de envelhecimento. Para isso, as ações educativas e intervenções de enfermagem devem ser realizadas de forma coerente com as crenças, valores, representações e necessidades de saúde apresentadas pelos próprios sujeitos.

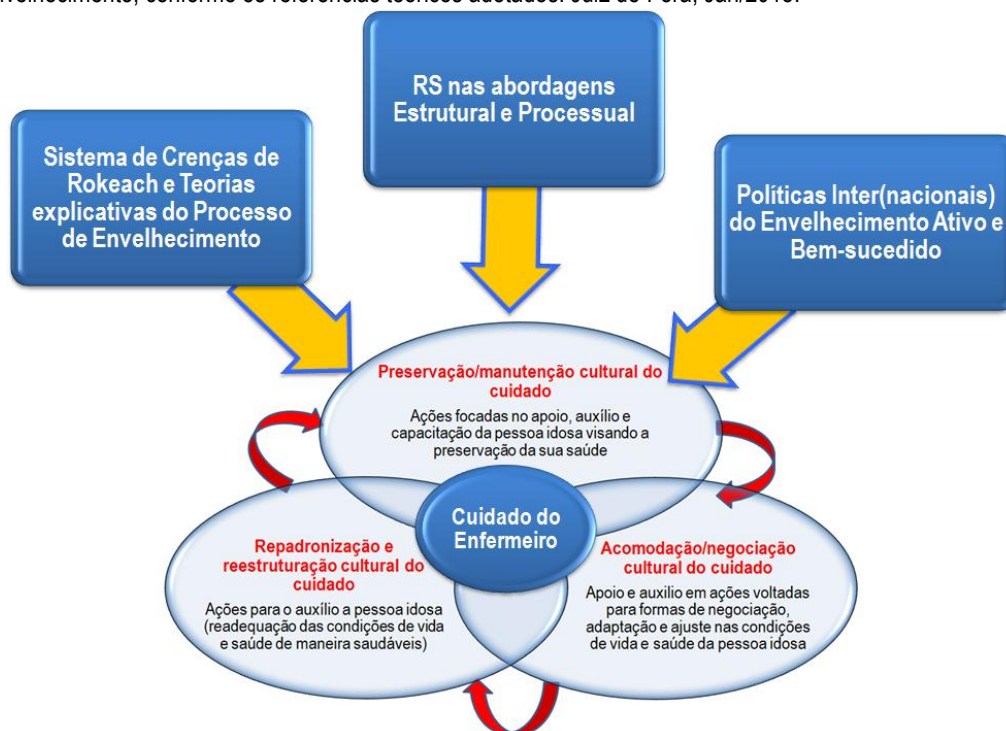
Segundo Leininger, é necessária a preservação/manutenção cultural do cuidado, a acomodação/negociação cultural do cuidado e a repadronização/reestruturação cultural do cuidado^{105; 109}. Esta estrutura pode ser adaptada e aplicada às pessoas em processo de envelhecimento conforme os referenciais teóricos adotados nesta investigação, como apresentado na **figura 15**.

A partir desta compreensão, o enfermeiro, ao realizar o cuidado transcultural à pessoa idosa, irá valorizar o estudo sistemático de comportamentos e atitudes de cuidados apropriados aos padrões voltados para a adaptação às condições de saúde e limitações, a promoção do bem-estar, a preservação da independência e autonomia e do envelhecimento ativo e bem-sucedido daqueles que envelhecem.

Uma qualidade indispensável e indissociável ao enfermeiro para a realização do cuidado transcultural é a comunicação. As pessoas idosas necessitam que a linguagem dos profissionais que delas cuidam seja adaptada às suas necessidades.

Ao envelhecer, as pessoas podem se tornar portadoras de algum tipo de dificuldade e/ou limitação relacionada aos órgãos dos sentidos, em especial a fala, visão e audição, o que exige do enfermeiro o desenvolvimento de habilidades comunicacionais e um processo acurado de avaliação da pessoa idosa. Faz necessário ainda o conhecimento dos cenários onde a pessoa vive (contexto familiar, ambiental, social e cultural), objetivando o conhecimento dos problemas de saúde reais e potenciais¹⁰⁹.

Figura 15: Esquema explicativo da relação entre a enfermagem o cuidado Transcultural às pessoas em processo de envelhecimento, conforme os referencias teóricos adotados. Juiz de Fora, Jan/2015.



Nota: os autores.

A utilização do sistema de crenças de Rokeach, de teorias explicativas do processo de envelhecimento humano, das representações sociais nas abordagens Estrutural e Processual e das políticas inter(nacionais) do Envelhecimento Ativo e Bem-sucedido é capaz de instrumentalizar o enfermeiro a conhecer crenças, hábitos, valores, conhecimentos, costumes e comportamentos das pessoas com idade ≥ 65 anos, para o processo de envelhecimento.

Para tanto, o enfermeiro deverá atuar de forma a fortalecer a utilização e manutenção da independência (física e mental), autonomia, autossuficiência e do autocuidado que são fatores capazes de promover a autoestima e formas positivas de as pessoas envelhecidas se posicionarem e avaliarem as condições de vida e saúde.

Cabe mencionar que a transição da idade adulta para a velhice contém particularidades que o enfermeiro necessita conhecer para estabelecer metas de cuidado. Na fase adulta, a pessoa transita por períodos de certezas, estabilidade, motivação, higidez física, vitalidade, enfrentamento fácil das situações difíceis, possui ocupação (renda, produtividade, profissão e estilo de vida) e independência¹⁰⁹.

A fase da vida relacionada ao crescimento e desenvolvimento humano é influenciada pelo modo de ser de cada pessoa. Desse modo, é possível o estabelecimento do cuidado antecipatório com vistas à promoção da vida com qualidade e a percepção da vivência enquanto pessoa adulta

como etapa potencializadora da maturidade, no qual os ganhos sobressaiam às perdas inevitáveis, objetivando-se o alcance da resolubilidade de crises (sociais, familiares, espirituais e econômicas), considerando-se os conhecimentos, experiências e saberes acumulados durante a vida¹⁰⁹.

Diante do exposto, é possível estabelecer um modelo de cuidado transcultural que permeia as mudanças próprias do envelhecimento, emergidas para cada grupo de pessoas socialmente constituído, e associar à experiência de vida apresentada pelas pessoas idosas e então planejar e propor ações educativas e de cuidados que possam considerar o contexto de vida das pessoas envelhecidas, sob o processo de cuidar em enfermagem.

A transição da fase adulta para a fase do envelhecimento impõe às pessoas um enfrentamento do tempo cronológico, das diferenças de gênero e da cultura (determinantes transversais do envelhecimento ativo), da utilização dos serviços sociais públicos e privados, assim como as diferentes modificações e limitações que possam vir a surgir quando avaliado o conceito ampliado de saúde.

Estas limitações incluem as dimensões: alterações corporais (deterioração de sistemas orgânicos, da aptidão física, visão, audição e sexualidade); perda do papel social e motivação; mudanças psicológicas; crise de identidade e sentimento de inutilidade; solidão e isolamento; depressão e baixa autoestima; desengajamento em atividades sociais, redução ou desistência do trabalho decorrente da idade, limitações físicas e ou aposentadoria¹⁰⁹.

Pode-se citar ainda a proteção exagerada dos familiares e/ou a ausência deles em situações de dependência; a vulnerabilidade e fragilidade da pessoa idosa mediante a idade (≥ 75 anos) e modificações associadas ao processo de envelhecimento.

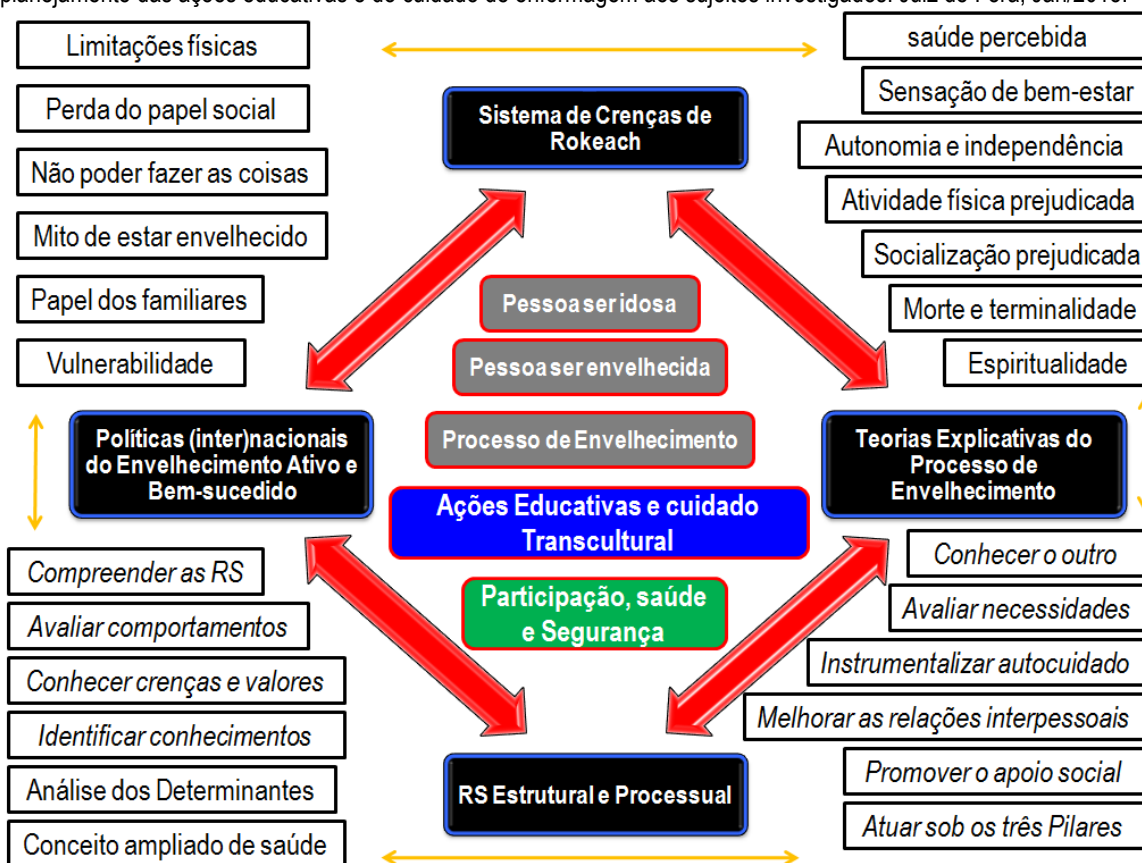
Estes fatores, atrelados às vivências em grupo, fazem com que as pessoas criem o mito de se estar envelhecidas, acrescido de restrições a tudo e alterações nos comportamentos pessoais, dependência parcial ou total, tristeza, colapso de ideias, sedentarismo, alimentação inadequada, comunicação alterada, comportamentos preconceituosos e o não engajamento na participação social e atividades de lazer¹⁰⁹.

Estes aspectos originados com o processo de envelhecimento, juntamente com o surgimento de doenças contribuem para a ampliação do perfil de vulnerabilidade da pessoa idosa. A condição de a “pessoa ser idosa” ou “pessoa ser envelhecida” e estar doente faz com que a pessoa experimente alterações de hábitos de vida, o enfrentamento de riscos, agravamento de sinais e sintomas, uso de diferentes medicações, hospitalizações, mudanças no estilo de vida e perda da desenvoltura física.

Tais situações podem ser capazes de levar a pessoa idosa à perda ou redução do bem-estar, atividade física e socialização abalada. Neste *continuum* saúde-doença, a pessoa idosa convive com a finitude e o medo da morte; tensão e fadiga; e tende a transparecer a espiritualidade expressa por meio da manifestação e participação religiosa que se mostra de forma intensa enquanto ela experimenta situações de crise (identidade, vida e saúde)¹⁰⁹.

Esses aspectos, quando conhecidos e levados em consideração pelo enfermeiro, podem favorecer o planejamento e a execução do cuidado transcultural, considerando cada situação evidenciada por diferentes métodos para os sujeitos investigados para o processo de envelhecimento. Na **Figura 16**, foi estruturado um esquema explicativo da aplicabilidade dos referenciais teóricos adotados de forma interligada à teoria Transcultural.

Figura 16: Esquema explicativo da aplicabilidade dos referenciais teóricos adotados para a enfermagem no planejamento das ações educativas e do cuidado de enfermagem aos sujeitos investigados. Juiz de Fora, Jan/2015.



Nota: os autores.

O modo de vivenciar e enfrentar as situações de vida e saúde é constituído por diferentes nuances que, pela própria natureza, são imputadas em cada pessoa de uma forma distinta

(individualidade e subjetividade), porém os determinantes deste processo foram semelhantes dentro do grupo¹⁰⁹.

A partir das reflexões explicitadas na **Figura 16**, um esquema da aplicabilidade dos referenciais adotados nesta investigação (Sistema de crenças de Rokeach e Teorias Explicativas do Processo de Envelhecimento Humano; RS segundo as abordagens: Estrutural e Processual e Políticas (Inter)nacionais do Envelhecimento Ativo), para as ações educativas e planejamento do cuidado de enfermagem aos sujeitos investigados, pessoas com idade ≥ 65 anos.

O aporte teórico da Teoria Transcultural de Madeleine Leininger contribuiu para a reflexão acerca das possibilidades de atuação do enfermeiro diante das evidências apresentadas pelos sujeitos a respeito do processo de envelhecimento. Nesta perspectiva, o cuidado transcultural pode contribuir com as pessoas em processo de envelhecimento ao utilizar-se dos três modos de ação propostos por Leininger: a preservação e manutenção, a acomodação e negociação e a repadronização e reestruturação do cuidado cultural, conforme apresentado anteriormente nas **Figuras 16 e 17**.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar as representações sociais, seus contornos simbólicos e o sistema de crenças de Rokeach para o processo de envelhecimento de pessoas com idade ≥ 65 anos na perspectiva do cuidado de enfermagem, foi possível identificar: crenças, comportamentos, atitudes, conhecimentos, imagens, valores, concepções e formas de enfrentamento do processo de envelhecimento, demandas de cuidados em saúde e possível cenário de atuação do enfermeiro nas Unidades de Saúde.

As 93 pessoas com idade ≥ 65 anos eram: mulheres (62,4%) com idade média 72 (variabilidade 65 a 96 anos); cor de pele declarada parda (51,6%); casadas ou viviam com companheiro (53,76%); com até oito anos de escolaridade (88,15%), renda de até dois salários mínimos (94,5%). Do total de pessoas, 92,46% eram aposentadas ou pensionistas com tempo médio de aposentadoria de 9,5 anos.

O sistema de crenças de Rokeach a respeito do processo de envelhecimento e das evidências de a “pessoa ser idosa” e de a “pessoa ser envelhecida” possibilitou identificar como conteúdos centrais: 1) envelhecimento precoce e influências ambientais; 2) caracterização física e visual do processo de agrisalramento; 3) ser útil; 4) inserção em atividades e/ou trabalhar; 5) passear/viajar/sair; 6) hábitos/comportamentos de vida; 7) impossibilidade de fazer as coisas; 8) continuum saúde doença 9) preconceito e discriminação; 10) valorização da pessoa idosa e; 11) cuidado profissional; 12) convivência; 13) aprendizado de vida; 14) avaliação da pessoa ser idosa; 15) aproximação com a morte/terminalidade; 16) Deus; 17) religiosidade e espiritualidade; 18) participação/prática religiosa e 19) posicionamento religioso influenciando na busca por atendimento nos serviços de saúde.

O eixo imaginário de centralidade/perifericidade do sistema de crenças de Rokeach para o processo de envelhecimento tendeu à perifericidade com 696 crenças centrais (tipos A e B) e 1.006 crenças periféricas (D e E).

Ao compreender as representações sociais, seus elementos e hierarquização a respeito de a “pessoa ser idosa” e a “pessoa ser envelhecida”, foi possível identificar como componentes comuns aos dois núcleos centrais os cognemas: avaliação de ser velho, avaliação da vida e idade chega, cujos conteúdos advindos das abordagens estrutural e processual foram ancorados no conhecimento popular e científico.

Como componentes peculiares ao termo indutor a “pessoa ser idosa”, surgiram os cognemas: bom/feliz, experiência, lucidez/esquecimento e precisa de cuidador; e, para o termo

indutor a “pessoa ser envelhecida”: cuidado, difícil/ruim, morrer e não aguentar fazer as coisas. Em ambos os casos, as representações foram construídas mediante a história de vida, experiências pessoais, contatos sociais, condições de vida e influências familiares e religiosas.

A articulação dos conteúdos centrais do eixo de centralidade/perifericidade do sistema de crenças de Rokeach com os componentes nucleares da Abordagem Estrutural das RS para a “pessoa ser idosa” e a “pessoa ser envelhecida” permitiu identificar uma aproximação entre o possível núcleo central (QSE) da abordagem Estrutural das RS com os conteúdos centrais das crenças dos tipos A e B para: “não poder fazer as coisas” e “não aguentar fazer as coisas”; o “valor da pessoa idosa e avaliação da pessoa ser idosa” com “avaliação de ser velho e idade chega”; “aprendizado de vida” com “experiência” e “cuidado profissional” com “precisa de cuidador e cuidado”.

A semelhança entre os conteúdos obtidos a partir de diferentes métodos adotados na presente investigação possibilitou identificar: crenças, comportamentos, atitudes, valores, informações, conhecimentos e posicionamento dos sujeitos a respeito do processo de envelhecimento, ou seja, componentes utilizados por enfermeiros enquanto elementos fundamentais à estruturação do cuidado de enfermagem.

Considerando que o componente social foi comum nas abordagens metodológicas adotadas, buscou-se, no referencial teórico/filosófico da Teoria Transcultural proposta por Madeleine Leininger, uma argamassa capaz de reunir e aplicar o sistema de crenças de Rokeach às RS nas abordagens estrutural e processual e às políticas públicas com vistas à elaboração de reflexões para a atuação do enfermeiro no processo de planejamento do cuidado de enfermagem às pessoas em processo de envelhecimento.

O Sistema de crenças de Rokeach e sua aproximação com as “Teorias Explicativas do Processo de Envelhecimento Humano”; as RS nas abordagens estrutural e processual e as Políticas (Inter)nacionais do Envelhecimento Ativo, quando analisadas à luz das três formas de ação propostas por Leininger (a preservação e manutenção; a acomodação e negociação e a repadronização e reestruturação do cuidado cultural), compõem uma proposta de atuação para que enfermeiros atuem junto a pessoas em processo de envelhecimento fundamentados cientificamente e dentro de um referencial próprio da categoria.

A aplicabilidade e contribuição desta investigação para a enfermagem ultrapassa a realização de um diagnóstico situacional direcionado a pessoas com idade ≥ 65 anos, moradoras de uma área de saúde coberta pelo PACS e que possuem vulnerabilidades (socioculturais e socio-relacionais). Ela retrata uma reflexão sobre formas distintas de apreender as respostas dos

indivíduos a partir de referenciais teóricos, metodológicos, filosóficos, sociais e políticos de grupos socialmente constituídos a respeito do processo de envelhecimento na busca por um modelo teórico de enfermagem capaz de contribuir para que o processo do envelhecimento seja ativo e em consonância com o conceito ampliado de saúde.

Neste sentido, os métodos, as técnicas e referências utilizados (crenças de Rokeach, representações sociais processuais e estruturais; determinantes e pilares do processo do envelhecimento ativo) constituíram formas de apreender como o processo do envelhecimento é compreendido e vivido por um grupo social e como estes elementos podem subsidiar a atuação do enfermeiro dentro de um referencial próprio da categoria.

A aproximação da Teoria Leininger às reflexões finais desta investigação podem direcionar o enfermeiro para definir ações educativas e intervenções de enfermagem baseadas no cuidado transcultural às pessoas em processo de envelhecimento.

Nesta alternativa, o enfermeiro poderá: conhecer a pessoa que atende na perspectiva de um ser culturalmente definido; detectar suas necessidades; conhecer os determinantes do processo de envelhecimento apresentados pelo grupo; planejar ações/intervenções alicerçadas nos três pilares do envelhecimento ativo; potencializar a capacidade, autonomia e independência daqueles que cuida; instrumentalizá-los para que o autocuidado; promover a autoestima, o respeito, o sentimento de utilidade/participação e assegurar princípios de dignidade e segurança pessoal, familiar, social, cultural e espiritual; utilizar o conteúdo apreendido a partir das crenças e das representações positivas como marcadores de envelhecimento bem-sucedido e fazer a identificação das crenças e representações negativas enquanto componentes a serem ressignificados por ações terapêuticas.

O fato de o recorte populacional compreender pessoas com idade ≥ 65 anos adstritas à área coberta pelo PACS de uma Unidade de Saúde que não está inserida no Programa Saúde da Família (PSF) pode ser considerado simultaneamente como um limite desta investigação e uma contribuição, na medida em que possibilitou a elaboração de um diagnóstico situacional aplicável a uma população socialmente adstrita.

Diante do exposto, são sugestões dos autores: 1) a aplicabilidade desta investigação em outras realidades, em especial UAPS que sejam cobertas pelo PSF e 2) a realização de investigações semelhantes em pessoas com idade entre 50 e 60 anos, faixa etária em que a identificação de suas especificidades poderá corroborar para ações em nível da prevenção de doenças e agravos.

7 REFERÊNCIAS

- 1 ROKEACH, Milton. **Crenças, Atitudes e valores: uma teoria de organização e mudança**. Rio de Janeiro: Editora Interciência, 1981, p.178.
- 2 PEREIRA, C.; CARDOSO, S. J.; RIBEIRO, A. R. C. Teste empírico de um modelo sobre as relações entre os sistemas de valores e as atitudes democráticas. **PSICOLOGIA**, 2014; 19(1/2): 227-50. ISSN 0874-2049.
- 3 RODRIGUES, A. Consistência cognitiva e comportamento social. **Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada**, v. 21, n. 2, p. 9-86, 2014. ISSN 0004-2757.
- 4 DE FREITAS, M. C.; FERREIRA, M. A. Velhice e pessoa idosa: representações sociais de adolescentes escolares. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2013; 21(3): 1-8.
- 5 FERREIRA, O. G. L. et al. O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. **Rev. esc. enferm. USP**, p. 1065-1069, 2010.
- 6 ORGANIZATION, W. H. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. In: (Ed.). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**: OPAS, 2005.
- 7 RINALDI, F. C.; CAMPOS, M. E. C.; SODRÉ, F. S. S. O Papel da Enfermagem e sua Contribuição para a Promoção do Envelhecimento Saudável e Ativo. **Gestão e Saúde**, v. 4, n. 2, p. pag. 454-466, 2013. ISSN 1982-4785.
- 8 SOUSA, S. S. et al. Study of sociodemographic factors associated with functional dependence in the elderly. **Revista de Enfermagem da UFPI**, v. 2, n. 1, p. 44-48, 2013.
- 9 TORRES, A. G. et al. Efeitos da prática da caminhada de idosos em grupo: um olhar do protagonista. **JMPHC. Journal of Management and Primary Health Care**, v. 4, n. 1, p. 19-26, 2013. ISSN 2179-6750.
- 10 MAZO, G. Z. et al. Do diagnóstico à ação: grupo de estudos da terceira idade: alternativa para a promoção do envelhecimento ativo. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 14, n. 1, p. 65-70, 2012. ISSN 2317-1634.
- 11 LIMA, Â. M. M. D.; SILVA, H. S. D.; GALHARDONI, R. Successful aging: paths for a construct and new frontiers. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 12, n. 27, p. 795-807, 2008. ISSN 1414-3283.
- 12 Brasil, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528 DE 19 de Outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-2528.htm>.
- 13 Brasil, Minas Gerais, Ministério da Saúde. **Atenção a saúde do idoso**. Belo Horizonte: SAS/MG. 2006; 01: 1-186.
- 14 FRIES, A. T.; PEREIRA, D. C. Teorias do Envelhecimento Humano. **Revista Contexto & Saúde**, v. 10, n. 20, p. 507-514, 2013. ISSN 2176-7114.

- 15 BRASIL. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003.** Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília: Senado. 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm.
- 16 MENESES, D. L. P. et al. A dupla face da velhice: o olhar de idosos sobre o processo de envelhecimento. **Enfermagem em Foco**, v. 4, n. 1, 2013. ISSN 2177-4285.
- 17 DIAS, J. A. et al. Ser idoso eo processo do envelhecimento: saúde percebida. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, n. 2, p. 372-379, 2011. ISSN 1414-8145.
- 18 RIBEIRO, P. C. C. et al. Variabilidade no envelhecimento ativo segundo gênero, idade e saúde. **Psicologia em Estudo**, v. 14, n. 3, p. 501-509, 2009.
- 19 TEIXEIRA, I. N. D.; NERI, A. L. Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. **Psicologia USP**, v. 19, n. 1, p. 81-94, 2008. ISSN 1678-5177.
- 20 Governo de Portugal. Secretaria de Estado da Cultura. **Ano Europeu do Envelhecimento Activo e da Solidariedade entre Gerações 2012:** GEPAC Nov/2013.
- 21 MENDES, C. K. T. T. et al. Representações Sociais de Trabalhadores da Atenção Básica de Saúde sobre Envelhecimento. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 3, p. 148-155, 2012. ISSN 1983-1447.
- 22 LIMA, T. J. V. D. et al. Humanization in elderly health care. **Saúde Soc**, 2010; 19(4): 866-77. ISSN 0104-1290.
- 23 ALMEIDA, S. T. G. et al. Care of the elderly: factors that influence the performance of health professionals in primary care. **Rev. Pesqui.: Cuid. Fundam.** (Online), 2011; 3(5):135-44. ISSN 2175-5361.
- 24 IBGE. **Síntese de indicadores sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira.** Rio de Janeiro; 2010. Accessed in: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/sinteseindicadores2010/SIS_2010.pdf.
- 25 Brasil, Ministério da Saúde. **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. Brasília (DF): 1994.
- 26 Brasil. **Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996.** Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d1948.htm.
- 27 Brasil. **Portaria MS/GM nº 2528, de 20 de outubro de 2006.** Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: <http://www.saudeidoso.iciet.fiocruz.br/pdf/PoliticaNacionaldeSaude-da-PessoaIdosa.pdf>.

- 28 MORAES, E. Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais. **Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde**, p. 10-54, 2012.
- 29 PINTO, P. F. Envelhecimento ativo, capacidade funcional e atividade física: análise dos fatores que contextualizam o processo de envelhecimento e sua percepção por parte de pessoas idosas: **(Tese de doutorado) Universidade Nova Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas**. 2013.
- 30 SCHAFER, K. C.; BIASUS, F. Representações sociais do envelhecimento, cuidado e saúde do idoso para estudantes e profissionais de enfermagem. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, 9(3): 2013. ISSN 2317-6695.
- 31 MOURA LIMA, J. L. Dimensões Físicas do Envelhecimento–Waneen W. Spirduso, 2005. **BIUS-Boletim Informativo Unimotrisaude em Sociogerontologia**, 4(1): 2013. ISSN 2176-9141.
- 32 ENGERS, V. K.; BEHLING, C. S.; FRIZZO, M. N. A Influência do Estresse Oxidativo no Processo de Envelhecimento Celular. **Revista Contexto & Saúde**, 2013; 11(20): 93-102. ISSN 2176-7114.
- 33 ACCORSINI ACCORSINI, D. **Estendendo Lifespan: A Teoria do Envelhecimento Telomere**. 2013. Accessed in: [nutriculamagazine.com \(HTML\)](http://nutriculamagazine.com). Acessado em 10/Dez/2014.
- 34 DE LUCA, C. et al. A Atuação da Cosmetologia Genética Sobre os Tratamentos Antienvelhecimento. **InterfacEHS**, 8(2): 2013. ISSN 1980-0908.
- 35 PEREIRA, F. C. **Causas da solidão dos idosos de Ponte de Lima**. Universidade Fernando Pessoa Ponte de Lima, 2013 [Monografia]. Disponível em: <http://bdigital.ufp.pt/handle/10284/4019>. Acessado em 10/Dez/2014.
- 36 OLIVEIRA, J. G. D. **D. Indicadores cardiovasculares em idosos praticantes de exercícios físicos regulares e não praticantes, sua qualidade de vida e percepção quanto às modificações do estilo de vida**. 2013. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10923/5501>. Acessado em 10/Dez/2014.
- 37 FRANZEN, J. M.; DOS SANTOS, J. M. S. R.; ZANCANARO, V. Colágeno: Uma Abordagem para a Estética. **Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde**, 2(2): 49-61, 2013. ISSN 2238-832.
- 38 ALMEIDA, S. T. D.; STOBÄUS, C. D.; RESENDE, T. D. L. Cross-cultural adaptation of the Selection, Optimization and Compensation questionnaire (SOC) for application to the elderly. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 16, n. 2, p. 221-237, 2013. ISSN 1809-9823.
- 39 MALUF, M. R.; CARDOSO-MARTINS, C. **Neuropsicologia do Envelhecimento: Uma Abordagem Multidimensional**. São Paulo: Artmed Editora, 2013. ISBN 8582710151.
- 40 DA SILVA, H. S.; OZELLO GUTIERREZ, B. A. Dimensões da Qualidade de Vida de Idosos Moradores de Rua do Município de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 1, 2013. ISSN 0104-1290.

- 41 RALHA, S.; BARBOSA, R. Envelhecer: caminhos pensados, caminhos traçados. **Livro de Atas do VIII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia**, 2013.
- 42 RAMOS, M. P. Arranjos e relações familiares na velhice: um estudo sobre famílias com idosos no Rio Grande do Sul. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*. 2013; 5(9): 7-21. @ 2013 by RBHCS.
- 43 GUIMARÃES, M. C. T. V. **Velhice: perda ou ganho?** Universidade Federal de Santa Catarina Centro de Filosofia e Ciências Humanas Programa de Pós-Graduação em Psicologia Mestrado em Psicologia e Sociedade. [Dissertação] **2013**. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/.../106917.pdf>.
- 44 SCAVONE, L. Perfil da REF dos anos 1999-2012 fil da REF dos anos 1999-2012. **Estudos Feministas**, v. 21, n. 2, p. 587-596, 2013.
- 45 DA SILVA PAULA, R. A Construção Identitária da Pessoa Idosa. **Revista Fórum Identidades**, 2013. ISSN 1982-3916.
- 46 ANDRAOS, C.; LORENZO, C. F. G. Sistema suplementar de saúde e internação domiciliar de idosos na perspectiva da bioética crítica. **Revista Bioética**, v. 21, n. 3, 2013. ISSN 1983-8034.
- 47 OMRAN, A. R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. **Milbank Quarterly**, v. 83, n. 4, p. 731-757, 2005. ISSN 1468-0009.
- 48 BARCELOS, A. M. F. Reflexões acerca da mudança de crenças sobre ensino e aprendizagem de línguas. **Revista Brasileira de Linguística Aplicada**, v. 7, n. 2, p. 109-138, 2007. ISSN 1984-6398.
- 49 SILVEIRA, T. **Programa de desenvolvimento de fornecedores Gerdau: identificando o perfil de novos participantes através dos Valores Pessoais de Rokeach**. [Trabalho de Conclusão de Curso Bacharel em Administração] Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre; 2007. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/21547/000647479.pdf?sequence=1>.
- 50 ANDRADE, J. A. V. D. **O ensino e aprendizagem de PFOL: uma pesquisa abordando as crenças de docentes e discentes na UTFPR**. 62 f. [Monografia de Conclusão de Curso Licenciatura em letras] – Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Curitiba, 2013.
- 51 PONTIERI, F. M.; BACHION, M. M. Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 151-60, 2010.
- 52 ROKEACH, M. Crenças, atitudes e valores: uma teoria de organização e mudança. Trad. de Angela Maria Magnan Barbosa. Rio de Janeiro: **Ed. Interciência**, 1981.
- 53 DAVID G. F. **Avaliação das Atitudes Profissionais nas Práticas Educativas em Diabetes Mellitus na Atenção Primária**. Universidade Federal de Minas Gerais Escola de Enfermagem [Dissertação]. Belo Horizonte -MG, 2013. Disponível em:

http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/GCPA-9AHGQ9/gizele_ferreira_david.pdf?sequence=1.

- 54 DAVID, G. F.; TORRES, H. D. C.; REIS, I. A. Atitudes dos profissionais de saúde nas práticas educativas em diabetes mellitus na atenção primária doi: 10.4025/ciencucidsaude.v11i4.21658. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 11, n. 4, p. 758-766, 2012. ISSN 1984-7513.
- 55 FONSECA, A. M. D. O.; PORTO, J. B.; BARROSO, A. C. O efeito de valores pessoais nas atitudes frente a estilos de liderança. **Revista de Administração Mackenzie**, v. 13, n. 3, 2012. ISSN 1678-6971.
- 56 ADLER, C. S.; SILVA, A. L. The interface between human values and organizational change: evidences of an acquisition operation. **RAM. Revista de Administração Mackenzie**, v. 14, n. 2, p. 16-41, 2013. ISSN 1678-6971.
- 57 SANTOS, N. M. B. F.; MUNHOZ, I. P.; LELIS, J. W. F. Valores individuais: uma pesquisa com o corpo discente da área de Engenharia. **Interfaces Científicas-Humanas e Sociais**, v. 1, n. 2, p. 57-79, 2013. ISSN 2316-3801. Disponível em: http://www.anpad.org.br/diversos/trabalhos/EMA/ema_2008/2008_EMA176.pdf.
- 58 DE SOUZA LEÃO, A. L. M.; DE MELLO, S. C. B. Marcas como Reflexos de Valores Humanos. In: **Anais do III Encontro de Marketing da ANPAD**. Curitiba/PR. 14 a 16 Maio de 2008.
- 59 GRUBE, J. W.; MAYTON, D. M.; BALL-ROKEACH, S. J. Inducing Change in Values, Attitudes, and Behaviors: Belief System Theory and the Method of Value Self-Confrontation. **Journal of Social Issues**, v. 50, n. 4, p. 153-173, 1994. ISSN 1540-4560.
- 60 DA SILVA NICOLAZZI, E. M. Crenças de servidores de uma universidade pública federal em relação à gestão de pessoas por competências. **Navus-Revista de Gestão e Tecnologia**, v. 3, n. 1, p. 20-30, 2013. ISSN 2237-4558.
- 61 UMETSU, R. K. G. **As influências das crenças dos alunos acerca do corpo docente em relação à aprendizagem de japonês como LÉ: estudo de caso**. 2013. [Monografia de Licenciado em Letras]. Universidade de Brasília.: Curso de Língua e Literatura Japonesa. Disponível em: http://bdm.unb.br/bitstream/10483/5813/1/2013_RafaellaKazueGitiranaUmetsu.pdf.
- 62 OLIVEIRA, A. W. M. **É assim que eu escrevo: estratégias de aprendizagem de Kanji e crenças de professores de língua japonesa em formação**. 2013. [Dissertação] Universidade de Brasília: Programa de Pós-Graduação em Linguística Aplicada. Disponível em: <http://let.unb.br/pgla/wp-content/uploads/2014/05/Andre-Dissertacao-vers%C3%A3o-final.pdf>.
- 63 DA COSTA, T. L. et al. Análise estrutural das representações sociais da terapia antirretroviral entre pessoas que vivem com HIV/Aids: possibilidades de convivência, normatividade e resignificação. **Psicologia e Saber Social**, v. 2, n. 1, p. 104-114, 2013. ISSN 2238-779X.
- 64 GAZZINELLI, M. F. C. et al. Social representations of health education of family health team professionals. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 11, n. 3, p. 553-571, 2013. ISSN 1981-7746.

- 65 OLIVEIRA, D. C. **A Enfermagem e as Necessidades Humanas Básicas: O Saber/fazer a partir das Representações Sociais** [Tese de Titular] Rio de Janeiro: Faculdade de Enfermagem EORJ. 1-122 p. 2001.
- 66 ABRIC, J.-C. **O estudo experimental das representações sociais**. Em D. Jodelet (Org.). *As Representações Sociais* (pp. 155-171). Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001.
- 67 RATEAU, P. et al. Social representation theory. **Handbook of theories of social psychology**, v. 2, p. 477-497, 2012.
- 68 LO MONACO, G. et al. Social Representations, Correspondence Factor Analysis and Characterization Questionnaire: a Methodological Contribution. **The Spanish journal of psychology**, v. 15, n. 03, p. 1233-1243, 2012. ISSN 1988-2904.
- 69 PIANELLI, C.; ABRIC, J.-C.; SAAD, F. Rôle des représentations sociales préexistantes dans les processus d'ancrage et de structuration d'une nouvelle représentation. **Les cahiers internationaux de psychologie sociale**, n. 2, p. 241-274, 2010. ISSN 0777-0707.
- 70 ABRIC, J.-C. La recherche du noyau central et de la zone muette des représentations sociales. **Hors collection**, p. 59-80, 2007. ISSN 2749201233.
- 71 BONOMO, M. et al. Princípios organizadores das representações de rural e cidade. **Sociedade e Estado**, v. 28, n. 1, p. 91-118, 2013. ISSN 0102-6992.
- 72 DE OLIVEIRA, D. C. O Desenvolvimento Infantil no Contexto das Práticas Profissionais de Saúde: Um Estudo de Representações Sociais. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 2, n. 1, p. 5-25, 2013. ISSN 1808-4281.
- 73 ARALDI, J. C., NJAINE, K., OLIVEIRA, M. C. D., & GHIZONI, A. C. Teachers' social representations of abusive use of alcohol and other drugs during adolescence: repercussions on preventive actions in schools. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**. 16: 135-148. p. 2012.
- 74 DOMINGUES, M. A., ORDONEZ, T. N., LIMA-SILVA, T. B., TORRES, M. J., BARROS, T. C. D., & FLORINDO, A. A. Networks of social relations of elderly residents in Ermelino Matarazzo, São Paulo: an epidemiological study. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. 16: 49-59. p. 2013.
- 75 LEÃO E SILVA, L. O., DIAS, C. A., RODRIGUES, S. M., SOARES, M. M., OLIVEIRA, M. A. D., & MACHADO, C. J. Hypertension: Social Representations of the elderly on the disease and its treatment. **Cad. saúde colet.**, (Rio de Janeiro). 21: 121-128. p. 2013.
- 76 SCHAPIRO, A. C., ROGERS, T. T., CORDOVA, N. I., TURK-BROWNE, N. B., & BOTVINICK, M. M. Neural representations of events arise from temporal community structure. **Nature neuroscience**. 2013.
- 77 SARAIVA, E. C. A. D. C. **Representações sociais dos estudantes de pedagogia sobre a pedagogia hospitalar**. [Dissertação]. Brasília: Faculdade de Educação da Universidade de Brasília. 2013; 88p.

- 78 MONTEIRO, C. M. G. Representações sociais da cidade: do imaginário ao real. In: **Anais de Encontros Nacionais da ANPUR** 2013.
- 79 _____. **representações sociais da cidade: do imaginário ao real**. Anais: Encontros Nacionais da ANPUR 2013. Accessed in: unuhospedagem.com.br/revista/rbeur/index.php/anais/search/titles?.
- 80 JODELET, D. Brazilian contributions to Community Psychology. **Psicologia e Saber Social**. 18: 99-155. p. 2013.
- 81 _____. Conflicts entre histoire mémorielle et histoire historique/Conflicts between memorial history and historical history. **Psicologia e Saber Social**. 1: 151-162 p. 2013.
- 82 VEIGA, K. C. G., FERNANDES, J. D., & PAIVA, M. S. Factorial analysis of correspondence of the social representations about nurse nocturnal work. **Rev. bras. enferm.** 66: 18-24 p. 2013.
- 83 ALMEIDA, A. M. O., & SANTOS, M. A Teoria das Representações Sociais. **Psicologia Social: principais temas e vertentes**. Porto Alegre: Artmed. 2011.
- 84 SAMPAIO, D. M. N., VILELA, A. B. A., & SIMÕES, A. V. Social representations and nursing practice: limits, progress, and prospects. **Revista Enfermagem UERJ**. 20: 481-487. p. 2013.
- 85 ARAUJO, J. S., CONCEIÇÃO, V. M. D., & OLIVEIRA, R. A. A. Representations of social workers facing alcohol. **Journal of Nursing UFPE**. 7: 5890-5895. p. 2013.
- 86 SANTOS, É. I., GOMES, A. M. T., DE OLIVEIRA, D. C., & DO ESPÍRITO SANTO, C. C. Between suffering and pleasure: vulnerability to nurses in their interpersonal relationships with HIV/AIDS patients. **Revista Enfermagem UERJ**. 21: 9-15. p. 2013.
- 87 ARREGUY-SENA, C., ROJAS, A. D. V., & SOUZA, A. C. S. Representação social de enfermeiros e acadêmicos de enfermagem sobre a percepção dos riscos laborais a que estão expostos em unidades de atenção á saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. 2: 1518-1544. p. 2006.
- 88 OLIVEIRA, D. C. Construção e transformação das representações sociais da aids e implicações para os cuidados de saúde. **Revista latino-am-enfermagem**. 2013; 21: 10p.
- 89 DO NASCIMENTO, K. C.; GOMES, A. M. T.; ERDMANN, A. L. A estrutura representacional do cuidado intensivo para profissionais de Unidade de Terapia Intensiva móvel. **Rev Esc Enferm USP**, v. 47, n. 1, p. 176-84, 2013.
- 90 NATIVIDADE, J. C., & CAMARGO, B. V. Elementos caracterizadores das representações sociais da aids para adultos. **Temas em Psicologia**. 19: 305-317. p. 2011.

- 91 SARAVALI, E. G., GUIMARÃES, T., GUIMARÃES, K. P., & MELCHIORI, A. P. Beliefs involving not learning: an evolutionary study on the social construction of knowledge. **Educação em Revista, (AHEAD)**. 2013.
- 92 SANTOS, V. B. D., TURA, L. F. R., & ARRUDA, A. M. S. Representations Of " Old Person" Built By Elderly. **Saúde e Sociedade**. 22: 138-147. p. 2013.
- 93 _____. Social Representations of Elderly Built By Teenagers. **Rev. bras. geriatr. gerontol**. 14: 497-509. p. 2011.
- 94 DUVEEN, G. Introdução: o poder das idéias. In S. Moscovici (Ed.) Representações sociais: investigações em psicologia social,. **Petrópolis, RJ: Vozes**; 2003; 7-28.
- 95 SOUZA, A. D. S.; MENEZES, M. D. R. D. Estrutura da representação social do cuidado familiar com idosos hipertensos; Social representation structure of family care of hypertensive elderly. **Rev. bras. geriatr. gerontol**, v. 12, n. 1, p. 87-102, 2009. ISSN 1809-9823.
- 96 SPEZANI, R. S.; OLIVEIRA, D. C. O perfil da produção científica sobre identidade no campo da teoria das representações sociais. **Revista Psicologia-Teoria e Prática**. 15: 104-118. p. 2013.
- 97 MONTEIRO, A. P. et al. Saúde Mental em Grupos Étnicos Minoritários: Representações sobre Saúde Mental em Adultos e Crianças de Comunidades Ciganas Residentes na Região Centro de Portugal. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. 9, p. 36-40, 2013. ISSN 1647-2160.
- 98 MOSCOVICI, S. Representações sociais: investigações em psicologia social. **Petrópolis, RJ: Vozes**, 2003. ISBN 8532628966.
- 99 _____. **Representações sociais na psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1978.
- 100 JUSTI, J.; FREIRE, H. B. G. Bioética e Saúde. **Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde**. 2: 88-101. p. 2013.
- 101 CAMARGO, B. V. et al. Efeitos de contexto e comunicação nas representações sociais sobre o corpo. **Psicologia e Saber Social**. 2: 33-50 p. 2013.
- 102 JODELET, D. Les inscriptions spatiales des conflits de mémoire. **Psicologia e Saber Social**. 2: 5-16 p. 2013.
- 103 COLTO, A.M. **Cuidador Familiar de Idoso Dependente: Vivências de Cuidar em Contexto Domiciliar e Implicações para Enfermagem**. [Dissertação]. Juiz de Fora. Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de fora (FACENF-UFJF), Mestrado em Enfermagem. 2013. 178p.
- 104 SILVA, A.R. **Adolescente Promotor da Saúde na Perspectiva do Cuidado de Enfermagem Transcultural**. [Dissertação]. Recife. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Pernambuco (UFP), Programa de Pós-graduação em Enfermagem. 2014; 128p.

- 105 CRUZ, D. D. J. L. et al. Cuidado Cultural e Doenças Crônicas: análise da relação entre a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Transcultural e as necessidades da assistência de Enfermagem no tratamento de doenças crônicas. **Cadernos de Pesquisa**, v. 20, n. 1, 2013. ISSN 2178-2229.
- 106 Leininger M. **Nursing and anthropology: two worlds to blend**. New York: John Wiley & Sons, 1970.
- 107 Leininger M. **Transcultural nursing: concepts, theories and practices**. New York: John Wiley & Sons, 1978.
- 108 Leininger MM. **Culture care diversity and universality: a theory of nursing**. New York: National League for Nursing Press, 1991.
- 109 SOUZA JR, ZAGONEL IPS, MAFTUM MA. The Nursing Care to the Elderly People: A Reflexion According to the Transcultural Theory of Leiniger. **Rev. RENE. Fortaleza** 2007; 8(3): 117-125.
- 110 Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012**. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://sites.uefs.br/portal/sites/cep/menus/resolucao-cns-no-466-12-revoga-a-resolucao-196-96>.
- 111 MINAYO, Maria Cecília de Souza et al. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves de; SOUZA, Ednilsa Ramos de. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2005. p. 71-103.
- 112 DAL-FARRA RA, L. P. Mixed Methods in Education: Theoretical Assumptions: **Nuances: estudos sobre Educação**. São Paulo: Presidente Prudente-SP. 24: 67-80 p. 2013.
- 113 E, H. J. et al. Epidemiologic survey of dementia in community-dwelling Brazilian population: **Alzheimer Dis Assoc Disord**. 16: 103-8. p. 2002.
- 114 MELO LD, A.-S. C., PINTO PF, SOUZA LC, BRAGA LM. Conception of Persons With 65 Years of Age or Older to Be Old or Aging: 2nd IPLEiria Internacional Health Congress | Challenges & Innovation in Health. **Rev Saúde Pública**. 48: 190-281. p. 2014.
- 115 SPINK, M. O Conhecimento do Cotidiano: As Representações Sociais na Perspectiva da Psicologia Social: **São Paulo: Brasiliense**. 1: 19-45. p. 2004.
- 116 MORAES, E. N. **Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais.**: Brasília-DF: Organização Pan-Americana de Saúde. 2012; 1: 1-98.
- 117 VERGÈS, P. EVOC2000© software for the analysis of the free association task. **LAMES--CNRS**, 2000.
- 118 GOMES, A. M. T.; OLIVEIRA, D. C. D. Estudo da estrutura da representação social da autonomia profissional em enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 39, n. 2, p. 145-53, 2005.

- 119 WACHELKE, J.; WOLTER, R. Critérios de construção e relato da análise prototípica para representações sociais. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, ISSN 1806-3446. 27: 521-526 p. 2011.
- 120 MELLO MOREIRA, M. O envelhecimento da população brasileira: intensidade, feminilização e dependência. **Revista Brasileira de Estudos de População** v. 15, n. 1, p. 79-94, 2014. ISSN 1980-5519.
- 121 PEREIRA, M. M.; DA SILVA, N. C. Livros didáticos da Rede Estadual de Educação (São Paulo): a Educação de Jovens e Adultos e a Lei 10.639/03. **Revista Ciências Humanas**. 7 2014.
- 122 BONETI, L. W. Exclusão e inclusão social: teoria e método. **Revista Contexto & Educação**; 21: 187-206. p. 2013.
- 123 GOMES, A. M. T. et al. As facetas do convívio com o HIV: formas de relações sociais e representações sociais da AIDS para pessoas soropositivas hospitalizadas. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 16, n. 1, p. 111-20, 2012.
- 124 GOMES, A. M. T.; SILVA, E.; OLIVEIRA, D. C. D. Representações sociais da AIDS para pessoas que vivem com HIV e suas interfaces cotidianas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. maio-jun**, v. 19, n. 3, p. 8, 2011.
- 125 BRUNET, A. E., ANDRADES, B., SOUZA, C. S., WEBER, J. L. A., MARTINATO, L, LORETO, T. & PIZZINATO, A. Práticas sociais e significados do envelhecimento para mulheres idosas. **Pensando Famílias** 2013; 17: 99-109.
- 126 OLIVEIRA, S. C. F. D. A. A., L.F. A finitude na perspectiva do homem idoso: um estudo das Representações Sociais. **Revista Temática Kairós Gerontologia, "Finitude/Morte e Velhice"**, 2012; 15: 66-83p.
- 127 DE OLIVEIRA, R. M.; SANTOSII, J. L. F.; FUREGATOI, A. R. F. Perfil sociodemográfico de tabagistas internados em enfermagem psiquiátrica de hospital geral. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 3, p. 381-385, 2014. ISSN 0034-7167.
- 128 Brasil, Ministério da Saúde. **Legislação do SUS**. Brasília: CONASS, 2003. ISBN 85-89545-01-6. SUS (BR). Legislação sanitária. P.01-164.
- 129 FRANCO, C. M. B. O Envelhecimento Ativo e o Espaço Acadêmico. **Revista FSA**, Teresina, v. 10, n. 4, art. 1 8, p. 334-346, Out./Dez. 2013.
- 130 Assembléia Geral das Nações Unidas. **Resolução n. 46/91 de 16 de dezembro de 1991**. Referente aos Princípios das Nações Unidas em Favor da Pessoa Idosa. Disponível em: http://direitoshumanos.gddc.pt/3_15/IIIPAG3_15_1.htm.
- 131 Brasil, Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.

APÊNDICES E ANEXOS

Anexo A: Instrumento de Coleta de Dados Versão Aplicada

Dados Sociodemográficos		
Caracterização dos sujeitos	Data nascimento: / / Código dos sujeitos:	
	Gênero: <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> feminino	
	Estado civil: <input type="checkbox"/> solteiro <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> separado <input type="checkbox"/> viúvo <input type="checkbox"/> com companheiro <input type="checkbox"/> outros especificar	
	Cor da pele: <input type="checkbox"/> branca <input type="checkbox"/> negra <input type="checkbox"/> parda <input type="checkbox"/> outros especificar	
	Profissão (formação para trabalho):	Ocupação (o que faz):
	Escolaridade (n° anos que estudou):	Renda:
	Tem filhos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Quantos:

Teste de Associação Livre de Palavras (TALP)			
- A partir dos <i>termos indutores</i> “ <i>peessoa ser idosa</i> ” e “ <i>peessoas ser envelhecida</i> ”, diga-me as cinco primeiras <i>palavras</i> ou <i>expressões</i> que lhe vem à mente de imediato.			
- hierarquize as palavras ou expressões citadas por ordem de importância.			
“PESSOA SER IDOSA”	Hierarquização	“PESSOA SER ENVELHECIDA”	Hierarquização
1		1	
2		2	
3		3	
4		4	
5		5	

Teste de Associação Livre de Palavras Desencadeada por Imagens (TALPDI)	
- A partir das figuras apresentadas, diga-me as cinco primeiras <i>palavras</i> ou <i>expressões</i> que lhe vem à mente de imediato para “ <i>peessoa ser idosa</i> ” e “ <i>peessoa ser envelhecida</i> ”.	
“PESSOA SER IDOSA”	“PESSOA SER ENVELHECIDA”
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5

Concepção do processo de envelhecimento e “ <i>peessoa ser idosa</i> ” ou “ <i>peessoa ser envelhecida</i> ” (Entrevista Gravada)	
Concepção de quando e como ocorre o processo de envelhecimento	
Questões norteadoras: Quando uma pessoa pode ser considerada envelhecida? Quais as características de uma pessoa envelhecida? Por que? Qual a influência dos meios de comunicação sobre sua opinião? Quem considera importante o suficiente para lhe influenciar na forma de definir uma pessoa envelhecida? Qual a influência das pessoas mais velhas que você conhece sobre o seu conceito de pessoa envelhecida? Qual a influência de sua formação sobre o seu conceito de pessoa envelhecida? Qual a influência de seu núcleo familiar sobre a conceituação que faz de uma pessoa envelhecida? O que você considera que lhe influenciou na conceituação de uma pessoa ser ou não envelhecida? Qual é o marco que o Sr(a) poderá estabelecer para dizer: agora fulano esta envelhecido? Cite quais os parâmetros/critérios que utiliza para dizer que uma pessoa está envelhecida?	
Incorporação da identidade cultural de ser uma pessoa idosa (auto avaliação de ser ou sentir-se idoso)	
Questões norteadoras: O Sr(a) se considera uma pessoa idosa? Você se sente uma pessoa idosa? Por que? Qual a influência dos meios de comunicação sobre sua opinião? Quem considera importante o suficiente para lhe influenciar na forma de definir uma pessoa idosa? Qual a influência do estatuto do idoso sobre o seu conceito de pessoa idosa?	

Qual a influência das pessoas mais velhas que você conhece sobre o seu conceito de pessoa idosa? Qual a influência de sua formação sobre o seu conceito de pessoa idosa? Qual a influência de seu núcleo familiar sobre a conceituação que faz de uma pessoa idosa? O que você considera que lhe influenciou na conceituação de uma pessoa ser ou não idosa?
Definição cultural do papel do idoso na sociedade
Questão norteadora: O que uma pessoa idosa pode fazer na sociedade? Quais as facilidades e dificuldades que uma pessoa idosa encontra na sociedade? Por que?
O papel do idoso na comunidade
Questão norteadora: O que uma pessoa idosa pode fazer na comunidade/sociedade? Por que?
Valorização do saber e da experiência do idoso
Questão norteadora: Qual o valor que uma pessoa idosa possui na sociedade? Qual o valor que o Sr(a) atribui ao sabere a experiência de uma pessoa idosa? Por que?
Concepção de ser idoso e ser envelhecido
Para o Sr(a) ser idoso e ser envelhecido é a mesma coisa ou é diferente?
Impacto da idade no convívio social sobre os familiares, cuidadores, profissionais e outros
Questão norteadora: O que muda para a família ter uma pessoa idosa? O que muda para um conhecido ter uma pessoa idosa? O que muda para um profissional de saúde cuidar de uma pessoa idosa? Por que?
Posicionamento e adesão frente as políticas , programas e serviços
Questão norteadora: O Sr(a) conhece as atuais políticas de atendimento as pessoas em fase de envelhecimento? Conhece algum lugar que cuida de idosos? O que acha? Já foi atendido em algum serviço destinado a pessoas em fase de envelhecimento? Qual a sua opinião sobre o local onde foi atendido?
Participação e/ou integração em representações políticas, sociais e associações, fundações, clubes
Questão norteadora: O Sr(a) participa de alguma organização política, religiosa, social ou clube? O Sr(a) representa algum grupo de pessoas, junto a organizações políticas, religiosas, associações sociais ou clubes?
Utilização da rede de saúde (in)formal
Questão norteadora: Quando o Sr(a) está doente ou quer fazer algum exame de controle onde vai? O Sr(a) tem plano de saúde? Usa o SUS?
Adesão ou não dos usuários aos serviços existentes
Questão norteadora: Onde se trata, consulta, faz exames, se interna ou precisa por qualquer causa? Qual a opinião do Sr(a) sobre os serviços disponíveis? Qual a sua sugestão?
Origem temática ou religiosa com alteração na inserção ou (des)vinculação nos últimos anos
Questão norteadora: Qual a sua religião? Qual a importância dela para o Sr(a)? há quanto tempo pensa desta forma? Tem algum grupo que faz parte? Qual a importância dele para o Sr(a)? há quanto tempo integra esse grupo?
Informações adicionais

Anexo B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Pós-informado

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

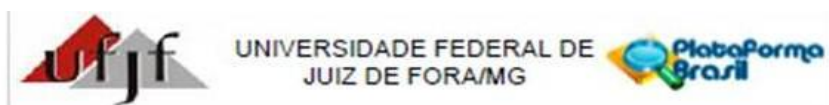
O(A) Sr(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa: **“Capacidade física, incontinências e determinantes do processo de envelhecimento em pessoas acima de 65 anos”**. Nesta pesquisa pretendemos: analisar o processo do envelhecimento de pessoas com 65 anos de idade ou mais atendidas numa Unidade de Atenção Primária a Saúde (UAPS) 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, UAPS 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 presente pesquisa 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 desse estudo. 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 2014.

Assinatura da participante	Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável Profa. Dra. Cristina Arreguy-Sena- Rua Olegário Maciel, 1716/204 Bairro Paineiras- Juiz de Fora, MG
Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, consulte o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário/CAS da UFJF- Rua Catulo Bevilgieri CEP: 36.036.110 Fone: (32) 4009.5187- E-mail: pesquisa@huff.uff.br	Assinatura do pesquisador testemunha

ANEXO C: Parecer Consubstanciado Emitido pelo CEP



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: 09707913.4.0000.5147

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 sofrerão prejuízo pela participação ou pela negação de participação na pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

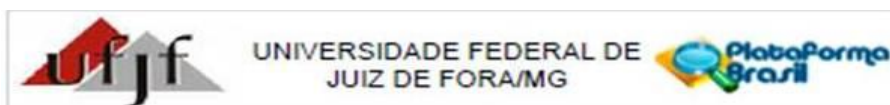
O projeto está bem estruturado, delimitado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto esta em configuração adequada e há apresentação de declaração de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa, assinada pelo responsável da instituição onde será

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
UF: MG Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

Página 01 de 02



Continuação do Parecer 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. 466/12 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 466/12, 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 Julho de 2013

Assinador por:
Paulo Cortes Gago
(Coordenador)

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
UF: MG Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

Página 02 de 02