



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO / UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE / CCBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - MESTRADO

Rede social como um dos fundamentos para atenção à saúde do idoso.

Por: Julio Cesar Pegado Bordignon

Rio de Janeiro

Dezembro/2013

Julio Cesar Pegado Bordignon

**REDE SOCIAL COMO UM DOS FUNDAMENTOS PARA ATENÇÃO À SAÚDE DO
IDOSO.**

Dissertação de Mestrado apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) visando à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

ORIENTADORA: Prof. Dr. Florence Romijn Tocantins

Rio de Janeiro

Dezembro/2013

B729 Bordignon, Julio Cesar Pegado.
Rede social como um dos fundamentos para a atenção à saúde do idoso / Julio Cesar Pegado Bordignon, 2013.
46 f. : 30 cm

Orientador: Florence Romijn Tocantins.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

1. Idosos. 2. Atitudes em relação à saúde. 3. Redes Sociais.
4. Relações humanas. I. Tocantins, Florence Romijn. II. Universidade Federal do Estado do Rio Janeiro. Centro de Ciências Biológicas e de Saúde. Curso de Mestrado em Enfermagem. III. Título.

CDD – 613.0438

REDE SOCIAL COMO UM DOS FUNDAMENTOS PARA ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO.

JULIO CESAR PEGADO BORDIGNON

Dissertação de Mestrado apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) visando à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Presidente: Prof. Dr. Florence Romijn Tocantins

1º Examinador: Prof. Dr. Ivis Emilia de Oliveira Souza

2º Examinador: Prof. Dr. Adriana Lemos Pereira

Suplente: Prof. Dr. Maria Helena do Nascimento Souza

Suplente: Prof. Dr. Sonia Regina de Souza

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me permitir alcançar mais este objetivo;

À minha esposa Monique, por estar ao meu lado e me apoiar neste processo;

Aos meus avós Arlette e Waldyr, por minha criação e motivação a este estudo;

À minha mãe Teresinha, pelo apoio e compreensão das minhas ausências para me dedicar a este Curso;

À minha orientadora Florence, por guiar meus passos nesta fase, facilitar meu aprendizado e me mostrar que tudo posso, desde que devidamente fundamentado;

Aos colegas da Linha de Pesquisa “Enfermagem e População: Conhecimentos Atitudes e Práticas em Saúde” e demais professores, por todas as discussões que muito contribuíram para minhas reflexões e críticas;

Às Chefias do CSE-Manguinhos e CSEGSF/ENSP/FIOCRUZ, por investirem em mim, concedendo minha liberação para o Curso de Mestrado;

Aos amigos da ESF-Vila Turismo, por me apoiarem e desempenharem suas atribuições corretamente mesmo em minha ausência;

Aos sujeitos desta pesquisa, por contribuírem para este conhecimento.

BORDIGNON, Julio Cesar Pegado. **Rede social como um dos fundamentos para atenção à saúde do idoso.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, 2013.

RESUMO

Introdução: Os desafios trazidos pela elevação do número de integrantes da população idosa apresentam diversas dimensões e dificuldades. Nesta fase do ciclo da vida, algum grau de vulnerabilidade, dependência e/ou necessidade se instala pelo envelhecimento, colaborando para o isolamento social e doenças crônicas não transmissíveis. Esta situação justifica a importância de uma rede social atuante e próxima deste idoso, visto que influenciam ações tomadas pelos sujeitos diante de necessidades sociais e de saúde. Os objetivos deste estudo são: descrever a finalidade da rede social para o idoso a partir do respectivo cotidiano e refletir a rede social do idoso frente à Política Nacional de Atenção Básica. Abordagem teórico-metodológica: Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, apoiado no referencial teórico e metodológico de Alfred Schutz. As informações foram coletadas mediante entrevista fenomenológica semiestruturada em Abril e Maio de 2013. Os sujeitos foram doze idosos regularmente cadastrados junto a uma Estratégia de Saúde da Família (ESF), majoritariamente do sexo feminino, com idade entre 60 e 88 anos e escolaridade variando de analfabeto a nível médio. Apresentação e organização das informações: Identificou-se que a rede social destes idosos é de natureza predominantemente primária, seguida da rede secundária formal e rede secundária de mercado. A análise dos “motivos para” permitiu emergir categorias concretas do vivido. Estas apontam para o típico da ação do idoso quando se relaciona com integrantes de sua rede social no mundo da vida, ou seja, tem por finalidade a ajuda de alguém para fazer algo. Discussão do típico da ação: A concepção de família utilizada nas práticas das equipes de ESFs enfoca somente a família como um grupo de pessoas para direcionar as ações de saúde. As ações profissionais propostas não contemplam o que os idosos têm por expectativas ao se relacionarem com os profissionais de saúde. Observou-se que as expectativas dos idosos, ao se relacionarem com as respectivas redes sociais, são pela busca de alguma forma de apoio, que na maioria das vezes, direciona-se para um apoio social. Considerações finais: Logo, é preciso reconstruir as práticas do cuidado dos profissionais de saúde de forma a garantir um Cuidado mais adequado às necessidades de saúde dos idosos, visto que as necessidades destes em questão não estão

relacionadas diretamente com o desenvolvimento das atividades básicas de vida diária. O apoio social presente nas práticas dos profissionais das equipes de ESFs necessita ser aprimorado e ampliado, o que contribuirá para uma prática de cuidado dirigido a coletividade e grupos sociais, mediante a identificação das necessidades que não envolvam somente o campo biológico. A inclusão da rede social do idoso no Projeto Terapêutico Singular pode contribuir para satisfazer necessidades sociais e de saúde destes sujeitos idosos de forma mais ampla, o que contribuirá para uma assistência integral e humanizada.

Descritores: Rede Social; Idoso; Atenção à Saúde.

BORDIGNON, Julio Cesar Pegado. **Social network as a foundation for elderly's health care.** Dissertation (Master's in Nursing). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, 2013.

ABSTRACT

Introduction: The challenges posed by the increase in the number of members of the elderly population have different dimensions and difficulties. At this stage of the life cycle, some degree of vulnerability, dependence and / or needs settles by aging, contributing to social isolation and non-transmissible chronic diseases. This underlines the importance of an active and close social network to that elderly, as they influence actions taken by the subjects related to their social and healthcare needs. The objectives of this study are: to describe the purpose of the social network for the elderly in their everyday life and to reflect about the social network of elderly in the context of the National Primary Care Policy. **Theoretical and methodological approach:** It is a descriptive qualitative research, which had the theoretical and methodological framework proposed by Alfred Schutz. Data were collected through semi-structured phenomenological interviews in April and May 2013. The subjects were twelve seniors regularly registered within a Family Health Strategy (FHS), mostly female, aged between 60 and 88 years and schooling ranging from illiterate to medium level. **Presentation and organization of information:** It was identified that the social network of these seniors is predominantly of primary nature, followed by the formal secondary network and secondary market network. The analysis of the "in-order-to motives" allowed emerging of concretely experienced categories and point out at the typical action of the elderly when relating to members of their social network in the living world, i.e. their purpose is the help from someone to do something. **Discussion of typical action:** The concept of family used in the FHS team's practices only focuses on the family as a group of people to target health actions. The proposed professional actions do not contemplate the elderly expectations as they relate to health professionals. It was observed that the elderly has as expectations to engage with their social networks in the search for some form of support, which in most cases is directed to social support. **Final Considerations:** It is relevant to rebuild the care practices of health professionals to ensure a more adequate Care to the needs of the elderly, since their needs in question are not directly related to the development of the basic activities of life daily. The social support in the practices of FHS teams needs to be improved and expanded,

which will contribute to a health care practice directed to community and social groups, by identifying the needs that do not involve only the biological field . The inclusion of the social network of the elderly in Therapeutic Singular Project can contribute to meet the social and health care needs of the elderly subjects more broadly, which will contribute to a comprehensive and humane care.

Keywords: Social Networking; Aged; Health Care.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	09
Contextualização	09
Objeto do Estudo	14
Questões Norteadoras	14
Objetivos	15
Justificativa	15
ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA	16
Tipo de Estudo	16
A Fenomenologia Social de Alfred Schutz	16
Percurso Metodológico	18
APRESENTAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES	21
Situação Biográfica	21
Rede Social do Idoso	22
“Motivos para”	22
Categoria: Ajuda de alguém	23
Categoria: Fazer alguma coisa	24
Típico da Ação	24
DISCUSSÃO DO TÍPICO DA AÇÃO	25
CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS	34
Anexo 1 – Mini Exame do Estado Mental (MEEM)	38
Anexo 2 – Parecer Consubstanciado CEP UNIRIO	40
Anexo 3 – Parecer Consubstanciado CEP ENSP/FIOCRUZ	42
Apêndice 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	45
Apêndice 2 – Roteiro de Entrevista	46

INTRODUÇÃO

Contextualização

Como ponto de partida e motivação para este estudo, tomo minha vivência com meus avós, ambos com 84 anos atualmente, e as respectivas adaptações necessárias para atenderem suas necessidades e desenvolverem suas atividades básicas de vida diária em virtude das alterações fisiológicas e mentais proporcionadas pelo processo de envelhecimento.

Tais alterações colaboraram para algum déficit no desempenho de atividades como tomar banho, vestir-se e ir ao banheiro, comprometendo desta forma o autocuidado e a autonomia dos meus avós para executarem algumas das respectivas atividades básicas de vida diária (BRASIL, 2006b), o que já apontava para a necessidade de uma rede social cotidiana atuante que os auxiliassem nestas ações, visando o bem estar destes.

Entende-se para fins deste estudo as Atividades Básicas de Vida Diária como a capacidade do sujeito desenvolver atividades como tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferir-se, ter controle dos esfíncteres e se alimentar de modo independente (BRASIL, 2006b).

A dependência para desempenhar as atividades básicas de vida diária associada às perdas de entes queridos favorece o isolamento social do idoso, visto que tal isolamento é considerado como um dos principais fatores que colaboram para o adoecimento (BRASIL, 2006b). Com o declínio cognitivo imposto pelo avançar da idade associado às condições psicossociais, os idosos tornam-se mais vulneráveis a redução do autocuidado, da autonomia e a elevação do respectivo grau de dependência, o que justifica a relevância de uma rede social que o apoie, contribuindo para a qualidade de vida e um envelhecimento ativo.

O envelhecimento populacional é, hoje, um proeminente fenômeno mundial. A Organização das Nações Unidas (ONU) demarca o início da velhice aos 65 anos de idade nos países desenvolvidos e 60 anos de idade nos países em desenvolvimento (OLIVEIRA E SILVA *et al.*, 2011).

A preocupação com o envelhecimento populacional não é um fato inédito, uma vez que a Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1999, Ano Internacional das Pessoas Idosas, lançou no Dia Mundial da Saúde o tema “Envelhecer ativamente faz a diferença”, reconhecendo que para isso deva haver o envolvimento de todas as dimensões de nossas vidas

tais como físico, mental, social e espiritual, tendo em vista que um envelhecimento ativo é a chave para as pessoas idosas continuarem a fazer parte da sociedade e com isto alcançarem condições mais saudáveis para si, além de contribuírem para o desenvolvimento de novas formas de manejo no processo da vida (WHO, 1999; SÃO PAULO, 2002).

Pela Organização Pan-Americana de Saúde, o envelhecimento é entendido 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)

De acordo com o censo de 2010, o Brasil apresenta uma população de 190.755.799 habitantes, cujo número de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos é da ordem de 20,6 milhões de habitantes (aproximadamente 10,8% da população), 6,1 milhões a mais que no ano 2000 (IBGE, 2010a). Pode-se concluir que, em média, 610.000 pessoas atingiram a idade de 60 anos anualmente entre 2000 e 2010. Do total de idosos do Brasil, aproximadamente 10,1% encontram-se residindo no estado do Rio de Janeiro.

De acordo com Piola *et al.* (2009), a baixa nas taxas de fecundidade e mortalidade infantil, a melhoria nas condições de saneamento e infra-estrutura básica, bem como os avanços tecnológicos na medicina são os principais colaboradores para a elevação do número de idosos, cujos contornos tornaram-se mais nítidos nos últimos 20 anos.

Mas também, Chaimowicz (1997 p. 184) constatou na população idosa que o “desenvolvimento de doenças, incapacidades e dependência têm sido mais frequentes dentre aqueles de baixa renda que, no entanto, não têm conseguido garantir a assistência social e de saúde que demandam”. E Néri (2002 p.18), baseado em dados demográficos, afirmou que o idoso brasileiro “é em geral pobre, com insuficientemente acesso a precários serviços públicos de bem-estar e tem poucas perspectivas de melhora a curto e em médio prazo”.

O conteúdo das afirmações de Chaimowicz (1997) e Néri (2002) faz-se presentes ainda nos dias de hoje, pois as adversidades impostas pelo envelhecimento e a precariedade do acesso ao serviço público permanecem sendo o foco das atuais políticas públicas sociais e de saúde que visam garantir e elevar o acesso da população, como direito, aos serviços públicos de saúde para viabilizar um envelhecimento ativo e saudável.

Neste contexto, o envelhecimento populacional reflete na mudança do perfil do adoecimento deste grupo, pois fica mais comum o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis como Hipertensão e Diabetes, por exemplo (BRASIL, 2006b).

O envelhecimento pode ser visualizado mediante dois processos, que podem estar articulados ou não: a senescência e a senilidade. O primeiro é entendido como um processo natural de redução progressiva da reserva funcional dos indivíduos, enquanto o segundo é o surgimento de uma condição patológica que requeira assistência causada por sobrecargas como doenças, acidentes, perdas de entes próximos e estresse emocional (BRASIL, 2006b).

Em decorrência do avançar da idade e dos hábitos de vida da população, houve mudanças nas políticas públicas e de atenção à saúde, que passaram a incentivar as práticas de promoção da saúde para empoderamento populacional, além da manutenção da autonomia, e a valorização das redes de apoio com ações interdisciplinares e sociais (BRASIL, 2003).

Os desafios trazidos pela elevação do número de integrantes da população idosa têm diversas dimensões e dificuldades. Dentre estas, destaca ser necessário garantir ao idoso a sua efetiva integração ao meio social em que vive, atendendo às respectivas necessidades de saúde, visando sua autonomia e permanência ativa neste.

O maior destes desafios na atenção às pessoas idosas, segundo o Ministério da Saúde é “conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, elas possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível”, tendo o máximo da independência e da autonomia destas pessoas como metas a serem alcançadas (BRASIL, 2006b p. 9).

A pessoa idosa tem o direito de envelhecer com dignidade, conforme assegura a Constituição Brasileira (BRASIL, 1988) e as políticas públicas de saúde direcionadas a esta parcela da população (BRASIL, 2003; BRASIL, 2006a). Mas nesta fase do ciclo da vida, algum grau de vulnerabilidade, dependência e/ou necessidade se instala pelo envelhecimento, colaborando para o isolamento social e doenças crônicas não transmissíveis. Esta situação justifica a importância e relevância de uma rede social atuante e próxima deste idoso para ter uma influência positiva na saúde desta pessoa, protegendo-o contra doenças e demais agravos, visto que a “pobreza” relativa das redes sociais pode ser um fator de risco para saúde (MORAES, DANTAS, 2007).

Atendendo a esta especificidade, as políticas públicas sociais e de saúde têm como proposta, entre outras, nortear para que mais pessoas atinjam o máximo de qualidade de vida possível (BRASIL, 2006b).

O conceito de qualidade de vida ligado à saúde é entendido como representações sociais elaboradas mediante parâmetros subjetivos e objetivos, “cujas referências são a satisfação das necessidades básicas e das necessidades criadas pelo grau de desenvolvimento econômico e social de determinada sociedade” (MINAYO, HARTZ, BUSS, 2000, p. 7).

Tendo por referência esta concepção de qualidade de vida, as políticas públicas voltadas para o idoso propõem a oferta dos serviços de saúde tendo como estratégias ações de profissionais especializados e de níveis de complexidades de assistência e/ou tecnologias. Contudo, também chama a atenção que estas políticas não enfocam a realidade vivida, o contexto ou o cotidiano em que os cidadãos idosos estão envolvidos, bem como as necessidades sociais e de assistência da população, mantendo um modelo medicalocêntrico e tecnicista de assistência. Dois exemplos de medidas governamentais para atenção à pessoa idosa que não contemplam a realidade vivida são o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006a), sendo que ambas apontam a Atenção Básica como porta de entrada preferencial do SUS.

A Atenção Básica, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012, p. 19), é caracterizada como

“um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades”.

Com o intuito de promover estas ações e reorientar o modelo assistencial, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é a ferramenta proposta para a Atenção Básica, tendo sua organização, diretrizes e normas orientadas pela Política Nacional da Atenção Básica (PNAB - BRASIL, 2012). Tal Estratégia tem como uma de suas atribuições, desde a sua implantação, que seus profissionais conheçam a realidade das famílias pelas quais são responsáveis com ênfase nas suas características sociais, demográficas e epidemiológicas, visto que deve

reconhecer a família como objeto precípua de atenção, sendo entendida a partir do ambiente onde vive (BRASIL, 1997).

Refletindo esta perspectiva, espera-se que os profissionais das equipes de ESFs devem reconhecer também a importância das relações interpessoais nos contextos em que as pessoas estão envolvidas e valorizar as redes sociais que, na grande maioria destas, é de origem primária, ou seja, relações de parentesco, de amizade ou de vizinhança fundadas pela reciprocidade e confiança (SOUZA, SOUZA, TOCANTINS, 2009).

Neste contexto, entende-se por rede social como a teia das relações interpessoais que estabelece as crenças, os valores, os costumes e os hábitos das pessoas, podendo ocorrer trocas de ajudas emocionais, de informações, de serviços, de cuidado, entre outras, visto que tal relação se estabelece de forma bilateral entre os sujeitos envolvidos. Pode ainda ser a maneira do sujeito manifestar o vínculo, tais como de amizade, de trabalho, de afeto, que possui no meio social em que se encontra inserido, influenciando e sendo influenciado por este (SANICOLA, 2008).

As redes sociais podem ser classificadas como: Rede Primária, Rede Secundária. Esta última se subdivide em Rede Secundária Formal, Rede Secundária Informal, Rede de Terceiro Setor e Rede de Mercado (SANICOLA, 2008).

A Rede Primária é aquela que os vínculos estabelecidos são caracterizados pelas relações de parentesco, de amizade, de trabalho ou de vizinhança, e estão fundados sobre a reciprocidade e a confiança. Há uma rede de solidariedade e é um ambiente psíquico antes de localização temporal ou geográfica (SANICOLA, 2008).

Já a Rede Secundária Formal é constituída por instituições sociais com existência oficial e estruturação precisa (instituições de assistência, saúde, educação e outras), e se caracteriza pela prestação de serviços de acordo com as demandas das pessoas e pela troca fundada no direito, não se dando por modo natural (SANICOLA, 2008).

Por outro lado, a Rede Secundária Informal é aquela que se constitui a partir da rede primária, quando há necessidade ou dificuldade comum vivenciada pelos membros que fazem parte da mesma rede. Nessa rede, o vínculo é fundado na solidariedade e são trocados serviços, não dinheiro, tendo o mínimo de organização e o máximo de eficácia. É formada para suprir a uma necessidade num dado tempo, podendo ser efêmera (SANICOLA, 2008).

A Rede de Terceiro Setor são associações ou organizações constituídas por pessoas da sociedade civil, que se situam no âmbito da prestação de serviços, não visando o lucro; caracterizam-se pelas trocas fundadas tanto no direito como na solidariedade (SANICOLA, 2008).

Já a Rede de Mercado diz respeito às atividades econômicas rentáveis, sendo a sua existência estreitamente ligada ao dinheiro e ao lucro como, por exemplo, empresas, estabelecimentos comerciais e clínicas de saúde privadas (SANICOLA, 2008).

Em concordância com Souza, Souza e Tocantins (2009 p. 71), o estudo de redes sociais possibilita a compreensão de como estas “condicionam as ações tomadas pelos indivíduos diante de suas necessidades específicas”, além de favorecer assim o entendimento da influência que tais redes exercem no cotidiano e na saúde da pessoa idosa considerando o processo de envelhecimento.

Ao compreender o significado das ações atribuídas no mundo da vida pela pessoa idosa aos integrantes da rede social, bem como a associação destas às políticas públicas e sociais em vigor, pode-se dizer, analogamente, que será possível elevar a satisfação dos sujeitos envolvidos, bem como diminuir a utilização dos serviços visto que maior qualidade de vida e autonomia poderá ser proporcionada com o empoderamento desta população baseada pelas próprias necessidades de saúde/cuidado (CAMPOS, MARQUES, 2004).

Seguindo este mote, toda pessoa idosa que vivencia o fenômeno do envelhecimento é consciente deste e, ao mesmo tempo, tem sempre uma intenção de algo e está voltada para alguma coisa ou alguém. Para esta compreensão, trata-se de uma estrutura de significados intersubjetivos na vivência da relação social, ou seja, entre as pessoas envolvidas, entendendo que há uma contextualização dos significados das ações sociais, sendo de configuração social e não meramente individual (SCHUTZ, 2008).

Objeto do estudo

Com base na contextualização apresentada, tem-se por objeto de estudo a rede social no cotidiano da pessoa idosa.

Questões Norteadoras

Considerando que o envelhecimento é um fenômeno para quem o vive; que na elaboração do conceito de qualidade de vida há também envolvimento da subjetividade do

indivíduo; e, que o cotidiano dos idosos é repleto de vivências e expectativas que necessitam ser conhecidas, o presente estudo tem as seguintes questões norteadoras:

- Qual a finalidade do idoso ao estabelecer relações sociais no respectivo cotidiano?
- Como a Política Nacional de Atenção Básica contempla a rede social do idoso?

Objetivos

Com base nas questões norteadoras mencionadas, busca-se o alcance dos seguintes objetivos no desenvolvimento deste estudo:

- Descrever a finalidade da rede social para o idoso a partir do respectivo cotidiano;
- Refletir a rede social do idoso frente à Política Nacional de Atenção Básica.

Justificativa

“A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral” (BRASIL, 2012 p. 20). Reconhece-se assim que as ações desenvolvidas neste âmbito da atenção à saúde são centradas no sujeito, família e comunidade. Tal afirmativa permite apontar a relevância das diversas redes sociais considerando a inserção sociocultural dos usuários de serviço de atenção à saúde.

Este estudo poderá subsidiar os profissionais da Atenção Básica/Estratégia de Saúde da Família e áreas afins na assistência aos idosos que estabelecem relações sociais no processo de envelhecimento cotidianamente, como ponto de partida para nortear o planejamento e as ações dos profissionais. Assim, a compreensão do contexto e do vivido das pessoas inseridas em um mundo da vida poderá nortear o desenvolvimento de uma atenção e assistência à saúde considerando todo um contexto de vida e atendendo a política de humanização, além de favorecer o atendimento das necessidades de saúde deste grupo da população.

Neste sentido, entende-se que o desenvolvimento deste estudo faz-se relevante por visar um planejamento das atividades direcionadas para a população idosa, estando norteadas pelo contexto de vida dos usuários de serviço, para que não haja apenas uma reprodução de planejamentos tecnicistas fundamentados por modelos biológicos que não atendem plenamente as necessidades sociais e de saúde deste grupo (LIMA, TOCANTINS, 2009).

ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA

Tipo de estudo

O presente estudo trata-se de uma pesquisa qualitativa, de cunho fenomenológico social conforme a abordagem teórico-metodológica proposta por Alfred Schutz, já que esta destaca o significado da ação vivida (SCHUTZ, 2008).

O estudo qualitativo “reflete o desejo de fazer a pesquisa com base nas realidades e nos pontos de vista de quem está sendo estudado”, descrevendo assim a experiência humana como é vivenciada (POLIT, BECK, 2011 p. 289).

Como compreender o ser humano é uma tarefa de grande complexidade, uma vez que há questões de origem bio-psico-social envolvidas, a abordagem fenomenológica

“é um movimento que busca a investigação, descrição, compreensão, e interpretação dos fenômenos do existir, daquilo que se mostra a si e em si, tal como é, e é uma alternativa para trabalhos cuja abordagem traz consigo a necessidade de ver o outro, dentro do outro, como o outro” (BOEMER, 1985 p.90).

A Fenomenologia Social de Alfred Schutz

No intuito de demonstrar os fundamentos de uma fenomenologia sociológica, Alfred Schutz baseou-se na sociologia de Max Weber, o qual concebe que o comportamento humano é considerado uma ação após o sujeito lhe atribuir um significado subjetivo, e na filosofia de Edmund Husserl, que cogita que para a compreensão do significado da ação, esta deve ser considerada como intencional a consciência do sujeito sobre sua vivência (SCHUTZ, 2008).

Compreendendo as experiências e ações dos sujeitos, Schutz apontou que viver o mundo da vida é viver numa rede interativa de muitas pessoas com complexos relacionamentos sociais. Entende-se mundo da vida como a todas as experiências cotidianas, sentidos e atitudes pelas quais os indivíduos convivem com seus interesses, lidando com objetos e pessoas, além de elaborar estratégias para a realização de planos, sendo este mundo uma atitude natural projetada como um comportamento que reconhece os fatos objetivos e as ações de acordo com o que se tem à volta, à vontade e as intenções dos outros com quem se coopera ou lida, os costumes impostos ou as restrições por lei (SCHUTZ, 2008).

De acordo com o Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa (online), pode-se dizer que a ideia de mundo da vida de Schutz está diretamente relacionada à perspectiva de cotidiano, quando entendemos este último como o conjunto de ações realizadas por alguém todos os dias de modo sucessivo e contínuo (HOUAISS).

A pessoa idosa que vivencia o envelhecimento em seu mundo da vida está inserida em um contexto relacional. Nesta representação, Ribeiro e Rodrigues (2005), apontam que a relação social do “face a face” é um modo de aproximação usado como recurso para o sujeito expor seus medos, angústias, sentimentos, frustrações, ou até mesmo sonhos, como modo de minimizar o desconforto destas situações.

Os indivíduos, em qualquer momento, se encontram numa situação biográfica condicionada por aspectos presentes no respectivo mundo da vida. Tal situação biográfica é entendida como “a sedimentação de todas as experiências prévias do homem, organizada no patrimônio atual de seu estoque de conhecimento a mão, e, como tal, é de sua posse exclusiva, dada a ele e somente a ele” (SCHUTZ, 2008 p. 40). Tal estoque influencia na motivação do sujeito para fazer algo ou não, de forma que nunca duas pessoas vivenciarão um dado fenômeno com a mesma intensidade (SCHUTZ, 2008).

Para Schutz, “motivo” deve ser entendido como o algo que colabora para a ação ser levada ao fim, podendo conter significados subjetivo e objetivo. O primeiro destes significados refere-se aos “motivos para”, onde o sujeito projeta a ação tendo uma perspectiva de futuro. Enquanto o segundo faz alusão aos “motivos porque”, na qual o sujeito tem a ação concluída numa perspectiva de passado. Assim, os “motivos para” só podem ser revelados quando se pergunta ao sujeito da ação qual o significado que ele atribui a ela. Já os “motivos porque” só são revelados mediante uma reconstrução da atitude do sujeito em sua ação a partir do ato realizado (SCHUTZ, 2008).

Nesta perspectiva, dado que cada pessoa idosa tem uma resposta subjetiva às adaptações quanto ao envelhecimento com vistas às respectivas adaptações sociais e de assistência, entendendo que tais necessidades visam o aumento da autonomia no modo de levar a vida (PAIM, ALMEIDA-FILHO, 2014), bem como tem a finalidade de estabelecer relações sociais no cotidiano. Com este entendimento, Schutz propõe para compreender a subjetividade e intencionalidade nas ações sociais a ideia do “motivo para”, sendo tal motivo entendido por “objetivo que se quer alcançar mediante a ação desempenhada” (SCHUTZ, 2008 p. 50).

Mediante a identificação dos “motivos para” das ações dos idosos ao estabelecerem as respectivas relações sociais, é possível construir o “típico da ação” (JESUS *et al.*, 2013), tendo por referência as ideias em comum do significado das ações dos idosos ao se relacionarem no cotidiano.

Já análise dos “motivos para” permite emergir uma ou mais categorias concretas do vivido, visto que tal categoria se dá pelo o “que os participantes da situação empregam de forma tão clara e lógica quanto possível” (PARGA NINA *apud* TOCANTINS, 1993 p. 35).

Percurso metodológico

O estudo foi desenvolvido junto a um grupo de idosos cadastrados em uma Unidade de ESF que atende a população residente na Vila Turismo, localizada no Município do Rio de Janeiro/RJ. Na Unidade de referência de ESF para esta população, haviam cadastrados no mês de Abril de 2013 um total de 3.134 habitantes, sendo 1.651 (52,7%) do sexo feminino e 1.483 (47,3%) do sexo masculino. Deste total, 619 (19,8%) são idosos (BRASIL, 2003), sendo 314 do sexo feminino (50,7% dos idosos) e 305 do sexo masculino (49,3% dos idosos). Nesta Unidade, além das atividades de assistência e ações de promoção da saúde voltadas para os principais agravos que acometem os idosos, são oferecidas para esta parcela da população práticas de atividade física e grupo de convivência sociocultural.

Dos 619 idosos cadastrados na Unidade de equipe da ESF em Abril de 2013, foram abordados inicialmente 10 sujeitos. A escolha dos sujeitos ocorreu conforme o sorteio do número correspondente ao respectivo cadastramento na Unidade de equipe da ESF local. A metodologia adotada para o sorteio se deu da seguinte forma: os números do cadastramento dos sujeitos foram inseridos numa caixa e sorteados aleatoriamente, inviabilizando a indução de escolha dos sujeitos na participação do estudo.

Mediante a identificação dos sujeitos sorteados, estes foram contatados individual e pessoalmente pelo pesquisador acompanhado dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) de referência destes idosos, para que fosse feita uma primeira explicação quanto ao estudo proposto e no que consistia a respectiva participação, bem como fazer o agendamento da entrevista no melhor dia e horário para cada um, garantindo a possibilidade da entrevista ocorrer no próprio domicílio, visando maior conforto e privacidade dos idosos.

Neste contato, os sujeitos mostraram-se receptivos quanto à proposta do estudo, confirmando a própria participação e prontamente deixando agendadas as entrevistas que, na totalidade, aconteceram nos próprios domicílios.

Nos dias das entrevistas agendadas, que ocorreram entre Abril e Maio de 2013, foi feito como proposta inicial a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Apêndice 1) junto com o idoso e eliminação de qualquer dúvida que emergisse por parte do sujeito quanto à respectiva participação no estudo.

Após a devida assinatura do TCLE foi aplicado o Mini Exame do Estado Mental (MEEM – Anexo 1) respeitando os cortes propostos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b) quanto ao tempo de estudo dos sujeitos. Durante a aplicação deste exame, algumas “brincadeiras” foram feitas pelos idosos, relacionado às questões que estes consideraram simples, como os itens de avaliação de tempo e espaço, bem como de memória imediata.

Foi adotada como critério de exclusão a apresentação de algum grau de transtorno cognitivo para responder a entrevista, mediante a análise do resultado do MEEM. Tal teste é de fácil aplicação e permite uma avaliação cognitiva superficial de domínios como orientação temporal, espacial, memória imediata e de evocação, cálculo, linguagem-nomeação, repetição, compreensão, escrita e cópia de desenho (BRASIL, 2006b; LOURENÇO, VERAS, RIBEIRO, 2008).

Caso houvesse exclusão por identificação de déficit cognitivo que comprometesse a coleta de dados, o idoso em questão tinha como garantia uma consulta o mais breve possível com a médica da ESF - Vila Turismo para os cabíveis segmentos necessários ao quadro identificado.

Baseado pelo tempo de estudo dos sujeitos e pelos escores identificados no MEEM (Quadro 1, p. 20), permite-se afirmar que todos os idosos estavam aptos a participar como sujeitos do estudo por não apresentarem níveis de cognição que inviabilizassem as respectivas falas nas entrevistas e serem ativos cotidianamente, favorecendo o alcance dos objetivos da pesquisa.

Para fazer a entrevista, foi utilizado o roteiro (Apêndice 2) que constava de quatro questões fechadas que permitiu identificar o perfil da situação biográfica dos sujeitos entrevistados e duas questões abertas que viabilizaram a identificação de quem são as pessoas

que estes idosos mais se relacionam no cotidiano bem como a intencionalidade da ação de se relacionar com estas pessoas.

Durante a realização da entrevista, foi necessário por algumas vezes resgatar a ideia do “motivo para”, pois os sujeitos, em sua totalidade, direcionavam suas falas no sentido do “motivo porque” se relacionam com as pessoas mencionadas no respectivo cotidiano.

Porém, com o desenvolvimento das primeiras quatro entrevistas, percebeu-se que as perguntas abertas não estavam tão claras para os sujeitos, visto que houve dificuldade para identificar os “motivos para” nas falas de alguns destes.

Para elevar a margem de segurança nas respostas que contemplassem estes motivos, no momento das entrevistas subsequentes, foi necessário utilizar algumas ideias semelhantes nas perguntas, como por exemplo, “o que você espera ao se relacionar com as pessoas com quem se relaciona?” para favorecer a compreensão dos sujeitos e viabilizar a captação dos “motivos para”. Visto que com esta medida os objetivos das perguntas foram alcançados, e que ainda não havia a possibilidade de identificar o “motivo para” os idosos se relacionarem no respectivo cotidiano, optou-se por de ampliar o número de sujeitos.

O conteúdo das entrevistas foi gravado em celular e transcrito na íntegra permitindo captar com maior fidedignidade a situação biográfica individual dos idosos e identificar o “motivo para” destes sujeitos se relacionarem com as pessoas no respectivo dia a dia.

Para a análise dos dados, os sujeitos foram identificados com a vogal “I” e o número sequencial da respectiva entrevista. As categorias concretas do vivido que emergiram nestas falas permitiram reconhecer o “típico da ação” destes idosos conforme propõe Schutz (JESUS *et al.*, 2013) e fazer a discussão frente à literatura correlata de Sanicola (2008), de Schutz (2008) e da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012).

O projeto de pesquisa foi apreciado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) e da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ), a partir da submissão de número do Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) na Plataforma Brasil 11873313.3.0000.5285 e aprovado mediante aos Pareceres Consubstanciados de números 244.239 (UNIRIO – Anexo 2) e 237.311 (ENSP/FIOCRUZ – Anexo 3).

APRESENTAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

Situação Biográfica

A partir das informações relacionadas às características de cada idoso, foi elaborado um quadro permitindo caracterizar a situação biográfica do grupo (Quadro 1).

Quadro 1 – Perfil da Situação Biográfica dos idosos entrevistados cadastrados numa Unidade da Estratégia de Saúde da Família do município do Rio de Janeiro, 2013.

Idade	Sexo	Tempo de Estudo / Escolaridade	Escore no MEEM
79	F	Zero / nenhuma	28
81	F	4 meses / nenhuma	23
66	M	11 anos / Médio completo	30
80	F	Zero / nenhuma	20
72	F	Zero / nenhuma	22
64	F	5 anos / Fundamental incompleto	29
88	F	Zero / nenhuma	19
66	F	4 anos / Fundamental incompleto	25
83	F	8 anos / Fundamental completo	28
78	F	4 meses / nenhuma	26
60	F	5 anos / Fundamental incompleto	25
84	F	8 anos / Fundamental Completo	30

De acordo com o Quadro 1, os sujeitos apresentam idades variando entre 60 e 88 anos, com média de idade igual a 75,1 anos, e a maioria (91,6%) referiu-se como sendo do sexo feminino. Os idosos possuem tempo de estudo variando entre nenhum e 11 anos, com média de estudo de três anos e cinco meses correspondendo, em sua maioria, ao ensino fundamental incompleto.

Por meio dos dados referentes ao tempo de estudo dos sujeitos, foi possível identificar as respectivas escolaridades dos entrevistados. Destaca-se, e considerando a concepção de alfabetização (BRUENING *apud* NASCIMENTO, 2009), que 50% dos sujeitos podem ser considerados analfabetos funcionais por terem menos de quatro anos de estudo; 25% dos sujeitos são marginalmente alfabetizados por possuírem tempo de estudo entre quatro e sete anos; e 25% dos sujeitos, por possuírem mais de sete anos de estudo, são considerados alfabetizados funcionais.

Rede Social do Idoso

Mediante os relatos dos sujeitos referentes à rede social quando perguntados com quem se relacionam no cotidiano, foi possível identificar a composição da rede social de cada idoso entrevistado (Quadro 2).

Quadro 2 – Rede Social dos idosos entrevistados cadastrados numa Unidade da Estratégia de Saúde da Família do município do Rio de Janeiro, 2013.

Sujeito	Rede Social Cotidiana
I-1	Filho e amiga
I-2	Esposo, filhos, amigos e profissionais de saúde
I-3	Esposa, filhos, enteados, vizinhos e clientes/fregueses
I-4	Filhos
I-5	Filhos, nora e netas
I-6	Esposo, filhos, vizinhos e amigos
I-7	Nora, vizinho, amiga e profissional de saúde
I-8	Filhos, nora, tia e vizinhos
I-9	Irmãs, amigas e filha adotiva
I-10	Filhos, genro, irmão, cunhada, sobrinha e amigos da igreja
I-11	Vizinhos e amigos
I-12	Filha, netos, marido, irmãs e amigas

Conforme o Quadro 2, a rede social dos idosos é composta, conforme relevância identificada, por familiar (filho/a, parceiro/a, neto/a, tio/a, sobrinho/a e irmão/ã), parente (genro, nora, cunhado/a, e enteado/a), vizinho/a, amigo/a, profissional de saúde e cliente/freguês. Nota-se que um dos sujeitos, apesar da idade, ainda desenvolve alguma atividade laboral, o que colabora para a ampliação da própria rede social.

“Motivos para”

Após a transcrição das falas dos sujeitos, foi possível elaborar um quadro com os “motivos para” destes idosos se relacionarem com a rede social apontada (Quadro 3). Ao analisar o conteúdo das falas, foi possível observar que um destes idosos selecionados não contemplou o “motivo para” de se relacionar com as pessoas que listou. Por esta razão teve a respectiva fala descartada para fins deste estudo.

Quadro 3 – “Motivos para” os idosos entrevistados cadastrados numa Unidade da Estratégia de Saúde da Família do município do Rio de Janeiro se relacionar com a rede social citada, 2013.

I-1	“... Eu faço as coisas para ele também me ajudar quando preciso...”
I-2	“Para eles me ajudarem com os problemas...”
I-3	“... Você ajuda para ser ajudado...”
I-4	“... para me ajudar...”
I-5	“... para me ajudar... para me levar ao médico... fazer alguma coisa dentro da minha casa...”
I-6	“... para me ajudar, me orientar...”
I-7	“... para me desabafar, conversar... para me distrair...”
I-8	“... É para distrair a cabeça...”
I-10	“... que cuidem de mim...”
I-11	“... vêm me pegar aqui fora... eu possa fazer mais por eles e eles por mim...”
I-12	“... cuidem de mim... para me distrair e conversar...”

Segundo Tocantins (1993), após o 10º sujeito entrevistado, começa-se a observar a repetição dos “motivos para”, já podendo ser identificado o “típico da ação” nas falas dos entrevistados.

Desta forma, mediante a identificação das ideias em comum presente nas falas dos sujeitos conforme disposto no Quadro 3, a análise dos “motivos para” permitiu emergir as seguintes categorias concretas do vivido: “ajuda de alguém” e “fazer alguma coisa”.

Categoria: Ajuda de alguém

Um dos motivos para os idosos se relacionarem com a rede social citada é a expectativa de ajuda, conforme apresentado nos trechos a seguir:

“Eu faço as coisas para ele também me ajudar quando preciso ...” **I-1**

“Para que eles me ajudem com os problemas ...” **I-2**

“Você ajuda para ser ajudado...” **I-3**

“Me relaciono para me ajudar...” **I-4**

“... é só eu falar aí eles vêm para me ajudar.” **I-5**

“Preciso deles para me ajudar ...” **I-6**

“... Sair para me distrair ...” **I-7**

“... É para distrair a cabeça ...” **I-8**

“... eu espero que eles cuidem de mim ...” **I-10**

“... eles vêm me pegar aqui fora ...” **I-11**

“... Espero que cuidem de mim ...” **I-12**

Categoria: Fazer alguma coisa

O outro motivo presente nas falas dos sujeitos para se relacionarem com a respectiva rede social foi de apresentarem expectativa para fazer algo, conforme apresentado nos trechos a seguir:

“... Eu faço as coisas para ele também me ajudar quando preciso.” **I-1**

“Para eles me ajudarem com os problemas ...” **I-2**

“... Você ajuda para ser ajudado.” **I-3**

“... ‘pra’ resolver meus problemas...” **I-4**

“... às vezes fazer alguma coisa dentro da minha casa...” **I-5**

“Preciso deles... para me orientar.” **I-6**

“Para me desabafar, conversar... para me distrair” **I-7**

“Para distrair a cabeça...” **I-8**

“... eu espero que eles cuidem de mim...” **I-10**

“... ‘tô’ com o pé engessado, eles vêm me pegar aqui fora...” **I-11**

“... Mas eu saía com elas às vezes para me distrair e conversar...” **I-12.**

Típico da Ação

Logo, o idoso quando se relaciona com os integrantes de sua rede social no mundo da vida tem por finalidade a ajuda de alguém para fazer algo, sendo este o típico da ação destes sujeitos ao se relacionarem com a rede social apresentada.

DISCUSSÃO DO TÍPICO DA AÇÃO

O que se observa quanto ao sexo dos idosos entrevistados e cadastrados é que há uma relação proporcional com os dados apresentados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) onde há maior prevalência do sexo feminino seja em nível Brasil, seja na região metropolitana do Rio de Janeiro (IBGE, 2010b).

O tempo médio de estudo dos sujeitos reflete uma realidade brasileira. A escolaridade destes é inferior à média apresentada pelos idosos brasileiros que é de 4,2 e na região metropolitana do Rio de Janeiro, cidade esta onde se encontra a Comunidade de Vila Turismo, o tempo médio de estudo é de 6,4 (IBGE, 2010b).

Identificou-se que a rede social destes idosos é de natureza predominantemente primária considerando os vínculos estabelecidos serem caracterizados pelas relações de parentesco, amizade e vizinhança, seguida da rede social com características de rede secundária formal, por ocorrer referência a profissional de saúde e ainda a rede classificada como secundária de mercado, por haver citação de clientes/fregueses no convívio social (SANÍCOLA, 2008).

A identificação da rede social do idoso permite apontar a relevância dos profissionais da Atenção Básica refletirem, ao organizarem as práticas de atenção à saúde, sobre a dimensão coletiva dos problemas dos sujeitos e a presença das redes sociais como uma forma de auxílio para a resolução destes problemas, sendo mais um fundamento para promover ações coletivas que gerem impacto no âmbito comunitário (BUSS, 2003) que, neste caso, auxiliarão na promoção da qualidade de vida durante o processo de envelhecimento dos idosos.

Destaca-se que todos os sujeitos citaram ao menos algum familiar compondo a respectiva rede social, conforme apontou Alvarenga *et al.*, (2011), que é maciça a presença da família nesta rede .

Esta maior presença ocorre devido à família geralmente representar para a pessoa, segundo Sanicola (2008 p. 52), um “recurso precioso”, pois desempenha algumas funções, entre outras, como de cuidado e de proteção aos seus membros, caracterizando alguma forma de apoio. Tal apoio tem por base o critério da proximidade que, geralmente, “se manifesta quando surgem necessidades específicas, como a doença, ou em situações de emergências” (SANÍCOLA, 2008 p. 55), além de que “os relacionamentos mantidos por corresidentes em

seus arranjos domiciliares têm implicações positivas para a saúde” (ALVARENGA *et al.*, 2011 p. 2604).

Ainda de acordo com Sanicola (2008), a relação de amizade é a que expressa melhor o critério de preferência dos indivíduos, pois consiste na proximidade afetiva e envolve o compartilhamento de alegrias e dores do outro, enquanto a relação de vizinhança fundamenta-se pela proximidade física, permitindo ao sujeito a mobilização e resposta frente a uma situação de emergência, a uma necessidade de menor importância e envolvida no tempo em que se desenvolve.

Neste sentido, as relações de amizade e vizinhança também tiveram destaque nas falas dos sujeitos. Porém, identificou-se que o apoio destas relações não está voltado ao cuidado do corpo ou às necessidades físicas do idoso e sim à necessidade da ajuda de alguém para fazer algo.

Ao estudar as redes sociais de idosos, evidenciou-se que alguns sujeitos possuem poucas relações sociais em seu cotidiano. Entretanto, merece destaque que os laços de amizade reduzem progressivamente com o avançar da idade. Isso ocorre devido à maneira do sujeito viver o trabalho como realidade que abrange a totalidade dos interesses ou pela maneira do indivíduo viver a família como âmbito que engloba todas as expectativas, desejos e possibilidades de vida da relação (SANICOLA, 2008).

Neste sentido, os profissionais de saúde, principalmente da Atenção Básica, devem considerar as relações sociais dos idosos com a respectiva rede primária, principalmente com os familiares mais próximos, pois, espera-se que inserindo tal rede na elaboração do projeto terapêutico singular associado à prática profissional, será possível qualificar a assistência prestada (SILVA, FONSECA *apud* BARROS *et al.*, 1999), neste caso, ao idoso, contribuindo para um cuidado mais humanizado pela valorização das relações sociais.

Mas, para a prática do cuidar atender às necessidades dos idosos e não às metas do Serviço é preciso reconstruir as práticas do “Cuidado” dos profissionais de saúde. Estes profissionais precisam voltar-se a presença do outro, otimizando a interação com os sujeitos a serem Cuidados e enriquecendo os horizontes para um Cuidar efetivo da população assistida, permitindo-se a fuga do modelo hospitalocêntrico biologista tradicional (AYRES, 2004).

A família é o grupo de pessoas que vivem sob o mesmo teto como, por exemplo, o pai, a mãe e os filhos; grupo de pessoas que têm uma ancestralidade comum ou que provêm de um

mesmo tronco; ou pessoas ligadas entre si pelo casamento e pela filiação ou, excepcionalmente, pela adoção. O “familiar” é a pessoa da família, que tem o mesmo sangue. Já o “parente” é a pessoa ligada à outra por consanguinidade, afinidade ou adoção (HOUAISS).

Por outro lado, a concepção de família proposta para as práticas das equipes das ESFs é de um grupo de pessoas “com vínculo afetivo, de consanguinidade e de convivência” (BRASIL, 2009 p.11), que moram sob o mesmo teto e compartilham da mesma alimentação, tendo relação de consanguinidade ou não, podendo ter laços meramente afetivos.

Mudanças significativas ocorreram na organização das famílias brasileiras após o Século XX, apesar do modelo nuclear de família ser uma unidade de cuidado. Nos últimos 25 anos, o que se tem é uma variedade de modelos familiares, com maior destaque para as famílias monoparentais chefiadas por mulheres e de famílias recompostas ou reconstituídas (RODRIGUES, 2008).

Com a concepção de família utilizada nas práticas das equipes de ESFs pode-se concluir que tal significado adotado enfoca somente a família como um grupo de pessoas para direcionar as ações de saúde, porém não há qualquer instrumento/recurso que considere/explicite para os profissionais de saúde as relações de familiar ou parentesco, bem como os laços, as interações, a organização, a dimensão relacional e simbólica das relações sociais entre as pessoas que no domicílio habitam.

Tal ausência de instrumento/recurso colabora para produzir indicadores individuais, pois não há indicadores que apontem e avaliem o estado de saúde das pessoas que residem no mesmo local. Este método, então, não contempla os diversos modelos de família contemporâneos e suas implicações para a organização das práticas profissionais quanto à integralidade da assistência, justificando assim a necessidade de conhecer a composição de cada núcleo familiar, as relações existentes entre os membros e respectivas influências.

Ao refletir o conceito de rede social secundária formal articulada à concepção de vínculo que os profissionais das equipes de ESFs devem ter com a população adstrita, conclui-se que este vínculo trata-se do “nó” da rede de serviços (CECILIO, 2001).

Neste sentido, afirma-se que as ações profissionais não contemplam o que os idosos têm por expectativas ao se relacionarem com os profissionais de saúde. Tal fato justifica-se devido 83% dos sujeitos não listarem como integrante de sua rede social algum profissional

de saúde, possivelmente pelos idosos não ter o auxílio destes profissionais de referência para auxiliar/desenvolver as ações que esperam como ajuda no mundo da vida.

Destaca-se que vínculo deve ser entendido como “mais do que a simples adscrição a um serviço ou a inscrição formal a um programa, significa o estabelecimento de uma relação contínua no tempo, pessoal e intransferível” (CECÍLIO, 2001 p. 115), sendo esta a principal ferramenta para a longevidade do cuidado e da assistência prestada à população, visto que os idosos precisam, entre outras pessoas, dos profissionais de saúde para desempenharem ações como conversar, desabafar, resolver problemas, por exemplo.

Concernente à atenção a saúde e tendo em vista que o idoso quando se relaciona com as pessoas no respectivo mundo da vida tem por finalidade a ajuda de alguém para fazer algo, destaca-se a importância dos profissionais de saúde elaborar estratégias que garantam um cuidado mais adequado às necessidades de saúde dos idosos, pois, conforme Estrella *et al.* (2009 p. 510), “o envelhecimento populacional nos obriga a definir estratégias adequadas para cada grupo de risco nessa população, com medidas de assistência, prevenção e promoção de saúde específicas”.

Com o conhecimento do típico da ação para os idosos manterem relações sociais no respectivo cotidiano, pode-se dizer que este típico reflete uma necessidade de saúde deste grupo de pessoas, pois as falas apontam para o fato de idosos buscarem nas pessoas com quem se relacionam alguma forma de apoio também psicológico, visto que alguns sujeitos apontaram a necessidade de “desabafar” e “distrair a cabeça”.

Para Paim e Almeida-Filho (2014), estas necessidades podem corresponder a um sofrimento ainda não identificado fisicamente ou já sendo uma maneira que o sujeito reconhece como algo que carece. Esta afirmativa é mais um fundamento que salienta a necessidade da capacitação profissional com vistas a uma prática diferente da biomédica e voltada para os significados das ações desenvolvidas no mundo da vida que os idosos estão inseridos.

Identificou-se ainda que há de fato a necessidade dos idosos de se relacionar com terceiros tanto para o convívio social quanto para o auxílio no desenvolvimento de determinadas tarefas no respectivo mundo da vida.

Apesar de Mazza e Lefèvre (2005), afirmarem que ajuda ofertada ao idoso é para auxiliar no desenvolvimento de algumas atividades de vida diária e atividades instrumentais

de vida diária, as falas dos idosos apontam que suas expectativas ao se relacionarem não são para o desenvolvimento de atividades como auxílio no banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação, e sim para se socializarem, buscando um bem estar físico e mental.

Desta forma, as necessidades dos idosos em questão não estão relacionadas diretamente com o desenvolvimento das atividades básicas de vida diária. Todavia os Serviços de Saúde devem estar organizados de forma que satisfaçam estas necessidades de forma ampla, o que contribuirá para a integralidade da assistência (MATTOS, 2001). O típico da ação aponta para a relevância da inserção dos idosos no cotidiano, considerando suas relações sociais no mundo da vida, o que colaborará para o envelhecimento mais ativo e saudável.

Observou-se que as expectativas dos idosos, ao se relacionarem com as respectivas redes sociais, são pela busca de alguma forma de apoio, que na maioria das vezes, direciona-se para um apoio social. Tal apoio é entendido como “qualquer informação, falada, ou não, ou auxílio material oferecido por grupos ou pessoas, com as quais teríamos contatos sistemáticos, que resultam em efeitos emocionais ou comportamentos positivos” (VALLA, 1999 p. 10).

Deste modo, o apoio social, que deve estar presente nas práticas dos profissionais das equipes de ESFs, necessita ser aprimorado e ampliado, pois uma das atribuições dos membros das equipes de Atenção Básica é realizar a escuta qualificada das necessidades de saúde dos usuários do serviço durante o processo do acolhimento (BRASIL, 2012), o que contribuirá para uma prática de cuidado dirigido a coletividade e grupos sociais, mediante a identificação das necessidades que não envolvam somente o campo biológico.

Guiado por esta ideia central, a rede social do idoso deve também ter uma atenção especial dos profissionais de saúde para receberem as orientações necessárias visando à prática de um cuidado que atenda aos objetivos dos projetos terapêuticos propostos, bem como receberem atenção psicossocial, haja vista as inúmeras consequências advindas da tarefa de cuidar de idosos (GONÇALVES *et al.*, 2006).

Tendo em vista que a rede social primária teve maior relevância para os idosos, e em concordância com Pedro, Rocha e Nascimento (2008 p. 326), esta atenção especial aos integrantes desta rede tem como foco “a promoção da saúde da família, fortalecendo seus mecanismos de enfrentamento, conferindo autonomia por meio do esclarecimento e

proporcionando bem estar, qualidade de vida não idealizada, porém, dentro das suas condições de existência”. Contudo tal ação deve ser estendida a todos os integrantes das diferentes classificações de rede sociais do idoso, visando à promoção da saúde, de um bem estar sócio coletivo e integral da assistência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os integrantes da rede social de idosos são fundamentalmente pessoas com as quais estes estabelecem relações com algum tipo de vínculo no mundo da vida microssocial visto que, na sua maioria, tais redes são tecidas devido à necessidade de ajuda no seu cotidiano. Neste caso, evidenciou-se que os idosos se relacionam no respectivo cotidiano buscando a ajuda de alguém para fazer algo, tendo em vista que este algo não está relacionado ao apoio para o desenvolvimento de atividades básicas ou instrumentais de vida diária e sim atividades psicossociais que colaboram para os idosos se sentirem ativos no meio onde vivem.

Tal ajuda deve ser entendida como reconhecimento da existência social do outro dentro do contexto no mundo da vida, sendo este outro atuante e que, muitas das vezes, desenvolve soluções criativas para os problemas humanos dos membros da rede social que compõe. Logo, as pessoas que compõem as redes primárias são o ponto de referência fundamental para desenvolver as atividades cotidianas dos idosos, contribuindo para a qualidade de vida.

O estudo aponta para a importância de envolver familiares, parentes e/ou pessoas mais próximas dos idosos nos cuidados à saúde desenvolvidos pela ESF, aspecto este não contemplado na Política Nacional de Atenção Básica vigente. Desta forma, ao integrar a rede social às práticas de cuidado, tem-se a possibilidade de contemplar a Saúde da Família tal qual vivenciada pelos idosos e a sua realidade concreta vivida.

De fato, os profissionais de saúde, não só da ESF como também de outros níveis de assistência, necessitam reconstruir suas respectivas práticas de cuidar, mas para tanto, além de motivação e competência, são necessários investimentos externos que viabilizem os contextos subjetivos e objetivos dos indivíduos, valorando também os determinantes e condicionantes de saúde e não apenas o contexto biológico.

Contudo, os profissionais devem tomar por lema para organização das práticas profissionais que a população idosa é de alguma forma dependente de cuidado, de apoio e tem como principal referência para tal algum familiar, parente ou amigo. Assim, faz-se importante adotar um modelo de assistência que integre os componentes socioclínicos e comunitários, além de apoiar-se na capacidade adaptativa dos idosos, compartilhando a tomada de responsabilidade pela situação com as pessoas do ambiente social.

Desta forma, tais pessoas devem estar presentes na elaboração e execução do projeto terapêutico dos sujeitos assistidos, garantindo assim uma melhor integração entre a assistência e os cuidados prestados no cotidiano dos idosos. Esta perspectiva colaborará para o envelhecimento mais saudável, já que a ação no nível das relações sociais atinge as vivências e representações, os significados e os efeitos, ou seja, o que constitui a cultura da rede e o discurso coletivo que a ela corresponde.

A Política Nacional de Atenção Básica vigente não reconhece nem apresenta a valoração das redes e das relações sociais dos idosos, nem de outros grupos da população, visto que as ações orientadas para serem desenvolvidas neste âmbito da atenção apenas consideram os grupos de pessoas e direcionam a prática de forma focal, individual, não reconhecendo o contexto microsocial.

Foi possível identificar que os idosos mantêm relações sociais no respectivo cotidiano devido objetivarem a ajuda de alguém para fazer algo. Esta motivação aponta para necessidades de saúde psicossocial que engloba a vontade de envelhecer ativamente. Assim, os profissionais de saúde podem reorganizar suas práticas assistenciais e o processo de trabalho, visando o alcance da integralidade da assistência e da atenção, além de contribuir para um impacto positivo sobre a saúde da população.

Neste sentido, as práticas de educação em saúde podem ser incorporadas às atividades de grupos de convivência, como por exemplo, atividades físicas e culturais, sendo estes espaços onde os idosos ampliam as respectivas redes sociais e um campo fértil para os profissionais de saúde semear noções que contemplem e favoreçam o cuidado para um envelhecimento ativo e com mais saúde. Tais práticas poderão apresentar dimensão ainda mais integral ao estimular a participação de integrantes da rede social cotidiana dos idosos.

Ao considerar que o foco da PNAB tem como referência a clínica e a epidemiologia de agravos para nortear as práticas de atenção à saúde, este estudo permite afirmar a relevância de ampliar este escopo. Destaca-se neste sentido que a valoração das relações sociais existentes para os usuários do serviço deve ser contemplada nesta Política, incluindo tanto a dimensão social quanto humana da população.

Outro enfoque que deve ser dado, é que as pessoas que compõem as redes sociais dos idosos colaboram para a preservação da autonomia e independência destes últimos, justificando a importância da presença de tais integrantes na elaboração do projeto terapêutico

ampliado. Deste modo, esta rede social que atua, direta ou indiretamente, como cuidadora dos idosos, deve também ter a atenção dos profissionais tanto para as capacitações necessárias ao cuidado do idoso como para o suporte psicossocial devido às dificuldades/desgastes que existem no cuidado de pessoas com idade superior aos 60 anos.

REFERÊNCIAS

- ALVARENGA, M.R.M. et al. Rede de suporte social do idoso atendido por equipes de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 5, p. 2603-11, 2011.
- AYRES, J.R.C.M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.* v.8, n. 14, p. 73-92, set.2003-fev 2004.
- BARROS, S. et al. Tentativas inovadoras na prática de ensino de assistência na área de saúde mental - I. *Rev Esc Enferm USP*, v.33, n.2, p. 192-9, jun. 1999.
- BOEMER, M.R. A fenomenologia na pesquisa em enfermagem. *IV Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem*, 1985; São Paulo. São Paulo: ABEn-CEPEen, 1985.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado, 1988.
- _____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.528 de 19 de Outubro de 2006. *Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSI*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia prático do agente comunitário de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
- _____. Senado Federal. Subsecretaria de Edições Técnicas. *Estatuto do Idoso*. Brasília: Senado Federal, 2003.
- BUSS, P.M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia, D. & Freitas C.M. (orgs) *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

CAMPOS, S.; MARQUES, F. Toma de decisiones en mujeres que acuden al control de salud de un programa infantil. *Horiz Enferm* v.15, p. 53-61, 2004.

CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org.). *Sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. p. 113-26.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev Saúde Pública*. v. 31, n. 2, p. 184-200. São Paulo: Abril, 1997.

ESTRELLA, K. et al. Detecção do risco para internação hospitalar em população idosa: um estudo a partir da porta de entrada no sistema de saúde suplementar. *Cad. Saúde Pública*. v.25, n. 3, p. 507-12. Rio de Janeiro: 2009.

GONÇALVES, L.H.T., et. al. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. *Texto Contexto Enferm*. v. 15, n. 4, p. 570-7. Florianópolis, Out-Dez 2006.

HOUAISS. Dicionário Eletrônico da Língua Portuguesa Houaiss - 2009. Disponível em: http://www.4shared.com/file/kYu533GX/Dicionrio_Eletrnico_Houaiss_30.html. Acesso em: 25/06/2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. *Censo Demográfico 2010*. 2010a. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/datas/idoso/politica_do_idoso_no_brasil. Acesso em: 24 abr. 2011.

_____. *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira – 2010*. 2010b. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2010/SIS_2010.pdf. Acesso em: 18 jun. 2013.

JESUS, M.C.P. et al. A fenomenologia social de Alfred Schutz e sua contribuição para a enfermagem. *Rev Esc Enferm USP* v. 47, n. 3, p. 736-41, 2013.

LIMA, C.A.; TOCANTINS, F.R. Necessidades de saúde do idoso: perspectivas para a enfermagem. *Rev Bras Enferm* maio-jun: v. 62, n. 3, p. 367-73, 2009.

LOURENÇO, R.A.; VERAS, R.P.; RIBEIRO, P.C.C. Confiabilidade teste-reteste do Mini-Exame do Estado Mental em uma população idosa assistida em uma unidade ambulatorial de saúde. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* v. 11, n. 1, p. 7-16. Rio de Janeiro, 2008.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org.). *Sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. p. 39-64.

MAZZA, M.M.P., LEFÊVRE, F. Cuidar em família: análise da representação social da relação do cuidador familiar com o idoso. *Rev Bras, Cresc Desenv Hum.* v. 15, n. 1, p. 01-10, 2005.

MINAYO, M.S.C.; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n.1, p. 7-18, 2000.

MORAES T.P.R.; DANTAS R.A.S. Evaluation of social support among surgical cardiac patients: support for nursing care planning. *Rev Latino-am Enfermagem.* v. 15, n. 2, p. 233-239, Março-abril 2007.

NASCIMENTO, J.C.H.B. Os impactos do analfabetismo funcional à plena utilização das informações contábeis no município de Casa Nova-BA (monografia na internet). Petrolina: FCASP, 2009. Disponível em: http://www.fucape.br/premio_excelencia_academica/upld/trab/1/JoaoCarlos.pdf. Acesso em 29 jun. 2013.

NÉRI, A.L. *Qualidade de vida e Idade Madura*. 4. ed., Campinas (SP): Papirus, 2002.

OLIVEIRA E SILVA, H. et al. Perfil epidemiológico de idosos frequentadores de grupos de convivência no município de Iguatu, Ceará. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* [online]. 2011, v. 14, n. 1, p. 123-134. ISSN 1809-9823. Disponível em: <http://revista.unati.uerj.br/pdf/rbgg/v14n1/v14n1a13.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2011.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - OPAS. *Guía Clínica para la Atención Primaria a las personas mayores*. 3 ed., Washington: OPAS, 2003.

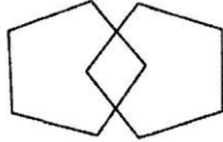
PAIM, J.S.; ALMEIDA-FILHO, N. Análise da situação de saúde: o que são necessidades e problemas de saúde. In: PAIM, J.S.; ALMEIDA-FILHO, N. (orgs). *Saúde coletiva: teoria e prática*. 1 ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 29-40.

- PEDRO, I.C.S.; ROCHA, S.M.M.; NASCIMENTO, L.C. Apoio e rede social em enfermagem familiar: revendo conceitos. *Rev Latino-am. Enfermagem*. Março-Abril 2008. v. 16, n. 2. p. 324-7.
- PIOLA, S.F. et al. *Saúde no Brasil: algumas questões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília: CEPAL, 2009.
- POLIT, D.F.; BECK, C.T.; *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- RIBEIRO, I.B.; RODRIGUES, B.M.R.D. Cuidando de adolescentes com câncer: contribuições para o cuidar em enfermagem. *Rev enferm UERJ*. v. 13, p. 340-346, 2005.
- RODRIGUES, C.R.F. Famílias como unidade do cuidado em saúde: subsídios para o ensino/prática em educação. In: OHARA, E.C.C.; SAITO, R.X.S. *Saúde da Família: considerações teóricas e aplicabilidade*. São Paulo: Martinari, 2008.
- SANICOLA L. *As dinâmicas de rede e o trabalho social*. São Paulo; Veras Editora, 2008.
- SÃO PAULO, Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Desenvolvimento da Gestão Descentralizada. *Atenção à saúde do idoso com deficiência*. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde, 2002.
- SCHUTZ, A. *El problema de la realidad social*. 2 ed. Buenos Aires: Amorrortu, 2008.
- SOUZA, M.H.N., SOUZA, I.E.O.; TOCANTINS, F.R. A utilização do referencial metodológico de rede social na assistência de enfermagem em mulheres que amamentam. *Rev Latino-am Enfermagem*. v. 17, n. 3, p. 70-76 maio-junho 2009.
- TOCANTINS, F.R. *O agir do enfermeiro em uma unidade básica de saúde: análise das necessidades e demandas*. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: 1993.
- VALLA, V.V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. *Cad Saúde Pública*, 1999. v. 15, n. 2, p. 7-14.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. *Ageing: exploding the myths*. World Health Organization: Geneva, 1999.

Anexo 1

Avaliação Cognitiva – Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

1- Orientação temporal (0 – 5 pontos)	Em que dia estamos?	Ano	1
		Semestre	1
		Mês	1
		Dia	1
		Dia da Semana	1
2- Orientação espacial (0 – 5 pontos)	Onde estamos?	Estado	1
		Cidade	1
		Bairro	1
		Rua	1
		Local	1
3- Repita as palavras (0 – 3 pontos)	Peça ao idoso para repetir as palavras depois de dizê-las. Repita todos os objetos até que o entrevistado o aprenda (máximo de 5 repetições).	Caneca	1
		Tijolo	1
		Tapete	1
4- Cálculo	O (a) Sr (a) faz cálculos?	Sim (vá para 4a)	
		Não (vá para 4b)	
4a- Cálculo (0 – 5 pontos)	Se de R\$100,00 fossem tirados R\$ 7,00 quanto restaria? E se tirarmos mais R\$ 7,00? (total de 5 subtrações).	93	1
		86	1
		79	1
		72	1
		65	1
4b-	Soletre a palavra MUNDO de trás para frente.	O	1
		D	1
		N	1
		U	1

		M	1
5- Memorização	Repita as palavras que disse há pouco.	Caneca Tijolo Tapete	1 1 1
6- Linguagem (0 – 2 pontos)	Mostre um relógio e uma caneta e peça ao idoso para nomeá-los.	Relógio Caneta	1 1
7- Linguagem (1 ponto)	Repita a frase.	Nem aqui, nem ali, nem lá.	1
8- Linguagem (0 – 3 pontos)	Siga uma ordem de três estágios.	Pegue o papel com a mão direita; Dobre-o ao meio; Ponha-o no chão.	1 1 1
9- Linguagem (1 ponto)	Escreva em um papel: “feche os olhos”. Peça ao idoso para que leia a ordem e a execute.	FECHE OS OLHOS	1
10- Linguagem (1 ponto)	Peça ao idoso para escrever uma frase completa.		1
11- Linguagem (1 ponto)	Copie o desenho.		1

Fonte: BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

Avaliação dos resultados: Pontuação total: 30 pontos.

Notas de corte sugeridas: Analfabetos = 19; 1 a 3 anos de escolaridade = 23; 4 a 7 anos de escolaridade = 24; > 7 anos de escolaridade = 28.

Anexo 2
Parecer Consubstanciado – CEP/UNIRIO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A pessoa idosa e a influência da rede social no seu processo de envelhecimento.

Pesquisador: Julio Cesar Pegado Bordignon

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 11873313.3.0000.5285

Instituição Proponente: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DA NOTIFICAÇÃO

Tipo de Notificação: Nova versão TCLE

Detalhe:

Justificativa: Conforme solicitado pelo CEP/ENSP, envio a nova versão do TCLE e o Formulário de

Data do Envio: 04/04/2013

Situação da Notificação: Aguardando revisão do parecer do colegiado

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 244.239

Data da Relatoria: 25/04/2013

Apresentação da Notificação:

A notificação refere-se à solicitação da instituição coparticipante em concordância com a instituição proponente.

Objetivo da Notificação:

O presente estudo apresentou a descrição acerca da abordagem dos pacientes, assim como o encaminhamento dos indivíduos que não preencherem o critério de inclusão devido déficit cognitivo, conforme solicitação da instituição coparticipante, em concordância com a instituição proponente.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os benefícios do estudo foram ampliados devido ao acréscimo relacionado ao encaminhamento dos pacientes que não comporão a amostra.

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

UF: RJ

Telefone: (21)2542-7796

Município: RIO DE JANEIRO

CEP: 22.290-240

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO-
UNIRIO



Comentários e Considerações sobre a Notificação:

A notificação atendeu parcialmente a solicitação do CEP da instituição coparticipante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Falta apresentar o TCLE modificado, conforme solicitado pela instituição coparticipante.

Recomendações:

Incluir na Plataforma Brasil o novo TCLE.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Novo TCLE

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

RIO DE JANEIRO, 12 de Abril de 2013

Assinador por:
Sônia Regina de Souza
(Coordenador)

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

Anexo 3

Parecer Consubstanciado – CEP ENSP/FIOCRUZ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A pessoa idosa e a influência da rede social no seu processo de envelhecimento.

Pesquisador: Julio Cesar Pegado Bordignon

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 11873313.3.0000.5285

Instituição Proponente: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 237.311

Data da Relatoria: 06/03/2013

Apresentação do Projeto:

O Projeto de Mestrado tem como instituição proponente a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO e instituição co-participante a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - ENSP/FIOCRUZ, é orientado por FLORENCE ROMIJN TOCANTINS, não há informação sobre a data de qualificação e possui financiamento próprio.

Este estudo tem por objetivo analisar a influência da rede social na saúde do idoso e discutir as contribuições da rede de atenção e serviço da Atenção Primária à Saúde para a saúde do idoso.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa e descritiva, de cunho fenomenológico social conforme a abordagem proposta por Alfred Schutz.

O grupo de 15 sujeitos da pesquisa serão idosos residentes da Comunidade de Vila Turismo em Manguinhos na Cidade do Rio de Janeiro, regularmente cadastrados na Estratégia de Saúde da Família deste território, já que tal estratégia possui vínculo com a população, sendo esta o primeiro contato e a porta de entrada preferencial do SUS nesta região.

A escolha dos sujeitos será aleatória, conforme a disposição e interesse destes em participar do estudo.

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo	
Bairro: Manguinhos	CEP: 21.041-210
UF: RJ	Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863	Fax: (21)2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



Os critérios de exclusão e inclusão estão bem definidos.

A coleta dar-se-á mediante uma entrevista semi-estruturada conforme abordagem, após a apresentação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As falas dos sujeitos entrevistados serão transcritas, organizadas e analisadas originando categorias concretas do vivido. A partir destas categorias, ocorrerá a discussão frente à literatura correlata.

Não está explicitada a forma como os sujeitos da pesquisa serão abordados.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a influência da rede social na saúde do idoso.

Objetivo Secundário:

Discutir as contribuições da rede de atenção e serviço da Atenção Primária à Saúde para a saúde do idoso.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O pesquisador considera haver riscos mínimos considerando que os sujeitos serão abordados mediante uma entrevista fenomenológica.

Entre os benefícios aponta para a pertinência da inclusão da rede social do idoso no projeto terapêutico, além de contribuir para o aprimoramento e qualificação da assistência à saúde prestada a partir do reconhecimento das necessidades de saúde do grupo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto possui pertinência e apresenta grande potencial para colaborar com o aprimoramento e qualificação da assistência à saúde levando em consideração a rede social dos usuários e, sobretudo, ao postular sua inclusão no panorama do projeto terapêutico.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos encaminhados são adequados entretanto faltam logos institucionais no TCLE.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O CEP/ENSP aprova a pesquisa em questão mediante os seguintes esclarecimentos do pesquisador:

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo	CEP: 21.041-210
Bairro: Manguinhos	
UF: RJ	Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863	Fax: (21)2598-2863
	E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



1- Explicitar a forma como os sujeitos da pesquisa serão abordados.

2- Quando detectada a impossibilidade do sujeito em participar da pesquisa, o pesquisador deve explicitar a forma de encaminhamento destas pessoas, tendo em vista o princípio do cuidado.

Estas considerações foram respondidas ao CEP/ENSP e comunicadas ao CEP da instituição proponente. Solicitamos que o pesquisador anexe o novo TCLE e o formulário de respostas as pendências na Plataforma Brasil em forma de notificação. O CEP/ENSP ressalta que as solicitações foram informadas ao CEP da instituição proponente que concordou com nossas observações. O pesquisador se comprometeu a: "Em tempo, destaco que após a análise do resultado do Mini Exame do Estado Mental e identificação de algum déficit cognitivo em qualquer sujeito que aceitar participar deste estudo, este sujeito será excluído da pesquisa e terá garantido uma consulta agendada, o mais breve possível, com a médica da Equipe da Estratégia de Saúde da Família Vila Turismo para um avaliação clínica e devidas providências necessárias ao quadro apresentado".

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Agradecemos a consideração e parceria da coordenadora do CEP da UNIRIO e pedimos desculpas pelo tempo de apreciação do CEP/ENSP. Esperamos que a pesquisa gere bons resultados para a comunidade.

RIO DE JANEIRO, 04 de Abril de 2013

Assinador por:
Ângela Fernandes Esher Moritz
 (Coordenador)

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo	
Bairro: Manguinhos	CEP: 21.041-210
UF: RJ	Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863	Fax: (21)2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br

Apêndice 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada como: “**A pessoa idosa e a influência da rede social no processo de envelhecimento**”, que tem como objetivos: analisar a influência da rede social na saúde do idoso e discutir as contribuições da rede de atenção e serviço da Atenção Primária à Saúde para a saúde do idoso.

A sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder as perguntas ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador, à instituição nem aos tratamentos em andamento.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder, primeiramente, a um instrumento de avaliação da capacidade de raciocinar e em seguida, caso não seja identificado qualquer grau de comprometimento da sua habilidade de raciocinar, você responderá a uma entrevista que será gravada, com perguntas sobre você e as pessoas com quem você convive, não envolvendo qualquer risco físico ou de saúde nem constrangimento para sua pessoa. Caso seja identificado algum grau de comprometimento da sua capacidade de raciocinar, você não participará deste estudo e terá garantido uma consulta agendada, o mais breve possível, com a médica da equipe da Estratégia de Saúde da Família Vila Turismo para uma avaliação clínica e devidas providências necessárias à alteração identificada.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Os resultados serão utilizados apenas nesta pesquisa e divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Sua participação contribuirá para o entendimento da influência da rede social no processo de envelhecimento da pessoa idosa e na articulação de como a rede de serviços pode contribuir para a saúde e qualidade de vida do idoso.

Você não terá nenhum custo ou qualquer compensação financeira.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o *e-mail* do pesquisador principal e do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIRIO, possibilitando, assim, tirar dúvidas sobre o projeto e sua participação, a qualquer momento.

Pesquisador Principal

Julio Cesar Pegado Bordignon – juliobordignon@ensp.fiocruz.br Tel: (21) 2598-2796

Comitê de Ética em Pesquisa/UNIRIO – cep.unirio09@gmail.com Tel: (21) 2542-7771

Comitê de Ética em Pesquisa/ENSP/FIOCRUZ – cep@ensp.fiocruz.br Tel: (21) 2598-2863

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer tipo de punição ou constrangimento.

Rio de Janeiro, ____/____/2013.

Sujeito da Pesquisa

Apêndice 2
Roteiro de Entrevista

Formulário para entrevista nº _____

Data: ____/____/____

- 1- Data de Nascimento: _____
- 2- Sexo: ()M ()F
- 3- Por quantos anos você estudou? _____
- 4- Avaliação do MEEM: _____ pontos
- 5- Quem são as pessoas com que você mais se relaciona no dia a dia?
- 6- Qual a sua intenção ao se relacionar com esta (s) pessoa (s)?