

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS

ANGÉLICA DE CÁSSIA BITENCOURT

**TRANSIÇÃO AO ENVELHECIMENTO NO CONTEXTO DAS CAPACIDADES DE
AUTOCUIDADO ENTRE RESIDENTES DE UM MUNICÍPIO DO SUL DE MINAS
GERAIS**

ALFENAS/MG

2024

ANGÉLICA DE CÁSSIA BITENCOURT

**TRANSIÇÃO AO ENVELHECIMENTO NO CONTEXTO DAS CAPACIDADES DE
AUTOCUIDADO ENTRE RESIDENTES DE UM MUNICÍPIO DO SUL DE MINAS
GERAIS**

Dissertação apresentada como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas. Linha de pesquisa: Processo de Cuidar em Enfermagem

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Eliza Maria Rezende Dázio.

ALFENAS/MG

2024

Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal de Alfenas
Biblioteca Central

Bitencourt, Angélica de Cássia.

Transição ao envelhecimento no contexto das capacidades de autocuidado entre residentes de um município do Sul de Minas Gerais / Angélica de Cássia Bitencourt. - Alfenas, MG, 2024.

105 f. : il. -

Orientador(a): Eliza Maria Rezende Dázio.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, MG, 2024.

Bibliografia.

1. Autocuidado. 2. Envelhecimento. 3. Teoria de enfermagem. 4. Cuidado transicional. 5. Enfermagem. I. Dázio, Eliza Maria Rezende , orient. II. Título.

ANGÉLICA DE CÁSSIA BITENCOURT

TRANSIÇÃO AO ENVELHECIMENTO NO CONTEXTO DAS CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO ENTRE RESIDENTES DE UM MUNICÍPIO DO SUL DE MINAS GERAIS

A Presidente da banca examinadora abaixo assina a aprovação da Dissertação apresentada como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas. Área de concentração: Enfermagem

Aprovada em: 28 de novembro de 2024.

Profa. Dra. Eliza Maria Rezende Dázio
Presidente da Banca Examinadora
Instituição: Universidade Federal de Alfenas

Prof. Dr. José Vitor da Silva
Instituição: Universidade Federal da Bahia

Profa. Dra. Silvana Maria Coelho Leite Fava
Instituição: Universidade Federal de Alfenas



Documento assinado eletronicamente por **Eliza Maria Rezende Dázio, Professor do Magistério Superior**, em 28/11/2024, às 10:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.unifal-mg.edu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1394663** e o código CRC **7F82A17E**.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me fortalecido e capacitado para a realização desta dissertação.

Aos meus amados pais, Marlene Aparecida Bitencourt e Ivan Aparecido Bitencourt, por terem possibilitado condições para que eu seguisse essa caminhada e aos meus irmãos, Fabiano Aparecido Bitencourt e Fernanda Bitencourt Procópio, por toda a parceria e incentivo.

À minha querida orientadora, Profa. Dra. Eliza Maria Rezende Dázio, por todos os ensinamentos e apoio imensurável.

Aos membros efetivos da banca, Prof. Dr. José Vitor da Silva e Profa. Dra. Silvana Maria Coelho Leite Fava, pelas valiosas contribuições durante o exame de qualificação.

Ao membro suplente, Prof. Dr. Rogério Silva Lima, pelos ensinamentos.

Ao Prof. Dr. Murilo César do Nascimento que muito contribuiu para a concretização deste estudo.

A todos os responsáveis pela coleta de dados que dispensaram o seu tempo para a realização deste estudo.

Às pessoas idosas que aceitaram participar da pesquisa, bem como aos seus familiares, que nos receberam com tanto carinho e atenção em seus domicílios.

À Universidade Federal de Alfenas, especialmente aos docentes do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, por compartilharem seus conhecimentos, que foram essenciais para a minha formação e para o desenvolvimento desta dissertação.

À Secretaria Municipal de Saúde de Itajubá por autorizar a realização do estudo e aos enfermeiros e agentes comunitários das unidades de Atenção Primária à Saúde que colaboraram com informações que possibilitaram a coleta de dados.

Aos amigos e às pessoas próximas, que, de alguma forma, foram importantes nessa minha caminhada.

O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

“Eu acho na minha cabeça que eu sou jovem, eu gosto de usar roupa de jovem, eu gosto de dançar igual jovem, eu gosto de pancadão, eu gosto de tudo que jovem gosta. Eu na minha idade, com 76 anos eu acho que danço melhor do que um jovem e gosto dessas coisas, adoro estar no meio dos jovens. E hoje eu e os meus netos conversamos muito [...] Eu sou uma criança junto com eles. Então existem algumas mudanças na vida da gente, mas eu procuro manter a minha cabeça como jovem” (Trecho da entrevista do participante José Sandro, 76 anos).

RESUMO

A maneira como a pessoa passa pela transição da vida adulta para idosa pode ser influenciada por diferentes fatores que interferem nas capacidades de autocuidado. Conhecer o processo de transição ao envelhecimento das pessoas com ótima capacidade de autocuidado é de suma importância, pois permite uma melhor compreensão deste processo, o que poderá subsidiar modelos para o envelhecimento ativo e saudável a serem replicados nos programas de saúde da pessoa idosa para potencializar as capacidades de autocuidado com vistas a manutenção da longevidade. Estudo com o objetivo de compreender a transição ao envelhecimento entre pessoas idosas com ótima capacidade para o autocuidado em um município do Sul de Minas Gerais. Trata-se de estudo descritivo e exploratório de abordagem qualitativa realizado em um município do Sul de Minas Gerais com 92 pessoas idosas com ótima capacidade para o autocuidado. Teve como critérios de elegibilidade: estar cadastrado em Equipes de Saúde da Família ou Equipes de Atenção Primária do município e apresentar capacidade de compreensão e comunicação verbal, o que foi verificado por meio do Questionário de Avaliação Mental. A coleta de dados deu-se no período de julho a dezembro de 2023 em ambiente domiciliar após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas, sob o parecer nº 6.081.953. Empregou-se como instrumentos: Questionário de Avaliação Mental, Formulário de caracterização sociodemográfica e de saúde, Roteiro de entrevista semiestruturada e Escala de avaliação das Capacidades de Autocuidado. A análise dos dados de caracterização socioeconômica e de saúde foi por meio da estatística descritiva. Para os dados originados a partir da entrevista semiestruturada, foi adotado o referencial metodológico da Análise Temática Reflexiva de Braun e Clarke, com perspectiva dedutiva fundamentada no referencial teórico da Teoria das Transições de Afaf Ibrahim Meleis. Dentre os participantes, 59,8% eram do sexo feminino, idade média de 68,9 anos, 38,0% tinham ensino médio completo, 85,9% afirmaram praticar alguma(s) religião(ões), 69,6% tinham alguma condição de saúde ou doença crônica, 79,3% faziam uso de medicamentos e 56,5% praticavam alguma atividade física. Referente aos dados qualitativos, foram gerados sete temas: *Envelhecimento: (in) consciencialização decorrente da construção social do idadismo, Envelhecimento: sofrimento diante das perdas, Envelhecimento: mudança na*

percepção do autocuidado, Envelhecimento: resultado de como se vive e de como se cuida, Envelhecimento: conceitos e preconceitos, Envelhecimento: aquisição de competências e habilidades, Envelhecimento: um outro olhar sobre a vida. O maior tempo para estar consigo mesmo, a melhoria do status financeiro, o apoio familiar e social e o acesso aos serviços de saúde foram percebidos como condicionantes facilitadores e contribuíram para a consciencialização do envelhecimento e para a melhoria das capacidades de autocuidado.

Palavras-chave: Autocuidado; Envelhecimento; Teoria de enfermagem; Cuidado transicional; Enfermagem.

ABSTRACT

The way in which a person goes through the transition from adulthood to old age can be influenced by different factors that interfere with self-care abilities. Understanding the transition process to aging of people with excellent self-care abilities is of utmost importance, as it allows a better understanding of this process, which can support models for active and healthy aging to be replicated in health programs for the elderly to enhance self-care abilities with a view to maintaining longevity. This study aimed to understand the transition to aging among elderly people with excellent self-care abilities in a municipality in the South of Minas Gerais. This is a descriptive and exploratory study with a qualitative approach carried out in a municipality in the South of Minas Gerais with 92 elderly people with excellent self-care abilities. The eligibility criteria were: being registered with Family Health Teams or Primary Care Teams in the municipality and presenting the ability to understand and communicate verbally, which was verified through the Mental Assessment Questionnaire. Data collection took place from July to December 2023 in a home environment after approval by the Research Ethics Committee of the Federal University of Alfenas, under opinion no. 6,081,953. The following instruments were used: Mental Assessment Questionnaire, Sociodemographic and Health Characterization Form, Semi-structured Interview Script, and Self-Care Capabilities Assessment Scale. The analysis of socioeconomic and health characterization data was through descriptive statistics. For the data originated from the semi-structured interview, the methodological framework of Braun and Clarke's Reflective Thematic Analysis was adopted, with a deductive perspective based on the theoretical framework of Afaf Ibrahim Meleis' Transitions Theory. Among the participants, 59.8% were female, with an average age of 68.9 years, 38.0% had completed high school, 85.9% reported practicing some religion(s), 69.6% had some health condition or chronic illness, 79.3% used medication, and 56.5% practiced some physical activity. Regarding the qualitative data, seven themes were generated: *Aging: (lack of) awareness resulting from the social construction of ageism*, *Aging: suffering in the face of losses*, *Aging: change in the perception of self-care*, *Aging: result of how one lives and how one takes care of oneself*, *Aging: concepts and prejudices*, *Aging: acquisition of skills and abilities*, *Aging: another look at life*. More time to spend with oneself, improved financial status, family and social support and access to health services were perceived as facilitating factors and

contributed to awareness of aging and improved self-care capabilities.

Keywords: Self-care; Aging; Nursing theory; Transitional care; Nursing.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 – Teoria das transições: uma teoria de médio-alcance..... 31
- Figura 2 – Transição ao envelhecimento entre pessoas idosas com ótima capacidade para o autocuidado. Itajubá, Minas Gerais. N = 92..... 45

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas das pessoas idosas com ótima capacidade de autocuidado. Itajubá, Minas Gerais, 2023. N = 92.....	40
Tabela 2 – Características de saúde das pessoas idosas com ótima capacidade de autocuidado. Itajubá, Minas Gerais, 2023. N = 92.....	43

LISTA DE SIGLAS

AAVD	Atividades Avançadas de Vida Diária
ABVD	Atividades Básicas de Vida Diária
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
APS	Atenção Primária à Saúde
ASA-A	Appraisal of Self-Care Agency Scale
AT	Análise Temática
AVD	Atividades de Vida Diária
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Nível Superior
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COREQ	Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research
EACAC	Escala para Avaliar as Capacidades de Autocuidado
ELSA	Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
ODS	Objetivo de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNI	Política Nacional do Idoso
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
TAI	Termo de Anuência Institucional
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCUD	Termo de Compromisso de Utilização de Dados
TEDA	Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNIFAL-MG	Universidade Federal de Alfenas

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	19
2.1	ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL E LONGEVIDADE.....	19
2.2	ENVELHECIMENTO E CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO.....	22
3	JUSTIFICATIVA.....	26
4	OBJETIVO.....	27
4.1	OBJETIVO GERAL.....	27
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	27
5	REFERENCIAL TEÓRICO.....	28
5.1	BIOGRAFIA DE AFAF IBRAHIM MELEIS.....	28
5.2	TEORIA DAS TRANSIÇÕES.....	28
6	MÉTODO.....	32
6.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	32
6.2	CENÁRIO DO ESTUDO.....	32
6.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	33
6.4	COLETA DE DADOS.....	34
6.4.1	Procedimento de coleta de dados.....	34
6.4.2	Instrumentos de coleta de dados.....	35
6.4.3	Estudo piloto.....	36
6.5	ANÁLISE DE DADOS.....	37
6.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	38
7	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	40
7.1	CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E DE SAÚDE.....	40
7.2	TEMAS.....	44
7.2.1	Envelhecimento: (in) consciencialização decorrente da construção social do idadismo.....	45
7.2.2	Envelhecimento: sofrimento diante das perdas.....	48
7.2.3	Envelhecimento: mudança na percepção do autocuidado.....	55
7.2.4	Envelhecimento: resultado de como se vive e de como se cuida.....	58
7.2.5	Envelhecimento: conceitos e preconceitos.....	64

7.2.6	Envelhecimento: aquisição de competências e habilidades....	67
7.2.7	Envelhecimento: um outro olhar sobre a vida.....	71
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	73
	REFERÊNCIAS.....	75
	APÊNDICES.....	87
	ANEXOS.....	93

APRESENTAÇÃO

O despertar da pesquisadora para o cuidado à pessoa idosa com enfoque no envelhecimento ativo ocorreu durante a trajetória acadêmica na Faculdade de Enfermagem Wenceslau Braz de Itajubá. O contato iniciou nos primeiros anos de graduação com a participação na Liga de Enfermagem em Gerontologia, por meio de atividades de voluntariado e educação em saúde à população idosa.

No decorrer da graduação foi possível ampliar o olhar para este público, sendo que no oitavo período do curso, a imersão na disciplina de Enfermagem na Saúde da Pessoa Adulta e Idosa possibilitou conhecer características específicas da clientela idosa e aprofundar aspectos importantes acerca da assistência de enfermagem, como a integralidade do cuidado, promoção do autocuidado, autonomia e independência.

Esse contato também ocorreu por meio de uma iniciação científica sobre o perfil dos pacientes com neoplasia maligna, em que foi constatado maior prevalência e mortalidade por câncer na população idosa, corroborando com os achados mundiais. Foi possível refletir sobre a importância das ações de educação junto a esse público para a promoção da saúde com enfoque nas capacidades de autocuidado.

Durante a trajetória profissional no Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Hospitalar do Hospital de Clínicas de Itajubá houve novamente a oportunidade de prestar cuidados à pessoa idosa no contexto hospitalar e de atenção domiciliar. Chamaram atenção as internações recorrentes de pessoas idosas com total dependência para as atividades de vida diária e ainda, aquelas que se tornaram dependentes após sequelas de uma doença ou agravo à saúde.

Essas observações desencadearam reflexões sobre a importância do cuidado de enfermagem pautado nas melhores evidências científicas para a promoção da saúde e envelhecimento ativo com preservação das capacidades e ações de autocuidado.

Assim, essa jornada acadêmica e profissional vem consolidando a compreensão da pesquisadora acerca da importância de aprimorar constantemente as práticas de cuidado voltadas à pessoa idosa, com enfoque na promoção das capacidades de autocuidado.

1 INTRODUÇÃO

O aumento da longevidade é uma conquista social e coletiva (Noronha; Castro; Gadelha, 2023) que foi possível graças aos avanços científicos e tecnológicos (Escorsim, 2021). O envelhecimento é compreendido como uma etapa do ciclo de desenvolvimento humano. Portanto, o alcance da longevidade deve ser acompanhado de saúde e bem-estar e a velhice deve ser vista como uma fase significativa e produtiva (Willing; Lenardt; Caldas, 2015).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) define o envelhecimento como:

Um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte (OPAS, 2003, p. 30).

O envelhecimento é compreendido como um processo que perpassa por mudanças complexas, sendo determinado por mudanças biológicas, psicológicas e nos papéis sociais (Organização Mundial da Saúde (OMS), 2015). Pode ser caracterizado como um processo natural de redução progressiva da reserva funcional e ser acompanhado por doenças crônicas, limitações e dependência para os cuidados básicos de vida diária (Brasil, 2006).

Espera-se que o processo de envelhecer seja acompanhado de bem-estar e saúde (OPAS, 2020). Para tanto, o envelhecimento ativo e saudável atende essa proposta, sendo caracterizado pela manutenção da capacidade funcional (OMS, 2015; OPAS, 2022a) e leva em consideração os fatores que interferem na qualidade de vida da pessoa idosa (OPAS, 2021).

O envelhecimento saudável também inclui a necessidade que a sociedade valorize a independência, autonomia e as contribuições das pessoas idosas (OPAS, 2021). Os domínios do envelhecimento saudável são as capacidades físicas, funções cognitivas, saúde metabólica e fisiológica e bem-estar psicológico (Irshad; Dash; Muraleedharan, 2023).

Ressalta-se que o envelhecimento representa um período marcado por diversas mudanças, tais como a aposentadoria, redução da renda e modificações nos papéis e direitos sociais, surgimento de condições crônicas, alterações na

capacidade fisiológica e a consequente necessidade de adaptação a novo estilo de vida (OPAS, 2021), bem como a saída dos filhos, o luto pela perda do cônjuge, familiares e amigos (Kreuz; Franco, 2017).

Essas mudanças podem suceder em transição, que consiste na passagem de um estado ou condição de vida razoavelmente estável para outro (Meleis, 2010). A passagem para o envelhecimento não é tão bem definida quanto às mudanças em outras fases da vida. Ainda assim, essa transição é importante, e a sociedade deve reconhecer que as pessoas idosas necessitam de serviços e apoio específicos (OPAS, 2021).

Ainda, o processo de transição ocorre quando a pessoa percebe a mudança, compreende o significado e possui recursos, apoio e experiências pregressas (Meleis, 2019) e podem ser considerados como indicadores de transições bem-sucedidas, o bem-estar emocional e social, qualidade de vida, adaptação, aprimoramento das capacidades de autocuidado, capacidade funcional e autorrealização (Meleis, 2010).

Nesse contexto, as capacidades constituem-se nos conhecimentos e habilidades necessárias para que a pessoa possa executar o cuidado em seu próprio benefício para manter a saúde e qualidade de vida (Orem, 2006). Reconhece-se a associação entre as capacidades de autocuidado e o bem-estar (Yanardağ; Özer; Özmen, 2021), para tanto as medidas de autocuidado são imprescindíveis no envelhecimento devido às limitações progressivas decorrentes do envelhecimento (Azevedo *et al.*, 2020).

Em consulta às fontes de informação não foram encontrados estudos que abordassem o fenômeno transição ao envelhecimento no contexto das capacidades de autocuidado, mas foi possível identificar estudos que abordassem principalmente a temática da transição hospital-domicílio da pessoa idosa (Gonçalves, 2021), ajustamento de pessoas idosas com demência em casa de repouso (Wareing *et al.*, 2021), experiência de pessoas que vivem com a demência de início precoce devido à doença de Alzheimer (Aspö *et al.*, 2024), cuidado transicional de enfermeiros a pessoas idosas com marca-passo artificial (Oliveira, E. S. *et al.*, 2021), transição de mulheres de meia-idade a menopausa (Kim; Ahn, 2022) e processo de envelhecimento sob a ótica do morador em situação de rua (Camargo, 2020).

Diante disso, surgiu o seguinte questionamento: Quais os fatores que poderão influenciar o processo de transição ao envelhecimento de pessoas com ótima capacidade para o autocuidado?

2 REVISÃO DA LITERATURA

Para subsidiar este estudo foi realizada revisão da literatura contemplando o envelhecimento ativo e saudável e longevidade e o envelhecimento e capacidades de autocuidado.

2.1 ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL E LONGEVIDADE

O envelhecimento populacional tem sido acompanhado pelo aumento da longevidade, e pela redução da taxa de fecundidade, acarretando a desaceleração da taxa de crescimento populacional e aumento do número de pessoas idosas (Bárrios; Marques; Fernandes, 2021; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2023).

A ampliação da longevidade é caracterizada pelo aumento dos anos de vida (Kalache, 2014) e é compreendido como um fenômeno mundial, evidenciando o crescimento do número de pessoas idosas longevas (Reis; Reis, 2019). Pode ser encarado como um momento permeado pela velhice e declínio funcional com implicações na dimensão pessoal e no âmbito legal, de saúde, educação, cultura, trabalho, serviços assistenciais e seguridade social. Por outro lado, pode estar associado ao desenvolvimento da pessoa idosa (Barros *et al.*, 2022), relacionado ao envelhecimento ativo e saudável. Espera-se que o envelhecer seja com saúde, e para tanto devem ser asseguradas a atenção à saúde, condições financeiras, acesso a conhecimentos e suporte e cuidado à pessoa, família e rede social (Kalache, 2014).

No Brasil é considerada pessoa idosa aquela com idade igual ou superior a 60 anos (Brasil, 2022) e há mais de 30 milhões de pessoas nesta faixa etária, correspondendo a 13% da população do país. Estima-se que em 2030 haverá por volta de 50 milhões de pessoas idosas (OPAS, 2023a).

No contexto da saúde, a gerontologia se ocupa em estudar o processo de envelhecimento de uma maneira ampla. E a geriatria é uma área da medicina que atua na parte clínica, preventiva, de tratamento, das questões sociais e de doenças (Veras; Lourenço; Sanchez, 2019).

A saúde da pessoa idosa é contemplada por dimensões de capacidades físicas, funções cognitivas, saúde metabólica e fisiológica, bem-estar psicológico,

bem-estar social, segurança socioeconômica e ambiental (Lu; Pikhart; Sacker, 2019).

No contexto do envelhecimento, uma boa saúde se traduz em acrescentar qualidade de vida aos anos, permitindo que a pessoa idosa permaneça ativa e engajada tanto no ambiente familiar quanto social (OPAS, 2020). O processo de envelhecer não deve ser sinônimo de perda de qualidade de vida, mas sim ser encarado como uma chance de viver mais e melhor (Reis; Reis, 2019).

Acrescenta-se que para as pessoas idosas o envelhecimento saudável caracteriza-se pela manutenção da capacidade funcional e não apenas a ausência de doenças (OMS, 2015), portanto, é por meio deste que se conquista o bem-estar em idades mais avançadas (OPAS, 2022a).

O envelhecimento ativo pode ser compreendido como um processo que envolve o autocuidado com a saúde, prevenção e o controle de doenças, preservação de atividades produtivas, participação social e definição de objetivos e metas ao longo da vida (China *et al.*, 2021).

Ainda, o envelhecimento saudável é importante para todos e deve abranger todo o ciclo vital, ou seja, para que tenha um envelhecimento com saúde é necessário se preparar durante toda a vida (OPAS, 2020).

Reforça-se que o envelhecimento saudável é caracterizado pelo desenvolvimento e manutenção das habilidades funcionais que resulta da interação entre a capacidade intrínseca, o ambiente em que ele vive e a forma como as pessoas interagem com esse ambiente (OPAS, 2022b).

As capacidades intrínsecas compreendem as capacidades físicas e mentais, e têm como elementos importantes: suprir as necessidades básicas; de aprender, desenvolver e tomar decisões; de ter mobilidade; de construir e manter relacionamentos e de contribuir com a sociedade (OPAS, 2022b).

O ambiente é o espaço onde as pessoas vivem e facilitam ou não no desenvolvimento das capacidades e habilidades. Esse espaço abrange vários elementos, como a casa, comunidade, sociedade em um contexto mais amplo, assim como também se relaciona a equipamentos, tecnologias, áreas naturais ou urbanizadas, serviços e sistema de saúde (OPAS, 2022b).

As capacidades da pessoa idosa são classificadas conforme as atividades de vida diária (AVD), assim, tem-se: as atividades básicas de vida diária (ABVD) e as atividades instrumentais de vida diária (AIVD) (Veras; Lourenço; Sanchez, 2019).

As ABVD abrangem as ações de autocuidado, como: banhar-se, vestir roupa, alimentar-se e deambular. As AIVD incluem atividades mais complexas necessárias para a independência, como realizar compras, dirigir ou utilizar transportes coletivos, usar o telefone e preparar refeições (Veras; Lourenço; Sanchez, 2019).

Outro conceito é das Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD), que engloba funções sociais, físicas, produtivas e de lazer, e as suas perdas podem indicar um declínio funcional antes mesmo da diminuição das ABVD e AIVD. São exemplos a realização de viagens, participação em grupos religiosos e desempenhar trabalho voluntário ou remunerado (Tavares *et al.*, 2019).

Espera-se que o processo de envelhecer seja de forma ativa e saudável. Essa preocupação com essa forma de envelhecer é assegurada por políticas e programas sociais de envelhecimento ativo (Reis; Reis, 2019). No âmbito internacional, as políticas para as pessoas idosas passaram a ganhar notoriedade na década de 70 e tinham como objetivos a manutenção do papel social e autonomia funcional da pessoa idosa. Foi no ano de 1982 que aconteceu em Viena a Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento (Souza; Miranda, 2015).

Recentemente, foi elaborado o plano de ação *Década para o Envelhecimento Saudável*, originado da *Estratégia Global de envelhecimento e saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS)*, e tem o propósito de possibilitar vidas longas e saudáveis. Para concretizar esse propósito, é necessário que seja mudada a forma como se pensa e age a respeito da idade e envelhecimento, garantir a promoção das capacidades das pessoas idosas pela comunidade, prestar serviços de saúde com integralidade e acesso à Atenção Primária à Saúde e oportunizar o acesso à assistência a longo prazo para aqueles que precisarem (Organização Pan-Americana de Saúde, 2020).

No Brasil a Constituição de 1988 foi um marco para a criação de políticas para a pessoa idosa (Souza; Miranda, 2015). E posteriormente houve: a criação da Política Nacional do Idoso (PNI) promulgada pela lei nº 8.842 de janeiro de 1994 e regulamentada em 1996, a Política Nacional de Saúde do Idoso criada pela Portaria Ministerial nº 1395 em 1999 e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) regulada pela Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006 (Brasil, 1994; Brasil, 2006). Também foi sancionado o Estatuto da Pessoa Idosa por meio da Lei nº 14.423 de 22 de julho de 2022 (Brasil, 2022).

A PNI garante os direitos sociais das pessoas idosas, estabelecendo meios para fomentar sua autonomia, inclusão e participação ativa na comunidade, além reafirmar o direito à saúde da pessoa idosa nos diferentes níveis de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). A PNSPI considerou como principal desafio de enfrentamento para as pessoas idosas a diminuição da capacidade funcional (Brasil, 1994; Brasil, 2006).

Por sua vez, a PNSPI estabelece como diretrizes: promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; estímulo à participação e fortalecimento do controle social; formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; divulgação e informação sobre a PNSPI para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (Brasil, 2006).

O Estatuto da Pessoa Idosa institui que a família, a comunidade e a sociedade devem garantir à pessoa idosa a concretização do direito à vida e à saúde por meio de políticas públicas que priorizem um envelhecimento saudável, atenção em todos os níveis de prevenção, da promoção a reabilitação, assistência gerontológica e geriátrica, entre outros (Brasil, 2022).

2.2 ENVELHECIMENTO E CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO

Sabe-se que o envelhecimento ativo é resultado das práticas de autocuidado (Hoffmann-Horochovski *et al.*, 2019). Nesse contexto, a Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem (TEDA) fornece suporte teórico no contexto do autocuidado, sendo constituída por três teorias: Teoria do Autocuidado, Teoria do Déficit de Autocuidado e Teoria dos Sistemas de Enfermagem. O conceito de autocuidado foi elaborado em 1858-1859 e é compreendido como o cuidado que a pessoa executa para si própria para promoção do bem-estar (Orem, 2006).

A Teoria do Autocuidado especifica as razões pelas quais o autocuidado é fundamental para o bem-estar. O autocuidado diz respeito ao emprego do cuidado para si mesmo, sendo que essa prática só é realizada quando a pessoa é capaz de

cuidar de si própria. O déficit de autocuidado surge quando o indivíduo não consegue promover o autocuidado e a enfermagem torna-se fundamental para o processo cuidativo. E o sistema de enfermagem se origina quando é necessário a atuação da enfermagem para ajudar a pessoa a prover o autocuidado (Silva; Braga, 2016).

Portanto, quando a pessoa se encontra em déficit de autocuidado é necessária a compensação por meio da oferta do cuidado de enfermagem, uma vez que há um desequilíbrio entre a capacidade de autocuidado e aumento da demanda terapêutica. O sistema de enfermagem é composto por atos e interações dos enfermeiros e pacientes, sendo categorizado em totalmente compensatório, parcialmente compensatório e de apoio educativo (Vitor; Lopes; Araújo, 2010).

Em relação ao totalmente compensatório, o indivíduo não consegue se envolver nas atitudes de autocuidado. Parcialmente compensatório ocorre quando para promoção do autocuidado é necessário a atuação da enfermagem. Apoio e educação diz respeito à capacidade da pessoa em captar informações e orientações de saúde e conseguir exercer a prática de autocuidado (Silva; Braga, 2016).

A Teoria do Déficit de Autocuidado está no centro da teoria geral de Orem. O pressuposto desta teoria é que todos possuem potencial para cuidar de si mesmo e dos que estão sob sua responsabilidade. A atuação de enfermagem ao indivíduo possui o objetivo de transformá-lo totalmente ou parcialmente capaz de conseguir proporcionar cuidados para si próprio ou para seus dependentes (Vitor; Lopes; Araújo, 2010).

A teoria possui cinco conceitos centrais: capacidades de autocuidado, ações de autocuidado, demandas de autocuidado terapêutico, déficit de autocuidado e agência de enfermagem (Silva; Braga, 2016).

As capacidades de autocuidado consistem nos conhecimentos e habilidades necessárias para a pessoa executar o seu autocuidado e constitui-se das disposições e capacidades fundamentais, componentes de poder e operações de autocuidado. As disposições e capacidades fundamentais consistem nas capacidades básicas que a pessoa necessita ter para aprender ou executar atividades, como a visão, audição e capacidade funcional (Orem, 2006). A capacidade funcional foi abordada na subseção acima e constitui-se como um conceito importante no âmbito do envelhecimento ativo.

Os componentes de poder referem-se às habilidades que a pessoa tem de pensar, adquirir conhecimento e realizar as atividades aprendidas, ou seja, os componentes de poder favorecem a concretização das operações de autocuidado. Por sua vez, as operações de autocuidado significam que a pessoa já se encontra preparada para a prática do autocuidado (Orem, 2006).

Ações de autocuidado englobam as atitudes de cuidado que o indivíduo executa para promover a sua saúde. Demandas de autocuidado são todas atitudes de cuidado para atender as necessidades de autocuidado, saúde e desvio de saúde. O déficit de autocuidado resulta da capacidade de autocuidado deficitária frente às demandas de autocuidado. O termo agência de enfermagem define as habilidades que permite aos profissionais de enfermagem prestar cuidados que podem compensar ou ajudar a solucionar os déficits de autocuidado relativos à saúde (Orem, 2006).

No que diz respeito aos conceitos metaparadigmáticos, a pessoa se apresenta como objeto do cuidado e pode ser atendida individualmente ou coletivamente. O ambiente abrange os elementos físicos, biológicos, culturais, familiares e sociais. A saúde é conceituada como a habilidade de refletir sobre si mesmo, significar a vivência e estabelecer comunicação com os outros. E a enfermagem é compreendida como uma arte e ciência em que a assistência é especializada e ofertada a pessoas incapacitadas (McEwen; Wills, 2016).

Os requisitos de autocuidado são conceitos secundários da Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado e consistem em ações de autocuidado a serem desempenhadas pelas pessoas com o objetivo de controlar condições ambientais ou humanas que possam atrapalhar o funcionamento ou o desenvolvimento humano. São compreendidos em três tipos de requisitos de autocuidado: requisitos universais, de desenvolvimento e de desvio da saúde (McEwen; Wills, 2016).

Os requisitos universais são associados ao processo de manutenção da vida e podem ser assimilados como as atividades básicas de vida diária. Orem apontou como requisitos universais a manutenção da inspiração adequada, ingestão hídrica e alimentar suficientes, cuidados relacionados com os processo de eliminação, equilíbrio entre atividade e repouso, equilíbrio entre momentos de interação social e de estar só, a prevenção dos perigos à vida e a promoção do desenvolvimento humano nos grupos sociais (Silva; Braga, 2016).

Os requisitos de autocuidado de desenvolvimento dizem respeito a um novo evento ou situação na vida humana de desenvolvimento e que os requisitos de autocuidado universais também são imprescindíveis. Um exemplo a ser mencionado é a gestação (Silva; Braga, 2016).

Em relação aos requisitos de autocuidado no desvio da saúde são cuidados às pessoas com problema de saúde, como deficiências, incapacidades e que estão em fase de tratamento médico. As categorias de requisitos de autocuidado de desvio de saúde são as seguintes: buscar e assegurar ajuda médica; compreender os efeitos e resultados do estado patológico; seguir as medidas diagnósticas, terapêuticas e de reabilitação prescritas; ter conhecimento, observar e regular os efeitos colaterais e desconfortos provenientes das medidas de tratamento médico; ter aceitação e adaptação aos problemas de saúde e apresentar adesão ao tratamento; aprender a viver e conviver com as adversidades de saúde (Silva; Braga, 2016).

A teoria também apresenta como conceito periférico os fatores condicionantes básicos que influenciam nas capacidades de autocuidado, sendo classificados em aspectos intrínsecos e extrínsecos. Os fatores intrínsecos consistem em idade, sexo, estado de desenvolvimento e estado de saúde. Os aspectos extrínsecos são a orientação sociocultural, os fatores do sistema de saúde, os fatores do sistema familiar, o padrão de vida, os fatores ambientais e a disponibilidade de recursos (Silva; Braga, 2016).

Acrescenta-se que a manutenção das capacidades de autocuidado são imprescindíveis para o bem-estar e saúde em idades mais avançadas. Portanto, a manutenção das capacidades de autocuidado é importante para um envelhecimento ativo e saudável (Lopes *et al.*, 2024).

3 JUSTIFICATIVA

A maneira como a pessoa passa pela transição da vida adulta para idosa pode ser influenciada por diferentes fatores que interferem nas capacidades de autocuidado. Conhecer o processo de transição ao envelhecimento das pessoas com ótima capacidade de autocuidado permite uma melhor compreensão deste processo, o que poderá subsidiar modelos para o envelhecimento ativo e saudável a ser replicados nos programas de saúde da pessoa idosa para potencializar as capacidades de autocuidado com vistas a manutenção da longevidade. Posto isso, configura-se a relevância social do estudo.

A seleção de pessoas idosas com ótima capacidade de autocuidado justifica-se pela necessidade do conhecimento de fatores condicionantes que contribuem para o envelhecimento ativo e saudável.

Esse estudo está alinhado ao plano de ação *Década para o Envelhecimento Saudável*. O plano ressalta a importância de promover vidas mais longas e saudáveis, bem como transformar a visão e as atitudes em relação à idade e ao processo de envelhecimento (OPAS, 2020).

O presente estudo integra uma pesquisa multicêntrica que permitirá compreender o processo de transição ao envelhecimento e elementos condicionantes facilitadores e inibidores para manutenção das capacidades de autocuidado em três países: Brasil, México e Portugal.

Em relação à relevância científica, o estudo poderá preencher lacunas de conhecimento sobre a transição ao envelhecimento e seus fatores condicionantes para o envelhecer com manutenção das capacidades de autocuidado, uma vez que trabalhos desta natureza nas fontes pesquisadas não foram encontrados. Os resultados gerados por esse estudo poderão subsidiar reflexões no âmbito dos cursos de graduação e pós-graduação.

Por último, quanto à relevância profissional, o estudo trará conhecimentos sobre a transição e modelos de envelhecimento ativo e saudável que poderão fundamentar o cuidado de enfermagem.

4 OBJETIVO

4.1 OBJETIVO GERAL

Compreender a transição ao envelhecimento entre pessoas idosas com ótima capacidade para o autocuidado em um município do Sul de Minas Gerais.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar as características sociodemográficas e de saúde das pessoas idosas com ótima capacidade para o autocuidado.

Analisar os fatores que influenciam a transição ao envelhecimento entre pessoas idosas com ótima capacidade para o autocuidado.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

Para a realização do presente estudo, adotou-se como referencial teórico a Teoria das Transições de Afaf Ibrahim Meleis.

5.1 BIOGRAFIA DE AFAF IBRAHIM MELEIS

Afaf Ibrahim Meleis é uma enfermeira, pesquisadora e docente em Enfermagem e Sociologia na Universidade da Pensilvânia nos Estados Unidos (University of Pennsylvania, 2024). É autora da teoria de médio alcance intitulada Teoria das Transições (Smith; Parker, 2010).

Nasceu em Alexandria, Egito e concluiu a graduação em Enfermagem na Universidade de Alexandria. Emigrou-se para o Estados Unidos da América para continuar com estudos de pós-graduação pela *Rockefeller Fellow*. Na Universidade de Califórnia, Los Angeles, conquistou o título de mestre em Enfermagem em 1964, mestre em Sociologia em 1966 e doutora em Psicologia Médica e Social em 1968 (Alligood, 2022).

Atuou na Universidade de Califórnia em Los Angeles durante os anos de 1966 a 1971. Posteriormente trabalhou na Universidade de Califórnia em São Francisco durante 34 anos, sendo o local em que desenvolveu a Teoria das Transições. Atuou na Universidade de Pensilvânia de 2002 a 2016, ano de sua aposentadoria (Alligood, 2022). Atualmente é docente visitante em universidades de diversos países e também presta consultoria sobre doutoramento (University of Pennsylvania, 2024).

Meleis é conhecida por suas contribuições para o desenvolvimento teórico da disciplina de enfermagem, bem como suas pesquisas sobre transições e saúde, com foco especial na saúde de imigrantes e mulheres. Produziu mais de 175 artigos, mais de 40 capítulos de livros, 7 livros e numerosas monografias (Smith; Parker, 2010).

5.2 TEORIA DAS TRANSIÇÕES

A transição é derivada do verbo latim *transire* que significa *ir através*. É compreendida como a passagem de um estado, condição ou lugar razoavelmente

estável para outro também razoavelmente estável, sendo desencadeada por uma mudança (Chick; Meleis, 1986). Acrescenta-se que a transição é caracterizada pela entrada, passagem e saída (Meleis; Trangenstein, 1994).

A transição pode ser classificada quanto à natureza (tipos, padrões e propriedades), condicionantes da transição facilitadores e inibidores e padrões de resposta (indicadores de processo e indicadores de resultado). As intervenções terapêuticas de enfermagem interagem com esses três agrupamentos (Meleis, 2010).

Quanto aos tipos, podem ser compreendidas em quatro tipos: desenvolvimental, situacional, saúde-doença e organizacional (Meleis, 2010). As transições desenvolvimentais são caracterizadas pelas mudanças do ciclo de vida, como adolescência, gravidez, meia-idade e menopausa. As transições situacionais envolvem as mudanças de papéis, como educacionais e profissionais (Schumacher; Meleis, 1994).

As transições no âmbito da saúde-doença referem-se às reações das pessoas e de suas famílias diante de situações de enfermidade. Já as transições organizacionais são aquelas que ocorrem no ambiente e são desencadeadas por alterações nos cenários social, político e econômico (Schumacher; Meleis, 1994).

Quanto aos padrões, podem ser classificados em simples, múltiplo, sequencial, simultâneo, relacionado e não relacionado. Ou seja, as transições podem ser únicas ou várias no mesmo período de tempo e podem ser relacionadas ou não (Meleis, 2010).

Quanto às propriedades, são compreendidas em consciencialização, empenhamento, mudança e diferença, espaço temporal da transição e eventos e pontos de transição (Meleis, 2010).

A consciencialização está intimamente ligada à capacidade de perceber, compreender e reconhecer as mudanças que ocorrem durante uma experiência de transição. Portanto, a consciencialização é uma característica definidora da transição, visto que para estar em processo de transição a pessoa deve consciencializar-se das mudanças que estão ocorrendo (Meleis *et al.*, 2000).

O empenhamento é compreendido como o grau de envolvimento que a pessoa apresenta com o processo de transição, sendo que a pessoa só vai apresentar empenhamento após ter se consciencializado das mudanças (Meleis *et al.*, 2000).

Mudança e diferença são propriedades fundamentais da transição, sendo que toda transição envolve mudanças e nem toda mudança está associada à transição. Por sua vez, a diferença envolve sentir-se diferente (Meleis *et al.*, 2000).

Quanto ao espaço temporal, o processo de transição tem como característica o fluxo e movimento ao longo do tempo, sendo iniciada pelo período de estabilidade, ocorrência de mudança, em seguida período de instabilidade e um novo período de estabilidade (Meleis *et al.*, 2000).

Eventos e pontos críticos estão associados a um aumento na consciência da transformação ou das diferenças na vida da pessoa, ou a um envolvimento mais ativo na gestão da mudança (Meleis *et al.*, 2000).

Quanto aos condicionantes da transição facilitadores e inibidores possuem os pessoais, comunidade e sociedade, sendo os pessoais: significados, crenças culturais e atitudes, status socioeconômico, preparação e conhecimento (Meleis, 2010).

Em relação aos condicionantes comunitários e sociais que podem facilitar ou inibir o processo de transição incluem: o suporte social da família e amigos, recursos materiais e profissionais, posição social e atitudes culturais (Meleis, 2010).

Quanto aos indicadores de processo, podem ser compreendidos em sentir-se ligado, interagir, estar situado, desenvolver confiança e *coping*. Sentir-se ligado significa sentir-se conectado às redes de apoio, como familiares, amigos e profissionais. Interagir compreende a socialização com as redes de apoio citadas anteriormente e pessoas que passam pela mesma situação (Meleis *et al.*, 2000).

Acrescenta-se que estar situado no tempo, espaço e relações é um indicador de processo para uma transição saudável. E o desenvolver confiança e *coping* manifesta-se pelo conhecimento e compreensão do processo e pontos críticos, da utilização de recursos e no desenvolvimento de estratégias (Meleis *et al.*, 2000).

Os indicadores de resultado são definidores de um processo de transição saudável e incluem maestria e integração fluida de identidade. A maestria representa uma transição bem-sucedida, sendo avaliada pela maneira como as pessoas exibem um conjunto de novas habilidades, competências de execução, organização e decisão para lidar com suas novas circunstâncias ou ambientes (Meleis, 2010).

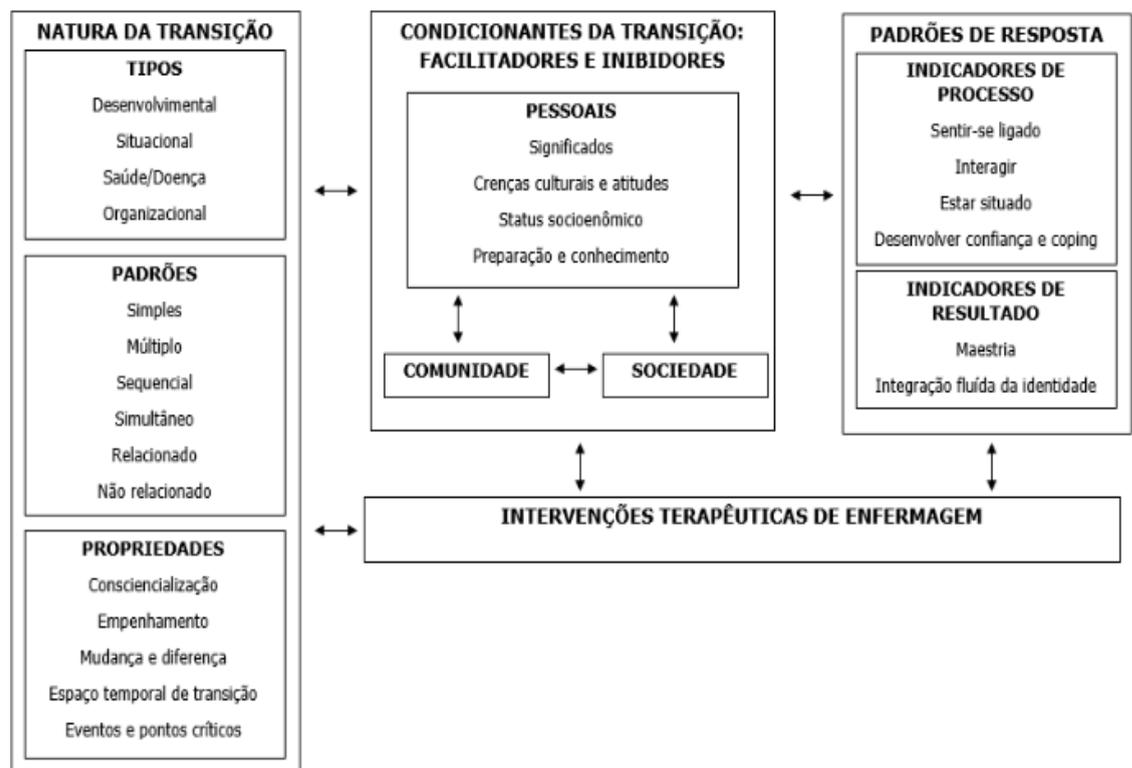
A integração fluida de identidade caracteriza-se pela reformulação de identidade com o processo de transição (Meleis, 2010). Isso implica que a pessoa

incorporou à sua personalidade novos hábitos e modos de vida adquiridos com o processo de transição.

Por sua vez, as intervenções terapêuticas de enfermagem possuem os objetivos de facilitar os processos de transições saudáveis e diminuir transições prejudiciais. Essas intervenções são importantes para ajudar as pessoas a passarem pelo processo de transição (Meleis, 2010).

A seguir na Figura 1 é apresentado um modelo explicativo da teoria:

Figura 1 – Teoria das transições: uma teoria de médio-alcance



Fonte: Adaptado e traduzido por Gonçalves (2021, p. 27)

6 MÉTODO

Nesta seção estão apresentados o delineamento do estudo, cenário, participantes, procedimentos de coleta e análise dos dados, estudo piloto e aspectos éticos.

6.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo, descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa apresenta o enfoque interpretativista, a qual a compreensão do mundo e da sociedade ocorre a partir da perspectiva dos indivíduos que os vivenciam (Gil, 2022).

A pesquisa qualitativa se assenta nas ciências sociais e objetiva estudar o universo de significados das ações e relações humanas, assim como as motivações, valores, crenças, aspirações e atitudes. Permite uma exploração com mais profundidade dos processos, relações e fenômenos (Minayo, 2016).

O estudo descritivo envolve a descrição de um fenômeno. O delineamento exploratório investiga a essência do fenômeno, a forma como se expressa e elementos com os quais está vinculado e que possam causá-lo (Polit; Beck, 2018).

Este estudo seguiu os critérios estabelecidos pelo *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) (Souza *et al.*, 2021). Esta pesquisa é parte integrante de um estudo multicêntrico que está sendo realizado no Brasil, México e Portugal, intitulado: “Transição ao envelhecimento e avaliação das capacidades de autocuidado e qualidade de vida entre pessoas idosas: estudo misto”.

6.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O cenário do estudo foi o município de Itajubá, localizado no Sul do Estado de Minas Gerais. A cidade desfruta de uma localização estratégica, não apenas por estar inserida em uma rede urbana que inclui cidades de médio porte acessíveis, mas também devido à sua proximidade com as grandes capitais da região Sudeste: Belo Horizonte (a 445 quilômetros), São Paulo (a 261 quilômetros) e Rio de Janeiro (a 318 quilômetros) (Prefeitura Municipal de Itajubá, 2023).

Itajubá é composta por 57 bairros e faz fronteira com os municípios de São

José do Alegre, Maria da Fé, Wenceslau Brás, Piranguçu, Piranguinho e Delfim Moreira (Prefeitura Municipal de Itajubá, 2023). O município se destaca como centro de referência em assistência à saúde para dezesseis municípios abrangidos pela microrregião do Alto Sapucaí (Prefeitura Municipal de Itajubá, 2017).

De acordo com o Censo de 2022, Itajubá tinha uma população de 93.073 pessoas, com densidade demográfica de 315,68 habitantes por quilômetro quadrado (IBGE, 2023). Em 2010 o número de pessoas idosas era de 11.397 (IBGE, 2012) e em 2022 cresceu para 17.613 (IBGE, 2023).

6.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A população de estudo foi composta pelas pessoas idosas de 60 anos ou mais, de ambos os sexos, residentes do município de Itajubá-MG. Foram abordadas as pessoas idosas e incluídas nessa pesquisa aquelas que apresentaram pontuações de ótima capacidade para o autocuidado. Para analisar as capacidades de autocuidado foi empregada a escala ASA-A, descrita anteriormente na revisão da literatura (ANEXO A).

A amostragem do presente estudo foi probabilística aleatória simples e a amostra foi composta por 92 pessoas idosas com ótima capacidade para o autocuidado.

Os critérios de elegibilidade foram os seguintes: estar cadastrado em Equipes de Saúde da Família ou Equipes de Atenção Primária do município, apresentar capacidade de compreensão e comunicação verbal, o que foi verificado por meio do Questionário de Avaliação Mental (ANEXO B) que se encontra no item (6.4.2) e apresentar ótima capacidade para o autocuidado.

Os critérios de exclusão foram residir em Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) e estar em situação de debilidade física ou fragilidade física.

O critério de saturação de dados não foi aplicado neste estudo, uma vez que sua implementação requer a análise simultânea durante a coleta de dados de cada participante (Braun; Clarke, 2019a).

6.4 COLETA DE DADOS

6.4.1 Procedimento de coleta de dados

Inicialmente a população de pessoas idosas com os respectivos endereços foi identificada pelos seus cadastros nas Unidades de Saúde, fornecidos pela Secretaria de Saúde do município de Itajubá . Posteriormente, para se obter uma amostra representativa foi realizada a técnica de amostragem aleatória simples. Antes deste levantamento foi solicitada ao Secretário de Saúde do município a autorização, por meio do Termo de Anuência Institucional (TAI).

Em posse dos nomes das pessoas idosas sorteadas e dos seus respectivos endereços foram realizadas visitas domiciliares para contato com os possíveis participantes. Primeiramente, foi realizada uma avaliação mental por meio do Questionário de Avaliação Mental, sendo considerada elegível para entrevista aquela pessoa que obteve 7 pontos ou mais na escala. Se elegível, foi convidada a participar da pesquisa, sendo que recebeu informações sobre os objetivos do estudo e aspectos éticos.

Com aquelas que concordaram com a participação foram agendados os encontros para a coleta de dados em data e horário sugerido por elas. Na data e horário pré-estabelecidos os entrevistadores realizaram a visita domiciliar, explicaram os objetivos do estudo e solicitaram a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). Foram realizadas três tentativas de visitas pré-agendadas no domicílio, sendo que foram descartados aqueles que não foram encontrados.

A seguir, houve o preenchimento do formulário de caracterização e entrevista gravada por meio do software *Kobotoolbox* com Tablet da marca *Samsung*.

A equipe de coleta foi composta por nove pessoas que haviam recebido treinamento por dois pesquisadores experientes que compõem o estudo multicêntrico. Vale destacar que das pessoas que compuseram essa equipe, foram quatro mulheres e cinco homens, entre os quais cinco eram graduandos em enfermagem, dois enfermeiros e dois profissionais de outras áreas, sendo que dos graduados um tinha título de mestre e duas estavam cursando mestrado acadêmico.

Com cada participante foi realizada uma única entrevista em ambiente domiciliar, livre de ruídos, contudo não foi possível descartar a presença de

familiares neste momento. Buscou-se deixar o participante à vontade, sendo a entrevista realizada de maneira cordial e como se fosse uma conversa cotidiana. Salienta-se que não foi estabelecido um relacionamento prévio antes da realização do estudo e os entrevistadores eram pessoas desconhecidas para os participantes.

Após o término da entrevista, o participante recebeu os devidos agradecimentos pela contribuição na pesquisa.

Os dados originados a partir das entrevistas semiestruturadas foram transcritos imediatamente após o término, pelos integrantes da equipe de coleta, devidamente treinados, em programa do *Microsoft Word* e não foram devolvidos aos participantes para comentários.

De posse das entrevistas, foram selecionadas para o presente estudo aquelas pessoas idosas que obtiveram pontuação de ótima (104 a 120) capacidade para o autocuidado por meio da escala ASA-A.

6.4.2 Instrumentos de coleta de dados

A coleta de dados deu-se por meio de entrevista e empregou-se como instrumentos: Questionário de Avaliação Mental, Formulário de caracterização sociodemográfica e de saúde, Roteiro de entrevista semiestruturada e Escala para Avaliar as Capacidades de Autocuidado (ASA-A). Durante a entrevista ocorre uma troca verbal face a face realizada de maneira sistemática, na qual o entrevistador busca obter informações relevantes do entrevistado (Marconi; Lakatos, 2021).

O Questionário de Avaliação Mental foi elaborado por Kahn *et al.*, (1960) e adaptado e validado para uso no Brasil por Ventura e Bottino (2002). Consiste em um instrumento construído para determinar se a pessoa idosa apresenta alguma síndrome mental orgânica. É um instrumento composto por 10 perguntas que avaliam a orientação têmporo-espacial e a memória para os fatos tardios, sendo que o entrevistado deve responder corretamente, no mínimo, sete questões, para ser incluído na pesquisa. Vale ressaltar que este instrumento não foi utilizado na coleta de dados, mas apenas para ser uma estratégia de seleção do possível participante.

O Formulário de caracterização sociodemográfica e de saúde (ANEXO C) foi formado por variáveis representadas por: sexo; idade; escolaridade; se possui trabalho formal ou informal; religião; se possui filhos; saúde autorreferida: em relação a si própria, comparação ao último ano e às pessoas da mesma idade; se

possui alguma condição de saúde ou doença crônica; se pratica alguma atividade física; se toma medicamento; entre outros.

A entrevista semiestruturada é caracterizada pela formação prévia de questionamentos abertos sem alternativas de resposta que são apresentados aos participantes, e os mesmos são encorajados a falar livremente. O entrevistador pode intervir de maneira sutil quando a fala do entrevistado se afasta do questionamento realizado (Gil, 2021). O Roteiro de entrevista semiestruturada (APÊNDICE B) foi formado por duas questões norteadoras: 1) Ao chegar nesta etapa da vida o senhor(a) percebeu alguma mudança? Se sim, fala-me um pouco sobre as mudanças. Se não, por que o senhor(a) acha que não houve mudanças? 2) Até o senhor(a) chegar nesse momento da sua vida, percebeu alguma diferença na maneira como cuida de si mesmo? Por quê? Se sim: o que causou essas mudanças no jeito que o senhor(a) se cuida?

A Escala para Avaliar as Capacidades de Autocuidado (ASA-A), se encontra em ANEXO A. Essa escala foi criada por Isenberg *et al.* (1993), adaptada e validada à cultura brasileira por Silva e Domingues (2017) e é composta por 24 itens com cinco opções de resposta, sendo discordo totalmente (1 ponto); discordo (2 pontos); nem concordo nem discordo (3 pontos); concordo (4 pontos) e concordo totalmente (5 pontos). Para avaliação da pontuação emprega-se como classificação: 24 a 40 pontos: péssima; 40 a 56 pontos: ruim; 56 a 72 pontos: regular; 72 a 88 pontos: boa; 88 a 104 pontos: muito boa e 104 a 120 pontos: ótima (Silva; Domingues, 2017).

6.4.3 Estudo piloto

O estudo piloto foi realizado com 5% (33 participantes) do total da amostra das pessoas idosas sorteadas por meio da amostragem probabilística aleatória simples, que foi de 660 participantes. Esses participantes não compuseram a amostra deste estudo, pois houve necessidade de mudanças das perguntas norteadoras para melhor compreensão dos participantes.

As modificações nas perguntas norteadoras foram as seguintes: inicialmente, questionava-se como a pessoa estava se sentindo a partir desse momento da vida. Posteriormente, a pergunta foi alterada para se a pessoa percebeu alguma mudança ao chegar a essa etapa da vida. No que diz respeito ao autocuidado, a pergunta original era sobre como a pessoa estava cuidando de si desde que entrou nessa

etapa da vida. Após o estudo piloto, foi alterada para se a pessoa percebeu alguma diferença na maneira como cuida de si mesma até chegar a esse momento da vida.

6.5 ANÁLISE DE DADOS

Para a análise dos dados de caracterização sociodemográfica e de saúde foi empregada a estatística descritiva simples, sendo que para as variáveis discretas foi realizada a frequência relativa e percentual e para as variáveis contínuas também foi mensurada a média e desvio padrão.

Para a análise dos dados qualitativos foi utilizada a Análise Temática (AT) Reflexiva de Braun e Clarke (Braun; Clarke, 2019b). Consiste em um método que se concentra em analisar, identificar e relatar padrões de temas presentes no conjunto de dados qualitativos. Os dados foram codificados em consonância com a Teoria das Transições de Afaf Ibrahim Meleis (Braun; Clarke, 2006; Meleis, 2010), sendo portanto, realizada análise dedutiva.

Pertinente ao referencial teórico adotado, foi empregado para análise os elementos: as propriedades, condicionantes facilitadores e inibidores e padrões de resposta da transição.

Destaca-se que a AT Reflexiva adota uma abordagem interpretativa, afastando-se do paradigma positivista. Nessa perspectiva, a subjetividade do pesquisador é reconhecida como um recurso significativo durante a análise dos dados (Braun; Clarke, 2022).

Para a operacionalização da análise estão sendo seguidas 6 fases: Familiarização com os dados, Codificação, Construindo ou desenvolvendo os temas iniciais, Revisando os temas, Definindo e nomeando os temas e Produção do relatório de pesquisa (Braun; Clarke, 2006; Clarke; Braun, 2013; Clarke; Braun, 2014; Braun; Clarke, 2019b).

A primeira fase envolveu a familiarização em profundidade com os dados coletados, e iniciou com a escuta dos áudios gravados, transcrição dos dados, leituras repetidas e anotação das ideias iniciais (Braun; Clarke, 2006; Clarke; Braun, 2013).

Os dados originados a partir das entrevistas semiestruturadas foram transcritos imediatamente após o término, sendo que cada entrevista semiestruturada teve uma média de cinco minutos de duração, sendo que a soma

total de todas as entrevistas gerou a gravação de 465 minutos e 138 páginas de transcrição.

Após a familiarização com os dados foi realizada a codificação, que envolveu a produção de códigos iniciais. É importante que seja codificado o maior número possível de padrões potenciais, sendo possível que um extrato seja codificado e decodificado várias vezes. Nesse processo é também aconselhado redigir notas sobre a análise (Braun; Clarke, 2006). Os códigos devem transmitir a leitura conceitual e semântica dos dados (Clarke; Braun, 2013).

Na terceira fase foram construídos ou desenvolvidos os temas iniciais, sendo necessário que os códigos sejam agrupados em temas potenciais, assim como leitura dos extratos de dados que foram codificados para constatar conformidade com a temática. Desta forma, ao final desta etapa o pesquisador terá o conjunto de temas e subtemas possíveis (Braun; Clarke, 2006; Clarke; Braun, 2013; Braun; Clarke, 2019b).

Na quarta fase foi realizado o refinamento dos possíveis temas por meio do julgamento da coerência entre eles e também a comparação de diferenças claras entre os temas. Para tal análise é importante que seja feita a revisão das extrações dos dados codificados e de todo o conjunto de dados. Ao término desta etapa foi possível visualizar os temas e subtemas (Braun; Clarke, 2006).

Na quinta fase o pesquisador examinou e reconheceu a natureza dos dados de cada tema, com enfoque na narrativa específica de cada um deles quanto à narrativa global que abrange todos os temas. Após essa análise, construiu-se um nome conciso e informativo para cada um (Braun; Clarke, 2006; Clarke; Braun, 2013).

Por último, a sexta fase consistiu na produção do relatório de pesquisa (Braun; Clarke, 2006), e visa apresentar ao leitor uma narrativa coesa e convincente sobre os dados, ao mesmo tempo contextualizando-os em relação à literatura já existente (Clarke; Braun, 2013).

6.6 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo seguiu os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução nº 466 de 2012, que dispõe sobre as normas para pesquisas com seres humanos, como a adoção dos referenciais da bioética, como a autonomia, não maleficência,

beneficência, justiça e equidade, e propõe a garantir os direitos e deveres em relação aos participantes da pesquisa (Conselho Nacional de Saúde, 2012).

O Termo de Anuência Institucional foi devidamente assinado pelo Secretário de Saúde de Itajubá, autorizando a coleta de dados no referido município. Para acesso aos dados dos participantes referentes aos endereços e telefone disponibilizados pelas coordenadoras das Unidades de Saúde o Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD) foi devidamente assinado.

O participante recebeu o TCLE (APÊNDICE A), sendo garantido o anonimato e a confidencialidade, bem como o direito de recusar-se a participar da pesquisa em qualquer momento, mesmo que já iniciado a coleta de dados ou finalizada.

A coleta de dados iniciou-se após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG), sob o número de Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) 68405423.2.0000.5142 com número de parecer consubstanciado 6.081.953 (ANEXO D).

Com o intuito de preservar a identidade dos participantes foram criados nomes fictícios. As participantes do sexo feminino foram identificadas pelo nome Maria mais um segundo nome e sua respectiva idade, por exemplo, Maria Adelaide, 61 anos. Os participantes do sexo masculino foram identificados pelo nome José mais um segundo nome e sua respectiva idade, por exemplo, José Manoel, 73 anos.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta seção estão apresentados e discutidos os resultados referentes à caracterização sociodemográfica e de saúde e da transição ao envelhecimento entre pessoas idosas com ótima capacidade para o autocuidado.

7.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E DE SAÚDE

A amostra foi composta por 92 pessoas idosas com ótima capacidade para o autocuidado, cuja pontuação máxima obtida na escala das capacidades de autocuidado foi de 110 pontos. A avaliação dos participantes com ótima capacidade de autocuidado e a análise dos elementos que influenciaram a transição para o envelhecimento saudável podem contribuir para modelos que possam ser replicados pela sociedade com vistas à melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa.

Dentre os participantes, 55 (59,8%) eram do sexo feminino, 44 (47,8%) na faixa etária entre 60 a 65 anos, a idade média foi de 68,9 anos com desvio padrão de 7,8 anos. Quanto à escolaridade, 35 (38,0%) tinham ensino médio completo, 64 (69,6%) não exerciam trabalho formal ou informal, 79 (85,9%) afirmaram praticar alguma(s) religião(ões) e 79 (85,9%) tinham filhos. Esses resultados são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 – Características sociodemográficas das pessoas idosas com ótima capacidade de autocuidado. Itajubá, Minas Gerais, 2023. N = 92

(continua)

Características sociodemográficas		fr	%
Sexo	Feminino	55	59,8
	Masculino	37	40,2
Idade	60 a 65 anos	44	47,8
	66 a 70 anos	18	19,6
	71 a 75 anos	13	14,1
	76 a 80 anos	8	8,7
	81 a 85 anos	4	4,4
	86 a 91 anos	5	5,4

Tabela 1 – Características sociodemográficas das pessoas idosas com ótima capacidade de autocuidado. Itajubá, Minas Gerais, 2023. N = 92

(conclusão)

Características sociodemográficas		fr	%
Escolaridade	Sem escolaridade	1	1,1
	Ensino Fundamental Completo	13	14,1
	Ensino Fundamental Incompleto	24	26,1
	Ensino Médio Completo	35	38,0
	Ensino Médio Incompleto	4	4,3
	Ensino Superior Completo	12	13,0
	Ensino Superior Incompleto	3	3,3
Exerce trabalho	Não	64	69,6
	Sim	28	30,4
Pratica alguma(s) religião(ões)	Não	13	14,1
	Sim	79	85,9
Tem filhos	Não	13	14,1
	Sim	79	85,9

Fonte: Instrumento de Caracterização sociodemográfica e de saúde (2023).

Constatou-se o predomínio de mulheres idosas jovens, o que representa uma característica da contemporaneidade marcada pela feminilização entre as pessoas idosas no Brasil e no mundo (Andrade *et al.*, 2020). Na sociedade é visto que as mulheres se cuidam e buscam mais os serviços de saúde para a promoção da saúde e prevenção de doenças do que os homens (Sousa, 2022).

Dados recentes da América Latina indicam que aproximadamente 85% da população idosa tem entre 60 e 79 anos de idade (OPAS, 2023b). Estudo realizado em um município no Sul do Brasil, com o objetivo de caracterizar as pessoas idosas com déficit de autocuidado, não identificou diferenças entre as idades dos participantes com relação ao déficit de autocuidado (Coutinho; Tomasi, 2020; Silva *et al.*, 2024).

Com relação ao grau de escolaridade, estudo que teve como objetivo investigar a relação entre as capacidades de autocuidado e as percepções de bem-estar de idosos residentes no centro da cidade da província de Burdur, Turquia. A escolaridade contribui para a melhoria das capacidades de autocuidado e

bem-estar (Yanardağ; Özer; Özmen, 2021). Além disso, a escolaridade também é associada ao envelhecimento ativo (Cavalcanti *et al.*, 2018).

A manutenção da atividade laboral não é uma realidade dos participantes. Este resultado diverge dos dados da OPAS, uma vez que na América Latina tem-se observado expressivo número de pessoas idosas que continuam no mercado de trabalho. Isso pode ocorrer tanto pela falta de renda adequada quanto pelos problemas nos sistemas de pensão e aposentadoria (OPAS, 2023b). Como os participantes deste estudo apresentam ótima capacidade para o autocuidado, talvez o fato de não exercerem atividade laboral tenha contribuído para maior disponibilidade de tempo para dedicação ao autocuidado.

Professar uma religião constitui um fator de proteção que contribui para reduzir o estresse e promover o bem-estar biopsicossocial e espiritual. A religião favorece o desenvolvimento da resiliência (Margaça; Rodrigues, 2019), e pode ser vista como prática importante no processo de envelhecimento, pois contribui para a saúde e a qualidade de vida (Lima *et al.*, 2019).

Pertinente a ter filhos, reconhece-se que o suporte familiar é essencial para incentivar as práticas de autocuidado (Melo *et al.*, 2023). O apoio social percebido é importante para aumentar as capacidades de autocuidado de pessoas idosas, visto que as demandas de autocuidado podem aumentar em decorrência das limitações próprias da idade ou surgimento e agravamento dos problemas de saúde (Dural *et al.*, 2022). Acrescenta-se que o convívio familiar é associado ao envelhecimento ativo (Cavalcanti *et al.*, 2018).

Em relação às características de saúde, 27 (29,3%) tiveram saúde autorreferida boa, 41 (44,6%) saúde autorreferida mesma coisa em comparação com o último ano, 29 (31,5%) saúde autorreferida mesma coisa em comparação com as outras pessoas da mesma idade. Afirmaram ter alguma condição de saúde ou doença crônica 64 (69,6%), sendo que 73 (79,3%) faziam uso de medicamentos, 52 (56,5%) praticavam alguma atividade física e 86 (93,5%) pertenciam a área de abrangência de uma Equipe de Saúde da Família, conforme Tabela 2.

Tabela 2 – Características de saúde das pessoas idosas com ótima capacidade de autocuidado. Itajubá, Minas Gerais, 2023. N = 92

Características de saúde		fr	%
	Ótima	20	21,7
	Muito boa	24	26,1
Saúde autorreferida	Boa	27	29,3
	Regular	20	21,7
	Ruim	1	1,1
	Muito melhor	15	16,3
Saúde autorreferida em comparação com o último ano	Melhor	22	23,9
	Mesma coisa	41	44,6
	Pior	14	15,2
	Muito melhor	26	28,3
Saúde autorreferida em comparação com as outras pessoas da mesma idade	Melhor	28	30,4
	Mesma coisa	29	31,5
	Pior	6	6,5
	Não sabe / Não responde	3	3,3
Tem alguma condição de saúde ou doença crônica	Não	28	30,4
	Sim	64	69,6
Pratica alguma atividade física	Sim	52	56,5
	Não	40	43,5
	Não	19	20,7
Toma medicamentos	Sim	73	79,3
Tipo de equipe que atende à pessoa idosa	Estratégia Saúde da Família	86	93,5
	Unidade Básica de Saúde	6	6,5

Fonte: Instrumento de Caracterização sociodemográfica e de saúde (2023).

A percepção de saúde boa aliada à prática de atividade física contribuem para a transição ao envelhecimento saudável. Estudo realizado em quatro cidades no Sul de Minas Gerais, com o objetivo de identificar os fatores condicionantes básicos e de saúde de pessoas idosas da comunidade e relacioná-los com as capacidades de autocuidado. Constataram ainda, que as pessoas idosas que avaliaram sua saúde como excelente, muito boa ou boa demonstraram uma maior capacidade de autocuidado em comparação com aquelas que a classificaram como

regular, ruim ou péssima. Além disso, aquelas que participavam de atividades físicas também mostraram uma capacidade de autocuidado superior (Silva *et al.*, 2024).

O envelhecimento e a presença de doenças e condições crônicas exigem que a pessoa idosa realize mudanças no estilo de vida com o objetivo de reduzir complicações e melhorar a qualidade de vida. Dentre as ações inclui alimentação saudável, prática de atividade física e adesão à terapia medicamentosa (Brasil, 2023), o que pode impactar de forma positiva na capacidade de autocuidado.

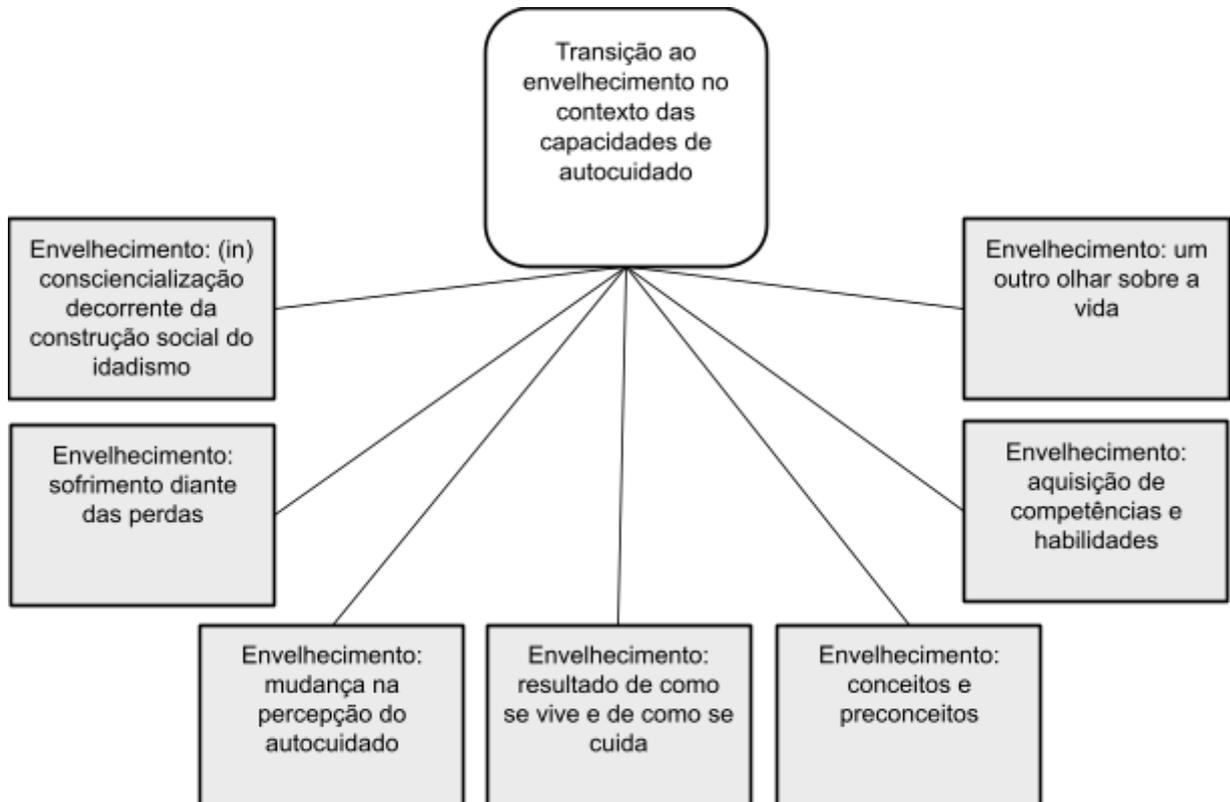
A Atenção Primária à Saúde (APS), representada no estudo pela Unidade Básica de Saúde (UBS) e a Estratégia Saúde da Família (ESF), deve estabelecer estratégias, dentre as quais, o ensino para o autocuidado para promover o envelhecimento saudável (Brasil, 2018).

Percebe-se que a ótima capacidade para o autocuidado pode estar atrelada ao fato de a maioria dos participantes autorreferir doença crônica (Medina-Fernández *et al.*, 2024), ter acesso aos serviços de saúde, realizar atividades que possam garantir o bem-estar, o que corrobora para considerar a sua saúde como boa e para a transição saudável para o envelhecimento.

7.2 TEMAS

Da análise dos dados, inicialmente foram construídos oito temas que após o refinamento resultou em sete temas fundamentados nas propriedades, condicionantes facilitadores e inibidores e padrões de resposta que compõem a teoria das Transições de Meleis e estão apresentados na Figura 2.

Figura 2 – Transição ao envelhecimento entre pessoas idosas com ótima capacidade para o autocuidado. Itajubá, Minas Gerais. N = 92



Fonte: Autora (2024).

Referente aos resultados extraídos do roteiro de entrevista semiestruturada, foram verificados a (in) consciencialização decorrente da construção social, a percepção de perdas, a valorização do autocuidado, envelhecimento como resultado de como se vive e de como se cuida e dos conceitos e preconceitos, assim como o desenvolvimento de habilidades e outro olhar sobre a vida.

7.2.1 Envelhecimento: (in) consciencialização decorrente da construção social do idadismo

Observou-se que alguns participantes não perceberam mudanças com o processo de envelhecimento.

“Não, ainda não caiu a ficha [...] Ainda não bateu a ficha que eu já passei dos 59, entrando nos 60 anos. Mas para mim ainda foi muito recente, não senti nada” (José Afonso, 61 anos).

“Não, não percebi nada, normal [...] Tenho tido uma vida normal” (José Manoel, 73 anos).

“Não, acho que não, não percebi nenhuma mudança não, normal, tranquilo” (José Gustavo, 72 anos).

“Tudo a mesma coisa, não mudou nada” (José Ricardo, 60 anos).

“Continua a mesma coisa, nada mudou” (Maria Piedade, 79 anos).

“Se eu falar para você que eu melhorei, vai ficar chato, não é? Mas continua a mesma coisa como eu era, está bom? Não mudou nada” (José Rafael, 64 anos).

Para alguns a ausência de mudanças foi associada a independência para o autocuidado e atividades de vida diária.

“[...] eu acho que não mudou nada porque eu continuo andando, falando, fazendo parte.” (Maria Adriana, 63 anos).

“Não, porque o que eu fazia, continuo fazendo a mesma coisa. Faço caminhada e me alimento bem, durmo bem, acordo cedo. Por isso que não vejo diferença nenhuma porque continuo fazendo a mesma coisa” (José Santiago, 69 anos).

“Não houve mudança no cuidado. Até agora ninguém manda em mim, ninguém [riso]. Não gosto que ninguém manda em mim, eu tomo banho sozinho, faço barba sozinho. Acho que não mudou nada” (José Bernardo, 68 anos).

“Nada, eu estou do mesmo jeito! Sinto a minha mente e tudo do mesmo jeito porque eu acho que vem da mente da gente mesmo. Tendo uma cabeça boa a gente faz força para se tornar a mesma pessoa e nunca mudar por nervosismo, ficar insistindo porque eles falam que tem menopausa, comigo não teve isso. Na minha idade de 61, até o médico admira, eu não me considero como se eu tivesse 61 porque eu reajo da mesma forma como eu reagia quando eu tinha meus 28, 30 e 40

anos. Eu sinto como se eu não tivesse 61 anos, entendeu? Eu sinto como se eu não tivesse porque eu agacho, eu levanto, eu faço tudo como se eu tivesse 30 anos. Tanto que eu desse jeito [se refere à roupa] fico dentro de casa, mas quando eu arrumo e saio eles não acreditam que eu tenho essa idade” (Maria Adelaide, 61 anos).

Constatou-se participantes que não perceberam mudanças, visto que alguns afirmaram que continuavam agindo da mesma maneira que agiam na juventude. Essa postura pode estar relacionada ao fato de que para a sociedade o envelhecimento é visto como um processo indesejável, de declínio natural da saúde e acompanhado pelo aparecimento de doenças (Van den Bogaert; Ceuterick; Bracke, 2020). Tal afirmativa pode justificar o motivo pelo qual os participantes negaram mudanças, pois podem associar o envelhecimento à etapa marcada por problemas de saúde.

Nessa perspectiva, a senescência pode ser compreendida pela sociedade como uma etapa de decadência e perdas, marcada pela possibilidade de se tornar dependente e incapaz de executar atividades da vida diária e seu autocuidado. Com base nessa crença, muitas pessoas idosas que são ativas podem relatar não perceber as mudanças do envelhecimento (Silva, D. S. *et al.*, 2022).

A percepção da velhice recebe influência da cultura, sendo que em países não ocidentais a mesma é percebida de maneira positiva (Galvão; Pereira; Silva, 2021). Diante dessa perspectiva, o plano de ação *Década para o Envelhecimento Saudável* destaca a necessidade de modificar a maneira como as pessoas pensam, sentem e agem em relação à idade e ao processo de envelhecimento (OPAS, 2020).

Para a transição é essencial que a pessoa tenha se conscientizado das mudanças que estão acontecendo e se essas ainda não alcançaram o nível de consciência a pessoa idosa se encontra em uma fase anterior à transição. Por isso, a transição ao envelhecimento demanda a compreensão de que o processo de envelhecer com qualidade ocorre ao longo da vida por meio da modificação e incorporação de hábitos e valores. Ademais, a sociedade influencia de modo negativo neste processo de transição ao considerar o envelhecimento uma etapa da vida marcada por doença, invalidez e dependência (Meleis, 2010).

7.2.2 Envelhecimento: sofrimento diante das perdas

A transição ao envelhecimento foi acompanhada por alguns eventos críticos, como perda de familiares, aposentadoria, acidentes, mudanças fisiológicas e dependência para as atividades de vida diária. Nos relatos a seguir é enfatizado a perda do filho(a).

“Eu perdi um filho, agora sete de setembro fez seis anos que ele faleceu. Então eu sinto muita falta dele, a perda dele foi muito para mim. Eu não aceito, sinto muita falta, saudades demais, daí eu comecei também a não ter mais gosto da vida, sabe? A gente vive mais por misericórdia de Deus mesmo, né! Não tenho muita vontade” (Maria de Fátima, 60 anos).

“Depois que a minha filha morreu mudou muito [silêncio] eu fico mais triste porque ela vinha muito aqui em casa e eu fico pensando na menina [neta] lá sem mãe” (Maria Ester, 76 anos).

Em conformidade, estudo realizado na Espanha, com o objetivo de explorar o fenômeno do envelhecimento, os facilitadores e barreiras que interagem no envelhecimento saudável, identificou que a perda do cônjuge ou familiares próximos como os filhos, dificulta e torna mais doloroso o processo de aceitação do envelhecimento (Bosch-Farré *et al.*, 2020). A tristeza e mudanças causadas pela perda do cônjuge foi identificada em pesquisa realizada no Canadá, com o objetivo de explorar as perspectivas dos anciãos sobre as relações entre envelhecimento e saúde (Baron; Fletcher; Riva, 2020).

A interrupção das atividades laborais após a aposentadoria pode ser compreendida como um fator positivo para dedicar-se ao autocuidado, mas por outro lado pode ser percebida como uma perda, visto que pode alterar o estilo de vida.

“A principal delas foi em relação a parar de trabalhar porque parei antes dos 60 anos. A transição foi um pouquinho complicada, né! Porque eu tinha uma vida muito ativa e cortei tudo para aposentar. Então a adaptação levou tipo um, dois meses para eu me acostumar que eu tinha que mudar o meu ritmo de vida. Essa foi a mudança mais drástica que eu senti. Parecia sem objetivo, eu tinha um tempo

muito tomado e reduziu quase uns 60% do que eu fazia” (Maria Simone, 63 anos).

A interrupção das atividades laborais e aposentadoria também foi citada em estudo realizado na Noruega, com o objetivo de investigar como as pessoas idosas percebem sua vida, como vêem o processo de envelhecimento e sua necessidade de cuidados de saúde e apoio social. Para os participantes a aposentadoria foi uma experiência desafiadora e que trouxe mudança significativa, visto que a profissão sempre havia sido uma parte fundamental da sua identidade ao longo da vida (Fjell *et al.*, 2021).

Para a maioria das pessoas o exercício das atividades laborais faz com que elas se sintam produtivas perante a sociedade, e a aposentadoria pode levar a uma sensação de inutilidade. E essa inutilidade pode interferir no autoconceito e autoestima (Costa *et al.*, 2023; Arteaga; Leiton; Villanueva, 2024). Talvez por isso a aposentadoria é compreendida por muitos, como uma perda, pois acarreta em mudanças no cotidiano e na rotina, uma vez que as atividades laborais, traziam uma sensação de dever cumprido e colaboração social, interrompidas de maneira abrupta (Costa *et al.*, 2023).

Acrescenta-se que o senso de propósito é importante para o envelhecimento saudável (Vaz *et al.*, 2024). Por isso, a continuidade das atividades laborais beneficiada pelas relações interpessoais estabelecidas no contexto do trabalho também contribuem para a qualidade de vida (Fernandes-Eloi *et al.*, 2019) e autocuidado.

Outro fator que influencia na aceitação e adaptação após a aposentadoria seria relacionado ao grau de importância que a pessoa atribui ao trabalho. Aqueles que ao longo da vida se empenharam fortemente em suas carreiras terão menor nível de ajustamento à condição de aposentado. Por outro lado, aqueles que não tiveram no trabalho a principal fonte de identidade e realização pessoal podem ter se empenhado em outros papéis e interesses fora do âmbito laboral (Magalhães; Brito, 2022) e se adaptarem melhor à nova condição.

Ainda, acidentes que ocorrem no percurso da meia idade ou entrada para a vida idosa podem se apresentar como eventos que interferem na transição ao envelhecimento saudável.

“A coluna mesmo, já sofri acidente na escada, foi tudo isso aí” (José Miguel,

75 anos).

“[...] eu estava trabalhando e sofri um acidente, né! E teve que fazer cirurgia. Então, daí desse tempo para cá eu já fiquei com dificuldade para fazer as coisas. Tenho que fazer só com esse braço aqui, porque eu não consigo mexer em uma panela de arroz porque isso daqui [aponta para o braço] não segura sabe. Até para escrever eu escrevo, mas a caneta escorrega um pouquinho aqui” (Maria Helena, 63 anos).

“Caí e quebrei a rótula, aí eu tive que operar para fazer uma reconstituição nela. Agora que comecei a andar, porque eu estava andando com cadeira de rodas, depois andei com andador, agora já estou mais sozinha, está bem melhor, estou fazendo fisioterapia” (Maria Fátima, 60 anos).

A ocorrência de acidentes no decorrer da vida pode impactar na capacidade funcional com o processo de envelhecimento. Estudo realizado com o objetivo de identificar a prevalência dos tipos de acidentes com idosos atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no município de Juiz de Fora, Minas Gerais constatou as quedas como agravo mais frequente, representado por 81,29% da amostra, seguida dos acidentes de trânsito, violência e outros (Esteves *et al.*, 2021).

É importante ressaltar que as quedas, também mencionadas pelos participantes do estudo, representam um fator significativo para a redução da qualidade de vida da pessoa idosa, pois impactam na capacidade funcional, podendo resultar em fraturas, abandono de atividades cotidianas, medo de cair novamente, hospitalizações, elevação da morbidade e mortalidade (Conceição *et al.*, 2021). Ademais, a execução do autocuidado pode ser comprometida diante das sequelas geradas, sendo necessário trabalhar com as capacidades remanescentes para o alcance da independência funcional e assumir a autonomia (Carvalho, C. J. A. *et al.*, 2023).

Foram frequentes relatos que remetem às mudanças biológicas, como a perda da resistência e vitalidade.

“Então as mudanças têm que ter, porque a gente não está mais jovem, né!

Então a mudança que eu percebo é tipo a vitalidade que eu tive quando era mais jovem, hoje não tenho muita vitalidade, e também a resistência que a gente tem também vai diminuindo com o tempo...” (José Gaspar, 67 anos).

“Senti sim cansaço, né! Muda o organismo, muda bastante, ainda mais nessa [...]. E já passou porque a gente já passou e o organismo diminui muito, né!” (Maria Violeta, 69 anos).

“Eu acho que essas mudanças acontecem com todo mundo, porque no decorrer do tempo, com o passar do tempo vai diminuindo a resistência da gente” (José Gaspar, 67 anos).

“Com certeza, fiquei mais cansado, não tenho o fôlego que tinha antes. Eu jogava bola, gostava muito assim de tocar pagode, samba, eu participei da escola de samba daqui do bairro, ganhamos duas vezes, fui pandeirista. Hoje já não aguento mais fazer isso, por exemplo, se eu for em um baile só de ver já estou cansado, mas é por causa da idade mesmo e por causa do organismo que não é mais o mesmo” (José Alberto, 70 anos).

“Ah sim, com certeza, né! Mudança de vida, mudança de ritmo, mesmo. Porque o meu ritmo caiu bastante, ritmo de andar, porque eu gosto muito de fazer caminhada. Então esse ritmo mesmo eu já perdi de fazer caminhada, até de ler, que eu gosto muito de ler, agora parece que está meio devagar” (Maria Emília, 65 anos).

Vale reforçar que durante uma transição, a pessoa idosa pode experimentar novos sintomas ou ainda o agravamento dos mesmos, sendo importante o gerenciamento destes, para que ela consiga lidar melhor com o processo de transição (Meleis, 2010).

O aparecimento de doenças também foi comentado pelos participantes, como o diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica e cardiopatia.

“Então, a gente tem a tendência de ficar mais fraco e é mais fácil da gente adquirir outras doenças, porque os órgãos da gente já estão mais velhos, estão mais cansados e mais fracos” (José Gaspar, 67 anos).

“Ah, eu nunca fiquei doente, nunca tive nenhum problema, né! Agora de repente fiquei [...]” (Maria Júlia, 88 anos).

“Problemas de saúde, não é? Surgiu diabetes, pressão alta, problema de coração, eu sou cardíaco” (José Júlio, 63 anos).

“Ah sim, né! Quando a gente é mais nova tem mais energia e mais força. Quando chega nessa idade a gente chega mais fraca, com pouca energia, e às vezes, alguma enfermidade” (Maria Constança, 60 anos).

As doenças crônicas podem impactar negativamente nas capacidades de autocuidado, sendo que a adaptação torna-se mais favorável quanto mais longo for o processo da doença (Teixeira; Pestana; Mesquita, 2024). Por outro lado, o adoecimento crônico pode ser um despertar para a pessoa se cuidar de maneira mais empenhada, visto que para o controle da doença crônica é necessária a implantação de uma terapêutica medicamentosa e a adoção de hábitos de vida saudáveis (Brasil, 2014).

Além das alterações citadas anteriormente, podem surgir também a presença de dor e dificuldade na mobilidade.

“Eu era assim bem mais ativa para fazer as coisas, hoje em dia tudo fica mais devagar, tudo doi, junta diabetes, junta tudo” (Maria Celeste, 60 anos).

“Teve sim! A gente vai ficando inclusive com dificuldade para andar, entendeu? Na audição e para enxergar também. Houve mudança sim em relação ao dia a dia da gente, então a gente começa a ficar limitado em tudo” (José Benício, 74 anos).

“Passou dos 50 você percebe tudo! Você tem dor no corpo, tem dor aqui, tem dor ali, e assim vai levando. Muda, muda muita coisa” (José Leonardo, 64 anos).

“Sonolência, eu notei mais sono e parece que mais preguiça, sabe? Um cansaço e dor no corpo [risos] (Maria Aparecida, 61 anos).

“Ah mudou! Porque agora não tenho mais força, acabou, eu não tenho mais vontade de sair de casa, eu não posso andar” (Maria Tereza, 82 anos).

“Eu percebi bastante mudança porque a gente vai tendo mais dificuldade de locomoção, até a alimentação da gente muda, fora as doenças que aparecem. Então, bastante mudança física” (Maria Verônica, 79 anos).

“Eu percebi que tem muita dificuldade em agachar, em levantar. E mesmo você fazendo os exercícios têm muita dificuldade” (José Leonardo, 64 anos).

“Diferença de coluna, essas coisas aí, né! De sofrer muito de pedreiro, muito pesado. Minha coluna não é como era antigamente, é diferente...” (José Miguel, 75 anos).

“Quando a gente fica mais idoso o serviço não rende mais, vou muito no médico, não ando mais do jeito que andava mais depressa. Até para limpar uma casa eu demoro, fico mais sonolenta, quero só dormir” (Maria Cecília, 72 anos).

“Ah, mudou tudo, né! As minhas mãos e pernas. As minhas pernas não podem andar direito, eu ando muito devagar. E tem muita artrose nas mãos e no corpo” (Maria Flor, 90 anos).

As perdas fisiológicas, como habilidades motoras deficientes, fadiga e perda de visão são indicadores para a percepção do envelhecimento (Bosch-Farré *et al.*, 2020). Sabe-se que as alterações na função motora, sensorial e cognitiva podem exercer impactos negativos nas capacidades de autocuidado (Teixeira; Pestana; Mesquita, 2024).

Outros aspectos a serem considerados foram os recorrentes relatos de esquecimento:

“Eu sou muito esquecido, esqueço das coisas e às vezes você já perguntou para mim e eu já esqueço. Se fala uma coisa para mim, daqui a pouco já não sei mais, eu esqueço, eu sinto cansada” (José Júlio, 63 anos).

“A única coisa que às vezes me incomoda é o esquecimento. Isso eu vejo assim ‘meu Deus, por que eu estou esquecendo as coisas? Aí, depois eu volto atrás ‘ah, é da idade, depois eu vou lembrar’, e eu acabo lembrando depois, e eu fico rindo de mim mesma [riso]. Então quer dizer, eu procuro levar na esportiva” (Maria Lourdes, 92 anos).

“Sou um pouco mais lenta e a memória um pouco mais devagar também” (Maria Carolina, 73 anos).

“Sim! Notei muita diferença nos anos que passaram. Hoje nessa idade eu sinto falta daquele tempinho que eu tinha disposição, que eu não tinha dor, não tinha nenhuma doença, era muito animada, né! Era nada de cansaço, não tinha insônia, quase não ia ao médico, eu era uma pessoa bastante saudável. Agora eu olho sentindo o que eu sinto hoje, eu olho atrás, que saudade! Que falta me fazem aqueles anos que eu perdi, que se passaram, né! Então é muito difícil chegar nessa idade” (Maria Eunice, 62 anos).

“Um momento de transição muito ruim, desagradável e grande que a gente sente, tanto físico porque a sua capacidade físico-motora já que não é a mesma e nem a mental” (Maria Geralda, 70 anos).

O declínio cognitivo é uma preocupação cada vez maior na população, pois está diretamente ligado à redução da qualidade de vida e à dependência. Entretanto, o senescer pode ser acompanhado de um envelhecimento cognitivo normal, e não evoluir necessariamente para o processo patológico demencial (Arreguy-Sena *et al.*, 2020).

Contatou-se também a dificuldade de aceitação das mudanças biológicas. A aceitação ao envelhecimento é um desafio, visto que muitas pessoas acreditam que o envelhecimento acontece apenas com os outros, enquanto elas mesmas permanecerão sempre jovens, maduras e experientes. A valorização pela sociedade do que é novo e moderno transformou o envelhecer em uma experiência difícil, quase um isolamento social forçado, que gera medo nas pessoas que estão envelhecendo. É fundamental entender que o envelhecimento é um processo natural e gradual, que ocorre com todos ao longo da vida (Medeiros *et al.*, 2021).

Desse modo, a aceitação das mudanças oriundas do envelhecimento pode contribuir para um maior empenhamento na realização do autocuidado. Nesse sentido, o preparo da pessoa para a dependência no decorrer da vida, pode proporcionar uma melhor adaptação no envelhecimento.

“Eu saía sozinha, ia ali e lá, não precisava ficar dependendo das pessoas “ah vamos ir ali comigo, vamos lá comigo”, entendeu? [...] Agora se você não tiver uma pessoa para sair com você, você não sai (Maria Júlia, 88 anos).

Estudo qualitativo realizado na Espanha revelou que os participantes consideraram a dependência como uma fonte de preocupação e algo que desejavam evitar. Em alguns casos, a perspectiva de uma dependência total levou alguns a considerarem a morte como uma opção mais aceitável (Bosch-Farré *et al.*, 2020). Complementa-se que a independência e saúde física são associadas ao envelhecimento bem-sucedido (Reich *et al.*, 2020), à aceitação do processo de envelhecimento (Bosch-Farré *et al.*, 2020) e ao significado de envelhecer bem (Sulandari *et al.*, 2024).

Identificou-se que o processo de envelhecimento foi acompanhado por situações desafiadoras compreendidas pelas perdas, muitas vezes indesejadas (Meleis, 2010).

7.2.3 Envelhecimento: mudança na percepção do autocuidado

A valorização do autocuidado a partir da passagem para a vida idosa, é vista como um empenhamento, pois, os participantes passaram a se preocupar mais com a saúde e com o autocuidado de maneira mais ativa.

“Antes eu não cuidava muito, não ligava muito para saúde, mas agora estou cuidando mais da saúde” (Maria Alice, 62 anos).

“Ah, bastante! A gente tem que se preocupar mais com saúde, então percebi isso” (Maria Aurora, 69 anos).

“Só que devido a alguma coisa da saúde que a gente cuida mais, né! Eu

cuido melhor com o negócio da saúde” (Maria Constança, 60 anos).

“Eu cuido cada vez melhor porque se não cuidar a gente envelhece mais rápido [...] Não, tem que se cuidar, porque se não cuidar se acaba, tem que ver o hoje, o amanhã e o futuro porque passa rápido” (José André, 64 anos).

Constatou-se maior empenhamento com o autocuidado pelas pessoas idosas. O autocuidado é estratégia fundamental para o envelhecimento bem-sucedido (Ambriz *et al.*, 2024). Aqueles que mantêm um estilo de vida mais saudável terão uma maior capacidade de enfrentar as mudanças de saúde ao longo desse processo (Solhi; Pirouzeh; Zanjari, 2022). Ser saudável e independente são fatores que contribuem para o aumento da confiança no processo de envelhecimento (Fjell *et al.*, 2021).

Sabe-se que a falta de autocuidado é um fator de risco para a saúde (Carr *et al.*, 2024), enquanto a manutenção da saúde é essencial para o envelhecimento saudável (Solhi; Pirouzeh; Zanjari, 2022).

“[...] há aquela preocupação em querer cuidar mais, de querer fazer mais coisas, entendeu? De querer planejar a coisa para o futuro, médio prazo e curto prazo. Nesse sentido, tem essa preocupação, coisa que antes eu não preocupava muito com isso não” (José Afonso, 61 anos).

“O que causou foi a cabeça da gente, né! Pensar na saúde lá na frente... Eu estou melhorando um pouquinho” (José Carlos, 61 anos).

“O que eu percebi é que aumentou a minha preocupação em cuidar da minha vida e ter uma vida melhor. Antes eu não tinha essa preocupação, hoje eu tenho. Então eu me cuido mais hoje” (José Gaspar, 67 anos).

A preocupação com a velhice e mudanças acarretadas pelo envelhecimento também foi encontrada em estudo realizado em Diamantino, Mato Grosso, com o objetivo de analisar os pensamentos e sentimentos sobre envelhecimento para pequenos e grandes produtores rurais (Tomé; Formiga, 2021).

O maior empenhamento com o autocuidado pode ser consequência do

reconhecimento das mudanças no corpo e na saúde, conforme constatado nas falas a seguir:

“Ah sim, nessa idade já requer muito mais cuidados com a gente mesmo, né! Olha, eu tenho diabetes e tenho que entender que eu preciso me cuidar, porque é uma doença devagar mas complicada, né! Então eu tenho que entender que eu tenho que fazer as minha dietas, tenho que tomar os meus remédios. Então tudo isso mudou muito na minha vida, porque antes eu não tinha, eu comecei com quase 50 anos, depois foi agravando mais e agora está mais ou menos” (Maria Madalena, 64 anos).

“Depois que a gente aposenta tem que ter os cuidados mesmo, principalmente para a saúde, não é? A gente tem que mudar mesmo, o próprio organismo fala que a gente tem que se cuidar, senão não tem jeito” (José Félix, 61 anos).

“[...] quando você vai ficando mais velha [riso] os problemas de saúde vão surgindo. Você tem que se cuidar porque se você não cuidar, quem vai cuidar, não é verdade? Se você não se gostar, quem é que vai gostar de você? Então a gente tem que cuidar, primeiro da gente, pra depois cuidar dos outros porque você estando bem estará bem pra cuidar dos outros, certo?” (Maria Cristina, 70 anos).

“[...] e tem que tomar mais cuidado com certos exercícios, já tem que sempre conduzir para um médico agora, mas são coisas aceitáveis, né! Eu aceito isso tudo” (Maria Gabriela, 61 anos).

“Eu acho que a gente chega numa idade que tem que procurar se cuidar mais, né! Porque se não cuidar... [silêncio]” (Maria Violeta, 69 anos).

Compreende-se que o sedentarismo está associado a uma pior percepção do autocuidado (Hiraga *et al.*, 2018), sendo que prática de exercícios e alimentação saudável são importantes para a saúde e um envelhecimento bem-sucedido (Ambriz *et al.*, 2024).

Reforça-se que para alcançar um envelhecimento saudável é importante

incentivar práticas como a atividade física regular, uma alimentação equilibrada, a realização de exames e consultas médicas periódicas, a interrupção do tabagismo, além do controle de doenças e do peso corporal (Solhi; Pirouzeh; Zanjari, 2022).

A pessoa consciencializada das mudanças oriundas do envelhecimento, pode passar a se engajar com os processos inerentes à transição, como buscar informações, se preparar de maneira ativa e modificar hábitos (Meleis, 2010). No contexto do estudo, a valorização do autocuidado é um resultado dessa consciencialização das mudanças.

7.2.4 Envelhecimento: resultado de como se vive e de como se cuida

Os relatos dos participantes remetem aos condicionantes facilitadores para o envelhecimento saudável, uma vez que a pessoa idosa pode encarar a transição ao envelhecimento com a consciência de um processo de vida com menos pressão e mais leveza. Isso resulta das vivências, do apoio da religiosidade/espiritualidade, da disponibilidade de recursos de saúde, da melhoria das condições financeiras e apoio social.

“Eu acho que é a tranquilidade, porque aquela sensação de ter realizado tudo que tinha que fazer. Aí você já encontra naquela fase mais estacionária que não precisa sair correndo, aquela vida do dia a dia, aquela correria para serviço e tal. Eu acho que agora é a calma, seria mais a parte sossego” (Maria Luiza, 62 anos).

“A diferença é que quando a gente é jovem a gente trabalha, passeia, namora, depois forma uma família, entendeu? Então a gente não tem muito tempo para pensar em tudo, é tudo rápido demais. Aí com o tempo tudo vai se acalmando” (Maria Dulce, 63 anos).

“Eu acho que eu cuido melhor do que quando eu fazia tudo, quando fazia tudo às vezes não tinha tempo nem para mim [risos]. Agora eu acho que estou melhor... É o tempo, quer dizer, quando antes eu não tinha 12 pessoas pra mim cuidar, era 12 pessoas, agora já to com quatro né, agora já tenho quem ajuda eu né. Então aí sobra mais tempo” (Maria Irene, 80 anos).

“Sim! A partir do momento que se aposenta a gente passa a cuidar da gente, a pintar os cabelos, a ter tempo de passar um creme, a ter tempo de ver uma televisão. A nossa vida vai melhorar porque a gente deixa daquela correria de trabalhar, de correr atrás dos filhos. Então tudo vai ficando melhor porque aí a gente tem mais tempo para a gente” (Maria Dulce, 63 anos).

“Tenho mais tempo agora, tenho ar livre para correr, tenho sol para tomar, tenho caminhada para fazer, tenho exercício, mais rua. É que às vezes eu ficava muito dentro de casa, então, agora é mais rua. Mesmo estando dentro de casa ainda, mas sempre faço passeios, principalmente para área, eu sempre dou minhas caminhadas, então eu acho que é esse tempo livre” (Maria Luiza, 62 anos).

A interrupção das atividades laborais após a aposentadoria pode aumentar a sensação de controle pessoal sobre os acontecimentos da vida, bem como ter mais tempo para executar papéis que geram satisfação com a vida (Magalhães; Brito, 2022). Acrescenta-se que o maior tempo consigo mesmo pode oportunizar à pessoa idosa um aumento da consciência sobre a vida e para a prática do autocuidado.

O envelhecimento pode ser acompanhado da aquisição de maturidade e consciência sobre a vida, o que pode refletir em maior controle emocional para agir diante às situações.

“Fui adquirindo mais consciência e tranquilidade para responder ou viver o momento que eu estou. Na minha vida eu adquiri um pouco mais de maturidade de enxergar a minha caminhada como ser humano, né! E penso mais hoje pra responder certas questões, antigamente respondia mais afoitamente, hoje eu analiso mais e sou mais centrado. Então houve mudanças na minha pessoa com o chegar da minha idade, a qual estou agora. Fui adquirindo mais consciência e tranquilidade para responder ou viver mesmo” (José Frederico, 69 anos).

“Acho que a gente fica mais compreensivo e calmo, não é? Acho que é isso mesmo. E entende mais as coisas e as situações [riso]” (José Félix, 61 anos).

“Você fica mais leve, você entende mais um pouco o movimento, né! [...]” (José Saulo, 65 anos).

A leveza pode ser resultado de um maior tempo que a pessoa possui consigo mesma, visto que antes possuía várias responsabilidades, como trabalhar e cuidar dos filhos. Portanto, ter tempo suficiente contribui para uma visão otimista e positiva do envelhecimento (Solhi; Pirouzeh; Zanjari, 2022), ainda mais associado a ação de continuar a ter uma vida social e mente ativa (Van den Bogaert; Ceuterick; Bracke, 2020). Conseqüentemente, a pessoa terá mais tempo para exercer o autocuidado.

A manutenção do autocuidado e hábitos saudáveis ao longo da vida foi enfatizada como algo importante por alguns participantes.

“Eu vejo assim que tudo é resultado daquilo que você vive” (José Pedro, 66 anos).

“[...] eu acho que me cuido como sempre me cuidei mesmo, sabe!” (Maria Cristina, 70 anos).

“Mas o que acontece é o seguinte, como eu sempre cuidei da minha saúde eu me sinto como se eu estivesse normal. Eu creio que logo no início da minha vida eu vivi em situação muito precária. Então eu considero que depois que eu fui para universidade comecei a viver de fato, que comecei a me dedicar ao esporte e tal, me alimentar melhor, entendeu?” (José Gustavo, 72 anos).

A preparação anterior transforma o processo de transição em uma experiência saudável, enquanto a sua ausência pode ser um inibidor (Meleis, 2010), e pode ser influenciada pela resiliência e nível de escolaridade, assim como impactar no autocuidado e participação social (Carvalho, A. A. et al., 2023).

Para o envelhecimento saudável é necessário que o preparo ocorra durante toda a vida, não se restringindo a prática do autocuidado apenas para aqueles quando completam 60 anos. Portanto, a vida saudável deve ser promovida em todos os ciclos de vida (OPAS, 2020).

A religiosidade/espiritualidade constituíram importante apoio para a transição ao envelhecimento.

“Então não deixa de ser que a vida religiosa nos preenche com essa alegria que a gente tem, né! Porque nós estamos de passagem, também temos que nos

preocupar muito com o nosso espiritual, e o espiritual nos ajuda a vencer esses obstáculos que a vida às vezes nos dá. Um dia você pode estar bem, no outro dia pode não estar, mas não podemos esmorecer, você tem que buscar aquilo que vai preencher o seu coração, é isso!” (Maria Catarina, 68 anos).

“Também, a fé ajuda muito o ser humano, a fé ajuda bastante, ajuda muito porque é Deus que dá força para a gente. Sem fé hoje em dia a pessoa não é nada, a pessoa vai acreditar no quê? Não tem sentido. Cada um tem sua religião, sua fé particular, sei lá, mas eu tenho a minha fé, tenho muita fé em meus santos porque eu sou muito católica, muita fé no meu santo, muita fé em Deus, né! Então isso me ajudou como se eu tivesse entrado na idade e seguindo para frente cada vez melhor com aquele lá que é o nosso Deus do impossível” (Maria Adelaide, 61 anos).

A espiritualidade, fé e religião também foram mencionadas como estratégia de resiliência para o envelhecimento bem-sucedido, conforme constatado em estudo realizado com mulheres imigrantes mexicanas residentes em uma comunidade agrícola da Califórnia (Ambriz *et al.*, 2024). A religiosidade e espiritualidade também estão compreendidas entre os significados de envelhecer bem (Sulandari *et al.*, 2024).

As crenças espirituais auxiliam na formulação de estratégias de enfrentamento diante das mudanças (Meleis, 2010) decorrentes da senescência, assim como o surgimento das doenças crônicas e dependências.

Os participantes salientaram melhoria das condições financeiras, especialmente com a aposentadoria.

“Ah, hoje é melhor do que antes! Porque hoje eu tenho mais facilidade, né! A dificuldade que tinha era que eu queria comprar um produto, mas não podia porque não tinha dinheiro. Hoje está mais favorável” (José Joaquim, 64 anos).

“Eu sou aposentado desde 1999, então quer dizer que toda a minha vida foi boa, comecei a trabalhar aos 14 anos e aposentei com 44 anos. Já faz 24 anos que eu estou aposentado, então quer dizer que não tenho problema de nada na parte financeira” (José Santiago, 69 anos).

Para Meleis (2010), o status socioeconômico exerce um impacto significativo nas experiências de transição. Ressalta-se que a estabilidade financeira é um facilitador do envelhecimento com saúde (Bosch-Farré *et al.*, 2020; Vaz *et al.*, 2024) e contribui para fortalecer a confiança ao longo do processo de envelhecimento (Fjell *et al.*, 2021).

A maior satisfação com a vida entre os aposentados, quando comparado aos não aposentados, foi semelhante aos resultados de estudo de coorte brasileira realizado com servidores públicos (Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto – ELSA – Brasil) (Rodrigues *et al.*, 2022).

O envelhecimento saudável também está associado ao acesso aos recursos de saúde, como medicamentos e aos cuidados (Vaz *et al.*, 2024). Essa melhoria da assistência é reflexo da evolução das políticas de saúde no Brasil. Sendo que o direito universal à saúde foi estabelecido pela Constituição Federal em 1988, e posteriormente pela criação do SUS - Lei nº 8.080 de 1990. Outros marcos foram a criação da PNI em 1994, Política Nacional de Saúde do Idoso em 1999, Estatuto do Idoso em 2003 e a PNSPI em 2006 (Torres *et al.*, 2020).

“Houve mudança sim, melhorou a qualidade de vida porque hoje a gente tem mais recursos do que antigamente, antigamente a gente tinha menos recursos. Sim, causou mudança sim! Igual eu tinha respondido anteriormente, hoje em dia a gente tem mais recursos, como eu tenho problema de saúde hoje eu consigo ter mais recursos referentes a medicamentos e tratamentos por aí fora” (Maria Eugênia, 65 anos).

A participação em comunidade e o convívio familiar foram identificados como facilitadores para a prática de autocuidado e para a transição ao envelhecimento.

“Olha, ultimamente, a gente está um pouquinho melhor porque os meus netos incentivam eu fazer muito exercício e não param, eu jogo bola toda hora com eles ‘oh vô vamos jogar bola?’, ‘vamos!’, ‘vô vamos jogar bola?’, ‘vamos!’, aí eles falam ‘vô senta aqui comigo?’, eu sento e falo de brincadeira com eles ‘mas o vô não vai conseguir levantar mais!’ e eles respondem ‘não vô, eu puxo o senhor para cima’”. Esse meu neto tem cinco anos [riso]. Mas a vida não tem muita diferença não, é só isso mesmo, a gente vai levando, né!” (José Leonardo, 64 anos).

O envelhecimento bem-sucedido e saudável é associado ao engajamento social e ao apoio familiar (Reich *et al.*, 2020; Vaz *et al.*, 2024). As relações interpessoais são consideradas significativas e geram um impacto positivo na vida da pessoa idosa (Fjell *et al.*, 2021). Acrescenta-se que as redes sociais podem exercer influência nos comportamentos de autocuidado e na percepção de saúde (Dural *et al.*, 2022; LeBlanc; Chiodo; Jacelon, 2022).

Ainda, a socialização e os sistemas de suporte constituem fatores de proteção para a saúde (Carr *et al.*, 2024), pois a construção de uma rede de apoio e assistência comunitária é fundamental para o envelhecimento saudável (Karma; Ada-Katrin; Händler-Schuster, 2021).

Por sua vez, as relações familiares proporcionam apoio social às pessoas idosas (Baron; Fletcher; Riva, 2020) e podem se tornar o principal suporte para as pessoas idosas, bem como ser uma fonte de motivação para enfrentar a vida e perseverar diante dos desafios (Ambriz *et al.*, 2024; Bosch-Farré *et al.*, 2020).

Os filhos também são percebidos como importante fonte de apoio, o que ajuda a manter o bem-estar e a enfrentar o sentimento de solidão.

“É porque também tenho dois filhos maravilhosos, né! E levanta muito o meu astral, apesar que fez dois anos que eu perdi o meu marido. Então os dois sempre me procuram, tiram eu de casa para distrair se não a gente não aguenta, né!” (Maria Violeta, 69 anos).

Realidade também encontrada em estudo realizado no Canadá que revelou que passar tempo com os netos trazia alegria e bem-estar, contribuindo para o envelhecimento saudável (Baron; Fletcher; Riva, 2020). Assim como, um bom relacionamento com os netos gera sentimento de bem-estar (Bosch-Farré *et al.*, 2020).

Além da família, os vizinhos e a comunidade constituem importantes recursos para a pessoa idosa (Karma; Ada-Katrin; Händler-Schuster, 2021), pois, a interação social é fundamental durante toda a vida e não apenas no momento em que a assistência se torne evidente. Para prevenir sentimentos de isolamento e solidão na velhice, é aconselhável a ampliar o círculo social desde a meia-idade (Karma; Ada-Katrin; Händler-Schuster, 2021; Solhi; Pirouzeh; Zanjari, 2022).

As redes de apoio fornecem estímulo para as práticas de autocuidado (Carvalho, A. A. *et al.*, 2023), na medida que aumenta a confiança da pessoa idosa no autocuidado, e conseqüentemente, melhora as habilidades/capacidades para a execução do autocuidado (Meleis, 2010).

7.2.5 Envelhecimento: conceitos e preconceitos

Os relatos dos participantes condizem com os condicionantes inibidores ao envelhecimento saudável, como as mudanças financeiras, o desrespeito aos direitos da pessoa idosa e a sua desvalorização pela sociedade. A escassez de recursos financeiros, principalmente após a aposentadoria, foi percebida como dificultador para o envelhecimento.

“Principalmente financeiro, né! Porque me aposentei, mas a aposentadoria é fraca. Então, pouca coisa, mas teve essa mudança aí” (José Valentim, 61 anos).

“E as outras mudanças também na vida da pessoa, né! Às vezes a vida da pessoa muda, por exemplo, quando estava na ativa trabalhando era um jeito de vida melhor, né! Quando aposenta você vê que cai, o salário cai, você não tem aquelas porcentagens igual você tinha antigamente, entendeu? Então é isso, aí muda tudo, né!” (José Paulo, 71 anos).

A instabilidade financeira após a aposentadoria pode gerar medo, insegurança e menor qualidade de vida na pessoa idosa (Silva, I. G. P. *et al.*, 2022).

“[...] o dinheiro vai encurtando, essas mudanças, essas coisas, fazem parte” (José André, 64 anos).

“Ah, no dinheiro eu percebi, no dinheiro, né! É que naquele tempo eu ganhava nove salários, hoje não estou ganhando dois e seiscentos [riso]. Aí atrapalha, né!” (José Bernardo, 68 anos).

Diante disso, a continuidade do trabalho após a aposentadoria pode se tornar uma necessidade para a garantia da sobrevivência (Amorim *et al.*, 2020).

Embora reconheça que não possui uma situação financeira ideal, mas possui o suficiente para sobreviver.

“Aí cheguei até aqui, mas graças a Deus estou bem. Assim, a gente não tem aquela coisa financeiramente bem, né! Mas tem o necessário” (Maria Madalena, 64 anos).

A insegurança financeira pode ser um inibidor para a transição ao envelhecimento (Meleis, 2010) e também foi citada em estudos realizados na Espanha e Suíça (Bosch-Farré *et al.*, 2020; Karma; Ada-Katrin; Händler-Schuster, 2021). O valor recebido pela aposentadoria pode ser motivo de preocupação, uma vez que a renda reduzida pode comprometer o pagamento das despesas, afetando, por sua vez, o bem-estar e saúde emocional (Bosch-Farré *et al.*, 2020). Os desafios financeiros têm levado os aposentados a retornar ao mercado de trabalho para complementar sua renda fixa (Robles *et al.*, 2023), embora enfrentando dificuldades para a reinserção laboral com dependência total do auxílio governamental.

O desemprego e a necessidade de recebimento de benefício governamental para a sobrevivência também foram sinalizados.

“Para mim a única coisa é que eu estou desempregado, né! Por isso que eu fui lá na secretaria reclamar, aqueles negócios lá de Auxílio Brasil, o resto está normal” (José Ricardo, 60 anos).

É importante que a pessoa idosa tenha oportunidade para reinserção no mercado de trabalho, bem como direito à qualificação e profissionalização sem impedimento e discriminação (Pazos; Bonfatti, 2020).

O desconhecimento dos direitos da pessoa idosa pela sociedade compromete a transição para o envelhecimento saudável:

“Idoso fica com mais dificuldade nas coisas [...] as filas de bancos, o pessoal muitas vezes não respeita. As coisas de saúde, você vai buscar remédio é mais complicado, demora para aparecer remédio para idoso” (José Filipe, 64 anos).

“Você é muito desvalorizado no social, você não tem um carinho, não tem

aquela atenção dos órgãos públicos, você é tido como objeto do lado, essa é a minha visão do velho brasileiro principalmente aqui no município [cita o nome do município]. [...] É a mesma coisa que ser um móvel velho do lado, não tem atenção, não tem um respeito devido, não faz valer a lei federal de prioridade em filas, não se faz valer a prioridade em nada para o idoso. Em [cita o nome do município] precisamente eu nunca ouvi falar que existisse ou existe um conselho forte para o idoso. Gostaria muito que tivesse, pois são tantas reclamações, tantos idosos maltratados em casa, que não é o meu caso, mas de casos de pessoas que eu conheço que não tem respaldo familiar, e não tem onde fazer uma reclamação, procurar uma ajuda, tipo um conselho, conselho do idoso como é em vários lugares. A falta de conselho, a falta de mais atenção, um programa não tem nem mesmo, nem governo, nem nível municipal, federal e estadual, você não vê criar um programa direcionado ao idoso, você vê um programa direcionado ao cachorro, mas ao idoso não” (Maria Geralda, 70 anos).

A sociedade é preconceituosa e, muitas vezes, pode excluir ou lateralizar a pessoa idosa. O senso de conexão com uma rede interpessoal é importante para o processo de transição, sendo que sentimentos de isolamento ou desconexão sinalizam para desfecho não saudável (Meleis, 2010; Carr *et al.*, 2024).

O envolvimento em diferentes engajamentos pessoais e a participação em redes comunitárias são aspectos significativos. Essas interações oferecem às pessoas idosas uma rotina estruturada e a oportunidade de se dedicar a tarefas relevantes e úteis (Fjell *et al.*, 2021).

Algumas iniciativas têm sido propostas pela OPAS para minimizar estes aspectos, tais como: cidades amigas e acolhedoras da pessoa idosa, dotadas de espaços externos e edifícios, transporte, moradia, participação social, respeito e inclusão social, participação cívica e emprego, comunicação e informação e serviços comunitários e de saúde (OPAS, 2022c).

Evidenciou-se nos relatos a desvalorização das experiências de vida da pessoa idosa, assim como as ofensas verbais que impactam no convívio social.

“[...] então eu acho interessante essa pergunta, você que é jovem por exemplo, a gente quando é jovem a experiência põe medo na gente, sabe! Você acha que você deve falar, e quando mais velho fala assim: acho que sua época já

passou, seu tempo já passou, agora não é mais hora de você querer mudar, agora é nossa hora, nossa vez” (José Pedro, 66 anos).

“[...] e também não veio com plano de velhice nada não, comigo não tenho, mas eu vejo que muita gente me ofende em termos da velhice, você entendeu? ‘Você é uma velha, você isso...’, isso me afeta muito, porque isso me afeta? [silêncio] Não sei, me afeta, me afeta... por isso que eu evito conversar com muitas pessoas” (Maria Ester, 76 anos).

A construção sociocultural a respeito da pessoa idosa pode estar ancorada nos conceitos do idadismo, na perda da autoridade e na incapacidade funcional, motivo pelo qual ocorre a desvalorização. Por outro lado, na Espanha tem se observado visões positivas, como a admiração e respeito, especialmente por parte dos netos. Há uma preocupação da sociedade com as pessoas idosas, além do sentimento de utilidade e importância por desempenharem papéis na sociedade, como cuidar de netos ou participar de atividades voluntárias (Bosch-Farré *et al.*, 2020).

O envolvimento da pessoa idosa com membros de diversas comunidades, como igrejas, entidades filantrópicas, podem fortalecer o senso de conexão na fase final da vida adulta, uma vez que podem desfrutar do respeito e da história compartilhada que surgem da participação nesses grupos e ajudam a promover um sentido de propósito, bem-estar e autoestima (Meleis, 2010).

7.2.6 Envelhecimento: aquisição de competências e habilidades

Os relatos dos participantes denotam mudanças significativas na capacidade de autocuidado.

“Então a diferença de cuidado é que no dia a dia eu não ligava muito em me cuidar, em fazer um exercício, uma caminhada, não ligava. E hoje eu faço dia a dia” (José Gaspar, 67 anos).

“Teve mudança sim! Porque nessa etapa da vida que estou hoje a gente faz academia, se cuida melhor e se alimenta melhor, tanto eu como a minha esposa

(José Carlos, 61 anos).

“Ah, percebi sim. Hoje eu me cuido mais, porque se antigamente eu cuidasse mais de mim, hoje eu acho que estaria mais saudável, né! Hoje eu já me cuido mais com exercício, com caminhada, com alimentação, então hoje me cuido mais um pouco” (Maria Emília, 65 anos).

“Hoje eu cuido melhor porque quando a gente era mais criança, do que essa idade que eu cheguei agora, antes a gente não era muito preocupado de buscar a saúde no sentido de ir ao médico mais vezes, né! A gente como homem não se preocupava muito com isso, não dava muita atenção e hoje alguma coisa que acontece no nosso corpo a gente já pensa em procurar um responsável pela saúde para saber como a gente está e fazer exames. Antigamente a gente fazia muito pouca questão com essas coisas de exame de sangue, de urina, de fezes, colesterol [...] Hoje eu procuro mais, antigamente eu não procurava muito não. Hoje eu procuro cuidar melhor da minha saúde do que antigamente” (José Frederico, 69 anos).

“Ah, claro, claro, é muito mais cuidadoso atualmente, muito mais cuidadoso, entendeu? Eu já era cuidadoso antigamente, me alimentava bem e tal, agora dobrou, mais cuidado ainda” (José Gustavo, 72 anos).

“A gente muda, né! Tendo essa idade a idade a gente é mais devagar e anda mais devagar. Mas graças a Deus até que eu estou aguentando essa idade bem. Vou e faço a minha ginástica, faço a minha caminhada, estou indo e tocando a vida, até o fim como se diz, tem que chegar, né!” (Maria Sueli, 68 anos).

A aquisição de novas habilidades para o autocuidado se traduz como um importante indicador de resultado para uma transição saudável. Para Meleis (2010), transições saudáveis são marcadas pelo desenvolvimento de novos conhecimentos e habilidades.

“Envelheceu, eu acho que fiquei até mais saudável. A gente fica mais experiente, então aprende a cuidar melhor da alimentação, aprende a dosar mais

em certas atividades que a gente faz. Eu notei que depois que envelheci, que estou começando os meus 65, eu notei que eu melhorei, sabe? Até mesmo quando eu vou praticar ciclismo, que a gente quando é mais novo é melhor em curta distância pois corre mais rápido. Mas quando você vai envelhecendo vai pegando mais experiência, então você consegue ir mais longe, com menos intensidade, mas você vai mais longe, e sente que anda mais longe. Parece que quanto mais eu ando melhor eu sinto, pedalo mais longe de bicicleta ou a pé e eu noto que eu me sinto bem melhor. Eu noto que pela minha idade a recuperação é boa, sabe? Eu notei isso depois que eu envelheci” (Maria Eleonor, 65 anos).

A maestria na prática do autocuidado pode ser explicada por uma compensação frente às alterações da senescência. Esse processo envolve a seleção de metas e atividades mais relevantes, embora em menor quantidade, de acordo com os recursos internos e externos disponíveis. Em outras palavras, trata-se de otimizar as capacidades presentes, evitando ou reduzindo a quantidade de atividades e reorganizando os objetivos pessoais para focar nas áreas mais importantes da vida cotidiana (Galvão; Pereira; Silva, 2021).

A mudança de hábitos alimentares e a prática de atividade física também foram assinaladas.

“Eu hoje tenho mais cuidado comigo, né! Vou sempre ao médico e preocupo comigo mesma. Já fiz muitas coisas que não deveria ter feito e agora tenho que me cuidar, bastante mesmo [...] Eu tenho que me preocupar com alimentação, meus horários de atividades. Então eu me cuido mais hoje, quando mais jovem não, mas hoje eu me cuido mais” (Maria Eunice, 62 anos).

“Bom, por causa do tipo de vida que eu levo, né! A minha vida é uma vida saudável, eu não bebo, não fumo, não jogo, durmo cedo, então eu tenho uma vida saudável. Faço academia diariamente, estou na academia, e tenho uma disposição na academia que nossa, chega no dia, na hora de eu ir saio voando de manhã para a academia e participo mesmo” (José Manoel, 73 anos).

“Eu percebi que eu dei continuidade nos esportes, né! Eu melhorei cada vez mais, não só fisicamente como mentalmente e psicologicamente. O esporte ajuda

bem para quem pratica e não tem nada de se colocar no meio de bebidas, cigarros, drogas. Graças a Deus eu não uso porque não adianta nada você correr, pedalar, dançar e usar drogas, né! Essas coisas não combinam na minha opinião. Eu comecei a praticar esporte com 25 anos” (José Tobias, 70 anos).

Os hábitos saudáveis, como alimentação, atividade física e o convívio social, são reconhecidos como essenciais para o autocuidado e para a garantia de uma vida com qualidade ao longo do envelhecimento (Bosch-Farré *et al.*, 2020; Galvão; Pereira; Silva, 2021).

É evidenciado maior satisfação com a vida em pessoas idosas que praticam treinamento de força em academias ou exercício físico em praças se comparadas aquelas que não praticam atividade física. Os benefícios da atividade física também incluem a melhora da capacidade funcional e do equilíbrio funcional (Souto; Costa; Ferreira, 2021).

Complementa-se que a prática de atividade física também está associada a uma percepção de saúde boa ou muito boa. Dessa forma, reconhece-se a importância da atuação do educador físico, em academias e praças públicas, na prescrição e orientação de exercícios físicos conforme a capacidade funcional da pessoa idosa (Souto; Costa; Ferreira, 2021).

Estudo realizado com o objetivo de avaliar as prevalências de comportamentos de saúde entre brasileiros de acordo com a participação em programas públicos de incentivo à prática de atividade física revelou que a participação de pessoas adultas e idosas a esses programas ainda é baixa (Oliveira, L. N. *et al.*, 2021).

Apesar do reconhecimento dos benefícios da prática de atividade física, alguns fatores ainda são dificultadores, como aqueles inerentes à própria pessoa: a diminuição da capacidade funcional causada por problemas de saúde, falta de interesse, pouca disposição para realização das atividades, presença de sintomas de depressão, baixa renda e baixo nível de escolaridade; e aos fatores externos, tais como: a ausência ou inadequação de espaços públicos para a prática regular de atividades físicas, a falta de profissionais capacitados, a escassez de apoio por parte dos gestores e a falta de engajamento dos profissionais (Souto; Costa; Ferreira, 2021).

7.2.7 Envelhecimento: um outro olhar sobre a vida

A transição para o envelhecimento propiciou aos participantes um outro olhar sobre a vida e uma reformulação da sua identidade.

“A terceira idade? Não! Você quer saber de uma coisa, eu sou eternamente criança! Assim, lógico que a gente vai ficando mais velha, muitas coisas vão mudando, porque a agilidade não é mais a mesma, tudo vai modificando. Mas eu acho que o importante é você ser jovem por dentro porque você consegue enfrentar muito mais as coisas” (Maria Cristina, 70 anos).

“Eu acho na minha cabeça que eu sou jovem, eu gosto de usar roupa de jovem, eu gosto de dançar igual jovem, eu gosto de pancadão, eu gosto de tudo que jovem gosta. Eu na minha idade com 76 anos eu acho que danço melhor do que um jovem e gosto dessas coisas, adoro estar no meio dos jovens. E hoje eu e os meus netos conversamos muito [...] Eu sou uma criança junto com eles. Então existem algumas mudanças na vida da gente, mas eu procuro manter a minha cabeça como jovem” (José Sandro, 76 anos).

“Para mim é de boa a minha idade, não tenho o que falar não! É aquilo que estou dizendo, a minha cabeça e o meu pensamento ao invés de irem para o lugar negativo eu vou mais para o positivo para mim não ficar aquela senhorinha assim que chega ao finalzinho e fica dando trabalho para a família, trabalho para médico, trabalho para enfermeiro, isso é o que vem da minha cabeça. Apesar de tanta tribulação que a gente teve, mas deixa eu forçar para eu não ficar nessa, sabe? Porque eu cuidei de sete dentro de casa, cuidei de três acamado, sofri bastante, então eu sei como é que é, então eu me controlo, me controlo bastante, é assim” (Maria Adelaide, 61 anos).

O envelhecimento bem-sucedido pode estar na adoção de uma mentalidade positiva em relação ao próprio processo de envelhecimento e às mudanças que ele traz consigo (Ambriz *et al.*, 2024; Reich *et al.*, 2020; Sulandari *et al.*, 2024). A resiliência e uma atitude otimista diante da vida e das doenças também são fatores que facilitam as capacidades de autocuidado (Teixeira; Pestana; Mesquita, 2024).

O olhar otimista reflete na aceitação das mudanças da vida, no cultivo do amor próprio e na perda do medo de envelhecer (Ambriz *et al.*, 2024; Sulandari *et al.*, 2024). A aceitação e o conformismo também constituem estratégias de enfrentamento para o ajustamento ao envelhecimento (Tomé; Formiga, 2021). Quando as pessoas demonstram aceitar o envelhecimento, elas expressam a ideia de que esse processo é satisfatório e bem-sucedido (Silva; Oliveira, 2021).

A percepção do envelhecimento com aceitação e valorização do que foi vivido resulta no sentimento de ganhos. Por outro lado, haverá dificuldade para lidar com o envelhecimento e tristeza se a pessoa percebe o passado como um tempo perdido, com arrependimento e lamentações sobre oportunidades desperdiçadas ou erros cometidos (Galvão; Pereira; Silva, 2021).

Verificou-se a reformulação da identidade e ajustamento às mudanças acarretadas pelo envelhecimento.

“Mas hoje eu vivo melhor do que eu vivia antes, mesmo tendo menos saúde do que antigamente, né! Gastei muito [riso]” (José Frederico, 69 anos).

Durante a transição pode emergir novos níveis de autoconsciência, dimensões diferentes de identidade, relacionamentos e habilidades. Em transições saudáveis, essas oportunidades de crescimento são aproveitadas, possibilitando o desenvolvimento pessoal e a autorrealização (Meleis, 2010).

As transições saudáveis são marcadas por uma modificação e questionamento das expectativas antigas sobre si mesmo e o futuro. Assim, as rotinas são reorganizadas de maneira que se ajustem à nova realidade, permitindo à pessoa recuperar a sensação de controle, previsibilidade e satisfação com a vida. Em transições não saudáveis, essa adaptação não acontece e a pessoa idosa tenta manter rotinas anteriores, mesmo quando elas já não são mais adequadas à nova condição (Meleis, 2010).

O estudo teve como limitação a impossibilidade de apresentar os dados transcritos aos participantes, visto que durante a análise de dados surgiram questionamentos sobre sentido das falas, que se tivessem sido sanados enriqueceriam a análise temática.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização do estudo permitiu a análise dos fatores que influenciaram na transição ao envelhecimento de pessoas com ótima capacidade para o autocuidado. O estudo atendeu ao Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) Boa saúde e bem-estar (OPAS, 2020), visto que espera-se que a pessoa tenha boa saúde ao longo de toda a vida.

A consciencialização das mudanças acarretadas pelo envelhecimento não foi comum entre os participantes, uma vez que alguns afirmaram a não percepção de mudanças, mantendo os hábitos de vida da adultez. Isso pode ser um reflexo de uma sociedade preconceituosa que vê o idoso apenas na perspectiva do idadismo.

Por outro lado, com a consciencialização das mudanças, os participantes passaram a se empenhar mais com as ações de autocuidado, por meio da adoção de hábitos saudáveis, como as atividades físicas e alimentação equilibrada. Há que ressaltar a preocupação com esses hábitos durante a vida, não se restringindo apenas à fase idosa.

As perdas relacionadas ao luto, às incapacidades funcionais, ao isolamento social, às aposentadorias, à instabilidade financeira e o desrespeito aos direitos assegurados na legislação podem dificultar a transição ao envelhecimento saudável, e indicar a necessidade de acompanhamento pela equipe interdisciplinar de saúde e de apoio social durante a senescência .

Foram identificados condicionantes facilitadores para o envelhecimento saudável como, o maior tempo para estar consigo mesmo, a melhoria do status financeiro, o apoio familiar e social e o acesso aos serviços de saúde. O maior tempo consigo mesmo permite que a pessoa idosa possa tomar consciência da vida, agir com mais cautela e conseguir exercer o autocuidado.

Por outro lado, também foram mencionados fatores inibidores para o envelhecimento saudável, tais como: a insegurança financeira, a desvalorização da pessoa idosa pela sociedade, a dependência, a perda da autonomia e o desrespeito aos direitos assegurados pelo idoso, que sinalizam para as lacunas do sistema social e de saúde frente às demandas do aumento da longevidade.

O envelhecimento é consequência do que foi a vida pregressa. Para os participantes, a manutenção ou a aquisição de competências e habilidades para o autocuidado contribuíram para a aceitação da nova etapa da vida, condições estas

que influenciaram na reformulação da identidade, constituindo indicadores de transição saudável.

Pertinente aos aspectos sociais, abrangidos nos fatores condicionantes do envelhecimento, não foram mencionados pelos participantes a participação em grupos de convivência e atividades de voluntariado. Tais ações podem incentivar um envelhecimento saudável.

Embora todos os participantes incluídos neste estudo tenham escores de ótima capacidade para o autocuidado, aponta-se que foram citados de forma expressiva os inibidores, vivenciados para o envelhecimento saudável e com autocuidado. Também houveram pessoas que reconheceram a saúde como boa, e não como muito boa ou excelente.

Constatou-se que a transição ao envelhecimento deve ser objeto de estudo em demais localidades para conhecimento do panorama da transição ao envelhecimento no contexto do autocuidado.

Afirma-se também que os achados apontam para a necessidade de maior preparo da sociedade e do poder público para acolher a pessoa idosa em sua integralidade, com respeito e dignidade, pois na maioria das vezes, no decorrer da vida as pessoas não se veem na função de entender o envelhecimento do outro e ajudá-lo e muito menos vislumbrar o seu envelhecimento.

Os resultados pertinentes aos facilitadores para o envelhecimento saudável poderão ser comparados aos resultados advindos do estudo multicêntrico em Portugal e México.

Estudo estudo poderá contribuir no âmbito da enfermagem em seu processo cuidativo, visto que os profissionais poderão embasar a assistência no conhecimento dos condicionantes do envelhecimento saudável.

Por último, salienta-se que os achados deste estudo servirão de base para políticas públicas para a pessoa idosa, uma vez que hoje o envelhecimento abarca um paradigma relacionado à vida e à saúde e não à morte.

REFERÊNCIAS

- ALLIGOOD, M. R. **Nursing theorists and their work**. 10. ed. Saint Louis, Missouri: Elsevier, 2022. 544 p.
- AMBRIZ, E. *et al.* resiliency and barriers to successful aging among middle-aged Mexican immigrants residing in a rural agricultural community. **The Journals of Gerontology**, [S. l.], v. 79, n. 8, Aug. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/geronb/gbae103>. Acesso em: 24 set. 2024.
- AMORIM, S. M. *et al.* Satisfação na aposentadoria: uma comparação entre Brasil e Portugal. **Revista de Administração Mackenzie**, São Paulo, v. 21, n. 5, p. 1-29, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1678-6971/eRAMG200103>. Acesso em: 24 out. 2024.
- ANDRADE, S. C. V. *et al.* Perfil de saúde dos idosos assistidos pelo programa acompanhante de idosos na Rede de Atenção à Saúde do município de São Paulo. **Einstein**, São Paulo, v. 18, p. 1-8, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AO5263. Acesso em: 18 out. 2024.
- ARREGUY-SENA, C. *et al.* Representações sociais sobre envelhecimento e depressão por pessoas idosas: abordagem processual. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 11, n. 1, p. 57-62, 2020. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2480/704>. Acesso em: 21 out. 2024.
- ARTEAGA, N.; LEITON, Z.; VILLANUEVA, B. Autoestima y práctica de autocuidado en personas adultas mayores. **Sciêndo**, Trujillo, Peru, v. 27, n. 2, p. 219-226, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.17268/sciendo.2024.032>. Acesso em: 23 out. 2024.
- ASPÖ, M. *et al.* Transitions: living with young-onset Alzheimer's disease: a qualitative interview study. **Health Expectations**, [S. l.], v. 27, n. 5, Oct. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/hex.70034>. Acesso em: 01 out. 2024.
- AZEVEDO, S. G. V. *et al.* Estratégias efetivas para o autocuidado do idoso: uma revisão integrativa. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 25, n. 2, p. 171-196, 2020. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/91676/61331>. Acesso em: 08 abr. 2023.
- BARON, M.; FLETCHER, C.; RIVA, M. Aging, health and place from the perspective of elders in an inuit community. **Journal of Cross-Cultural Gerontology**, [S. l.], v. 35, p. 133-153, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10823-020-09398-5>. Acesso em: 26 set. 2024.
- BÁRRIOS, M. J.; MARQUES, R.; FERNANDES, A. A. Envelhecer com saúde: estratégias de ageing in place de uma população portuguesa com 65 anos ou mais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 54, n. 129, p. 1-11, 2021. Disponível em: <http://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001942>. Acesso em: 10 jan. 2024.

BARROS, S. M. *et al.* O envelhecer na sétima arte: o Capitão América e seus retratos biopsicossociais. **LICERE - Revista do Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Estudos do Lazer**, Belo Horizonte, v. 24, n. 4, p. 716-741, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.35699/2447-6218.2021.37742>. Acesso em: 29 ago. 2024.

BOSCH-FARRÉ, C. *et al.* Healthy ageing in place: enablers and barriers from the perspective of the elderly: a qualitative study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [S. l.], v. 17, n. 18, Sept. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph17186451>. Acesso em: 26 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Autocuidado em saúde e a literacia para a saúde no contexto da promoção, prevenção e cuidado das pessoas em condições crônicas**: guia para profissionais da saúde [recurso eletrônico]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. 51 p. Disponível em: [autocuidado_saude_literacia_condicoes_cronicas.pdf](#). Acesso em: 23 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde – SUS** [recurso eletrônico]. Brasília, DF: MS, 2018. 91 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoa_idosa.pdf. Acesso em: 23 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília, DF: MS, 2014. 162 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cr onica_cab35.pdf. Acesso em: 24 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF: MS, 2006. 192 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/velhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf. Acesso em: 19 out. 2023.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional do Idoso**. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 1994. 100 p. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/politica_idoso.pdf. Acesso em: 23 abr. 2024.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 14.423/2022. Altera a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, para substituir, em toda a Lei, as expressões “idoso” e “idosos” pelas expressões “pessoa idosa” e “pessoas idosas”, respectivamente. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF: Presidência da República, 2022. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2022/Lei/L14423.htm. Acesso em: 31 ago. 2023.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Toward good practice in thematic analysis: avoiding common problems and be(com)ing a knowing researcher. **International Journal of Transgender Health**, [S. l.], v. 24, n. 1, p. 1-6, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2129597>. Acesso em: 5 jan. 2023.

BRAUN, V.; CLARKE, V. To saturate or not to saturate? Questioning data saturation as a useful concept for thematic analysis and sample-size rationales. **Qualitative Research in Sport, Exercise and Health**, [S. l.], v. 13, n. 2, p. 201-216, 2019a. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1704846>. Acesso em: 5 jan. 2023.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Reflecting on reflexive thematic analysis. **Qualitative Research in Sport, Exercise and Health**, [S. l.], v. 11, n. 4, p. 589-597, 2019b. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806>. Acesso em: 18 out. 2023.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative research in psychology**, [S. l.], v. 3, n. 2, p. 77-101, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>. Acesso em: 15 maio 2023.

CAMARGO, A. F. **O processo de envelhecimento sob a ótica de idosos em situação de rua**. 2020. 128 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, 2020. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/07/1379825/dissertacao-aline-figueiredo-camargo.pdf>. Acesso em: 09 ago. 2024.

CARR, C. *et al.* The life course perspective on older adults' health trajectories: risk and protective factors. **Community Health Equity Research & Policy**, [S. l.], v. 0, n. 0, Sept. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/2752535X241273820>. Acesso em: 25 set. 2024.

CARVALHO, A. A. *et al.* Disposições para a saúde da pessoa idosa: prontidão para envelhecer. **Diaphora**, Porto Alegre, v. 12, n. 2, p. 62-66, jul./dez. 2023. Disponível em: <https://www.sprgs.org.br/diaphora/ojs/index.php/diaphora/article/view/463/340>. Acesso em: 21 out. 2024.

CARVALHO, C. J. A. *et al.* Recursos psicossociais do idoso para reabilitar marcha e dignidade do autocuidado após fratura de fêmur. **Revista Nursing**, São Paulo, v. 26, n. 301, p. 9729-9735, 2023. Disponível em: <https://www.revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/3090/3734>. Acesso em: 23 out. 2024.

CAVALCANTI, A. D. *et al.* O envelhecimento ativo e sua interface com os determinantes sociais da saúde. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 15-23, 2018. Disponível em: <https://www.ggaging.com/details/453/pt-BR>. Acesso em: 19 jun. 2024.

CHICK, N.; MELEIS, A. I. Transitions: a nursing concern. *In*: CHINN, P. L. (Ed.). **Nursing research methodology**. Boulder, CO: Aspen Publication, 1986. p. 237-257. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/214139788.pdf>. Acesso em: 19. out. 2023.

CLARKE, V.; BRAUN, V. Thematic analysis. *In*: MICHALOS, A. C. (Ed.). **Encyclopaedia of Quality of Life and Well-Being Research**. Dordrecht, Netherlands: Springer, 2014. p. 6626-6628. Disponível em: https://www.academia.edu/42910368/Thematic_Analysis. Acesso em: 5 jan. 2023.

CLARKE, V.; BRAUN, V. Teaching thematic analysis: overcoming challenges and developing strategies for effective learning. **The Psychologist**, [S. l.], v. 26, n. 2, p. 120-123, 2013. Disponível em: <https://uwe-repository.worktribe.com/preview/937606/Teaching%20>. Acesso em: 4 jan. 2024.

CHINA, D. L. *et al.* Envelhecimento ativo e fatores associados. **Revista Kairós-Gerontologia**, São Paulo, v. 24, n. esp. 29, p. 141-156, 2021. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/53768/34973>. Acesso em: 26 jun. 2024.

CONCEIÇÃO, A. C. *et al.* Impactos e implicações dos acidentes por quedas na qualidade de vida dos idosos. **Brazilian Journal of Health Review**, [S. l.], v. 4, n. 4, p. 16905-16925, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n4-19>. Acesso em: 21 out. 2024.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (BRASIL). **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: CNS, 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2024.

COSTA, M. B. *et al.* Aposentadoria e depressão: perspectiva para clínica ampliada. **Revista de Salud Pública**, [S. l.], v. 25, n. 2, p. 1-9, 2023. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v25n2/0124-0064-rsap-25-02-10.pdf>. Acesso em: 23 out. 2024.

COUTINHO, L. S. B.; TOMASI, E. Déficit de autocuidado em idosos: características, fatores associados e recomendações às equipes de Estratégia Saúde da Família. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 24, n. 1, p. 1-15, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.190578>. Acesso em: 23 abr. 2024.

DURAL, G. *et al.* Effect of perceived social support on self-care agency and loneliness among elderly muslim people. **Journal of Religion and Health**, [S. l.], v. 61, n. 2, p. 1505-1513, 2022. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10943-021-01377-5>. Acesso em: 25 set. 2024.

ESCORSIM, S. M. O envelhecimento no Brasil: aspectos sociais, políticos e demográficos em análise. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 142, p. 427-446, set./dez. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.258>. Acesso em: 26 ago. 2024.

ESTEVES, B. B. *et al.* Incidência de acidentes com idosos atendidos pelo Samu em Juiz de Fora - MG. **Brazilian Journal of Health Review**, [S. l.], v. 4, n. 2, p. 8725-8743, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n2-386>. Acesso em: 21 out. 2024.

FERNANDES-ELOI, J. *et al.* Afetos e percepções de idosos universitários acerca do mercado de trabalho na velhice. **Revista Kairós - Gerontologia**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 249-271, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.23925/2176-901X.2019v22i1p249-271>. Acesso em: 24 out. 2024.

FJELL, A. *et al.* Older people living at home: experiences of healthy ageing. **Primary Health Care Research & Development**, [S. l.], v. 22, p. 1-7, Mar. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S1463423621000049>. Acesso em: 25 set. 2024.

GALVÃO, A.; PEREIRA, F.; SILVA, A. Promoção do autocuidado no envelhecimento gratificante. In: GALVÃO, A. (Coord.). **Literacia em saúde e autocuidados: evidências que projetam a prática clínica**. Lisboa, Portugal: Euromédice, Edições Médicas, 2021. p. 211-221. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/25471/1/.%20Promo%c3%a7%c3%a3odoautocuidado%20noenvelhementogratificante%20..pdf>. Acesso em: 25 out. 2024.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2022.

GIL, A. C. **Como fazer pesquisa qualitativa**. São Paulo: Atlas, 2021.

GONÇALVES, I. J. **Condicionantes para transição do cuidado hospital-domicílio da pessoa idosa à luz da teoria de Afaf Meleis**. 2021. 66 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, 2021. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/36332/2/Isabela%20Goncalves.pdf>. Acesso em: 01 maio 2023.

HIRAGA, T. M. *et al.* Prevalência e fatores associados à percepção negativa de autocuidado em idosos brasileiros residentes na comunidade. **Geriatric Gerontology Aging**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 24-30, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5327/Z2447-211520181800011>. Acesso em: 23 out. 2024.

HOFFMANN-HOROCHOVSKI, M. T. *et al.* O cuidado como objeto de pesquisa na produção de conhecimento sobre políticas públicas para o envelhecimento. **Século XXI, Revista de Ciências Sociais**, Santa Maria, v. 9, n. 3, p. 750-778, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/seculoxxi/article/view/37459/pdf>. Acesso em: 23 abr. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades:** Itajubá. Rio de Janeiro, RJ: IBGE, 2023. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/itajuba/panorama>. Acesso em: 10 ago. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Brasileiro de 2010.** Rio de Janeiro, RJ: IBGE, 2012.

IRSHAD, C. V.; DASH, U.; MURALEEDHARAN, V. R. Healthy ageing in low and middle-income countries; a systematic scoping review. **Journal of Health Management, [S. l.]**, v. 25, n. 2, p. 208-218, 2023. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/09720634221128715>. Acesso em: 20 ago. 2024.

ISENBERG, M. A. E. *et al.* Validity testing of the Dutch translation of the appraisal of the self-care agency. **International Journal of Nursing Studies, [S. l.]**, v. 30, n. 4, p. 331-342, 1993.

KAHN, R. L. *et al.* Brief objective measures for the determination of mental status in the age. **American Journal of Psychiatry, [S. l.]**, v. 117, n. 4, p. 326-328, 1960.

KALACHE, A. Respondendo à revolução da longevidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3307, ago. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.02362012>. Acesso em: 06 dez. 2024.

KARMA, B.; ADA-KATRIN, B.; HÄNDLER-SCHUSTER, D. Exploring health-related needs of elderly people (70+) at home: a qualitative study from Switzerland. **Journal of Primary Care & Community Health, [S. l.]**, v. 12, Jan./Dec. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/21501327211055635>. Acesso em: 25 set. 2024.

KREUZ, G.; FRANCO, M. H. P. O luto do idoso diante das perdas da doença e do envelhecimento – revisão sistemática de literatura. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 69, n. 2, p. 168-186, 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2290/229053873012.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2024.

KIM, J.; AHN, S. A menopausal transition model based on transition theory. **Korean Journal Women Health Nursing**, Seoul, Korea, v. 28, n. 3, p. 210-221, Sept. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.4069/kjwhn.2022.08.16>. Acesso em: 25 ago. 2024.

LEBLANC, R. G.; CHIODO, L.; JACELON, C. S. Social relationship influence on self-care and health among older people living with long term conditions: a mixed-methods study. **International Journal of Older People Nursing, [S. l.]**, v. 17, p. 1-14, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/opn.12450>. Acesso em: 25 set. 2024.

LIMA, C. T. A. *et al.* Religiosidade e envelhecimento: um retrato dos alunos da universidade da maturidade. **Revista Humanidades e Inovação**, Palmas, v. 6, n. 11, p. 69-75, 2019. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadesinovacao/article/view/1573>. Acesso em: 08 out. 2024.

LOPES, R. C. B. *et al.* A pessoa idosa, seus autocuidados e direitos à saúde: um manual educativo. **Cuadernos de Educación y Desarrollo**, [S. l.], v. 16, n. 6, p. 1-18, 2024. Disponível em: <https://ojs.europublications.com/ojs/index.php/ced/article/view/4473/3430>. Acesso em: 27 ago. 2024.

LU, W.; PIKHART, H.; SACKER, A. Domains and measurements of healthy aging in epidemiological studies: a review. **The Gerontologist**, [S. l.], v. 59, n. 4, p. e294-e310, July 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/geront/gny029>. Acesso em: 26 set. 2023.

MAGALHÃES, M. O.; BRITO, F. S. Ajustamento à aposentadoria: relações com saliência de carreira e realização de carreira. **Psico-USF**, Campinas, v. 27, n. 1, p. 143-156, jan./mar. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-82712022270111>. Acesso em: 24 out. 2024.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 9. ed. São Paulo: Atlas, 2021.

MARGAÇA, C.; RODRIGUES, D. Espiritualidade e resiliência na adultez e velhice: uma revisão. **Fractal: Revista de Psicologia**, Niterói, v. 31, n. 2, p. 150-157, maio/ago. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v31i2/5690>. Acesso em: 07 out. 2024.

MCEWEN, M. WILLS, E. M. **Bases teóricas de enfermagem** [recurso eletrônico]. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

MEDEIROS, J. W. C. *et al.* Percepção de adultos jovens acerca do envelhecimento. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 17, p. 1-13, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i17.24176>. Acesso em: 21 out. 2024.

MEDINA-FERNÁNDEZ, J. *et al.* Effect of self-transcendence, self-distancing, and family functionality on self-care agency in older adults. **Investigación y Educación en Enfermería**, [S. l.], v. 42, n. 2, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v42n2e08>. Acesso em: 24 out. 2024.

MELEIS, A. I. Facilitating and managing transitions: an imperative for quality care. **Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo**, [S. l.], v. 21, n. 1, p. 1-3, Jan./June 2019. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/1452/145274704001/145274704001.pdf>. Acesso em: 19 out. 2023.

MELEIS, A. I. **Transitions theory**: middle range and situation- specific theories in research and nursing practice. New York: Springer Publishing Company, 2010.

MELEIS, A. I. *et al.* Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. **Advances in Nursing Science**, [S. l.], v. 23, n. 1, p. 12-28, Sept. 2000. Disponível em: <https://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Fulltext/2000/09000/ExperiencingTransitionsAnEmergingMiddleRange.6.aspx>. Acesso em: 19 out. 2023.

MELEIS, A. I.; TRANGENSTEIN, P. A. Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. **Nursing Outlook**, [S. l.], v. 42, n. 6, p. 255-259, Nov./Dec. 1994.

MELO, A. L. F. V. *et al.* Correlação entre autocuidado e apoio social em pessoas com insuficiência cardíaca. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 27, p. 1-7, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.35699/2316-9389.2023.40311>. Acesso em: 23 out. 2024.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2016.

NORONHA, J. C.; CASTRO, L. GADELHA, P. (Org.). **Doenças crônicas e longevidade: desafios para o futuro**. Rio de Janeiro, RJ: Edições Livres, 2023. Disponível em: <https://portolivre.fiocruz.br/doencas-cronicas-e-longevidade-desafios-para-o-futuro>. Acesso em: 17 ago. 2023.

OLIVEIRA, E. S. *et al.* Transitional care of nurses to older adults with artificial pacemaker. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 75, n. 4, p. 1-8, Nov. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0192>. Acesso em: 25 ago. 2024.

OLIVEIRA, L. N. *et al.* Participação em programas públicos para prática de atividade física e comportamentos de saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Florianópolis, v. 26, p. 1-10, 2021. Disponível em: <https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/14544/11163>. Acesso em: 24 out. 2024.

OREM, D. E. **Nursing: concepts of practice**. 8. ed. Boston: Mosby, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial de envelhecimento e saúde**. Genebra: OMS, 2015. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Panorama da resposta do sistema de saúde às necessidades das pessoas idosas**. Washington, DC: OPAS, fev. 2023a. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57113/OPASFPLHL220045_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 31 mar. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Contexto sociodemográfico e econômico do envelhecimento na América Latina**. Washington, DC: OPAS, 2023b. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57778/9789275726839_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 07 out. 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Portfólio: programas baseados em evidência para um cuidado integrado e centrado para a pessoa idosa na atenção primária à saúde**. Washington, DC: OPAS, 2022a. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56695/9789275725818_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y

nce=5&isAllowed=y. Acesso em: 18 jun. 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Década do envelhecimento saudável**: relatório de linha de base. Washington, DC: OPAS, 2022b. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56991>. Acesso em: 03 jan. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Checklist das características essenciais das cidades amigas das pessoas idosas**. Washington, DC: OPAS, 2022c. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56916/OPASFPLHL220047_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 25 out. 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Década do envelhecimento saudável 2020-2030**. Brasília, DF: OPAS, 2020. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52902>. Acesso em: 01 jul. 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Construindo a saúde no curso de vida**: conceitos, implicações e aplicação em saúde pública. Washington, DC: OPAS, 2021. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53571>. Acesso em: 01 jul. 2024.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Guia clínica para atención primaria a las personas mayores**. 3. ed. Washington, DC: OPAS, 2003.

PAZOS, P. F. B.; BONFATTI, R. J. Velhice, trabalho e saúde do trabalhador no Brasil: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1-9, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562020023.200198>. Acesso em: 25 out. 2024.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 9. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2018.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAJUBÁ. **Informações**: localização. Itajubá, MG: Prefeitura Municipal de Itajubá, 2023. Disponível em: <https://itajuba.mg.gov.br/cidade/localizacao/>. Acesso em: 10 ago. 2023.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAJUBÁ. **Sobre Itajubá**. Itajubá, MG: Prefeitura Municipal de Itajubá, 2017. Disponível em: http://177.200.96.134/cidade/fis_geo.php. Acesso em: 20 abr. 2024.

REICH, A. J. *et al.* What does "successful aging" mean to you? - systematic review and cross-cultural comparison of lay perspectives of older adults in 13 countries, 2010-2020. **Journal of Cross-Cultural Gerontology**, [S. l.], v. 35, n. 4, p. 455-478, Dec. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10823-020-09416-6>. Acesso em: 26 set. 2024.

REIS, Luciana Araújo; REIS Luana Araújo. **Envelhecimento e longevidade**: novas perspectivas e desafios. Brasília, DF: Technopolitik, 2019. 254 p.

ROBLES, M. C. *et al.* Exploring social determinants of health in healthy aging among older adults: a qualitative study. **Progress in Community Health Partnerships: Research, Education, and Action**, [S. l.], v. 17, n. 1, p. 71-78, 2023. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1353/cpr.2023.0011>. Acesso em: 18 set. 2024.

RODRIGUES, J. F. C. *et al.* A aposentadoria está associada a uma maior satisfação com a vida? Achados transversais do ELSA-Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 2, p. 1-15, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00034521>. Acesso em: 24 out. 2024.

SCHUMACHER, K. L.; MELEIS, A. I. Transitions: a central concept in nursing. **Journal of Nursing Scholarship**, [S. l.], v. 26, n. 2, p. 119-127, 1994. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.x>. Acesso em: 9 jan. 2024.

SILVA, D. S. *et al.* Senescência: percepções sobre este processo e a sua singularidade na vida de idosos que participam de um grupo de convivência. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [S. l.], v. 15, n. 3, p. 1-8, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/REAS.e9975.2022>. Acesso em: 18 out. 2024.

SILVA, I. G. P. *et al.* Factors associated with quality of life in retirement: a systematic review. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 676-684, 2022. Disponível em: <https://rbmt.org.br/details/1752/pt-BR>. Acesso em: 24 out. 2024.

SILVA, J. V. *et al.* A capacidade de autocuidado e a relação com fatores condicionantes básicos de pessoas idosas da comunidade. **Enfermagem Brasil**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 1286-1297, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.62827/eb.v23i1.9q63>. Acesso em: 07 out. 2024.

SILVA, J. V.; BRAGA, C. G. **Teorias de enfermagem no processo de cuidar**. 2. ed. Curitiba: Editora Prismas, 2016.

SILVA, J. V.; DOMINGUES, E. A. R. Adaptação cultural e validação da escala para avaliar as capacidades de autocuidado. **Arquivos de Ciências da Saúde**, [S. l.], v. 24, n. 4, p. 30-36, out./dez. 2017. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1046751/a6.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2024.

SILVA, B. B. P.; OLIVEIRA, G. S. Autonomia e autocuidado como conceitos determinantes para a adoção do comportamento ativo na velhice. **Colloquium: health and education**, Mooca, v. 1, n. 1, p.1-20, 2021. Disponível em: <https://educacaoecienciasdasaude.emnuvens.com.br/recs/article/view/15/21>. Acesso em: 18 set. 2024.

SMITH, M. C.; PARKER, M. E. **Preceded by nursing theories and nursing practice**. 3. ed. Philadelphia: Davis Company, 2010.

SOLHI, M.; PIROUZEH, R.; ZANJARI, N. Middle-aged preparation for healthy aging: a qualitative study. **BMC Public Health**, [S. l.], v. 22, n. 1, p. 1-8, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1186%2Fs12889-022-12715-x>. Acesso em: 18 set. 2024.

SOUSA, A. S. Masculinidade hegemônica: contingências relacionadas ao déficit de autocuidado à saúde em homens. **Revista Perspectivas**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 207-218, 2022. Disponível em: <https://revistaperspectivas.org/perspectivas/article/view/920/448>. Acesso em: 29 out. 2024.

SOUTO, H. C.; COSTA, S. B.; FERREIRA, O. G. L. Atividade física para pessoas idosas realizada em espaços públicos: uma revisão integrativa. **Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 342-348, jan./dez. 2021. Disponível em: https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/8630/pdf_1. Acesso em: 24 out. 2024.

SOUZA, A. M.; MIRANDA, P. **Brasil em desenvolvimento 2015: Estado, planejamento e políticas**. Brasília: Ipea, 2015. 292 p.

SOUZA, V. R. *et al.* Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 34, p. 1-9, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2021ao02631>. Acesso em: 19 set. 2023.

SULANDARI, S. *et al.* What does it mean to “age well” among british and javanese older adults? a cross-cultural qualitative study. **The Journals of Gerontology**, Washington, v. 79, n. 7, p. 1-9, July 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/geronb/gbae085>. Acesso em: 25 set. 2024.

TAVARES, D. M. S. *et al.* Atividades avançadas de vida diária entre idosos: fatores preditores. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 21, p. 1-8, 2019. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/53681/34284>. Acesso em: 06 ago. 2024.

TEIXEIRA, F. M. S.; PESTANA, H. C. F. C.; MESQUITA, A. C. N. Indicadores preditivos da capacidade de autocuidado da pessoa idosa - revisão sistemática da literatura. **RIAGE – Revista Ibero-Americana da Gerontologia**, [S. l.], n. 5, p. 245-260, jun. 2024. Disponível em: <https://riagejournal.com/index.php/riage/article/view/241/199>. Acesso em: 19 set. 2024.

TOMÉ, A.; FORMIGA, N. Pensamentos e sentimentos sobre envelhecimento: um estudo das representações sociais em produtores rurais de Diamantino - MT. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, Salvador, v. 10, n. 1, p. 26-36, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.17267/2317-3394rpds.v10i1.3294>. Acesso em: 19 set. 2024.

TORRES, K. R. B. O. *et al.* Evolução das políticas públicas para a saúde do idoso no contexto do Sistema Único de Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 1-22, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300113>. Acesso em: 24 out. 2024.

UNIVERSITY OF PENNSYLVANIA. **Afaf I. Meleis**. Philadelphia: University Of Pennsylvania, 2024. Disponível em: <https://www.nursing.upenn.edu/live/profiles/69-afaf-meleis>. Acesso: 20 abr. 2024.

VAN DEN BOGAERT, S.; CEUTERICK, M.; BRACKE, P. The silver lining of greying: ageing discourses and positioning of ageing persons in the field of social health insurance. **Health**, [S. l.], v. 24, n. 2, p. 169-186, Mar. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1363459318800171>. Acesso em: 26 set. 2024..

VAZ, M. *et al.* Social and cultural insights into healthy aging: a qualitative study from the south indian city of bengaluru, India. **Indian Journal of Public Health**, [S. l.], v. 68, n. 1, p. 31-37, Jan./Mar. 2024. Disponível em: https://doi.org/10.4103/ijph.ijph_846_23. Acesso em: 26 set. 2024.

VENTURA, M. M.; BOTTINO, C. M. C. Avaliação cognitiva em pacientes idosos. In: Papaleo Netto, M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 174-189.

VERAS, R. P.; LOURENÇO, R. A.; SANCHEZ, M. A. **Formação humana em geriatria e gerontologia: uma perspectiva interdisciplinar**. 3. ed. Rio de Janeiro: ThiemeBrazil, 2019.

VITOR, A. F.; LOPES, M. V. O.; ARAÚJO, T. L. Teoria do Déficit de Autocuidado: análise da sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 611-616, jul./set. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452010000300025>. Acesso em: 14 mar. 2023.

WAREING, S. *et al.* Entry and Passage variables associated with nursing home adjustment in older adults with dementia. **Geriatric Nursing**, [S. l.], v. 42, n. 5, p. 1084-1092, Aug. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.06.016>. Acesso em: 25 ago. 2024.

YANARDAĞ, M. Z., ÖZER, Ö., & ÖZMEN, S. Investigating self-care agency and well-being of elderly people. **Social Work in Public Health**, [S. l.], v. 36, n. 4, p. 496-508, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33882780/>. Acesso em: 20 ago. 2024.

WILLING, M. H.; LENARDT, M. H.; CALDAS, C. P. Longevity according to life histories of the oldest-old. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 68, n. 4, p. 697-704, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680418j>. Acesso em: 05 dez. 2024.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Participante da pesquisa

Dados de Identificação

Título da pesquisa: Transição ao envelhecimento e avaliação das capacidades de autocuidado e qualidade de vida entre pessoas idosas: estudo misto e multicêntrico.

Pesquisador responsável: Silvana Maria Coelho Leite Fava

Pesquisadores participantes: Namie Okino Sawada, José Vitor da Silva, Rogério Silva Lima, Murilo César do Nascimento, Eliza Maria Rezende Dázio, Poliana Martins Ferreira, Anicheriene Gomes de Oliveira, Bianca de Moura Peloso Carvalho, Jonas Paulo Batista, Angélica de Cássia Bitencourt.

Nome do participante:

Data de nascimento:

CPF:

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário(a), do projeto de pesquisa sob o título “Transição ao envelhecimento e avaliação das capacidades de autocuidado e qualidade de vida entre pessoas idosas: estudo misto e multicêntrico de responsabilidade da pesquisadora Silvana Maria Coelho Leite Fava. Leia cuidadosamente o que segue e me pergunte sobre qualquer dúvida que você tiver. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, e no caso de aceitar fazer parte do nosso estudo assine ao final deste documento, que consta em duas vias. Uma via pertence a você e a outra a pesquisadora responsável. Sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador(a) ou com a instituição. Em caso de recusa você não sofrerá nenhuma penalidade.

Ao ler os itens abaixo, você deve declarar se foi suficientemente esclarecido(a) sobre as etapas da pesquisa ao final desse documento.

1. Esta pesquisa tem por objetivo geral analisar a transição ao envelhecimento entre as pessoas idosas com melhores níveis de capacidade de autocuidado e qualidade de vida, residentes no Brasil, México, Portugal e Peru.
 2. A sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas para o preenchimento do instrumento de coleta de dados e a entrevista que será gravada apenas a sua voz para analisar os fatores que influenciam os melhores e piores níveis de autocuidado e qualidade de vida sob a percepção da pessoa idosa.
 3. Durante a execução da pesquisa poderão ocorrer riscos de desconforto, medo, vergonha, estresse, quebra de sigilo, cansaço, aborrecimento, quebra de anonimato, invasão de privacidade, possibilidade de constrangimento, disponibilidade de tempo para responder ao instrumento, alterações de comportamento, exposição de dados que possam resultar na sua identificação, desconforto emocional relacionado a presença do pesquisador, discriminação e estigmatização a partir do conteúdo revelado, divulgação de dados confidenciais, alterações na autoestima por relembrar memórias ou por reforços na conscientização sobre uma condição física ou psicológica restritiva ou incapacitante, interferência na vida e na rotina dos participantes, bem como contaminação pela COVID-19.
- Esses riscos poderão ser minimizados sendo garantido pelos pesquisadores o sigilo em relação às respostas, que são consideradas como confidenciais e utilizadas apenas para fins científicos.

A coleta de dados será realizada em um ambiente que proporcione privacidade, bem como abordagem humanizada, baseada na escuta atenta e acolhimento do participante, para obtenção de informações, apenas no que diz respeito àquelas necessárias para a pesquisa. Será garantida a não identificação nominal, nem as iniciais do seu nome no questionário e no banco de dados.

Os dados serão confidenciais, e será garantida a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades. Você terá as explicações necessárias para responder às questões. Serão fornecidas orientações que a concordância ou não em participar da pesquisa em nada irá alterar a sua condição com a equipe de pesquisa e a Universidade. Você terá a liberdade de se recusar a ingressar e participar do estudo, sem penalização alguma por parte dos pesquisadores. Você poderá interromper a participação na pesquisa quando assim o desejar, sem danos e prejuízos à pesquisa e a si próprio. Assim, poderá retirar seu consentimento prévio, caso desista de participar da pesquisa. Serão respeitados

seus valores, cultura e crenças e não haverá interferência dos pesquisadores nas rotinas habituais da sua vida. Será garantida a sua privacidade e os dados serão coletados em ambiente tranquilo e seguro e na entrevista deverão estar presentes você e o pesquisador. Você terá o direito de não responder questões constrangedoras. Você terá o direito de acesso ao teor do conteúdo do instrumento antes de responder as perguntas, para uma tomada de decisão informada. Caso você se sinta cansado durante a sua participação, pedimos para nos informar, pois faremos pequenas pausas durante a entrevista. O pesquisador responsável ficará responsável pelo zelo e sigilo dos dados fornecidos e pela guarda adequada das informações coletadas, assumindo também o compromisso de não publicar o seu nome nem mesmo as iniciais, ou qualquer outra forma que permita a sua identificação. Os dados serão utilizados apenas para fins da pesquisa.

Após a conclusão da coleta de dados, os dados fornecidos ficarão sob a guarda do pesquisador responsável que irá salvar os dados coletados para um dispositivo eletrônico local, apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem. Caso necessite, você contará com o apoio do pesquisador e, se necessário, do apoio de um profissional de enfermagem. Em relação ao risco de contaminação, para as entrevistas serão utilizados máscara cirúrgica, uso de álcool gel e distanciamento de 1,5 m.

4. Ao participar desse trabalho você contribuirá para a análise das capacidades de autocuidado e da qualidade de vida, assim como conhecer como a pessoa idosa se encontra após a sua transição ao envelhecimento. Com certeza, esses dados contribuirão para preenchimento de lacunas de conhecimento em relação ao assunto deste estudo.

O participante da pesquisa contará com o suporte da enfermagem caso necessite que poderá ajuda-lo como apoio e na oferta de orientações se forem necessárias.

5. Sua participação neste projeto terá a duração de quatro meses.

6. Você não terá nenhuma despesa por sua participação na pesquisa, sendo que as entrevistas e o acompanhamento totalmente gratuitos; e deixará de participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e não sofrerá qualquer prejuízo.

7. Você foi informado e está ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por sua participação, no entanto, caso você tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, terá direito a buscar ressarcimento.

8. Caso ocorra algum dano, previsto ou não, decorrente da sua participação no estudo, você terá direito a assistência integral e imediata, de forma gratuita pela pesquisadora responsável, pelo tempo que for necessário; e terá o direito a buscar indenização.

9. Será assegurada a sua privacidade, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, identificá-lo(a), será mantido em sigilo. Caso você deseje, poderá ter livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que você queira saber antes, durante e depois da sua participação.

10. Você foi informado(a) que os dados coletados serão utilizados, única e exclusivamente, para fins desta pesquisa, e que os resultados da pesquisa, poderão ser publicados/divulgados através de trabalhos acadêmicos ou artigos científicos por profissionais da área.

11. Conforme o item III.2, inciso (i) da Resolução CNS 466/2012 e o Artigo 3º, inciso IX, da Resolução CNS 510/2016, é compromisso de todas as pessoas envolvidas na pesquisa de não criar, manter ou ampliar as situações de risco ou vulnerabilidade para os indivíduos e coletividades, nem acentuar o estigma, o preconceito ou a discriminação.

Por esses motivos,

AUTORIZO () / NÃO AUTORIZO ()

a coleta e divulgação som de voz para a presente pesquisa.

12. Você poderá consultar a pesquisadora Silvana Maria Coelho Leite Fava no seguinte telefone (35) 984320234 ou email silvana.fava@unifal-mg.edu.br e/ou o

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas (CEP/UNIFAL-MG*), com endereço na Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Centro, Cep - 37130-000, Fone: (35) 3701 9153, no e-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br sempre que entender necessário obter informações ou esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa e sua participação.

*O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas (CEP/UNIFAL-MG) é um colegiado composto por membros de várias áreas do conhecimento científico da UNIFAL-MG e membros da nossa comunidade, com o dever de defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento científico dentro de padrões éticos.

Eu, _____, CPF nº _____, declaro ter sido informado (a) e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Alfenas, de de 2023.

.....
(Assinatura do participante da pesquisa)

.....
(Assinatura do pesquisador responsável / pesquisador participante)

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista semiestruturada

1) Ao chegar nesta etapa da vida o senhor(a) percebeu alguma mudança? Se sim, fala-me um pouco sobre as mudanças. Se não, por que o senhor(a) acha que não houve mudanças?

2) Até o senhor(a) chegar nesse momento da sua vida, percebeu alguma diferença na maneira como cuida de si mesmo? Por quê? Se sim: o que causou essas mudanças no jeito que o senhor(a) se cuida?

**ANEXO A – Escala para Avaliar as Capacidades
de Autocuidado (EACAC) – ASA-A**

Instruções: Abaixo você vai encontrar uma lista de afirmações que as pessoas têm utilizado para se descreverem. Por favor, leia cada afirmação e circule o número apropriado abaixo da mesma que indica o quanto você concorda ou discorda com cada uma delas conforme sua própria descrição. Não há respostas corretas ou incorretas. Não gaste muito tempo em nenhuma das afirmações, mas dê a resposta que melhor se encaixa nas suas características.

	Discor do totalm ente	Disc ordo	Nem conc ordo nem disco rdo	Con cord o	Conc ordo total ment e
1. Quando acontece qualquer tipo de alteração na minha vida, procuro fazer as mudanças necessárias para manter-me saudável.	1	2	3	4	5
2. Geralmente vejo se tudo aquilo que faço para manter minha saúde está certo.	1	2	3	4	5
3. Quando tenho dificuldade para movimentar alguma parte do meu corpo, procuro dar um jeito para resolver o problema.	1	2	3	4	5
4. Procuro manter limpo e saudável o lugar onde vivo.	1	2	3	4	5
5. Quando necessário, tomo novas providencias para me manter saudável.	1	2	3	4	5
6. Sempre que posso, eu cuido de mim.	1	2	3	4	5
7. Procuro as melhores maneiras de cuidar de mim.	1	2	3	4	5

8. Tomo banho, sempre que necessário, para manter a minha higiene.	1	2	3	4	5
9. Procuo alimentar-me de maneira a manter meu peso certo.	1	2	3	4	5
10. Quando necessário, reservo um tempo para estar comigo mesmo.	1	2	3	4	5
11. Sempre que posso, faço ginástica e descanso no meu dia-a-dia.	1	2	3	4	5
12. Com o passar dos anos, fiz amigos com quem posso contar.	1	2	3	4	5
13. Geralmente, durmo o suficiente para me sentir descansado.	1	2	3	4	5
14. Quando recebo informações sobre minha saúde, faço perguntas para esclarecer aquilo que não entendo.	1	2	3	4	5
15. De tempos em tempos, examino o meu corpo para ver se há alguma diferença.	1	2	3	4	5
16. Se tomo um remédio novo, procuro informar-me se ele causa algum mal-estar.	1	2	3	4	5
17. No passado, mudei alguns dos meus antigos costumes para melhorar a minha saúde.	1	2	3	4	5
18. Normalmente, tomo providências para manter a minha segurança e a de minha família.	1	2	3	4	5
19. Costumo avaliar se as coisas que faço para me manter saudável têm dado bom resultado.	1	2	3	4	5
20. No meu dia-a-dia geralmente, encontro tempo para cuidar de mim mesmo.	1	2	3	4	5

21. Se tenho algum problema de saúde, sei conseguir informações para resolvê-lo.	1	2	3	4	5
22. Procuo ajuda quando não tenho condições de cuidar de mim mesmo.	1	2	3	4	5
23. Eu sempre acho tempo para mim mesmo.	1	2	3	4	5
24. Mesmo tendo dificuldades para movimentar alguma parte do meu corpo, geralmente consigo me cuidar como eu gostaria.	1	2	3	4	5

ANEXO B – Questionário de avaliação mental

Consiste em 10 perguntas que analisam basicamente a orientação têmporo-espacial, e a memória para os fatos tardios, possibilitando avaliar se o idoso sofre ou não de uma síndrome mental orgânica. O respondente deve acertar, no mínimo, sete do total das dez perguntas.

		CERTO	ERRADO
1	Qual o nome deste lugar?	()	()
2	Onde está localizado (endereço)?	()	()
3	Que dia é hoje (dia e mês)?	()	()
4	Em que mês estamos?	()	()
5	Em que ano estamos?	()	()
6	Qual é a sua idade?	()	()
7	Qual é o dia do seu nascimento?	()	()
8	Qual é o ano de seu nascimento?	()	()
9	Quem é a presidente do País?	()	()
10	Quem era o presidente antes dele?	()	()
TOTAL DE PONTOS			

ANEXO C – Caracterização sociodemográfica e de saúde**1. Sexo:**

- Feminino
 Masculino

2. Quantos anos o(a) senhor(a) tem? _____**3. O senhor(a) pratica alguma religião(ões)?**

- Sim
 Não
 Não sabe/não responde

4. Qual sua escolaridade?

- Sem escolaridade
 Ensino fundamental completo
 Ensino fundamental incompleto
 Ensino médio completo - Científico, técnico ou equivalente
 Ensino médio incompleto - Científico, técnico ou equivalente
 Ensino superior completo
 Ensino superior incompleto
 Não sabe/não responde

5. Atualmente, qual seu estado conjugal? _____**6. Atualmente o(a) senhor(a) possui algum tipo de trabalho formal ou informal?**

- Sim
 Não
 Não sabe/não responde

7. O(a) senhor(a) tem filhos?

- Sim
 Não
 Não sabe/não responde

7.1 Se sim, quantos? _____**8. Em geral o(a) senhor(a) diria que sua saúde está:**

- Ótima
 Muito boa
 Boa
 Regular

- () Ruim
- () Péssima

9. Em comparação com o último ano, o(a) senhor(a) diria que sua saúde hoje é:

- () Muito melhor
- () Melhor
- () Mesma coisa
- () Pior
- () Péssima
- () Não sabe / Não responde

10. Em comparação com as outras pessoas de sua idade, o(a) senhor(a) diria que sua saúde está:

- () Muito melhor
- () Melhor
- () Mesma coisa
- () Pior
- () Péssima
- () Não sabe / Não responde

11. O(a) senhor(a) tem alguma condição de saúde ou doença crônica?

- () Não
- () Sim
- () Não sabe / Não responde

11.1. Se sim, qual(is) a(s) principal(is) condição(ões)/doença(s) crônica(s): ____

11.2. O senhor(a) participa de algum programa de saúde específico sobre essa condição/doença?

- () Sim
- () Não
- () Não sabe / Não responde

12. O senhor(a) pratica alguma atividade física?

- () Sim
- () Não
- () Não sabe / Não responde

13. O senhor(a) toma remédios?

- () Não
- () Sim

() Não sabe / Não responde

14. Como o senhor(a) se sente após ter se tornado pessoa idosa?

() Muito satisfeito

() Satisfeito

() Nem satisfeito nem insatisfeito

() Insatisfeito

() Muito insatisfeito

ANEXO D – Parecer Consubstanciado

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS - UNIFAL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TRANSIÇÃO AO ENVELHECIMENTO E AVALIAÇÃO DAS CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO E QUALIDADE DE VIDA ENTRE PESSOAS IDOSAS: ESTUDO MISTO E MULTICÊNTRICO

Pesquisador: Silvana Maria Coelho Leite Fava

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 68405423.2.0000.5142

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS - UNIFAL-MG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.081.953

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa de estudo multicêntrico submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa por docente da Escola de Enfermagem da UNIFAL-MG. Não foi identificado conflito de interesse.

As informações apresentadas abaixo foram extraídas do documento de informações básicas da Plataforma Brasil:

- Pesquisadora responsável: Silvana Maria Coelho Leite Fava
- Pesquisadora assistente: Namie Okino Sawada
- Equipe de pesquisa: Rogério Silva Lima, BIANCA DE MOURA PELOSO CARVALHO, Murilo César do Nascimento, ANGELICA DE CASSIA BITENCOURT, José Vitor da Silva, POLIANA MARTINS FERREIRA, Jonas Paulo Batista Dias, Eliza Maria Rezende Dázio
- Financiamento: próprio

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos apresentados abaixo foram extraídos do documento de informações básicas da Plataforma Brasil:

Objetivo Primário: Analisar os fatores facilitadores da transição para o envelhecimento entre as

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E

Bairro: centro

CEP: 37.130-001

UF: MG

Município: ALFENAS

Telefone: (35)3701-9153

Fax: (35)3701-9153

E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS - UNIFAL



Continuação do Parecer: 6.081.953

peças idosas com os melhores níveis de capacidade de autocuidado e qualidade vida, residentes no Brasil, México, Portugal e Peru.

Objetivo Secundário:

- Identificar as características sociodemográficas e de saúde das pessoas idosas residentes no Brasil, México, Portugal e Peru;
- Avaliar as capacidades de autocuidado das pessoas idosas residentes no Brasil, México, Portugal e Peru;
- Avaliar a qualidade de vida das pessoas idosas residentes no Brasil, México, Portugal e Peru;
- Relacionar as capacidades de autocuidado com a qualidade de vida das pessoas idosas residentes no Brasil, México, Portugal e Peru;
- Associar os fatores sociodemográficos de saúde com a capacidade de autocuidado e qualidade de vida das pessoas idosas residentes no Brasil, México, Portugal e Peru;
- Compreender os elementos que influenciam os melhores níveis de autocuidado e qualidade de vida, na ótica de pessoas idosas, à luz da Teoria das Transições.

Análise do CEP:

1. claros e bem definidos;
2. coerentes com a propositura geral do projeto;
3. exequíveis (considerando tempo, recursos e metodologia).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Durante a execução da pesquisa poderão ocorrer riscos de desconforto, medo, vergonha, estresse, quebra de sigilo, cansaço, aborrecimento, quebra de anonimato, invasão de privacidade, possibilidade de constrangimento, disponibilidade de tempo para responder ao instrumento, alterações de comportamento, exposição de dados que possam resultar na sua identificação, desconforto emocional relacionado a presença do pesquisador, discriminação e estigmatização a partir do conteúdo revelado, divulgação de dados confidenciais, alterações na autoestima por lembrar memórias ou por reforços na conscientização sobre uma condição física ou psicológica restritiva ou incapacitante, interferência na vida e na rotina dos participantes, bem como contaminação pela COVID 19. Em relação ao conteúdo da gravação ele não será identificado com o seu nome e a fala será analisada apenas pelos pesquisadores, sendo o risco considerado mínimo. Assim, esses riscos poderão ser minimizados pela garantia do sigilo em relação às suas respostas,

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E
Bairro: centro **CEP:** 37.130-001
UF: MG **Município:** ALFENAS
Telefone: (35)3701-9153 **Fax:** (35)3701-9153 **E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS - UNIFAL



Continuação do Parecer: 6.081.953

as quais serão tidas como confidenciais e utilizadas apenas para fins científicos. Garantia do acesso em um ambiente que proporcione privacidade durante a coleta de dados, uma abordagem humanizada, optando-se pela escuta atenta e pelo acolhimento, obtenção de informações, apenas no que diz respeito àquelas necessárias para a pesquisa. Garantia da não identificação do seu nome no formulário nem no banco de dados, a fim de garantir o seu anonimato. Você poderá interromper a sua participação quando desejar, sem danos e prejuízos à pesquisa e a si próprio. Se necessário, receberá o apoio emocional do profissional da área de enfermagem e se de alguma forma você ainda sentir-se desconfortável, poderá interromper a sua participação e retirar-se do grupo. A sua concordância ou não nesta pesquisa em nada irá alterar sua condição e relação civil e social com a equipe de pesquisa e a Universidade de origem, sem danos e prejuízos à pesquisa e a si próprio. Você terá a liberdade de se recusar a ingressar e participar do estudo, sem penalização alguma por parte dos pesquisadores. Será garantido o zelo e o sigilo em relação às suas respostas, sem identificação nominal dos dados coletados, a fim de garantir o seu anonimato, as quais serão tidas como confidenciais e utilizadas apenas para fins científicos. Serão respeitados seus valores, cultura e crenças e não haverá interferência dos pesquisadores nas rotinas habituais da sua vida. Será garantida a sua privacidade e os dados serão coletados em ambiente tranquilo e seguro e na entrevista deverão estar presentes você e o pesquisador. Você terá o direito de não responder questões constrangedoras. Caso você se sinta cansado durante a sua participação, pedimos para nos informar, pois faremos pequenas pausas durante a entrevista. Será garantido a você o direito de acesso ao teor do conteúdo da entrevista antes de responder as perguntas, para uma tomada de decisão informada. O pesquisador responsável ficará responsável pelo zelo e sigilo dos dados fornecidos e pela guarda adequada das informações coletadas, assumindo também o compromisso de não publicar o seu nome nem mesmo as iniciais, ou qualquer outra forma que permita a sua identificação. Os dados serão utilizados apenas para fins da pesquisa. Após a conclusão da coleta de dados, o pesquisador deverá repassar todos os dados obtidos da gravação para um dispositivo eletrônico local, apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem". Em relação ao risco de contaminação, para as entrevistas serão utilizados máscara cirúrgica, uso de álcool gel e distanciamento de 1,5 m. Os dados somente serão coletados após a sua assinatura neste Termo.

Benefícios:

Em relação aos benefícios para a pessoa idosa, este trabalho contribui para os pesquisadores compreenderem os fatores facilitadores para o autocuidado e a qualidade de vida que favorecem a

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E
Bairro: centro **CEP:** 37.130-001
UF: MG **Município:** ALFENAS
Telefone: (35)3701-9153 **Fax:** (35)3701-9153 **E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS - UNIFAL



Continuação do Parecer: 6.081.953

transição saudável. Estes fatores poderão subsidiar o plano de cuidados às pessoas idosas, com vistas a transição saudável no seu processo de envelhecimento. Os resultados deste trabalho serão divulgados para a comunidade acadêmica da UNIFAL-MG, para a população assistida e profissionais das unidades envolvidas no estudo. Também, será elaborado, a partir do trabalho, um ou mais artigos que serão encaminhados para apreciação do Conselho Editorial de um periódico da área da saúde.

Análise do CEP:

1. os riscos de execução do projeto são bem avaliados e estão bem descritos no projeto;
2. os benefícios oriundos da execução do projeto justificam os riscos corridos;
3. foram apresentadas ações minimizadoras/corretiva dos riscos apresentados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

1. Metodologia da pesquisa – adequada aos objetivos do projeto e atualizada;
2. Referencial teórico da pesquisa – atualizado e suficiente para aquilo que se propõe;
3. Cronograma de execução da pesquisa – coerente com os objetivos propostos e adequado ao tempo de tramitação do projeto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – presente e adequado
2. Termo de Assentimento (TA) – não se aplica
3. Termo de Assentimento Esclarecido (TAE) – não se aplica
4. Termo de Compromisso para Utilização de Dados e Prontuários (TCUD) – presentes e adequados (Secretarias de Saúde de Alfenas e Itajubá);
5. Termo de Anuência Institucional (TAI) – presentes e adequados (Secretarias de Saúde de Alfenas e Itajubá);
6. Folha de rosto - presente e adequada
7. Projeto de pesquisa completo e detalhado - presente e adequado
8. Declaração de compromisso do pesquisador - presente e adequada
9. Termo de Compromisso para Desenvolvimento de Protocolos de Pesquisa no Período da Pandemia do Coronavírus (Covid-19): não se aplica

Recomendações:

Não há recomendações.

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E
Bairro: centro **CEP:** 37.130-001
UF: MG **Município:** ALFENAS
Telefone: (35)3701-9153 **Fax:** (35)3701-9153 **E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS - UNIFAL**



Continuação do Parecer: 6.081.953

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomendação de aprovação do projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Após análise, a coordenação emite parecer ad referendum.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2103565.pdf	24/05/2023 15:38:58		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	07/05/2023 18:29:00	Silvana Maria Coelho Leite Fava	Aceito
Outros	Carta_Resposta_Pendencia_.doc	07/05/2023 18:26:28	Silvana Maria Coelho Leite Fava	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_pesquisador.pdf	07/05/2023 18:25:46	Silvana Maria Coelho Leite Fava	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOC.docx	07/05/2023 18:25:00	Silvana Maria Coelho Leite Fava	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	31/03/2023 14:29:00	Silvana Maria Coelho Leite Fava	Aceito
Outros	TAI2.pdf	30/03/2023 21:35:23	Silvana Maria Coelho Leite Fava	Aceito
Outros	COPARTICIPANTE_PORTUGAL.pdf	30/03/2023 20:49:17	Silvana Maria Coelho Leite Fava	Aceito
Outros	TAI1.pdf	30/03/2023 20:47:59	Silvana Maria Coelho Leite Fava	Aceito
Outros	TCUD2.pdf	30/03/2023 20:47:38	Silvana Maria Coelho Leite Fava	Aceito
Outros	TCUD1.pdf	30/03/2023 20:47:19	Silvana Maria Coelho Leite Fava	Aceito
Outros	Termo_compromisso_pandemia.pdf	30/03/2023 20:45:21	Silvana Maria Coelho Leite Fava	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	30/03/2023 20:44:45	Silvana Maria Coelho Leite Fava	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E
Bairro: centro **CEP:** 37.130-001
UF: MG **Município:** ALFENAS
Telefone: (35)3701-9153 **Fax:** (35)3701-9153 **E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS - UNIFAL



Continuação do Parecer: 6.081.953

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ALFENAS, 26 de Maio de 2023

Assinado por:
Ana Cláudia Mesquita Garcia
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E

Bairro: centro

CEP: 37.130-001

UF: MG

Município: ALFENAS

Telefone: (35)3701-9153

Fax: (35)3701-9153

E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br