

Concepções de Idosos sobre as Políticas (Inter) Nacionais do Envelhecimento Humano
Conceptions of the elderly on (inter) national policies on human aging
Concepciones de Ancianos acerca de las Políticas (Inter) Nacionales de Envejecimiento Humano

Recebido: 16/01/2020
Aprovado: 24/08/2020
Publicado: 03/10/2020

Laércio Deleon de Melo¹
Cristina Arreguy-Sena²
Paulo Ferreira Pinto³
Antônio Marcos Tosoli Gomes⁴
Jessica de Castro Santos⁵
Marcos Antônio Gomes Brandão⁶

Este é um estudo exploratório com abordagem qualitativa, realizado em 2015, que teve como objetivo analisar as percepções de idosos sobre o envelhecimento humano à luz dos contornos políticos (inter)nacionais. Pesquisou-se 93 idosos adstritos à Atenção Básica, com conteúdos categorizados segundo as políticas (inter)nacionais do envelhecimento humano. Coletaram-se dados de caracterização e realizaram-se entrevistas individuais segundo questões norteadoras. A análise de conteúdo apoiou-se no *Software NVivo Pro11*®, sendo o adensamento teórico (Pearson $\geq 0,7$). Os discursos reiteraram os pilares (participação, saúde e segurança) e os determinantes de saúde (serviço social e de saúde, comportamentais, pessoais, ambiente físico, sociais e econômicos). Emergiram três categorias: 1) Engajamento, socialização e convivência intergeracional; 2) Saúde, bem-estar e redes de apoio e 3) Seguridade social, adaptação e qualidade de vida. Evidenciou-se o conhecimento reificado, mesmo que de forma implícita, nos discursos dos participantes referente a todos os pilares, determinantes, dimensões e eixos políticos (inter)nacionais.

Descritores: Política de saúde; Envelhecimento; Idoso; Atenção Primária à Saúde.

This is an exploratory study with a qualitative approach, carried out in 2015 and aimed to analyze the perceptions of the elderly about human aging in the light of (inter)national political outlines. We investigated 93 elderly people assigned to Primary Care, with content categorized according to the (inter)national policies of human aging. Characterization data were collected and individual interviews were conducted according to guiding questions. The content analysis was supported by the NVivo Pro11® Software, with a theoretical density (Pearson ≥ 0.7). The speeches reiterated the pillars (participation, health and safety) and the determinants of health (social and health service, behavioral, personal, physical, social and economic environment). Three categories emerged: 1) Engagement, socialization and intergenerational coexistence; 2) Health, well-being and support networks and 3) Social security, adaptation and quality of life. Reified knowledge was evidenced, even if implicitly in the participants' speeches regarding all pillars, determinants, dimensions and (inter)national political axes.

Descriptors: Health Policy; Aging; Aged; Primary Health Care.

Este es un estudio exploratorio con un enfoque cualitativo, realizado en 2015, que tuvo por objeto analizar las percepciones de los ancianos acerca del envejecimiento humano con respecto a los contornos políticos (inter)nacionales. Se investigó 93 ancianos asignados a la Atención Básica, con contenidos clasificados según las políticas (inter)nacionales de envejecimiento humano. Se reunieron datos de caracterización y se realizaron entrevistas individuales de acuerdo con las preguntas orientadoras. El análisis del contenido se basó en el *software NVivo Pro11*® con la consolidación teórica (Pearson $\geq 0,7$). En los discursos se reiteraron los pilares (participación, salud y seguridad) y los determinantes de la salud (servicio social y de salud, conductuales, personales, entorno físico, sociales y económicos). Surgieron tres categorías: 1) Compromiso, socialización y coexistencia intergeneracional; 2) Salud, bienestar y redes de apoyo y 3) Seguridad social, adaptación y calidad de vida. El conocimiento cosificado, aunque implícito, se hizo evidente en los discursos de los participantes en relación con todos los pilares, determinantes, dimensiones y ejes políticos (inter)nacionales.

Descriptores: Política de Salud; Envejecimiento; Anciano; Atención Primaria de Salud.

1. Enfermeiro. Especialista em Terapia Intensiva Neonatal e Adulto. Mestre em Enfermagem. Professor do Centro Universitário Estácio de Juiz de Fora, MG, Brasil. ORCID: 0000-0002-8470-7040 E-mail: laerciodl28@hotmail.com

2. Enfermeira. Mestre e Doutora em Enfermagem. Professora Titular Aposentada da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora, MG, Brasil. ORCID: 0000-0002-5928-0495 E-mail: cristina.arreguy@ufjf.edu.br

3. Profissional de Educação Física. Mestre em Educação Física. Doutor em Ciências da Vida. Professor Associado na Faculdade de Educação Física e Desportos da UFJF, Juiz de Fora, MG, Brasil. ORCID: 0000-0001-7321-3160 E-mail: paulo.ferpinto@gmail.com

4. Enfermeiro. Mestre, Doutor e Pós Doutor em Enfermagem. Professor Titular da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. ORCID: 0000-0003-4235-9647 E-mail: mtosoli@gmail.com

5. Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda pelo Programa de Pós Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil. ORCID: 0000-0002-8336-156X E-mail: jessicastroenf@gmail.com

6. Enfermeiro. Mestre em Tecnologias Educacionais. Doutor em Enfermagem. Professor Associado da EEAN da UFRJ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. ORCID: 0000-0001-9829-4235 E-mail: marcosbrandao@ufrj.br

INTRODUÇÃO

O envelhecimento humano pode ser concebido como um processo sociovital multifacetado que se desenvolve ao longo do curso da vida e de forma sequencial^{1,2}. Enquanto etapa vital, ele se configura como processo lento, dinâmico, progressivo e inevitável, que abarca um conjunto de alterações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, capazes de determinar a perda progressiva da capacidade de adaptação da pessoa idosa ao contexto social^{2,3}; além do surgimento de vulnerabilidades devido à incidência dos processos patológicos associados às síndromes geriátricas^{4,5}.

O processo de envelhecimento inicia-se logo depois das fases de desenvolvimento e estabilização, geralmente se torna perceptível após alterações estruturais e funcionais, cuja detecção evidencia seus primeiros traços ao final da terceira década de vida^{1,2}. Esta caracterização recebe influências intrínsecas, como a constituição genética individual responsável pela longevidade e por fatores extrínsecos condizentes às exposições ambientais, que ocasionam condicionantes diversos e heterogêneos^{4,5}.

O declínio das funções orgânicas ocorre de forma atrelada à progressão do envelhecimento e possui ritmos variáveis entre órgãos e de forma distinta entre pessoas da mesma idade. Essa subjetividade pode estar justificada pelas condições diferentes de vida e trabalho a que cada pessoa foi exposta ao longo dos anos, sendo circunscrita em contextos econômicos, políticos, sociais e culturais diversos^{4,5}.

Investigações científicas fomentam a necessidade de se vivenciar o processo de envelhecimento como etapa natural do ciclo vital assim como qualquer outra, marcada por inúmeras virtudes e desafios. O paradigma (inter)nacional envolve a desvinculação conceitual do envelhecer como sendo equivalente a doença, inatividade ou involução. Desse modo, vêm sendo traçadas diferentes políticas mundialmente^{6,8}.

Nesse contexto, a política do envelhecimento ativo proposta em 2002 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que foi traduzida como política brasileira em 2005, enfatiza que envelhecer bem é um processo que deve ser facilitado pelas políticas públicas, sociais e de saúde específicas em cada etapa do ciclo de vida humano⁷⁻⁸.

As perspectivas teóricas do “envelhecimento bem-sucedido” incluem os benefícios de um estilo de vida saudável, com envelhecimento ativo e socialmente engajado. Nessa concepção, envelhecer de forma bem-sucedida está associado a mudanças ideológicas que não considerem essa fase da vida como sinônimo de perda, doença, inatividade ou algo contrário ao desenvolvimento humano^{9,10}.

Somando-se às concepções idealizadas de envelhecimento ativo e bem-sucedido, em 2012, houve a iniciativa da idealização de uma “sociedade para todas as idades”, definida como solidariedade intergeracional, que juntas podem ser consideradas questões orientadoras da criação de políticas inovadoras capazes de responder às diferentes demandas emergentes a respeito do envelhecimento humano (inter)nacional⁶.

As iniciativas brasileiras no que tange ao envelhecimento são a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNPSI)¹¹, o Estatuto do Idoso¹² e o Caderno de Atenção à Saúde do Idoso, além do reconhecimento e da adoção das políticas internacionais^{13,14}.

No que diz respeito ao conhecimento e a aplicabilidade da PNPSI, um estudo¹⁵ realizado no estado de Santa Catarina que versa sobre as ações desenvolvidas no contexto da atenção básica evidenciou que todos os participantes julgaram conhecerem a política, todos tiveram de alguma forma contato com a portaria que a instituiu, porém apresentaram dificuldades relacionadas a falta de planejamento a partir das diretrizes da PNPSI para estabelecer ações resolutivas e de cunho educacional para a saúde da população idosa e o limite no controle social que abrange a saúde do idoso.

Nesse contexto, justifica-se esta investigação e ressalta-se a importância do envolvimento dos profissionais de saúde, entre eles os enfermeiros, na compreensão sobre as peculiaridades

envolvidas no processo de envelhecimento e suas dimensões políticas, concebidas a partir das pessoas idosas de quem cuidam.

As abordagens/intervenções dos profissionais de saúde devem abarcar as diferentes demandas apresentadas decorrentes dos desafios do envelhecimento humano e contribuir para a construção do envelhecimento ativo, bem-sucedido e da solidariedade intergeracional. Assim, este estudo tem como objetivo analisar as percepções de idosos sobre o envelhecimento humano à luz dos contornos políticos (inter)nacionais.

MÉTODO

Pesquisa exploratória, com abordagem qualitativa, que utilizou as políticas (inter)nacionais do processo do envelhecimento humano⁶⁻¹⁰ como alicerce teórico capaz de justificar a percepção de idosos sobre o processo de envelhecimento.

Foram elegíveis pessoas com idade ≥ 65 anos com nível de cognição compatível para a abordagem requerida pela entrevista em profundidade. Utilizou-se a amostragem por inquérito que utilizou como critério a intercessão entre a territorialidade da UBS e a área censitária segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

O instrumento de coleta de dados foi estruturado em: 1) Caracterização sociodemográfica; 2) Entrevista individual em profundidade com gravação de áudio a partir das questões norteadoras e 3) Diário de campo. Os 11 eixos temáticos da entrevista foram: 1) Concepção de quando e como ocorre o processo de envelhecimento; 2) Incorporação da identidade cultural de ser uma pessoa idosa; 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 e familiar; 7) Posicionamento e adesão frente às políticas, programas e serviços; 8) Participação ou integração em representações políticas, sociais ou religiosas; 9) Utilização da rede de saúde (in)formal; 10) Adesão aos serviços existentes e 11) Inserção em práticas religiosas.

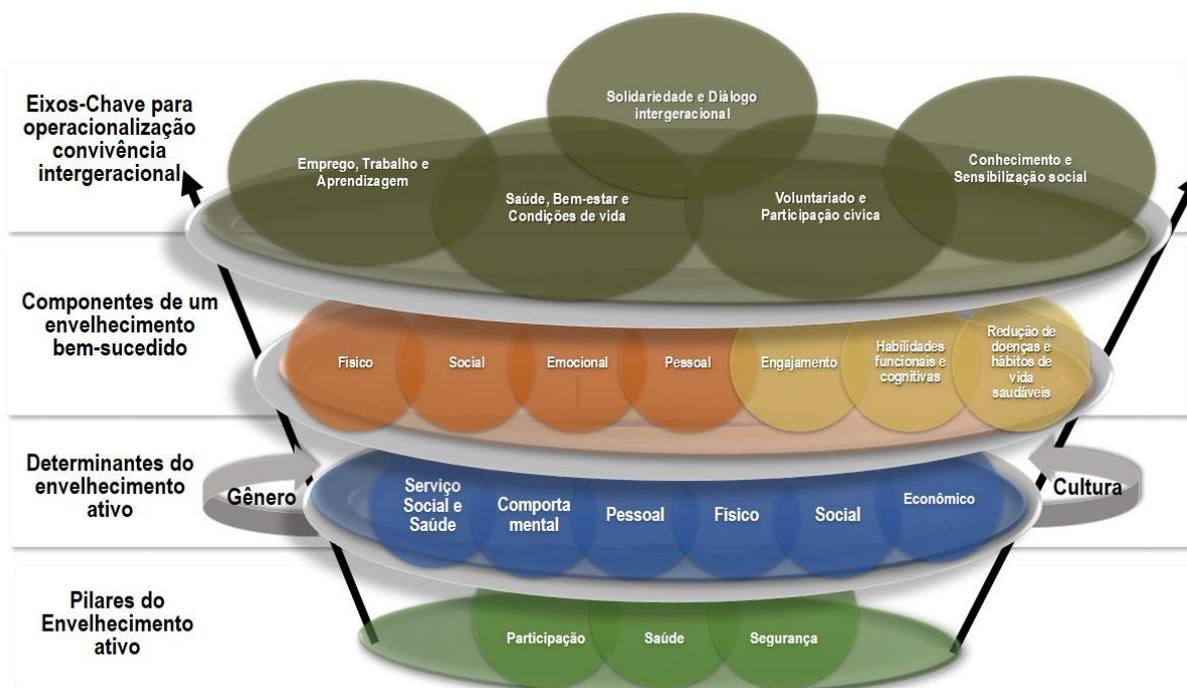
A ambiência e o recrutamento dos potenciais participantes foram realizados mediante abordagem e convite individual em domicílio com a coleta da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). No segundo momento, foram realizadas as entrevistas individuais em profundidade, com gravação de áudio, para apreensão das concepções de políticas sobre o envelhecimento.

A coleta de dados foi realizada por um único pesquisador, visando reduzir viés de abordagem e compatibilizar o tempo com a disponibilidade dos participantes; tendo sido os dados coletados em janeiro de 2015, com duração estimada da entrevista em 1 hora.

A análise da compreensão dos participantes sobre o processo de envelhecimento humano à luz das políticas (inter)nacionais baseou-se na estrutura esquemática dos eixos políticos. A Política de Envelhecimento Ativo de 2002 possui como alicerces os pilares de participação, saúde e segurança que sustentam-se sobre os oito determinantes do processo de envelhecimento, os quais aproximam-se da perspectiva dos sete componentes do envelhecimento bem-sucedido os quais foram corroborados pelos cinco eixos-chave para a operacionalização da convivência intergeracional da pessoa idosa, proposta do ano europeu do envelhecimento ativo, bem sucedido e da solidariedade entre as gerações⁶⁻¹⁰ (Figura 1). Cabe mencionar ainda que, a internacionalização das políticas que retratam o processo de envelhecimento humano, foram gradativa e sequencialmente traduzidas, validadas e incorporadas nacionalmente como ocorrido no Brasil⁽¹³⁻¹⁵⁾.

Foram utilizados três *softwares* para tratamento e análise de dados, a saber: dados sociodemográficos consolidados no *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 24; as entrevistas foram transcritas em *Microsoft® Office Word® 2016*, e, inseridas e tratadas no *NVivo Pro 11®*.

Figura 1. Esquema representativo dos eixos das políticas (inter)nacionais do envelhecimento humano. Juiz de Fora, MG, Brasil, Janeiro/2015.



Fonte: adaptação dos referenciais teóricos das políticas do envelhecimento humano⁶⁻¹⁰.

Para a compreensão dos dados, foi realizada a análise de conteúdo conforme as etapas: pré-análise, exploração do material ou codificação e tratamento dos resultados obtidos/interpretação¹⁶. Os critérios para criação das unidades de significados foram: a similaridade dos conteúdos e adensamento teórico, a obtenção de coeficiente de Pearson com valores $\geq 0,70$ ¹⁷.

Foram atendidos os requisitos éticos e legais em pesquisa envolvendo seres humanos, conforme legislação (inter)nacional. Esta investigação advém de uma pesquisa matriz, intitulada “*Capacidade física, incontinências e determinantes do processo de envelhecimento em pessoas acima de 65 anos*”, aprovada em Comitê de Ética em Pesquisa (parecer consubstanciado n. 341.116, de 11/07/2013). Para garantir o anonimato, os participantes foram identificados por códigos alfanuméricos, sendo a letra P, seguida de 2 dígitos.

RESULTADOS

A caracterização sociodemográfica dos participantes consta na Tabela 1.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos 93 participantes investigados. Juiz de Fora, MG, Brasil, Janeiro/2015.

Gênero	n	%	Md±DP	Faixa etária	n	%	Md±DP
Feminino	58	62,4		65I---70	19	20,43	
Masculino	35	37,6		70I---75	34	36,55	
Subtotal	93	100,0		75I---80	23	24,75	72±6,486 Min=65 Max=96
				80I---85	11	11,82	
Grau de escolaridade	N	%		85I---90	4	4,30	
0	26	27,95		≥90I---	2	2,15	
1I--- 5	45	48,38	2±2,918	Subtotal	93	100,0	
5I --- 9	11	11,82	Min=0 e	Estado Civil			
9I --- 13	10	10,77	Mx=15	Casados	50	53,76	
≥13	1	1,08		Viúvos	30	32,25	
Subtotal	93	100,0		Solteiros	7	7,55	
				Divorciados	5	5,37	
Renda (salários mínimos)				Separado	1	1,07	
0	1	1,1		Subtotal	93	100,0	
1	67	72,0		Nº filhos			
1,5	4	4,2		0	8	8,60	
2	16	17,2		1I----- 5	39	41,95	4±4,597
3	3	3,3		5I----- 10	36	38,70	Min=0
4	1	1,1		10I----- 15	8	8,60	Max=21
5	1	1,1		≥ 15	2	2,15	
Subtotal	93	100,0		Subtotal	93	100,0	
				Cor de pele declarada	n	%	Md±DP
				Parda	48	51,6	
				Branca	27	29,0	
				Negra	18	19,4	
				Subtotal	93	100,0	
				Ocupação	n	%	Md±DP
				Sem renda	5	5,37	
				Aposentados	81	87,09	
				Pensionistas	5	5,37	
				Trabalham	2	2,15	
				Subtotal	93	100,0	
				Tempo (anos) aposentadoria	n	%	Md±DP
				0	22	23,65	9,50±8,659
				1I -----5	4	4,30	Min=0 e
				5I -----10	22	23,65	Max=37
				10I---- 15	23	24,73	
				15I----20	10	10,75	
				20I---- 30	11	11,82	
				30I---- 40	1	1,07	
				Subtotal	93	100,0	

No que tange às profissões exercidas pelos participantes durante a fase produtiva de suas vidas, estão apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2. Áreas profissionais dos participantes. Juiz de Fora, MG, Brasil, Janeiro/2015.

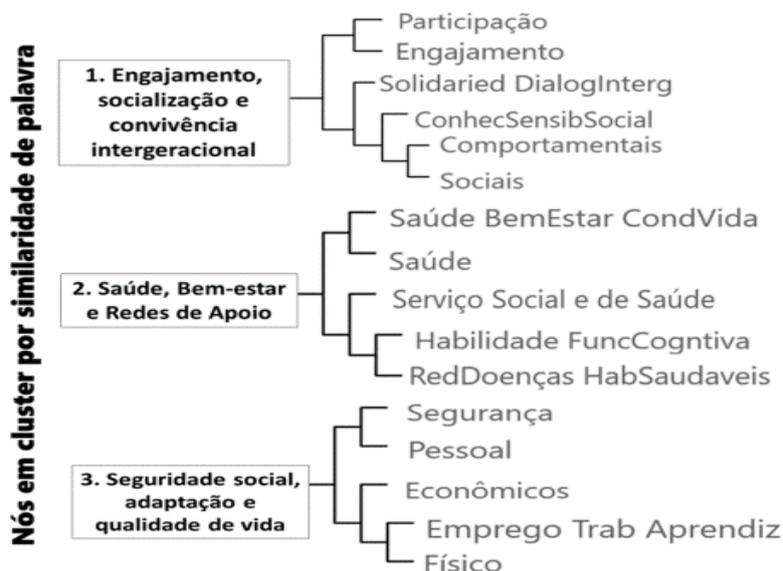
Profissão	N	%
Serviços domésticos (doméstica, agente de limpeza, faxineira, lavadeira e serviços gerais)	38	40,87
Construção civil (pedreiro, carpinteiro, servente de pedreiro, decorador, marceneiro e mestre de obras)	20	21,50
Serviços de manutenção predial/condomínio (recepcionista, porteiro, ascensorista, vigilante)	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	100,0

Foram obtidas três categorias de análise dos dados, a saber:

- 1) Engajamento, socialização e convivência intergeracional;
- 2) Saúde, bem-estar e redes de apoio; e,
- 3) Seguridade social, adaptação e qualidade de vida.

A Figura 2 mostra o dendograma com esquema de forças de correlação entre elas.

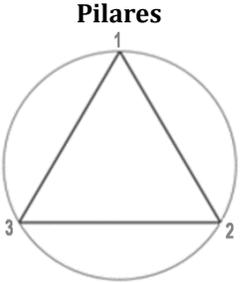
Figura 2. Dendograma - categorias de análise identificadas e esquema de forças de correlação (N= 93). Juiz de Fora, Janeiro/2015.

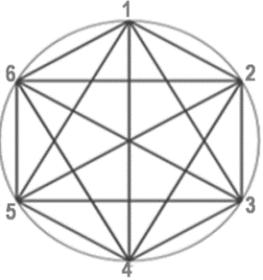


Fonte: Conteúdo extraído do programa *Nvivo Pro 11*®.

Consta no consta Quadro 1, os discursos dos participantes de acordo com referenciais adotados, código do sujeito, número de fragmentos extraídos de cada discurso e esquema de forças de correlações entre as categorias expressas pelo gráfico de círculo.

Quadro 1. Esquema representativo da análise de conteúdo e forças de correlações entre as categorias expressas pelo gráfico de círculo. Juiz de Fora, MG, Brasil, Janeiro/2015.

Referencial da Política do Envelhecimento Ativo, Unidades de análise/ Unidades de Registros (*) e Gráfico de círculo.	Falas ilustrativas da análise de conteúdo
 <p>Pilares</p>	<p>Sociais: A dificuldade na sociedade é que, às vezes, não contratam ou mandam a pessoa embora só por causa da idade. P12 Econômicos: Eu ensinei minhas filhas assim: Vamos comprar alguma coisa no mês que vem? [...] Paga o que já está gasto, pois o que vai entrar não está gastando no momento. P12 Culturais: O saber e a experiência de vida são muito grandes e a gente deve tentar passar aos familiares. P14 Espirituais: Eu trabalho na igreja e nas pastorais. P30 Componente social: 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. P13 Engajamento: Muitas pessoas de 70, 80, 90 anos estão vivendo a vida, fazendo exercícios e levando a vida para frente. P89 Relações intergeracionais: Convivo muito com as pessoas. Pessoas mais velhas, as mais novas que eu. Convivo bem com todo mundo. P12 Voluntariado: Trabalhando, às vezes, até como voluntário, o que é muito importante e ajuda a não se sentir inválido. P39 Sensibilização social: Eu estou precisando de ajuda. Eu preciso operar, preciso de remédios, preciso cuidar da minha saúde, mas eu não tenho dinheiro para nada. P43</p>
1. Participação ⁽⁶⁻⁸⁾ 88/981	<p>Riscos comportamentais e ambientais: 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... P73 Declínio funcional: A pessoa, depois dos 50 anos já tem que manejar um pouco, porque o organismo já não é o mesmo. P51 Fatores de proteção: Muitos cuidados este meu filho que mora comigo ele tem. Ele é muito carinhoso! P79 Habilidades funcionais e cognitivas: A pessoa idosa deve querer procurar um trabalho, fazer uma ginástica, uma caminhada, ensinar os mais jovens, só não pode ficar parada. P51 Redução de doenças e hábitos de vida saudáveis: Quando eu sinto mal, eu tomo remédios, faço chá, vou ao médico. P39 Saúde, bem-estar e condições de vida: Condições de vida boa é a pessoa ter mais oportunidades para estudar e trabalhar em serviços mais leves; porque o idoso não vai poder se sacrificar muito. P11</p>
2. Saúde ⁽⁶⁻⁸⁾ 88/576	<p>Social: 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. Não me ajuda em nada! P24 Físico: Agora eu já não posso mais andar sozinha. Posso cair devido à fraqueza! Eu não posso nem ir lá fora sozinha. P04 Financeiro: Ah! Tem hora que eu penso: já não tenho casa. Moro na casa dos outros. Não posso fazer nada. P02 Componente físico: Às vezes, ele quer sair de casa, mas como está idoso e tem uma escada para subir. Igual eu tenho aqui. P74 Componente social: Lugares que cuidam do idoso influenciam por uma coisa boa, porque mostram ao idoso o que é bom para ele. Fazer uma ginástica. Ele se diverte, conversa. P12 Emprego, trabalho e aprendizagem: Eu fiz o segundo grau e curso técnico em 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! P82</p>
3. Segurança ⁽⁶⁻⁸⁾ 87/426	

<p style="text-align: center;">Determinantes</p> 	<p>1. Serviço social e de saúde⁽⁶⁻⁸⁾ 89/578</p>	<p>Promoção da saúde: Nós tivemos um lugar aqui na cidade muito bom, tinha umas 20 mulheres idosas, tinha carro, levavam a gente para passear, conhecer lugares que a gente não sabia, faziam festa no Natal. P33</p> <p>Prevenção de doenças: Eu sempre vou ali ao posto, lá eu consulto e eles me pedem exames. P51</p> <p>Serviços curativos: Eu tinha problema de coração, fiz exames para descobrir e fui operada. Até a pressão ficou muito boa. P23</p> <p>Assistência em longo prazo: 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. Aí a gente ficaria mais tranquilo. P12</p>
	<p>2. Comportamentos⁽⁶⁻⁸⁾ 87/461</p>	<p>Atividade física: A pessoa envelhecida tem que querer procurar fazer uma ginástica, uma caminhada e qualquer atividade para não ficar só pensando que está velha. P74</p> <p>Alimentação saudável: Cada um tem um tipo de alimentação, o que contribui para que o envelhecimento seja diferente em cada um. P12</p> <p>Abstinência do fumo e álcool: O cara que usa bebida alcoólica envelhece de um ano para o outro. O que usa drogas, pior. P14</p> <p>Uso correto de medicamentos: O idoso deve cuidar mais dos medicamentos e tomar tudo certo e na hora certa. P89</p>
	<p>3. Pessoas⁽⁶⁻⁸⁾ 88/402</p>	<p>Responsabilidade intergeracional: Eu tenho a minha mãe que está com 93 anos. Só agora que ela está mais dependente, depois que descobriu o Alzheimer, aí temos que ajudar um pouco a cuidar dela. P14</p>
	<p>4. Ambiente físico⁽⁶⁻⁸⁾ 88/261</p>	<p>Moradia e vizinhança segura: Tem muitos filhos abandonando o idoso. Eu acho isso muito triste. P23</p> <p>Risco de quedas: As dificuldades são na hora de atravessar a rua, pode desequilibrar! [...] Eu tenho muita dificuldade para atravessar. P31</p>
	<p>5. Sociais⁽⁶⁻⁸⁾ 89/426</p>	<p>Apoio social: Dependendo dos amigos que a gente tem, é praticamente um parente, um irmão. Eu tenho um assim, conheço há 20 anos. P10</p> <p>Proteção: O idoso tem que respeitar uma criança. E a criança tem de respeitar os idosos também. P50</p> <p>Oportunidades: Eu nunca cheguei a estudar. Eu não fui criada pelos meus pais. Eu, com dois anos, já não tinha meus pais vivos. P17</p>
	<p>6. Econômicos⁽⁶⁻⁸⁾ 21/39</p>	<p>Renda: Preciso cuidar da minha saúde, não tenho dinheiro. O que eu tenho é a conta de comer praticamente. Vivo com apenas 250 reais! P34</p> <p>Trabalho: Emprego é complicado! Com minha idade, eu tenho um grau a mais de estudo e experiência na área, é difícil conseguir coisas boas. P18</p> <p>Proteção social: Meus filhos são muito bons para mim. Meus netos estão aqui em casa sempre. Eu me sinto feliz por isso! P2</p>

Fonte: Conteúdo extraído do programa Nvivo Pro 11®.

Nota: (*) - os números presentes nos gráficos de círculos retratam pilares e determinantes⁽⁶⁻⁸⁾.

DISCUSSÃO

A predominância de mulheres (62,4%) entre os participantes corrobora o processo de feminilização do envelhecimento identificado internacionalmente, sendo a expectativa atual de vida no Brasil de 79,6 anos para mulheres e de 72,5 para homens^{13,18}.

O gênero, enquanto determinante transversal do envelhecimento ativo, é capaz de influenciar modos diferentes de pensar, sentir e se comportar socialmente. Desse modo, o determinante gênero pode se adequar às diferentes opções políticas estabelecidas em cada país, visando à otimização de seus efeitos positivos sobre o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas idosas^{7,19}.

A longevidade do gênero feminino, no caso do Brasil (média de sete anos a mais que os homens) pode ser atribuída a: maiores índices de mortalidade masculina; queda gradativa e significativa nos índices de mortalidade materna anuais; produção hormonal de estrogênio feminino; maior prevalência de comportamentos de risco associados ao trânsito e ao trabalho masculino; menores índices de tabagismo e etilismo em mulheres e maior adesão das mulheres aos programas e serviços de saúde¹⁹.

A predominância da cor de pele declarada parda (51,6%) é semelhante à estimativa nacional, que é de 46,7%, com discretas variações regionais^{13,18}. Esta caracterização pode ser explicada ainda pela própria miscigenação brasileira, processo que vem ocorrendo há dezenas de anos e se justifica pela origem diversificada dos povos colonizadores, na qual as primeiras populações nacionais eram advindas de diferentes localizações do mundo (principais povos: indígenas, africanos, europeus e asiáticos)^{13,18}.

A média de quatro filhos entre os participantes com variância até 21 filhos simbolizou uma prevalência nacional de famílias numerosas, quando comparada ao padrão dos países desenvolvidos. Uma prole alta entre as pessoas com idade ≥ 65 anos forma um núcleo familiar amplo e capaz de integrar os idosos ao seu contexto sociofamiliar e contribuir para a convivência intergeracional^{13,18}.

Evidências de que o Brasil está em processo de envelhecimento populacional são confirmadas ao se observar a média de filhos estimada atualmente por cada mulher, que é de 1,77, o que equivale a uma mudança drástica no perfil populacional em relação à prole, com fortes impactos imediatos no crescimento populacional e, em médio prazo, nos contextos econômicos e políticos^{13,18}.

No que tange à taxa de natalidade, chamou atenção, o fato de que, em 2015, a política de filho único chinesa foi substituída por uma política universal de dois filhos. Um recente estudo demonstrou como benefício desta mudança a redução do número de abortos e de crianças não registradas. Ressalta-se ainda que, os efeitos da nova política sobre o encolhimento da força de trabalho e o rápido envelhecimento populacional não serão evidentes por duas décadas e que, nesse período, serão necessárias ações políticas mais sólidas para atender às necessidades sociais, de saúde e de cuidado da população idosa chinesa²⁰. Cabe mencionar ainda o impacto decorrente do controle da natalidade e do planejamento familiar sobre a disponibilização de rede de apoio intergeracional aos idosos, fato que deve ser foco das políticas públicas^{13,21}.

A baixa escolaridade dos participantes pode ser justificada pelas dificuldades de acesso à educação (alfabetização e formação profissional) durante sua juventude em comparação às possibilidades atuais, além da baixa adesão destes aos diferentes programas de alfabetização públicos e particulares^{13,18}. Nesse âmbito, cabe menção à taxa atual de analfabetismo brasileiro, que ainda é elevada (pessoas ≥ 60 anos: 20,4%), quase três vezes maior que a estimativa da população total (idade ≥ 15 anos), que é de 7,2%^{13,18}.

A implicação da baixa escolaridade nacional reflete, do ponto de vista político e econômico, numa população suscetível a: desemprego, baixa renda, alienação, fome e menores índices de acesso aos recursos sociais e serviços de saúde. A possível aproximação entre a baixa escolaridade e a exclusão social assume caráter significativo quando pensado sobre as

dificuldades de acesso dessa população aos serviços de saúde, à justiça, à cultura e às condições favoráveis de moradia e trabalho^{13,18}. A baixa escolaridade dos participantes corrobora ainda a predominância dicotômica referente a profissões exercidas em sua fase adulta, sendo estas ligadas aos serviços domésticos entre as mulheres e à construção civil entre os homens, o que justifica a baixa renda.

Cabe destacar que 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 possível¹³⁻¹⁹.

A ocupação predominante de aposentados é condizente com a faixa etária dos participantes (idade ≥ 65 anos), uma vez que, conforme previsão da legislação brasileira, o início da aposentadoria atual é de 55 anos para mulheres e 60 anos para os homens^{12,13}. Na perspectiva econômica, 89,2% dos participantes recebiam \leq dois salários mínimos, o que representou baixa renda (advinda de: aposentadoria e/ou pensão decorrente do falecimento do cônjuge) devido a uma atividade profissional mal remunerada.

O tempo médio de aposentadoria dos sujeitos foi de 9,5 anos, apesar de a variabilidade de 0 a 37 anos de benefício expressar uma diversidade encontrada no tempo de aposentadoria entre os participantes. Esses dados corroboram o cálculo referente à idade em que as pessoas se aposentam atualmente em relação à expectativa de vida atual (critérios etários) em que a média máxima de tempo de benefício seria de 24,5 anos para mulheres e de 12,5 anos para homens¹³.

A cultura é definida como algo capaz de modelar a forma como as pessoas envelhecem, sendo, por isso, o segundo determinante transversal e, juntamente com o gênero, é capaz de exercer diferentes tipos de influência sobre todos os determinantes do envelhecimento ativo^{7,8}.

A partir da análise de discurso dos participantes, mediante os contornos políticos internacionais apresentados foi possível estabelecer três dimensões de análise discursiva e compreensiva conforme cada uma das categorias.

O eixo engajamento, socialização e convivência intergeracional abarcou conceitos de diferentes aspectos das políticas internacionais do envelhecimento, a saber: a) Envelhecimento ativo: pilar participação, determinantes sociais e comportamentais; b) Envelhecimento bem-sucedido: componente social e de engajamento; c) Eixos-chaves da convivência intergeracional: solidariedade e diálogo intergeracional; voluntariado e participação cívica e conhecimento e sensibilização social.

A participação, na concepção dos idosos entrevistados, esteve vinculada aos diferentes tipos de atividades: sociais, econômicas, culturais e espirituais. A política de envelhecimento ativo defende a necessidade de se apoiar a contribuição ativa, produtiva e benéfica que os idosos podem oferecer à sociedade ao desempenharem um trabalho (in)formal, atividades não remuneradas, nos contextos familiar, social, religioso ou ainda em ocupações voluntárias^{8,21}.

Os determinantes sociais apresentados dependem das condições de apoio social, proteção contra violência e maus-tratos e oportunidades de educação e aprendizagem permanentes (condicionantes da forma como se estabelece o engajamento social)^{7,8}.

O apoio social, as oportunidades de educação e a aprendizagem permanente, a paz e a proteção contra a violência e maus-tratos são determinantes essenciais relacionados ao ambiente social, capazes de estimular os pilares de saúde, da participação e da segurança, à medida que as pessoas envelhecem^{7,8}. Os riscos de idosos adquirirem algum tipo de deficiência e uma menor expectativa de vida aumentam quando expostos à solidão, ao isolamento social, ao analfabetismo, às poucas oportunidades de aprendizagem, aos maus-tratos e a conflitos^{7,8}.

O abuso ou maus-tratos ao idoso são considerados 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. Nesse âmbito, estão incluídos: abuso físico, sexual, psicológico, financeiro e negligência. O abuso ao idoso é

considerado uma violação aos direitos humanos, capaz de ocasionar lesões, doenças, perda de produtividade, isolamento social e desespero^{11,12}.

Os determinantes comportamentais foram relacionados à atividade física, alimentação saudável, abstinência do fumo e álcool e uso correto dos medicamentos que são fatores capazes de influir sobre a prevenção do declínio funcional, redução do risco do surgimento de doenças, longevidade e promoção da qualidade de vida.

Os problemas relacionados à alimentação em todas as faixas etárias incluem: a desnutrição e o consumo excessivo de calorias^{8,13}. Esses problemas podem estar relacionados às escolhas por alimentos impróprios, ao surgimento de enfermidades e ao uso de medicamentos, à perda de dentes, ao isolamento social, às deficiências (cognitivas ou físicas) capazes de inibir a capacidade de comprar ou ao preparo dos alimentos. O consumo excessivo de calorias é considerado um fator de risco para o surgimento da obesidade, de doenças crônicas e deficiências durante o processo de envelhecimento⁸⁻¹³.

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 a diminuição da densidade óssea, da força muscular, da função respiratória e pode ainda interferir no efeito das medicações de uso contínuo. Os danos do tabagismo são cumulativos e de longa duração e podem levar ao desenvolvimento de inúmeras doenças. O risco aumenta de acordo com a duração e o número de exposições de cada pessoa⁸⁻¹³.

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). Elevam ainda o risco de lesões e quedas associadas ao consumo de álcool e riscos potenciais relacionados ao uso concomitante de álcool e medicamentos^{3,7}.

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 (medicamentos 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 saúde^{7,8}.

O surgimento de problemas de saúde induzidos por diagnósticos/tratamentos e/ou causados pelo uso excessivo de medicamentos comuns às pessoas envelhecidas, devido a interação medicamentosa, dosagens inadequadas e reações medicamentosas imprevisíveis, está associado à ocorrência de iatrogenias com o decorrer dos anos^{4,5}.

O envelhecimento bem-sucedido, ligado ao pilar de participação, teve seu componente social e de engajamento relacionado aos eixos-chaves da convivência intergeracional, solidariedade e diálogo intergeracional; voluntariado e participação cívica e conhecimento e sensibilização social.

O engajamento em atividades que envolvam lazer, trabalho, relações familiares e práticas religiosas no envelhecimento bem-sucedido está influenciado aos níveis de satisfação com a profissão exercida, suporte social, convivência intergeracional e com contemporâneos e o recebimento de benefícios, pensão e aposentadoria adequados⁹⁻¹⁰.

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 ela possa se manter ativa e produtiva para com a sociedade de forma (não) remunerada enquanto envelhece¹¹⁻¹³.

O voluntariado proporciona aos idosos novos vínculos e convivência intergeracional e com seus contemporâneos, vinculando-os ao apoio social que, se não estiver presente de forma adequada às condições de vida e saúde, pode contribuir para: aumento da morbimortalidade,

surgimento de problemas psicológicos, declínio da saúde física/mental, redução da sensação de bem-estar geral e qualidade de vida⁶⁻⁸.

O pilar participação pode ser considerado o mais amplo e engloba a inserção de idosos em atividades sociais, econômicas, culturais e espirituais. Depende não apenas de um determinante específico, estando relacionado a todos os demais determinantes, uma vez que o engajamento ativo e bem-sucedido nas atividades corrobora o atendimento inicial das demandas relacionadas aos pilares de saúde e segurança^{7,8}.

O segundo eixo, “Saúde, bem-estar e redes de apoio”, englobou as dimensões políticas: a) Envelhecimento ativo: pilar saúde; determinantes de serviços sociais e de saúde; b) Envelhecimento bem-sucedido: componentes de habilidades funcionais e cognitivas, redução de doenças e hábitos de vida saudáveis; c) Eixos-chaves da convivência intergeracional: saúde, bem-estar e condições de vida.

O pilar saúde é relacionado a riscos comportamentais e ambientais, declínio funcional, fatores de proteção à saúde e surgimento de comorbidades⁷⁻⁸. No pilar saúde, pode-se acrescentar a consensualização de evidências científicas de que o *continuum* saúde-doença é resultado da combinação: genética, biológica, psicológica, ambiental, hábitos de vida, alimentação e do fator sorte^{6,13}.

Os determinantes de serviços sociais e de saúde envolvem ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, serviços curativos e de assistência em longo prazo. A promoção da saúde é o processo capaz de permitir às pessoas a obtenção de certo controle e/ou melhoramento de suas condições de saúde; a prevenção de doenças abrange medidas de proteção e controle das doenças próprias da senilidade (doenças crônico-degenerativas, não transmissíveis e/ou lesões)^{6,8}.

A medida que as pessoas envelhecem, aumentam as demandas por serviços curativos, de assistência em curto, médio e longo prazo e tratamento farmacológico capaz de retardar, aliviar ou tratar os sinais e sintomas decorrentes do surgimento de comorbidades e promover qualidade de vida. Essa situação exige um esforço renovado em garantir o acesso ao tratamento clínico-farmacológico essencial e seguro adequado às necessidades dessas pessoas^{13,19}.

A dimensão saúde em relação ao envelhecimento bem-sucedido apresenta componentes de habilidades funcionais e cognitivas, redução de doenças e hábitos de vida saudáveis. Está atrelada aos eixos-chaves da convivência intergeracional: saúde, bem-estar e condições de vida.

A política de envelhecimento ativo afirma que as pessoas idosas podem desfrutar de uma vida com qualidade, permanecer sadias e capazes de cuidar de suas próprias vidas à medida que envelhecem. Isso só é possível quando os fatores de risco comportamentais e ambientais para doenças crônicas e o declínio funcional são mantidos baixos e os fatores de proteção estão elevados. Espera-se, assim, que as pessoas idosas não necessitem do uso constante dos serviços sociais e de saúde e, se precisarem, que tenham acesso a esses serviços com atendimento a suas necessidades e demandas de cuidados, tendo seus direitos respeitados⁸.

Como determinante do envelhecimento bem-sucedido, associado ao pilar saúde, pode ser incluída ainda a dimensão emocional (satisfação com a vida geral e *continuum* saúde/doença) e pessoal (atitudes favoráveis ao envelhecimento, senso de controle e motivação em transmitir conhecimentos/experiências de vida intergeracionalmente)^{7,8}.

O último eixo, seguridade social, adaptação e qualidade de vida, como uma dimensão política, contemplou: a) Envelhecimento ativo: pilar segurança; determinantes: físicos, pessoais e econômicos; b) Envelhecimento bem-sucedido: componentes físicos e sociais; c) Eixos-chaves da convivência intergeracional: emprego, trabalho e aprendizagem. A política de envelhecimento ativo apresenta como necessidade o direito da pessoa idosa à segurança nas dimensões: social, física e financeira e ressalta a necessidade de assegurar-lhe: proteção, dignidade e assistência. Tal entendimento pode ser captado a partir dos discursos apresentados.

Os determinantes relacionados ao ambiente físico (moradia, 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 de segurança e versam sobre a promoção da seguridade (social, física e financeira)^{8,9}.

Em relação ao determinante ambiente físico, idosos que residem em ambientes ou áreas de risco com múltiplas barreiras físicas estão mais propensos ao isolamento social, à depressão, ao despreparo físico e aos problemas de mobilidade, fatores que os restringem/limitam, fazendo com que passem a maior parte do tempo em seu ambiente domiciliar. Outro fator a ser considerado são os riscos presentes no ambiente físico, que podem causar lesões incapacitantes e dolorosas às pessoas idosas, decorrentes, em sua maioria, de quedas, incêndios e acidentes automobilísticos^{10,13}.

As condições de moradia, assim como a vizinhança segura e adequada às limitações e demandas do idoso, são essenciais ao seu bem-estar, à qualidade de vida e à seguridade. Nesse sentido, a localização de sua residência, próxima dos familiares, ambiente de trabalho, comércios, igrejas, serviços sociais e de saúde e dos meios de transporte, pode predizer uma interação social positiva e, quando distante, pode contribuir para o isolamento social^{10,13}.

Cabe ressaltar que é importante que os padrões de construções e domicílios levem em conta as necessidades de saúde e segurança das pessoas idosas, evitando, obstáculos nas residências, que podem aumentar o risco de quedas. Estes precisam ser corrigidos ou removidos, entre eles se incluem: pouca iluminação, pisos irregulares/escorregadios, falta de corrimão para apoio, escadas e presença de tapete³⁻⁵.

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 para as pessoas com perfil de vulnerabilidade (ou seja, crianças, idosos, deficientes, portadores de doença crônicas e imunossuprimidos)³⁻⁵. A baixa renda pode influir nas condições de acesso de idosos a alimentos nutritivos, moradia adequada e cuidados necessários ao processo saúde-doença¹⁹.

A concepção de envelhecimento bem-sucedido associado à seguridade possui componentes físicos (saúde física, capacidade funcional e hábitos saudáveis de vida) e sociais (engajamento e oportunidades ao longo da vida) correlacionados aos eixos-chaves da convivência intergeracional: emprego, trabalho e aprendizagem ao longo da vida⁸⁻⁹.

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 e de longo prazo com qualidade⁶⁻¹⁰.

Os serviços sociais e de saúde precisam estar integrados, coordenados e ser 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. Os provedores destes devem tratar todas as pessoas com dignidade e respeito, independentemente da idade¹³.

A definição dos determinantes e pilares do envelhecimento ativo, enquanto política (inter)nacional, teve por base os princípios estabelecidos pela Organização das Nações Unidas (ONU) em favor dos idosos. São eles: a independência, a participação, a assistência, o autodesempenho e a dignidade^{20,21}.

No que tange ao princípio da independência, cabe destaque para as oportunidades de trabalho e acesso a outras formas de geração de renda e inclusão em programas profissionalizantes e/ou educativos. A participação refere-se ao direito de permanecer integrado à sociedade, participar ativamente da formulação e implementação de políticas

relacionadas a seu bem-estar, além da transmissão intergeracional de conhecimentos, habilidades e experiências de vida^{22,23}.

O autodesempenho e/ou autorrealização refere-se ao aproveitamento das oportunidades de desenvolvimento de suas capacidades e potencialidades e ao acesso aos recursos sociais (educacional, cultural e de lazer). A dignidade refere-se ao tratamento do idoso com justiça livre de qualquer preconceito ou discriminação (idade, gênero, sexualidade, etnia, limitações, deficiências, religiosidade, condições de vida ou econômicas^{23,24}.

O princípio da assistência assegura o direito de idosos, que, no Brasil, contempla os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): em núcleo comum com os princípios doutrinários (universalização, equidade e integralidade) e, em forma de operacionalização, os organizacionais (regionalização e hierarquização, descentralização, comando único e participação popular)^{14,24}.

Os resultados apresentados contemplarem dois eixos temáticos da Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde (APPMS), a saber: 9º - programas e políticas públicas e 12º - saúde do idoso, os quais compõem as 14 temáticas prioritárias das investigações científicas e iniciativas políticas em saúde²⁵.

Neste contexto, uma pesquisa, que se utilizou do método dedutivo, com abordagem qualitativa e descritiva investigou se os municípios de uma região do Sul do Estado de Santa Catarina, Brasil, conheciam e aplicavam a PNSPI durante as ações realizadas na Atenção Básica (AB), em especial na Estratégia de Saúde da Família (ESF), à luz do que dispõem a constituição e o Estatuto do Idoso¹⁵. Como resultados, destacaram-se as dificuldades apresentadas pelos participantes acerca de dois pontos importantes das diretrizes e estratégias da PNSPI: a falta de uma política planejada e contínua de educação em saúde para os idosos; e a inexistência de estímulo ao exercício do controle social, no âmbito seja da saúde, ou do conselho municipal de saúde voltado ao idoso¹⁵.

A necessidade de se valorizar as iniciativas e decisões públicas nos setores políticos, sociais e de saúde voltadas às pessoas em envelhecimento e fundamentadas na interpretação de como os pilares e determinantes do envelhecimento ativo, os componentes do envelhecimento bem-sucedido e os eixos-chaves da convivência intergeracional podem influenciar positivamente o modo como as pessoas de diferentes grupos e contextos sociais envelhecem²⁶. A PNSPI assim como o estatuto do idoso vão ao encontro biopolítico dos sujeitos, ao colocar as demandas de cuidados integrais em saúde como problema populacional, ao mesmo tempo em que direciona seus cuidados ao idoso fragilizado de acordo com suas percepções enquanto um ser politizado²⁷.

CONCLUSÃO

A partir da análise das percepções de idosos sobre o envelhecimento humano, foi possível compreender que esse grupo possui um conhecimento reificado referente a todos os pilares, determinantes, dimensões e eixos políticos, mesmo sem de fato ter expressado em seu discurso o conhecimento em relação à fonte legal.

Embora a extrapolação dos resultados seja uma limitação desta investigação, é possível inferir sobre as concepções a respeito das políticas (inter)nacionais do processo de envelhecimento com base na análise de conteúdo e fragmentos de discursos ilustrativos, os quais explicitam diferentes dimensões do conhecimento que estão em consonância com os referenciais teóricos e políticos adotados a respeito do envelhecimento humano. Assim, sugere-se a realização de novas investigações sobre a temática em outros grupos sociais, assim como o uso de diferentes delineamentos metodológicos.

REFERÊNCIAS

1. Dimopoulos C, Papageorgis P, Boustras G, Efstathiades C. The concept of ageing in evolutionary algorithms: discussion and inspirations for human ageing. *Mech Ageing Dev.* [Internet]. 2017 [citado em 15 dez 2019]; 163:8-14. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/313353780_The_Concept_of_Ageing_in_Evolutionary_Algorithms_Discussion_and_Inspirations_for_Human_Ageing
2. Cosco TD, Howse K, Brayne C. Healthy aging, resilience and well-being. *Epidemiol Psychiatr Sci.* [Internet]. 2017 [citado em 15 dez. 2019]; 26(6):579-83. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28679453>
3. Uchmanowicz I, Jankowska-Polańska B, Wleklík M, Lisiak M, Gobbens R. Frailty syndrome: nursing interventions. *SAGE Open Nurs.* [Internet]. 2018 [citado em 15 dez 2019]; 4:1-11. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2377960818759449>
4. Teguo MT, Simo M, Lorenzo N, Rinaldo N, Cesari L, Matteo, et al. Frailty syndrome among elderly in caribbean region. *J Am Med Dir Assoc.* [Internet]. 2017 [citado em 15 dez 2019]; 18(6):547-8. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/317136267_Frailty_Syndrome_Among_Elderly_in_Caribbean_Region
5. Vaughan CP, Markland AD, Smith PP, Burgio KL, Kuchel GA, et al. A Translational research agenda for a complex geriatric syndrome. *J Am Geriatr Soc.* [Internet]. 2018 [citado em 15 dez 2019]; 66(4):773-82. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jgs.15157>
6. Bárrios MJ, Fernandes AA, Fonseca AM. Identification of priorities for aging policies in two portuguese communities. *J Aging Soc Policy* [Internet]. 2018 [citado em 15 dez 2019]; 30(5):458-77. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/08959420.2018.1442112>
7. Robbins TD, Lim Choi Keung SN, Arvanite TN. E-health for active aging: a systematic review. *Maturitas* [Internet]. 2018 [citado em 15 dez 2019]; 114:34-40. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29907244>
8. Abreu BM, Gomes AP, Martins S. Envelhecimento ativo: das diretrizes às ações para melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas. *Perspect Polít Públ.* [Internet]. 2018 [citado em 15 dez 2019]; 11(21):129-72. Disponível em: <http://revista.uemg.br/index.php/revistappp/article/view/2890>
9. Liu H, Byles JE, Xu X, Zhang M, Wu X, Salão JJ. Evaluation of successful aging among elderly people in China: results of longitudinal health and retirement study in China. *Geriatr Gerontol Int.* [Internet]. 2017 [citado em 15 dez 2019]; 17(8):1183-90. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27506327>
10. Pace JE, Grenier A. Expanding the circle of knowledge: reconcepting successful aging among the older North American indigenous peoples. *J Gerontol B Psicol Sci Soc Sci.* [Internet]. 2017 [citado em 15 dez 2019]; 72(2):248-58. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27729385>
11. Presidência da República (Brasil). 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. D.O.U., Brasília, DF; 4 jan 1994 (reimpresso em maio de 2010).
12. Presidência da República (Brasil). Lei 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. D.O.U., Brasília, DF; 3 out 2003.
13. Câmara dos Deputados (Brasil), Centro de Estudos e Debates Estratégicos, Consultoria Legislativa. Brasil 2050: desafios de uma nação que envelhece [Internet]. Brasília, DF: Câmara dos Deputados; 2017 [citado em 01 set 2020]. 136p. (Estudos estratégicos; 8). Disponível em: <https://livraria.camara.leg.br/brasil-2050-desafios-de-uma-nacao-que-envelhece>
14. Presidência da República (Brasil), Secretaria de Direitos Humanos. Guia de políticas, programas e projetos do Governo Federal: compromisso nacional para o envelhecimento ativo

- Brasil [Internet]. Müller, NP, organizadora. Brasília, DF: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República; 2015 [citado em 01 set 2020]. 109p. Disponível em: https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/1436207288_Guia_de_poli_ticas_pu_blicas_2015.pdf
15. Vieira RS, Vieira RS. Elderly health and implementation of the Brazilian National Health Policy for elderly persons on the performed actions in basic healthcare. *Rev Dir Sanit.* [Internet]. 2016. [citado em 20 maio 2020]; 17(1):14-37. Disponível em: <http://www.periodicos.usp.br/rdisan/article/view/117042/114640>
16. Bardin L. L'analyse de contenu. Lisboa: Edições 70; 2016. 280p.
17. Nascimento LCN, Souza TV, Moraes JRMM, Aguiar RCB, Silva LF. Theoretical saturation in qualitative research: an experience report in interview with schoolchildren. *Rev Bras Enferm.* 2018 [citado em 20 maio 2020]; 71(1):228-33. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0616>
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Projeções da população: Brasil e unidades da federação: revisão 2018. 2ed. Rio de Janeiro: IBGE; 2018. 58p.
19. Paz A, Doron I, Tur-Sinai A. Gender, aging and the economics of "active aging": establishing a new research agenda. *J Women Aging* [Internet]. 2018 [citado em 15 dez 2019]; 30(3):184-203. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/315776036_Gender_aging_and_the_economics_of_active_aging_Setting_a_new_research_agenda
20. Zeng Y, Hesketh T. The effects of China's two-child universal policy. *Lancet* [Internet]. 2016 [citado em 15 dez 2019]; 388(10054):1930-8. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=The+effects+of+China%27s+two-child+universal+policy>
21. Alvarenga-Martins N, Pinto PF, Arreguy-Sena C, Paschoalin HC. Urinary incontinence: an analysis in the perspective of aging policies. *Rev Enfer UFPE on line* [Internet]. 2017 [citado em 15 dez 2019]; 11(3):1189-99. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/13494/16219>
22. Organização das Nações Unidas. Resolução n. 46/91 de 16 de dezembro de 1991. Dispõe sobre o aos Princípios das Nações Unidas em Favor da Pessoa Idosa. [Nova Iorque]: ONU; 1997.
23. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 [citado em 01 set 2020]. 282p. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf?sequence=1
24. Presidência da República (Brasil). Lei nº 8080, 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. D.O.U., Brasília, DF; 20 set 1990.
25. Ministério da Saúde (Br). Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde - APPMS [Internet]. Brasília, DF: Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia; 2018 [citado em 01 set 2020]. 26p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_prioridades_pesquisa_ms.pdf
26. Melo LD. O processo de envelhecimento para pessoas idosas: estudo de representações sociais e crenças de Rokeach. [dissertação]. Juiz de Fora, MG: Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora; 2015. 189p.
27. Duarte CAB, Moreira LE. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa: integralidade e fragilidade em biopolíticas do envelhecimento. *Estud Interdiscip Envelhec.* [Internet]. 2016 [citado em 20 maio 2020]; 21(1):149-70. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/54631/40721>

CONTRIBUIÇÕES

Laércio Deleon de Melo, Cristina Arreguy-Sena e Paulo Ferreira Pinto contribuíram na concepção e delineamento do estudo, coleta e análise dos dados, redação e revisão. **Marcos Tosoli Gomes, Jessica de Castro Santos e Marcos Antônio Gomes Brandão** participaram da redação e revisão.

Como citar este artigo (Vancouver)

Melo LD, Arreguy-Sena C, Pinto PF, Gomes AMT, Santos JC, Brandão MAG. Concepções de idosos sobre as políticas (inter)nacionais do envelhecimento humano. REFACS [Internet]. 2020 [citado em *inserir dia, mês e ano de acesso*]; 8(4):865-881. Disponível em: *inserir link de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.

Como citar este artigo (ABNT)

MELO, L. D.; ARREGUY-SENA, C.; PINTO, P. F.; GOMES, A. M. T.; SANTOS, J. C.; BRANDÃO, M. A. G. Concepções de idosos sobre as políticas (inter)nacionais do envelhecimento humano. **REFACS**, Uberaba, MG, v. 8, n. 4, p. 865-881, 2020. Disponível em: *inserir link de acesso*. Acesso em: *inserir dia, mês e ano de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.

Como citar este artigo (APA)

Melo, L.D., Arreguy-Sena, C., Pinto, P.F., Gomes, A.M.T., Santos, J.C., & Brandão, M.A.G. (2020). Concepções de idosos sobre as políticas (inter)nacionais do envelhecimento humano. *REFACS*, 8(4), 865-881. Recuperado em *inserir dia, mês e ano de acesso* de *inserir link de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.