

Concepciones de Ancianos acerca de las Políticas (Inter)Nacionales de Envejecimiento Humano

Concepções de Idosos sobre as Políticas (Inter)Nacionais do Envelhecimento Humano Conceptions of the elderly on (inter)national policies on human aging

Recibido: 16/01/2020
Aprobado: 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 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.

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) Segurança 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.

1. Enfermero. Especialista en Cuidados Intensivos Neonatales y de Adultos. Maestro en Enfermería. Profesor del Centro Universitário Estácio de Juiz de Fora, MG, Brasil. ORCID: 0000-0002-8470-7040 E-mail: laerciodl28@hotmail.com

2. Enfermera. Maestra y Doctora en Enfermería. Profesora Titular Jubilada de la Faculdade de Enfermagem de la 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. Profesional de Educación Física. Maestro en Educación Física. Doctor en Ciencias de la Vida. Profesor Adjunto de la Faculdade de Educação Física e Desportos de la UFJF, Juiz de Fora, MG, Brasil. ORCID: 0000-0001-7321-3160 E-mail: paulo.ferpinto@gmail.com

4. Enfermero. Maestro, Doctor e Investigador Posdoctoral de Enfermería. Profesor Titular de la Faculdade de Enfermagem de la Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. ORCID: 0000-0003-4235-9647 E-mail: mtosoli@gmail.com

5. Enfermera. Maestra de Enfermería. Estudiante de Doctorado en el Programa de Posgrado de la Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) de la Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil. ORCID: 0000-0002-8336-156X E-mail: jesticastroenf@gmail.com

6. Enfermero. Maestro en Tecnologías Educativas. Doctor en Enfermería. Profesor Adjunto de la EEAN de la UFRJ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. ORCID: 0000-0001-9829-4235 E-mail: marcosbrandao@ufrj.br

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento humano puede ser concebido como un proceso sociovital multifacético que se desarrolla a lo largo de la vida y en secuencia^{1,2}. Como etapa vital, se configura como un proceso lento, dinámico, progresivo e inevitable que abarca un conjunto de cambios morfológicos, fisiológicos, bioquímicos y psicológicos, capaces de determinar la pérdida progresiva de la capacidad de adaptación del anciano al contexto social^{2,3}; además de la aparición de vulnerabilidades debidas a la incidencia de procesos patológicos asociados a síndromes geriátricos^{4,5}.

El proceso de envejecimiento comienza inmediatamente después de las fases de desarrollo y estabilización, generalmente se hace perceptible después de los cambios estructurales y funcionales, cuya detección muestra sus primeros vestigios al final de la tercera década de vida^{1,2}. Esta caracterización recibe influencias intrínsecas, como la constitución genética individual responsable de la longevidad y los factores extrínsecos relacionados con las exposiciones ambientales, que causan condiciones diversas y heterogéneas^{4,5}.

El declive de las funciones orgánicas se produce de manera vinculada a la progresión del envejecimiento y tiene ritmos variables entre los órganos y ocurre de manera diferente entre las personas de la misma edad. Esta subjetividad puede justificarse por las diferentes condiciones de vida y de trabajo a las que se ha visto expuesta cada persona a lo largo de los años, circunscritas a diversos contextos económicos, políticos, sociales y culturales^{4,5}.

Las investigaciones científicas fomentan la necesidad de vivir el proceso de envejecimiento como una etapa natural del ciclo de vida, así como cualquier otra, marcada por numerosas virtudes y desafíos. El paradigma (inter)nacional implica la desvinculación conceptual del envejecimiento como equivalente a la enfermedad, la inactividad o la involución. De esta manera, se están elaborando diferentes políticas en todo el mundo^{6,8}.

En este contexto, la política de envejecimiento activo propuesta en 2002 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que se tradujo como política brasileña en 2005, hace hincapié en que el envejecimiento saludable es un proceso que debe ser facilitado por políticas públicas, sociales y de salud específicas en cada etapa del ciclo de vida humano⁷⁻⁸.

Las perspectivas teóricas del “envejecimiento exitoso” incluyen los beneficios de un estilo de vida saludable, con un envejecimiento activo y socialmente comprometido. En esta concepción, el envejecimiento exitoso se asocia con cambios ideológicos que no consideran esta fase de la vida como sinónimo de pérdida, enfermedad, inactividad o algo contrario al desarrollo humano^{9,10}.

Además de las concepciones idealizadas de un envejecimiento activo y exitoso, en 2012 se tomó la iniciativa de la idealización de una “sociedad para todas las edades”, definida como la solidaridad intergeneracional, que en conjunto pueden considerarse cuestiones que orientan la creación de políticas innovadoras capaces de responder a las diferentes demandas emergentes en relación con el envejecimiento humano (inter)nacional⁶.

Las iniciativas brasileñas en relación con el envejecimiento son la Política Nacional de Salud de la Persona Mayor (PNPSI)¹¹, el Estatuto de los Ancianos¹² y el Cuaderno de Atención a la Salud de los Ancianos, además del reconocimiento y la adopción de políticas internacionales^{13,14}.

En cuanto al conocimiento y la aplicabilidad de la PNPSI, un estudio¹⁵ realizado en el estado de Santa Catarina que trata de las acciones desarrolladas en el contexto de la atención básica mostró que todos los participantes creían conocer la política, todos tuvieron algún tipo de contacto con la ordenanza que la instituye, pero presentaron dificultades relacionadas con la falta de planificación a partir de las directrices de la PNPSI para establecer acciones resolutivas y educativas para la salud de la población anciana y el límite del control social que cubre la salud de los ancianos.

En este contexto, se justifica esta investigación y se subraya la importancia de que los profesionales de la salud, incluido los enfermeros, participen en la comprensión de las

peculiaridades que entraña el proceso de envejecimiento y sus dimensiones políticas, concebidas desde la perspectiva de las personas ancianas a las que atienden.

Los enfoques/intervenciones de los profesionales de la salud deben abarcar las diferentes demandas que presentan los desafíos del envejecimiento humano y contribuir a crear un envejecimiento activo, exitoso y de solidaridad intergeneracional. Por lo tanto, este estudio tiene como objetivo analizar las percepciones de los ancianos acerca del envejecimiento humano con respecto a los contornos políticos (inter)nacionales.

MÉTODO

Investigación exploratoria, con un enfoque cualitativo, que utilizó políticas (inter)nacionales del proceso de envejecimiento humano⁶⁻¹⁰ como una base teórica capaz de justificar la percepción de los ancianos acerca del proceso de envejecimiento.

Fueron elegibles las personas con edad ≥ 65 años con un nivel de conocimiento compatible con el enfoque requerido por la entrevista en profundidad. Se utilizó el muestreo por preguntas que utilizó como criterio la intercesión entre la territorialidad de la UBS y el área de censo según el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE).

El instrumento de recogida de datos se estructuró en: 1) Caracterización sociodemográfica; 2) Entrevista individual en profundidad con grabación de audio de las preguntas orientadoras y 3) Diario de campo. Los 11 ejes temáticos de la entrevista fueron: 1) Concepción de cuándo y cómo se produce el proceso de envejecimiento; 2) Incorporación de la identidad cultural de ser una persona anciana; 3) Definición cultural del papel de los ancianos en la sociedad; 4) Valoración del conocimiento y la experiencia de los ancianos; 5) El papel de los ancianos en la comunidad; 6) Impacto de la edad en la vida social y familiar; 7) Posicionamiento y adhesión a políticas, programas y servicios; 8) Participación o integración en representaciones políticas, sociales o religiosas; 9) Uso de la red de salud (in)formal; 10) Adhesión a los servicios existentes y 11) Inserción en prácticas religiosas.

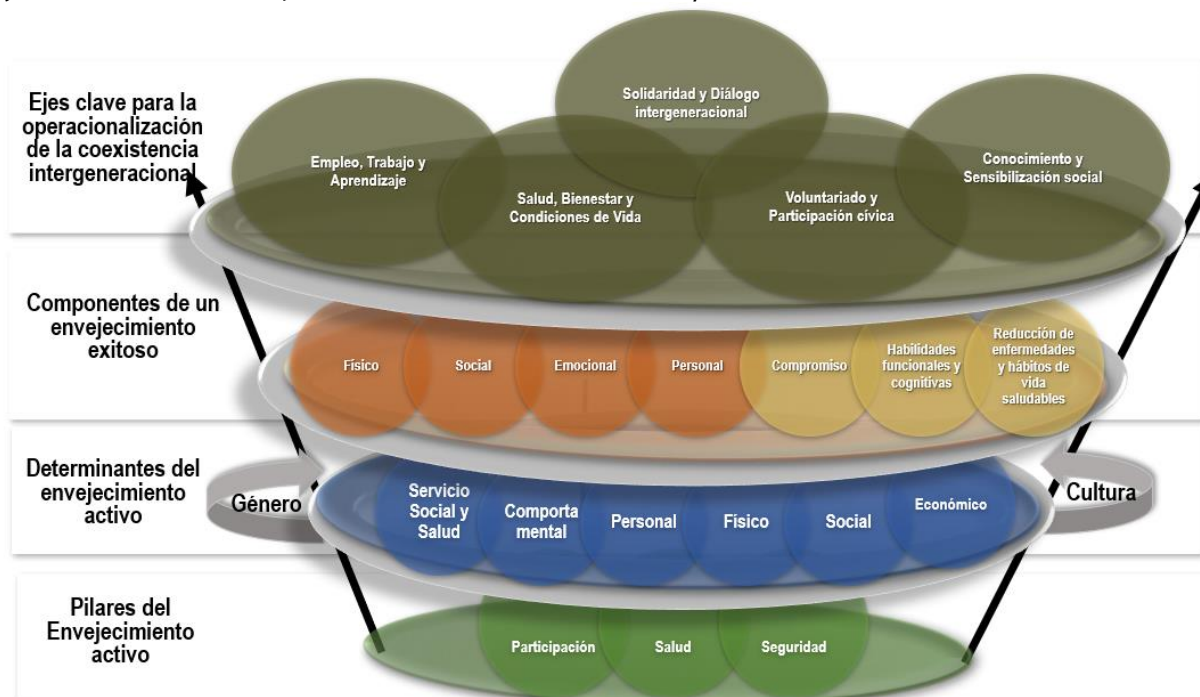
La ambientación y el reclutamiento de los potenciales participantes se llevó a cabo mediante el enfoque e invitación individual en casa con la después de la firma del Término de Consentimiento Libre e Informado (TCLI). En el segundo momento, se realizaron entrevistas individuales en profundidad, con grabación de audio, para aprehender las concepciones de las políticas acerca del envejecimiento.

La recogida de datos fue llevada a cabo por un solo investigador, con el objetivo de reducir sesgos y hacer que el tiempo sea compatible con la disponibilidad de los participantes; los datos se reunieron en enero de 2015, con una duración de la entrevista estimada en una hora.

El análisis de la comprensión de los participantes del proceso de envejecimiento humano con respecto a las políticas (inter)nacionales se basó en la estructura esquemática de los ejes políticos. La Política de Envejecimiento Activo de 2002 tiene como fundamento los pilares de participación, salud y seguridad que se basan en los ocho determinantes del proceso de envejecimiento, que se acercan a la perspectiva de los siete componentes del envejecimiento exitoso que fueron corroborados por los cinco ejes clave para la operacionalización de la convivencia intergeneracional de la persona anciana, propuesta del año europeo del envejecimiento activo, exitoso y de solidaridad entre generaciones⁶⁻¹⁰ (Figura 1). También cabe mencionar que la internacionalización de las políticas que retratan el proceso de envejecimiento humano, fueron gradual y secuencialmente traducidas, validadas e incorporadas a nivel nacional como ocurrió en el Brasil⁽¹³⁻¹⁵⁾.

Para el tratamiento y el análisis de los datos se utilizaron tres *softwares*, a saber: datos sociodemográficos consolidados en el *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versión 24; las entrevistas se transcribieron en *Microsoft® Office Word® 2016* y se insertaron y trataron en *NVivo Pro 11®*.

Figura 1: Esquema representativo de los ejes de las políticas (inter)nacionales del envejecimiento humano. Juiz de Fora, MG, Brasil, Enero/2015.



Fuente: adaptación de las referencias teóricas de las políticas de envejecimiento humano⁶⁻¹⁰.

Para comprender los datos, el análisis de contenido se realizó según las etapas: preanálisis, exploración del material o codificación y procesamiento de los resultados obtenidos/interpretación¹⁶. Los criterios para crear las unidades de significado fueron: la similitud de contenidos y la consolidación teórica, la obtención del coeficiente de Pearson con valores $\geq 0,70$ ¹⁷.

Se cumplieron los requisitos éticos y jurídicos de las investigaciones con seres humanos, de conformidad con la legislación (inter)nacional. Esta investigación proviene de una investigación principal, titulada "*Capacidad física, incontinencias y determinantes del proceso de envejecimiento en personas mayores de 65 años*" (Capacidade física, incontinências e determinantes do processo de envelhecimento em pessoas acima de 65 anos), aprobada por el Comité de Ética de la Investigación (dictamen n.º. 341.116, de 11/07/2013). Para garantizar el anonimato, los participantes fueron identificados por códigos alfanuméricos, con la letra P seguida de 2 dígitos.

RESULTADOS

La caracterización sociodemográfica de los participantes se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1. Caracterización sociodemográfica de los 93 participantes investigados. Juiz de Fora, MG, Brasil, Enero/2015.

Género	n	%	Md±DP	Franja de edad	n	%	Md±DP
Femenino	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
				80I---85	11	11,82	Min=65
				85I---90	4	4,30	Max=96
				≥90I---	2	2,15	
Nivel de escolaridad	N	%		Subtotal	93	100,0	
0	26	27,95					
1I--- 5	45	48,38	2±2,918				
5I --- 9	11	11,82	Min=0 y				
9I --- 13	10	10,77	Mx=15	Estado Civil			
≥13	1	1,08		Casado	50	53,76	
Subtotal	93	100,0		Viudos	30	32,25	
				Solteros	7	7,55	
				Divorciados	5	5,37	
Ingresos (salarios mínimos)				Separado	1	1,07	
0	1	1,1		Subtotal	93	100,0	
1	67	72,0					
1,5	4	4,2		N.º hijos			
2	16	17,2		0	8	8,60	
3	3	3,3		1I----- 5	39	41,95	4±4,597
4	1	1,1		5I----- 10	36	38,70	Min=0
5	1	1,1		10I---- 15	8	8,60	Max=21
Subtotal	93	100,0		≥ 15	2	2,15	
				Subtotal	93	100,0	
Color declarado de la piel	n	%	Md±DP	Tiempo (años) de jubilación	n	%	Md±DP
Parda	48	51,6		0	22	23,65	9,50±8,
Blanca	27	29,0		1I ---- 5	4	4,30	659
Negra	18	19,4		5I ---- 10	22	23,65	Min=0
Subtotal	93	100,0		10I---- 15	23	24,73	y
				15I---- 20	10	10,75	Mx=37
				20I---- 30	11	11,82	
Ocupación	n	%		30I---- 40	1	1,07	
Sin ingresos	5	5,37		Subtotal	93	100,0	
Jubilados	81	87,09					
Pensionistas	5	5,37					
Trabajan	2	2,15					
Subtotal	93	100,0					

La tabla 2 muestra las profesiones ejercidas por los participantes durante la fase productiva de sus vidas.

Tabla 2. Las áreas profesionales de los participantes. Juiz de Fora, MG, Brasil, Enero/2015.

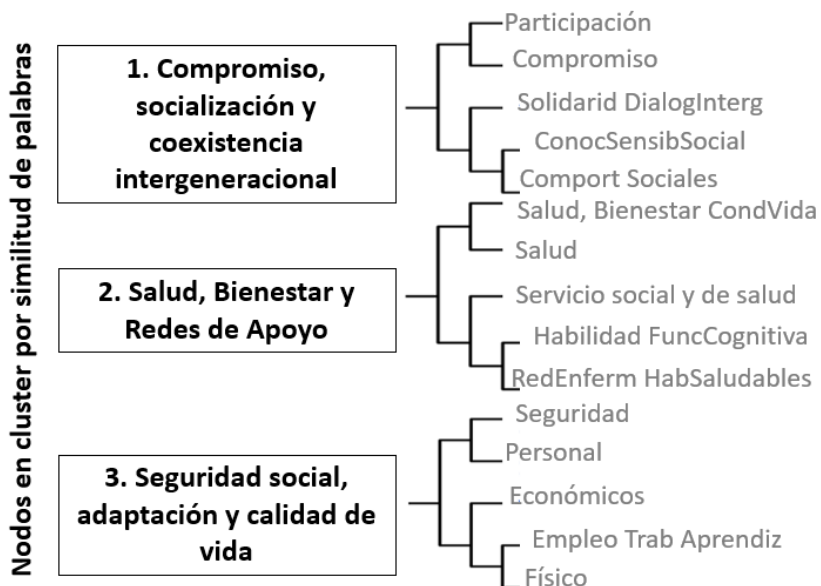
Profesión	N	%
Servicios domésticos (empleada doméstica, agente de limpieza, limpiadora, lavandera y servicios generales)	38	40,87
Construcción (albañil, carpintero, ayudante de albañil, decorador, ebanista y maestro de obras)	20	21,50
Servicios de mantenimiento de edificios/condominios (repcionista, portero, ascensor, vigilante)	9	9,68
Servicios de alimentación (cocinero y camarero)	9	9,68
Actividad de nivel técnico (enfermería, laboratorio y cuidadores de ancianos)	6	6,45
Costurera/tejedora	4	4,30
Conductor	2	2,15
Mecánico/reparador de carrocería	2	2,15
Jardinero/campesino	2	2,15
Comerciante	1	1,07
Total	93	100,0

Se obtuvieron tres categorías de análisis de datos:

- 1) Compromiso, socialización y convivencia intergeneracional;
- 2) Salud, bienestar y redes apoyo; y,
- 3) Seguridad social, adaptación y calidad de vida.

La Figura 2 muestra el dendograma con el esquema de fuerzas de correlación entre ellas.

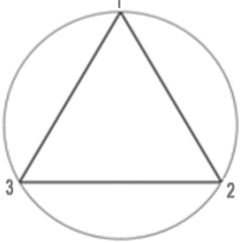
Figura 2. Dendograma - categorías de análisis identificadas y esquema de fuerzas de correlación (N= 93). Juiz de Fora, Enero/2015.

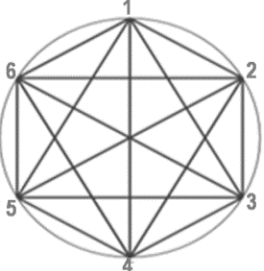


Fuente: Contenido extraído del software Nvivo Pro 11®.

En el Cuadro 1 se muestran los discursos de los participantes según las referencias adoptadas, el código del sujeto, el número de fragmentos extraídos de cada discurso y el esquema de fuerzas de correlaciones entre las categorías expresadas por el gráfico de círculo.

Cuadro 1. Esquema representativo del análisis del contenido y las fuerzas de correlaciones entre las categorías expresadas por el gráfico de círculo. Juiz de Fora, MG, Brasil, Enero/2015.

Referencial de la Política de Envejecimiento Activo, Unidades de Análisis/Unidades de Registro (*) y Gráfico de Círculo.	Discursos ilustrativos del análisis de contenido	
<p style="text-align: center;">Pilares</p> 	<p>1. Participación⁽⁶⁻⁸⁾ 88/981</p>	<p>Sociales: La dificultad en la sociedad es que a veces no contratan, o despiden a la persona sólo por la edad. P12 Económicos: Enseñé a mis hijas así: ¿Compramos algo el mes que viene? [...] Paga lo que ya se ha gastado, porque lo que entra no se gasta por el momento. P12 Culturales: El conocimiento y la experiencia de vida son muy grandes y debemos tratar de transmitirlo a los miembros de la familia. P14 Espirituales: Trabajo en la iglesia y en las pastorales. P30 Componente social: Estudié muy poco, porque vivía en el campo. Y mi padre, cuando éramos un poco mayores, nos ponía en el campo para ayudar. Dijo que trabajar en el campo era mejor que estudiar y aprender cosas que no deberías. P13 Compromiso: Muchas personas de 70, 80 y 90 años viven la vida, hacen ejercicio y siguen adelante. P89 Relaciones intergeneracionales: Me llevo muy bien con las personas. Personas mayores o más jóvenes que yo. Me llevo bien con todos. P12 Voluntariado: Trabajando, a veces incluso como voluntario, lo cual es muy importante y ayuda a no sentirse discapacitado. P39 Sensibilización social: Necesito ayuda. Necesito operar, necesito medicinas, necesito cuidar mi salud, pero no puedo pagar nada. P43</p>
	<p>2. Salud⁽⁶⁻⁸⁾ 88/576</p>	<p>Riesgos conductuales y ambientales: Estas son cosas que tampoco puedes dejar que se acumulen demasiado, si dejas que la enfermedad se acumule, entonces queda más difícil. Hay que luchar contra la enfermedad, tratar... P73 Declive funcional: La persona, después de los 50 años de edad, ya hay que tener un poco de moderación, porque el organismo ya no es el mismo. P51 Factores de protección: Este hijo mío que vive conmigo es muy cuidadoso. ¡Es muy cariñoso! P79 Habilidades funcionales y cognitivas: La persona anciana debe querer buscar un trabajo, hacer gimnasia, caminar, enseñar a los jóvenes, solo no debe quedarse ociosa. P51 Reducción de enfermedades y hábitos de vida saludables: Cuando me siento mal, tomo medicinas, hago té, voy al médico. P39 Salud, bienestar y condiciones de vida: Las buenas condiciones de vida son aquellas en las que la persona tiene más oportunidades de estudiar y trabajar en servicios más tranquilos; porque el anciano no podrá hacer mucho esfuerzo. P11</p>
	<p>3. Seguridad⁽⁶⁻⁸⁾ 87/426</p>	<p>Social: Mis hijos se pelean mucho conmigo. ¡Este hijo es bueno cuando está cuerdo, porque cuando está drogado, es muy malo! La otra hija viene aquí sólo para pelear. ¡No me ayuda en absoluto! P24 Físico: Ahora ya no puedo caminar sola. ¡Puedo caerme por debilidad! Ni siquiera puedo salir sola. P04 Financiera: ¡Ah! Hay momentos en que pienso: ya no tengo casa. Vivo en las casas de otras personas. No puedo hacer nada. P02 Componente físico: A veces él quiere salir de casa, pero está viejo y hay una escalera para subir. Lo mismo que tengo aquí. P74 Componente social: Los lugares que cuidan de los ancianos influyen para algo bueno, porque muestran a los ancianos lo que es bueno para ellos. Hacer gimnasia. Él se divierte, habla. P12 Empleo, trabajo y aprendizaje: Hice la enseñanza media y el curso técnico de enfermería. Trabajé un poco hasta que me jubilé. Luego nacieron los nietos y las hijas los dejaron para que yo los cuidara. ¡Terminé dejando mi trabajo! P82</p>

<p style="text-align: center;">Determinantes</p> 	<p>1. Servicio social y de salud⁽⁶⁻⁸⁾ 89/578</p>	<p>Promoción de la salud: Tuvimos un muy buen lugar aquí en la ciudad, había alrededor de 20 mujeres ancianas, había un coche, nos llevaban a pasear, conocer lugares que no conocíamos, hacíamos fiestas en Navidad. P33</p> <p>Prevención de enfermedades: Siempre voy al centro de salud, allí consulto y me piden exámenes. P51</p> <p>Servicios curativos: Yo tenía un problema de corazón, me hicieron pruebas para averiguarlo y me operaron. Incluso la presión se puso bastante buena. P23</p> <p>Asistencia a largo plazo: En el centro de salud, tienes 90 días para hacer el control de la presión. Creo que debería hacerse cada mes. Entonces estaríamos más relajados. P12</p>
	<p>2. Comportamientos⁽⁶⁻⁸⁾ 87/461</p>	<p>Actividad física: La persona que envejece tiene que querer buscar un gimnasio, un paseo y cualquier actividad para no pensar sólo en que está vieja. P74</p> <p>Alimentación saludable: Cada uno tiene un tipo de nutrición, que contribuye al envejecimiento diferente en cada uno. P12</p> <p>Abstinencia de cigarrillo y alcohol: El tipo que usa alcohol envejece de un año a otro. El que usa drogas, peor. P14</p> <p>Uso correcto de medicamentos: Los ancianos deben cuidar más sus medicamentos y tomar todo correctamente y en el momento adecuado. P89</p>
	<p>3. Personales⁽⁶⁻⁸⁾ 88/402</p>	<p>Responsabilidad intergeneracional: tengo a mi madre que tiene 93 años. Sólo que ahora que es más dependiente, después de que descubrió el Alzheimer, entonces tenemos que ayudar un poco a cuidarla. P14</p>
	<p>4. Entorno físico⁽⁶⁻⁸⁾ 88/261</p>	<p>Vivienda y vecindario seguro: Hay muchos niños que abandonan a los ancianos. Eso es muy triste. P23</p> <p>Riesgo de caídas: Las dificultades son al cruzar la calle, ¡puede desequilibrarse! [...] Tengo muchas dificultades para cruzar. P31</p>
	<p>5. Sociales⁽⁶⁻⁸⁾ 89/426</p>	<p>Apoyo social: Dependiendo de los amigos que tengamos, son prácticamente un pariente, un hermano. Tengo uno así, lo conozco desde hace 20 años. P10</p> <p>Protección: Los ancianos tienen que respetar a los niños. Y los niños tienen que respetar a los ancianos también. P50</p> <p>Oportunidades: Nunca llegué a estudiar. No fui criada por mis padres. Yo, con dos años, ya no tenía a mis padres vivos. P17</p>
	<p>6. Económicos⁽⁶⁻⁸⁾ 21/39</p>	<p>Ingresos: Necesito cuidar mi salud, no tengo dinero. Lo que tengo es lo suficiente para comer prácticamente. ¡Vivo con sólo 250 reales! P34</p> <p>Trabajo: ¡El empleo es complicado! A mi edad, tengo un grado extra de estudio y experiencia en el campo, es difícil conseguir cosas buenas. P18</p> <p>Protección social: Mis hijos son muy buenos conmigo. Mis nietos siempre están aquí en casa. ¡Me siento feliz por ello! P2</p>

Fuente: Contenido extraído del programa *Nvivo Pro 11*®.

Nota: (*) - los números presentes en los gráficos de círculos representan pilares y determinantes⁽⁶⁻⁸⁾.

DISCUSIÓN

El predominio de las mujeres (62,4%) entre los participantes corrobora el proceso de feminización del envejecimiento identificado internacionalmente, ya que la actual esperanza de vida en el Brasil de 79,6 años para las mujeres y 72,5 para los hombres^{13,18}.

El género, como determinante transversal del envejecimiento activo, es capaz de influir en diferentes formas de pensar, sentir y comportarse socialmente. De esta manera, el determinante de género puede adaptarse a las diferentes opciones políticas establecidas en cada país, con el fin de optimizar sus efectos positivos en el bienestar y la calidad de vida de las personas ancianas^{7,19}.

La longevidad femenina, en el caso del Brasil (un promedio de siete años más que los hombres) puede atribuirse a: tasas de mortalidad masculina más elevadas; disminución gradual y significativa de las tasas anuales de mortalidad materna; producción femenina de hormonas de estrógeno; mayor prevalencia de conductas de riesgo asociadas con el tránsito y el trabajo masculino; tasas más bajas de tabaquismo y alcoholismo en las mujeres y mayor adhesión de las mujeres a los programas y servicios de salud¹⁹.

El predominio del color de la piel declarado parda (51,6%) es similar a la estimación nacional, que es del 46,7%, con ligeras variaciones regionales^{13,18}. Esta caracterización también puede explicarse por el mestizaje brasileño propiamente dicho, proceso que se viene produciendo desde hace décadas y que se justifica por el origen diverso de los pueblos colonizadores, en el que las primeras poblaciones nacionales procedían de diferentes lugares del mundo (principales pueblos: indígenas, africanos, europeos y asiáticos)^{13,18}.

El promedio de cuatro hijos entre los participantes, con una variación de hasta 21 hijos, simbolizó una prevalencia nacional de familias numerosas en comparación con el estándar de los países desarrollados. Una alta cantidad de descendientes entre las personas con edad ≥ 65 años forma un gran núcleo familiar capaz de integrar a los ancianos en su contexto sociofamiliar y contribuir a la coexistencia intergeneracional^{13,18}.

Las evidencias de que el Brasil está en proceso de envejecimiento de la población se confirman observando el promedio de hijos actualmente estimado para cada mujer, que es de 1,77, lo que equivale a un cambio drástico en el perfil de la población en relación con la descendencia, con fuertes impactos inmediatos en el crecimiento de la población y, a mediano plazo, en los contextos económicos y políticos^{13,18}.

En lo que respecta a la tasa de natalidad, se observó que en 2015 la política china de un solo hijo fue sustituida por una política universal de dos hijos. Un estudio reciente ha demostrado el beneficio de este cambio para reducir el número de abortos y de niños no registrados. Cabe señalar también que los efectos de la nueva política en la reducción de la fuerza de trabajo y el rápido envejecimiento de la población no serán evidentes hasta dentro de dos decenios, y que se necesitarán medidas de política más firmes para atender las necesidades sociales, sanitarias y de atención de la población anciana de China²⁰. También se debe mencionar el impacto del control de la natalidad y la planificación familiar en la provisión de redes de apoyo intergeneracional a los ancianos, un hecho que debe ser el centro de las políticas públicas^{13,21}.

La baja escolaridad de los participantes puede justificarse por las dificultades de acceso a la educación (alfabetización y formación profesional) durante su juventud en comparación con las posibilidades actuales, además de su escasa adhesión a los diferentes programas de alfabetización públicos y privados^{13,18}. En este contexto, cabe mencionar la tasa actual de analfabetismo en Brasil, que sigue siendo elevada (personas ≥ 60 años: 20,4%), casi tres veces superior a la estimación de la población total (edad ≥ 15 años), que es del 7,2%^{13,18}.

La implicación de la baja escolaridad nacional se refleja, desde el punto de vista político y económico, en una población susceptible de: desempleo, bajos ingresos, alienación, hambre y menores tasas de acceso a los recursos sociales y los servicios de salud. La posible aproximación entre baja escolaridad y exclusión social adquiere un carácter significativo cuando se piensa en

las dificultades de acceso de esta población a los servicios de salud, justicia, cultura y condiciones favorables de vivienda y trabajo^{13,18}. La baja escolaridad de los participantes también corrobora el predominio dicotómico de las profesiones ejercidas en su fase adulta, que están vinculadas a los servicios domésticos entre las mujeres y a la construcción entre los hombres, lo que justifica los bajos ingresos.

Es importante señalar que la educación recibida en las fases de la infancia y la juventud, combinada con las oportunidades de aprendizaje permanente, puede ayudar a las personas a desarrollar sus aptitudes y la confianza necesaria para adaptarse y mantenerse independientes en la medida de lo posible¹³⁻¹⁹.

La ocupación predominante de los jubilados es coherente con la franja de edad de los participantes (edad ≥ 65), ya que, según la legislación brasileña, el inicio de la actual jubilación es de 55 años para las mujeres y 60 años para los hombres^{12,13}. Desde el punto de vista económico, el 89,2% de los participantes recibían \leq dos salarios mínimos, lo que representó bajos ingresos (por: jubilación y/o pensión por fallecimiento del cónyuge) debido a una actividad profesional mal remunerada.

El tiempo medio de jubilación de los sujetos fue de 9,5 años, aunque la variabilidad de 0 a 37 años de servicio expresa una diversidad que se encuentra en el tiempo de jubilación entre los participantes. Estos datos corroboran el cálculo relativo a la edad en que las personas se jubilan actualmente en relación con la esperanza de vida actual (criterios de edad), en el que el tiempo medio máximo de servicio sería de 24,5 años para las mujeres y 12,5 años para los hombres¹³.

La cultura se define como algo que puede moldear la forma en que las personas envejecen, y por lo tanto es el segundo determinante transversal y, junto con el género, es capaz de ejercer diferentes tipos de influencia en todos los determinantes del envejecimiento activo^{7,8}.

A partir del análisis del discurso de los participantes, a través de los contornos políticos internacionales presentados, fue posible establecer tres dimensiones de análisis discursivo y comprensivo según cada una de las categorías.

El eje compromiso, socialización y coexistencia intergeneracional abarcó conceptos de diferentes aspectos de las políticas internacionales acerca del envejecimiento, a saber: a) Envejecimiento activo: pilar participación, determinantes sociales y comportamentales; b) Envejecimiento exitoso: componente social y de compromiso; c) Ejes clave de la coexistencia intergeneracional: solidaridad y diálogo intergeneracional; voluntariado y participación cívica y conocimiento y sensibilización social.

La participación, en la concepción de los ancianos entrevistados, se vinculó a los diferentes tipos de actividades: sociales, económicas, culturales y espirituales. La política de envejecimiento activo defiende la necesidad de apoyar la contribución activa, productiva y beneficiosa que los ancianos pueden ofrecer a la sociedad mediante la realización de un trabajo (in)formal, actividades no remuneradas, en los contextos familiar, social, religioso o incluso ocupaciones voluntarias^{8,21}.

Los determinantes sociales que se presentan dependen de las condiciones de apoyo social, la protección contra la violencia y los malos tratos, y las oportunidades de educación y aprendizaje permanentes (que condicionan la forma en que se establece el compromiso social)^{7,8}.

El apoyo social, las oportunidades educativas y el aprendizaje permanente, la paz y la protección contra la violencia y los malos tratos son determinantes esenciales relacionados con el entorno social, capaces de estimular los pilares de la salud, la participación y la seguridad a medida que las personas envejecen^{7,8}. Los riesgos de que los ancianos adquieran alguna forma de discapacidad y una menor esperanza de vida aumentan cuando se exponen a la soledad, el aislamiento social, el analfabetismo, las escasas oportunidades de aprendizaje, los malos tratos y los conflictos^{7,8}.

El abuso o maltrato de los ancianos se consideran actos únicos o repetidos, o la falta de una acción apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación en la que se espera confianza, lo que causa algún tipo de daño o angustia. Esto incluye: abuso físico, sexual, psicológico, financiero y negligencia. El abuso de los ancianos se considera una violación de los derechos humanos, capaz de causar lesiones, enfermedades, pérdida de productividad, aislamiento social y desesperación^{11,12}.

Los determinantes comportamentales se relacionaron con la actividad física, la alimentación saludable, la abstinencia de tabaco y alcohol y el uso correcto de medicamentos, que son factores capaces de influir en la prevención del declive funcional, reducir el riesgo de enfermedades, la longevidad y promover la calidad de vida.

Los problemas relacionados con la alimentación en todos los grupos de edad incluyen: la malnutrición y el consumo excesivo de calorías^{8,13}. Estos problemas pueden estar relacionados con la elección de alimentos impropios, la aparición de enfermedades y el uso de medicamentos, la pérdida de dientes, el aislamiento social, las discapacidades (cognitivas o físicas) que inhiben la capacidad de comprar o preparar alimentos. El consumo excesivo de calorías se considera un factor de riesgo para la obesidad, las enfermedades crónicas y las deficiencias durante el proceso de envejecimiento⁸⁻¹³.

Los comportamientos asociados al tabaquismo aumentan el riesgo de que las personas desarrollen enfermedades como el cáncer de pulmón y también puede contribuir a la pérdida de capacidad funcional, como la disminución de la densidad ósea, la fuerza muscular y la función respiratoria, y también puede interferir con el efecto de las medicaciones continuas. Los daños causados por el tabaquismo son acumulativos y duraderos y pueden dar lugar al desarrollo de numerosas enfermedades. El riesgo aumenta según la duración y el número de exposiciones de cada persona⁸⁻¹³.

Los cambios en el metabolismo que acompañan al proceso de envejecimiento aumentan la susceptibilidad de las personas a las enfermedades relacionadas con el alcoholismo (desnutrición y enfermedades del páncreas, el estómago y el hígado). También aumentan el riesgo de lesiones y caídas asociadas al consumo de alcohol y los posibles riesgos relacionados con el uso concomitante de alcohol y medicamentos^{3,7}.

La prevalencia de las enfermedades crónicas y degenerativas, a medida que las personas envejecen, está representada por el uso de demasiados medicamentos, que puede justificarse por la automedicación (medicamentos comprados sin receta) y por el exceso de recetas médicas para las personas de edad, especialmente las mujeres, por la búsqueda constante de servicios de salud^{7,8}.

La aparición de problemas de salud inducidos por diagnósticos/tratamientos y/o causados por el uso excesivo de medicamentos comunes a las personas de edad, debido a la interacción medicamentosa, las dosis inadecuadas y las reacciones medicamentosas impredecibles, se asocia con la aparición de iatrogenia a lo largo de los años^{4,5}.

El envejecimiento exitoso, vinculado al pilar de la participación, tuvo su componente social y de compromiso relacionado con los ejes clave de la convivencia intergeneracional, solidaridad y el diálogo intergeneracional; el voluntariado y la participación cívica y el conocimiento y la conciencia social.

La participación en actividades relacionadas con el ocio, el trabajo, las relaciones familiares y las prácticas religiosas en el envejecimiento exitoso está influida por los niveles de satisfacción con la profesión, el apoyo social, la coexistencia intergeneracional y con contemporáneos y la recepción de beneficios, pensión y jubilación adecuados⁹⁻¹⁰.

La participación en actividades sociales, económicas, culturales y espirituales puede optimizarse cuando el mercado laboral, el empleo, la educación, las políticas sociales y de salud y los programas de apoyo a las personas en proceso de envejecimiento actúan de conformidad con los derechos humanos fundamentales, las capacidades, las necesidades y las preferencias

de cada persona anciana, de modo que puedan seguir siendo activas y productivas para la sociedad de manera (no) remunerada mientras envejecen¹¹⁻¹³.

El voluntariado proporciona a los ancianos nuevos lazos y una coexistencia intergeneracional y con sus contemporáneos, vinculándolos al apoyo social que, si no se presenta adecuadamente a las condiciones de vida y de salud, puede contribuir a: el aumento de la morbilidad y la mortalidad, la aparición de problemas psicológicos, el deterioro de la salud física y mental, la reducción de la sensación de bienestar general y de calidad de vida⁶⁻⁸.

El pilar participación puede considerarse el más amplio y abarca la inserción de los ancianos en actividades sociales, económicas, culturales y espirituales. No sólo depende de un determinante específico, sino que está relacionado con todos los demás determinantes, ya que la participación activa y exitosa en las actividades justifica suplir inicialmente las demandas relacionadas con los pilares de salud y la seguridad^{7,8}.

El segundo eje, "Salud, bienestar y redes de apoyo", abarcó las dimensiones políticas: a) Envejecimiento activo: pilar salud; determinantes de los servicios sociales y de salud; b) Envejecimiento exitoso: componentes de las habilidades funcionales y cognitivas, reducción de enfermedades y hábitos de vida saludables; c) Ejes clave de la coexistencia intergeneracional: salud, bienestar y condiciones de vida.

El pilar salud es relacionado con los riesgos comportamentales y ambientales, el declive funcional, los factores de protección de la salud y la aparición de comorbilidades⁷⁻⁸. En el pilar salud, se puede añadir el consenso de la evidencia científica de que el *continuum* salud-enfermedad es el resultado de la combinación: genética, biológica, psicológica, ambiental, hábitos de vida, alimentación y el factor suerte^{6,13}.

Los determinantes de los servicios sociales y de salud son la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, los servicios curativos y los cuidados a largo plazo. La promoción de la salud es el proceso capaz de permitir a las personas obtener un cierto control y/o mejora de sus condiciones de salud; la prevención de enfermedades abarca las medidas para proteger y controlar las enfermedades específicas de la senilidad (enfermedades crónico-degenerativas, no transmisibles y/o lesiones)^{6,8}.

A medida que las personas envejecen, aumenta la demanda de servicios curativos, de atención a corto, mediano y largo plazo y de tratamientos farmacológicos capaces de retrasar, aliviar o tratar los signos y síntomas de la aparición de comorbilidades y promover la calidad de vida. Esta situación exige un esfuerzo renovado para garantizar el acceso a un tratamiento clínico-farmacológico esencial y seguro adecuado a las necesidades de estas personas^{13,19}.

La dimensión salud en relación con el envejecimiento exitoso presenta componentes de habilidades funcionales y cognitivas, reducción de enfermedades y hábitos de vida saludables. Está vinculada a los ejes clave de la coexistencia intergeneracional: salud, bienestar y condiciones de vida.

La política de envejecimiento activo establece que los ancianos pueden disfrutar de una vida de calidad, mantenerse sanos y ser capaces de cuidar de su propia vida a medida que envejecen. Esto sólo es posible cuando los factores de riesgo comportamentales y ambientales de las enfermedades crónicas y el deterioro funcional se mantienen bajos y los factores de protección están altos. Por lo tanto, se espera que las personas ancianas no necesiten el uso constante de los servicios sanitarios y sociales y, si lo necesitan, se espera que tengan acceso a estos servicios para satisfacer sus necesidades y demandas de atención, con sus derechos respetados⁸.

Como determinante del envejecimiento exitoso, asociado al pilar salud, también se puede incluir la dimensión emocional (satisfacción con la vida en general y el *continuum* salud/enfermedad) y personal (actitudes favorables al envejecimiento, sentido de control y motivación para transmitir el conocimientos/experiencias de la vida de manera intergeneracional)^{7,8}.

El último eje, la seguridad social, la adaptación y la calidad de vida, como dimensión política, contempló: a) Envejecimiento activo: pilar seguridad; determinantes: físicos, personales y económicos; b) Envejecimiento exitoso: componentes físicos y sociales; c) Ejes clave de la convivencia intergeneracional: empleo, trabajo y aprendizaje. La política de envejecimiento activo presenta como necesidad el derecho de la persona mayor anciana a la seguridad en las dimensiones: social, física y financiera y hace hincapié en la necesidad de garantizarla: protección, dignidad y asistencia. Este entendimiento puede ser capturado de los discursos presentados.

Los determinantes relacionados con el entorno físico (vivienda, vecindario seguro y riesgo de caídas), el entorno social (apoyo social, protección contra la violencia y los malos tratos, oportunidades de educación y aprendizaje permanente) y económico (ingresos, trabajo y protección social) constituyen el pilar de la seguridad y se ocupan de la promoción de la seguridad (social, física y financiera)^{8,9}.

En relación con el determinante entorno físico, los ancianos que viven en entornos o zonas de riesgo con múltiples barreras físicas son más propensos al aislamiento social, la depresión, la falta de preparación física y los problemas de movilidad, factores que los restringen/limitan, haciendo que pasen la mayor parte del tiempo en su entorno doméstico. Otro factor que hay que considerar son los riesgos presentes en el entorno físico, que pueden causar lesiones incapacitantes y dolorosas a las personas ancianas, principalmente debido a caídas, incendios y accidentes automovilísticos^{10,13}.

Las condiciones de vida, así como un vecindario seguro y adecuado a las limitaciones y exigencias de los ancianos, son esenciales para su bienestar, calidad de vida y seguridad. En este sentido, la ubicación de su residencia, cerca de los miembros de la familia, el entorno de trabajo, las empresas, las iglesias, los servicios sociales y de salud y los medios de transporte, puede predecir una interacción social positiva y, cuando lejos, puede contribuir al aislamiento social^{10,13}.

Es importante que las normas de construcción y vivienda tengan en cuenta las necesidades de salud y seguridad de los ancianos, evitando los obstáculos en los hogares, que pueden aumentar el riesgo de caídas. Estos deben ser corregidos o eliminados, incluyendo: mala iluminación, suelos irregulares/resbaladizos, falta de pasamanos para el apoyo, escaleras y la presencia de alfombras³⁻⁵.

Entre los determinantes relacionados con el entorno físico, la política de envejecimiento activo también establece como factores el agua limpia, el aire puro y el acceso a alimentos inocuos, que se consideran importantes para la población, especialmente para las personas con un perfil de vulnerabilidad (es decir, los niños, los ancianos, los discapacitados, las personas con enfermedades crónicas y las personas inmunodeprimidas)³⁻⁵. Los bajos ingresos pueden influir en las condiciones de acceso de los ancianos a alimentos nutritivos, vivienda adecuada y los cuidados necesarios para el proceso de salud-enfermedad¹⁹.

El concepto de envejecimiento exitoso asociado a la seguridad tiene componentes físicos (salud física, capacidad funcional y hábitos de vida saludables) y sociales (compromiso y oportunidades a lo largo de la vida) correlacionados con los ejes clave de la coexistencia intergeneracional: empleo, trabajo y aprendizaje a lo largo de la vida⁸⁻⁹.

Las políticas (inter)nacionales del proceso de envejecimiento sustentan la necesidad de promover el envejecimiento activo. Con ese fin, los sistemas de salud deben responder a las necesidades de las personas desde la perspectiva del ciclo de vida, con miras a la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y el acceso equitativo e igualitario a la atención primaria y de largo plazo con calidad⁶⁻¹⁰.

Los servicios sociales y de salud deben estar integrados, coordinados y ser eficaces en función de los costos y accesibles para las personas en proceso de envejecimiento y no debe haber prejuicios ni discriminación por motivos de edad en la prestación de los servicios de

atención. Sus proveedores deben tratar a todas las personas con dignidad y respeto, independientemente de su edad¹³.

La definición de los determinantes y pilares del envejecimiento activo, como política (inter)nacional, se basó en los principios establecidos por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en favor de los ancianos. Son: independencia, participación, asistencia, autodesempeño y dignidad^{20,21}.

En cuanto al principio de independencia, se hace hincapié en las oportunidades de trabajo y el acceso a otras formas de generación de ingresos y la inclusión en programas profesionalizantes y/o educativos. La participación se refiere al derecho a permanecer integrado en la sociedad, a participar activamente en la formulación y aplicación de políticas relacionadas con su bienestar, además de la transmisión intergeneracional de conocimientos, habilidades y experiencias de vida^{22,23}.

El autodesempeño y/o la autorrealización se refieren al aprovechamiento de las oportunidades de desarrollar las propias capacidades y potencialidades y el acceso a los recursos sociales (educativos, culturales y de ocio). La dignidad se refiere al trato de los ancianos con justicia, libre de cualquier prejuicio o discriminación (edad, género, sexualidad, etnia, limitaciones, discapacidades, religión, condiciones de vida o económicas^{23,24}.

El principio de asistencia asegura el derecho de los ancianos, que en Brasil contempla los principios del Sistema Único de Salud (SUS): en núcleo común con los principios doctrinarios (universalización, equidad e integralidad) y, en forma de operacionalización, los principios organizativos (regionalización y jerarquía, descentralización, comando único y participación popular)^{14,24}.

Los resultados presentados incluyen dos ejes temáticos de la Agenda de Prioridades de Investigación del Ministerio de Salud (APPMS), a saber: 9º - programas y políticas públicas y 12º - salud del anciano, que comprenden los 14 temas prioritarios de la investigación científica y las iniciativas de política en salud²⁵.

En este contexto, una encuesta, que utilizó el método deductivo, con un enfoque cualitativo y descriptivo, investigó si los municipios de una región del sur del Estado de Santa Catarina, Brasil, conocían y aplicaban la PNSPI durante las acciones realizadas en la Atención Básica (AB), especialmente en la Estrategia de Salud de la Familia (ESF), a la luz de la constitución y el Estatuto de los Ancianos¹⁵. Como resultados, se destacaron las dificultades presentadas por los participantes acerca de dos puntos importantes de las directrices y estrategias de la PNSPI: la falta de una política planificada y continua de educación en salud para los ancianos; y la inexistencia de estímulo al ejercicio del control social, en el ámbito de la salud, o del consejo municipal de salud dirigido a los ancianos¹⁵.

La necesidad de valorar las iniciativas y decisiones públicas en los sectores políticos, sociales y de salud que se centran en el envejecimiento de las personas y que se basan en la interpretación de cómo los pilares y determinantes del envejecimiento activo, los componentes del envejecimiento exitoso y los ejes clave de la coexistencia intergeneracional pueden influir positivamente en la forma en que envejecen las personas de diferentes grupos y contextos sociales²⁶. La PNSPI así como el estatuto de los ancianos van al encuentro biopolítico de los sujetos, colocando las demandas de cuidado de salud integral como un problema de la población, mientras dirigen su cuidado a los ancianos debilitados de acuerdo a sus percepciones como un ser politizado²⁷.

CONCLUSIÓN

A partir del análisis de las percepciones de los ancianos acerca del envejecimiento humano, se ha podido comprender que este grupo tiene un conocimiento cosificado acerca de todos los pilares, determinantes, dimensiones y ejes políticos, incluso sin haber expresado en su discurso el conocimiento en relación a la fuente legal.

Aunque la extrapolación de los resultados es una limitación de esta investigación, es posible inferir sobre las concepciones relativas a las políticas (inter)nacionales del proceso de envejecimiento a partir del análisis de los contenidos y fragmentos de los discursos ilustrativos, que explican diferentes dimensiones del conocimiento que están en consonancia con las referencias teóricas y políticas adoptadas en relación con el envejecimiento humano. Así pues, se sugiere la realización de nuevas investigaciones acerca del tema en otros grupos sociales, así como el uso de diferentes esquemas metodológicos.

REFERENCIAS

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 en 15 dic 2019]; 163:8-14. Disponible en: 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 en 15 dic 2019]; 26(6):579-83. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28679453>
3. Uchmanowicz I, Jankowska-Polańska B, Wleklik M, Lisiak M, Gobbens R. Frailty syndrome: nursing interventions. *SAGE Open Nurs.* [Internet]. 2018 [citado en 15 dic 2019]; 4:1-11. Disponible en: <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 en 15 dic 2019]; 18(6):547-8. Disponible en: 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 en 15 dic 2019]; 66(4):773-82. Disponible en: <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 en 15 dic 2019]; 30(5):458-77. Disponible en: <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 en 15 dic 2019]; 114:34-40. Disponible en: <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 en 15 dic 2019]; 11(21):129-72. Disponible en: <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 en 15 dic 2019]; 17(8):1183-90. Disponible en: <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 en 15 dic 2019]; 72(2):248-58. Disponible en: <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 sept 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 sept 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 mayo 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 mayo 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 dic 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 dic 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 dic 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 sept 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 sept 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 en 20 mayo 2020]; 21(1):149-70. Disponible en: <https://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/54631/40721>

CONTRIBUCIONES

Laércio Deleon de Melo Cristina Arreguy-Sena y Paulo Ferreira Pinto contribuyeron a la concepción y diseño del estudio, la recogida y análisis de datos, la redacción y la revisión. **Marcos Tosoli Gomes, Jessica de Castro Santos y Marcos Antônio Gomes Brandão** participaron en la redacción y revisión.

Como citar este artículo (Vancouver)

Melo LD, Arreguy-Sena C, Pinto PF, Gomes AMT, Santos JC, Brandão MAG. Concepciones de Ancianos acerca de las Políticas (Inter)Nacionales de Envejecimiento Humano. *REFACS* [Internet]. 2020 [citado en: *insertar el día, mes y año de acceso*]; 8(4):865-881. Disponible en: *insertar el link de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*.

Como citar este artículo (ABNT)

MELO, L. D.; ARREGUY-SENA, C.; PINTO, P. F.; GOMES, A. M. T.; SANTOS, J. C.; BRANDÃO, M. A. G. Concepciones de Ancianos acerca de las Políticas (Inter)Nacionales de Envejecimiento Humano. *REFACS*, Uberaba, MG, v. 8, n. 4, p. 865-881, 2020. Disponible en: *insertar el link de acceso*. Acceso en: *insertar el día, mes y año de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*.

Como citar este artículo (APA)

Melo, L.D., Arreguy-Sena, C., Pinto, P.F., Gomes, A.M.T., Santos, J.C., & Brandão, M.A.G. (2020). Concepciones de Ancianos acerca de las Políticas (Inter)Nacionales de Envejecimiento Humano. *REFACS*, 8(4), 865-881. Recuperado en: *insertar el día, mes y año de acceso* de *insertar el link de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*.