

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**  
**ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA, FISIOTERAPIA E DANÇA**  
**BACHARELADO EM FISIOTERAPIA**

**MARIANA OLIVEIRA JORGE**

**ENVELHECENDO SOZINHO: a percepção de idosos sobre seu processo de  
saúde-doença, envelhecimento e autocuidado**

**Porto Alegre**  
**2019**

**Mariana Oliveira Jorge**

**ENVELHECENDO SOZINHO: a percepção de idosos sobre seu processo de  
saúde-doença, envelhecimento e autocuidado**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado como requisito parcial para  
obtenção do título de Bacharel em  
Fisioterapia, pelo Curso de Fisioterapia da  
Universidade Federal do Rio Grande do  
Sul – UFRGS.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Fernando Calage Alvarenga

Porto Alegre

2019

Mariana Oliveira Jorge

**ENVELHECENDO SOZINHO: a percepção de idosos sobre seu processo de  
saúde-doença, envelhecimento e autocuidado**

Conceito final:

Aprovado em ..... de ..... de .....

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. Luiz Fernando Calage Alvarenga – UFRGS (Orientador)

---

Profa. Dra. Angela Peña Ghisleni – UFRGS

---

Profa. Ma. Elenice Boggio – IPA

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais, meus grandes exemplos em todos os momentos da minha vida, meus grandes incentivadores em todas empreitadas que surgiram no decorrer desses anos. Aos meus irmãos, que junto dos meus pais estavam comigo, às vezes para xingar e também mostrar a leveza que podemos ter numa graduação. Aos meus cunhados, a grande curiosidade de sempre me perguntar sobre conteúdos e experiências vividas, ou simplesmente me pedir uma massagem. Ao meu namorado que em momentos de alegria e tristeza esteve presente, nos momentos de incerteza estava comigo, mostrando que sou capaz. Aos meus tios, que sempre estiveram presente em todas as etapas de alma comigo.

Aos amigos, que todos os dias estiveram presentes, momento a momento, mostrando que podemos juntos enfrentar qualquer situação, sendo profissional ou pessoal. Aos grandes professores que tive na graduação, que muito me ensinaram e me ajudaram em momentos que achávamos difíceis na época.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Luiz Fernando Calage Alvarenga, que desde o início mais que um professor, um amigo, um fisioterapeuta, um grande ser humano. Mostrou que além dos ensinamentos, uma pessoa deve atender com a alma, em qualquer lugar que seja, mostrou a humanização acima de tudo, que pensar no próximo é lindo. E, me fez amar ainda mais ser Fisioterapeuta, SUS, saúde coletiva, ser um ser humano melhor. Obrigada por ter me acolhido e ter aceitado ser meu orientador, sou hoje muito mais pelos grandes incentivos que tive.

Agradeço a todas as pessoas que apareceram na minha trajetória, em qualquer momento que seja, aprendi muito com todos.

## RESUMO

**Introdução:** O envelhecimento é um fenômeno natural que acontece em todos de forma progressiva, a partir da segunda década de vida do ser humano, dessa forma todos envelhecem ao longo do tempo. Muitos idosos escolhem morar sozinhos ou acabam tendo somente esta possibilidade para residir. Nesta direção, morar sozinho pode ser ao mesmo tempo sinal de liberdade e autonomia como de abandono e vulnerabilidade. O objetivo deste estudo foi investigar a percepção dos idosos que moram sozinhos sobre seu processo de saúde-doença, seu envelhecimento e seu autocuidado. **Métodos:** Estudo qualitativo exploratório através de entrevistas com roteiro semiestruturado com seis idosos que moram sozinhos e participam de atividades físicas e sociais. Foi realizada análise do conteúdo das entrevistas. **Resultados:** foram construídas quatro categorias analíticas que sintetizam a percepção do envelhecimento nos seguintes aspectos: cada pessoa vive seus processos de saúde-doença no envelhecimento de forma única, o autocuidado está relacionado ao equilíbrio entre o cognitivo, físico e emocional, morar sozinho implica em potencialidades, autonomia, limites e vulnerabilidades e necessidades de políticas públicas que garantam o cuidado à essas pessoas. **Conclusão:** A percepção dos idosos que moram sozinhos sobre seus processos saúde-doença, envelhecimento e autocuidado podem estar ligados aos aspectos emocionais, sociais, econômicos, culturais, étnico/raciais, psicológicos e comportamentais.

**Palavras-chave:** envelhecimento; processo saúde-doença; autocuidado.

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>6</b>
<b>ARTIGO CIENTIFÍCIO .....</b>	<b>7</b>
<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>2 METODOLOGIA .....</b>	<b>11</b>
<b>3 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>13</b>
3.1 “Juntando o antes, o agora e o depois”: processo saúde-doença no envelhecimento .....	14
3.2 “Não temos tempo a perder”: autocuidado, saúde e envelhecimento .....	15
3.3 “De escolha própria, escolheu a solidão”: dificuldades e potencialidades de morar sozinho .....	18
3.4 “Que país é esse?": Percepção dos atendimentos em saúde em geral .....	20
<b>4 CONCLUSÃO .....</b>	<b>23</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>24</b>
<b>ANEXO A – NORMAS DA REVISTA .....</b>	<b>26</b>

## **APRESENTAÇÃO**

Este estudo refere-se ao Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Fisioterapia da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Dança da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (ESEFID/UFRGS) como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

O objetivo desse estudo foi investigar a percepção que os idosos que moram sozinhos têm sobre seu processo de saúde-doença, de envelhecimento e de autocuidado, a partir de relatos dos próprios idosos. Participaram 6 idosas que moram sozinhas e praticam alguma atividade física.

O artigo será submetido a revista científica Estudo Interdisciplinares sobre o Envelhecimento, que tem como objetivo divulgar a produção científica sobre o idoso. O periódico apresenta QUALIS B2 para área interdisciplinar.

## **ARTIGO CIENTIFÍCIO**

**Envelhecendo Sozinho: a percepção de idosos sobre seu processo de saúde-doença, envelhecimento e autocuidado**

**Aging Alone: the perception of the elderly about their health process disease, aging and self-care**

Mariana Oliveira Jorge<sup>1</sup>, Luiz Fernando Calage Alvarenga<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Escola de Educação Física, Fisioterapia e Dança, Porto Alegre, RS, Brasil

\*Correspondência: Prof. Dr. Luiz Fernando Calage Alvarenga (CREFITO: 16921-F)

Endereço: Rua Felizardo, 750 - Porto Alegre, RS, Brasil - CEP: 90690-200

Telefone para contato: (51) 3308-5795

E-mail: lfalvarenga@gmail.com

Palavras-chave: envelhecimento; processo saúde-doença; autocuidado

## RESUMO

**Introdução:** O envelhecimento é um fenômeno natural que acontece em todos de forma progressiva, a partir da segunda década de vida do ser humano, dessa forma todos envelhecem ao longo do tempo. Muito idosos escolhem morar sozinhos ou acabam tendo somente esta possibilidade para residir. Nesta direção, morar sozinho pode ser ao mesmo tempo sinal de liberdade e autonomia como de abandono e vulnerabilidade. O objetivo deste estudo foi investigar a percepção dos idosos que moram sozinhos sobre seu processo de saúde-doença, seu envelhecimento e seu autocuidado **Métodos:** Estudo qualitativo exploratório através de entrevistas com roteiro semiestruturado com seis idosos que moram sozinhas e participam de atividades físicas e sociais. Foi realizada análise do conteúdo das entrevistas. **Resultados:** foram construídas quatro categorias analíticas que sintetizam a percepção do envelhecimento nos seguintes aspectos: cada pessoa vive seus processos de saúde-doença no envelhecimento de forma única, o autocuidado está relacionado ao equilíbrio entre o cognitivo, físico e emocional, morar sozinho implica em potencialidades, autonomia, limites e vulnerabilidades e necessidades de políticas públicas que garantam o cuidado à essas pessoas. **Conclusão:** A percepção dos idosos que moram sozinhos sobre seus processos saúde-doença, envelhecimento e autocuidado podem estar ligados aos aspectos emocionais, sociais, econômicos, culturais, étnico/raciais, psicológicos e comportamentais.

**Palavras-chave:** envelhecimento; processo saúde-doença; autocuidado

## ABSTRACT

**Introduction:** Aging is a natural phenomenon that happens in everyone progressively, from the second decade of human life, so all age over time. Very old people choose to live alone or end up having only this possibility to live. In this sense, living alone can be at the same time a sign of freedom and autonomy as well as abandonment and vulnerability. The aim of this study was to investigate the perception of the elderly living alone about their health-disease process, their aging and their self-care. **Methods:** Qualitative exploratory study through interviews with a semi-structured script with six elderly living alone and participating in physical and social activities. Content analysis of the interviews was performed. **Results:** four analytical categories were built that synthesize the perception of aging in the following aspects: each person lives their health-disease processes in aging in a unique way, self-care is related to the balance between cognitive, physical and emotional, living alone implies potentialities, autonomy, limits and vulnerabilities and needs of public policies that guarantee the care to these people. **Conclusion:** The perception of elderly living alone about their health-disease, aging and self-care processes may be linked to emotional, social, economic, cultural, ethnic / racial, psychological and behavioral aspects.

**Keywords:** aging; health-disease process; self care

## 1 INTRODUÇÃO

Nos países desenvolvidos vem ocorrendo uma queda de mortalidade e assim o envelhecimento saudável é uma realidade. Isso acontece, principalmente, em função de urbanizações adequadas e elevação de saneamento básico o que promove a higiene básica pessoal e ambiental nas residências. Pode-se citar, também, como facilitador do processo de envelhecimento, o avanço tecnológico que vem ocorrendo nas últimas décadas.

A pirâmide etária no mundo e no Brasil vem mudando ao longo dos séculos e a taxa de idosos aumentou no mundo e não seria diferente no nosso país. Com isso o envelhecimento tem se mostrado bem claro no decorrer desses anos. O aumento da população idosa acarreta várias modificações no sistema de saúde, nos âmbitos familiares e no auto cuidado (LIMA-COSTA; VERAS, 2003).

O envelhecimento bem sucedido é um objetivo para a população idosa, mesmo sendo um conceito subjetivo pois envolve valores individuais e culturais que são levados em consideração. Esse envelhecimento implica em trazer para a comunidade idosa uma qualidade de vida, tornando assim uma fase produtiva e positiva para eles. O envelhecimento bem sucedido não pode deixar de lado questões como saúde física, psicológica, mental e social, funcionalidade, satisfação com a vida, ter uma estabilidade financeira, produtiva, senso de humor e contribuição na sociedade. Entende-se que essas questões elencadas possam ajudar a criar melhores intervenções de promoção de saúde (JACOB FILHO; KIKUCHI, 2011).

O processo saúde-doença pode ser visto como uma resultante de determinantes sociais, econômicos, culturais, étnico/ raciais, psicológicos e comportamentais, que podem contribuir para situações de saúde que coloquem o idoso em risco ou não. Assim, podem ser construídas situações de vulnerabilidade que envolvem esse idoso. A vulnerabilidade é uma base conceitual, sendo ao mesmo tempo um instrumento de compreensibilidade de situações de saúde e seus determinantes, dessa forma ajudando a mostrar para o idoso os riscos que podem acontecer com ele (SANTOS et al., 2014).

Todas as definições para doença são tentativas de buscar um modelo que explique esse sofrimento para o ser humano. Os entendimentos sobre doença são insuficientes para abordar a saúde e por longas datas foi difícil explicar saúde para a

população. Surge a partir disso a ideia de processo saúde-doença para tentar escapar das definições de saúde que tomam por referência os processos fisiopatológicos. O processo saúde-doença é uma expressão usada para tentar unir as duas variáveis saúde e doença para uma população, sendo eles correspondentes a experiências singulares e subjetivas (ARANTES et al., 2008).

A vulnerabilidade juntamente com autocuidado descreve e explica a prática de cuidados executados pelo indivíduo que tenha alguma necessidade para manter a saúde e o bem-estar. Esse autocuidado tem como prática algumas atividades que os indivíduos desenvolvam de forma deliberada para o seu próprio crescimento e benefício, para assim, manter a vida, a saúde e o bem-estar. Essas ações de cuidado devem ser intencionais e voluntárias para que ocorra de forma específica uma contribuição para a integralidade do ser humano, sendo que assim o indivíduo consegue engajar-se no autocuidado e manter as estruturas básicas de vida dele (BUB et al., 2006).

As distintas situações de vulnerabilidade podem ser particularizadas levando-se em conta três componentes interligados, a vulnerabilidade individual, que se refere a conhecimentos e informações sobre problemas específicos e a atitudes para se assumirem condutas ou práticas protetoras, dando destaque ao viés comportamental e racional, ancorado em relacionamentos intersubjetivos; a social, que diz respeito ao repertório de temas vinculados a aspectos contextuais, tais como: relações econômicas, de gênero, étnico/raciais, crenças religiosas, exclusão social etc.; e a programática, relacionada aos serviços de saúde e à forma como estes lidam para reduzir contextos de vulnerabilidade, dando destaque ao saber acumulado nas políticas e nas instituições para interatuar com outros setores/atores, como: a educação, justiça, cultura, bem-estar social. (OVIEDO, CZERESNIA, 2015)

Este estudo se torna importante e pertinente por trazer a percepção de idosos sobre diferentes aspectos do envelhecimento e assim pode levar dados para equipes de saúde. Pensando especialmente nos acolhimentos, intervenções e acompanhamentos em saúde de pessoas idosas. Portanto, o objetivo desse estudo foi investigar a percepção que os idosos que moram sozinhos têm sobre seu processo de saúde-doença, de envelhecimento e de autocuidado, a partir de relatos dos próprios idosos.

## 2 METODOLOGIA

Essa pesquisa consistiu num estudo de caráter qualitativo com abordagem exploratória. A metodologia qualitativa é pertinente neste projeto, pois aborda uma realidade que não pode ser quantificada (MINAYO, 2012, p. 21), tendo em vista que o principal objetivo é o de analisar, investigar, compreender, descrever, explicar a justificativa da percepção dos idosos, trabalhando assim, com dados no seu sentido subjetivo, ou seja, com algo que não pode ser mensurado. Ocorrendo dessa forma uma análise a posteriori para entender todo o processo e relacionar com as perguntas do projeto (TURATO, 2005).

A pesquisa foi realizada na Escola Superior de Educação Física, Fisioterapia e Dança (ESEFID) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul durante o período de fevereiro a dezembro de 2019. As entrevistas foram realizadas no Centro de Estudos de Lazer e Atividade Física do Idoso (CELARI) que fica localizado no Centro Natatório da ESEFID. O CELARI é um programa que consiste no desenvolvimento de atividades para pessoas com idade superior aos 60 anos, tendo como objetivo à manutenção das atividades de vida diária (AVD) na perspectiva de um envelhecimento saudável, ativo e independente.

As participantes que compõem esta pesquisa são idosas de 60 a 80 anos que frequentam o Centro de Estudos de Lazer e Atividade Física (CELARI). Em relação ao número de participantes, foi utilizado o critério de saturação, que de acordo com Minayo (2017), a coleta de novos dados não traria mais esclarecimentos para o objeto estudado. Para Turato (2013), não é possível determinar o número exato de indivíduos da amostra nas pesquisas qualitativas, podendo ser verificado somente após contemplar os passos da coleta de dados. Thiry-Cherques (2009) sugere que seja necessário entre 8 a 15 entrevistas, já Bauer e Gaskell (2014) referem que a saturação ocorre entre 15 e 25 entrevistados.

O critério de inclusão foi: indivíduos de ambos os sexos que frequentam o projeto CELARI que tenham idade entre 60 e 80 anos, que moram sozinhos no mínimo há um ano. O critério de exclusão foram: idoso que ainda esteja em fase produtiva (esteja trabalhando) e que não saiba ler (analfabeto funcional).

A coleta de dados foi realizada através de entrevistas semiestruturadas (APÊNDICE B), construídas a partir de desdobramentos dos objetivos da pesquisa. A entrevista contém perguntas abertas, para que o entrevistado fale sobre o tema

em questão sem restringir-se ao questionamento (MINAYO et al, 2005). Foram gravadas, mediante autorização do entrevistado, e posteriormente transcritas. O tempo de duração da entrevista será de 30 minutos à 40 minutos. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, o número de registro da pesquisa na Plataforma Brasil é 15896419.0.0000.5347.

Após a coleta de dados, foi realizada Análise de Conteúdo, proposta por Bardin (2011), que é dividida em três momentos. O primeiro momento é a pré-análise, onde se organiza o material a ser analisado, sistematizando as ideias iniciais. Esta fase é conhecida também como a fase exploratória, momento em que serão definidos os documentos analisados. A partir desta escolha será realizada a leitura flutuante do conteúdo abordado nas entrevistas. O segundo momento é conhecido como a “exploração do material”, considerada de extrema importância, pois nela será realizado o levantamento do material documental, através das entrevistas transcritas, onde serão realizados recortes a partir das suas hipóteses, subcategorias e dimensões definidas.

O terceiro momento da pesquisa é destinado para a interpretação dos dados, articulando com elementos teóricos apresentados, com o objetivo de trazer respostas a presente pesquisa. Para isso à coleta de dados nos documentos ocorre a partir das dimensões ou indicadores elencados (BARDIN, 2011).

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa foi realizada com 6 idosas que realizam exercícios físicos gratuitos ofertados para a comunidade em diferentes locais. Os dados das entrevistas indicaram que as idosas não conheciam a entrevistadora, logo não tendo tanta intimidade para respostas mais amplas. As idosas demonstraram muita dificuldade em primeiro momento para responder as perguntas feitas a elas, logo que seria de extrema importância conseguir mais profundas as respostas. A tabela 1 mostra nomes fictícios associados a denominações de flores para as idosas e uma breve descrição sobre elas. A utilização de flores traz o cuidado para as participantes para não serem identificadas. Este tema foi escolhido pois o aroma da flor é marcante em vários momentos da vida das participantes, assim como o trabalho de conclusão de curso na vida da autora. Também, as flores mudam, envelhecem, mas muitas continuam com seu aroma.

Tabela 1: breve descrição das participantes.

<b>Participantes</b>	<b>Descrição</b>
<b>Azaléia</b>	82 anos, solteira e não tem filhos, estudou até o científico. Reside em porto alegre e realiza atividade física no CELARI (centro de estudo de lazer e atividade física do idoso).
<b>Bromélia</b>	66 anos, solteira e sem filhos, terceiro grau completo. Reside em porto alegre e realiza atividade física no CELARI ((centro de estudo de lazer e atividade física do idoso).
<b>Gérbera</b>	80 anos, solteira e sem filhos, terceiro grau completo, Reside em porto alegre e participa das atividades da UNAPI (Universidade Aberta para Pessoas Idosas)
<b>Camélia</b>	63 anos, união estável e um filho, superior incompleto. Reside em porto alegre realiza atividade física no CELARI (centro de estudo de lazer e atividade física do idoso)
<b>Margarida</b>	71 anos, solteira e sem filhos, terceiro grau completo. Reside em porto alegre e faz atividade física pela PMPA (prefeitura municipal de porto alegre).
<b>Tulipa</b>	73 anos, solteira e sem filhos, terceiro grau completo, reside em porto alegre faz atividades pela PMPA (prefeitura municipal de porto alegre).

Fonte: elaborada pela autora.

O processo de análise do conteúdo das entrevistas, tomando como lentes para olhar o material transcrito os objetivos do estudo, sendo que foi possível construir as categorias analíticas que passamos a apresentar e discutir na sequência. Para dar nome e organizar as categorias escolhemos trechos de letras de músicas de artistas brasileiros que remetem a ideias de tempo, de vida e de envelhecimento.

### 3.1 “Juntando o antes, o agora e o depois”<sup>1</sup>: processo saúde-doença no envelhecimento

O processo saúde-doença está interligado a possível vulnerabilidade e alterações de funcionalidade, dessa forma afetando o autocuidado, uma ação realizada pelo indivíduo que pode ser vista durante a vida toda ou só mais percebida no envelhecimento. Os requisitos universais são para todos os humanos, não sendo exclusivos de idosos e incluem questões como: água, alimentos, conservação de ar, atividades e descanso, solidão e atividade social, prevenção de riscos e promoção. Esses requisitos são bases para o desenvolvimento e envelhecimento de um ser humano, quando isso ocorre de forma eficaz ocorre a promoção de saúde, bem-estar e logo o autocuidado está favorecido. (SILVA et al., 2009).

Nessa categoria observamos pelas falas dos participantes e junto de argumentações teóricas o quanto o idoso percebe o seu envelhecimento:

*Tu olha para o espelho e vê teu envelhecimento né, eu só percebo na aparência, não vejo problema físico e nem nada [...].*  
(MARGARIDA).

*No início bem difícil, porque assim tem a síndrome doninho vazio, ele vai embora e tem que começar uma reconstrução de uma vida diferente, aposentada, mesmo que eu trabalhe é diferente, vão surgindo as pequenas doenças ou declínio físico, eu sinto bastante, bem acentuado, eu sempre fui uma pessoa muito enérgica e sou ainda, mas com muita vitalidade e eu vejo que eu não tenho tanta assim, por exemplo, todo dia depois do almoço dá um soninho [...].*  
(CAMÉLIA).

O envelhecimento pode ocorrer de duas maneiras o envelhecimento fisiológico (senescência) e o envelhecimento patológico (senilidade), a senescência é um conjunto normal de alterações de funcionalidade, psicológicas e orgânicas essas são mudanças que começam a ocorrer num organismo e pode estar relacionado com as mudanças na vitalidade pessoal de cada indivíduo. A senilidade é um mecanismo que está ligado a algum adoecimento que acarretará nas funções vitais do idoso, estando acompanhado de algum tipo de doença e assim aumentará progressivamente o envelhecimento desse idoso (ROSSI, 2008).

---

<sup>1</sup> As categorias receberam como título trechos de músicas de artistas brasileiros. Os trechos das músicas remetem à categoria, trazendo um sentimento forte ao ler e lembrar a música, representando a pesquisa.

*Para mim não fez diferença nenhuma, grandes diferenças, a gente vai vivendo, continuo fazendo as mesmas coisas, claro me aposentei, mas não percebo grande diferença, faço ainda as mesmas coisas de antes. (TULIPA).*

*Ai eu nem sinto muito, eu tô meio cansada, assim mas o tempo vai passando, nem para perceber né. Faço todas as atividades Graças a Deus, não senti nenhum prejuízo ainda, esse ano que senti na dança o joelho, daí tive que fazer cirurgia nele. Antes eu fazia tudo e não tinha nenhum problema. (BROMÉLIA).*

O processo de envelhecimento na atualidade deve ser visto de uma forma natural, que ocorrerá independente de qualquer atividade que o ser humano faça ou possa vir a fazer. O envelhecer acontece com todos em todos os momentos da vida, está acontecendo agora. Isso deve ser bem claro para todos e principalmente para o idoso que acredita que é deixado de lado pela falta de vitalidade, funcionalidade ou por uma simples doença que o acometeu. Esse processo que acontece deve ser interpretado de uma maneira diferente nos dias de hoje.

Nesse contexto, nas colocações das participantes podemos observar a maneira que elas se adaptaram ao seu próprio envelhecimento e estado de saúde. Este pode ser um indicador importante, pois a adaptação de cada idoso vai variar conforme a relação que cada uma tem com o processo de envelhecimento. Conforme Ferreira (2012), a percepção positiva é um fator determinante para o envelhecimento bem-sucedido, principalmente a percepção dela de mundo, sociedade, cultura. Podendo ser positiva ou negativa.

### 3.2 “Não temos tempo a perder”: autocuidado, saúde e envelhecimento

Um fenômeno que ocorre mundialmente é o envelhecimento da população e ele nos mostra uma transformação cada vez mais natural. O envelhecimento é um evento biológico, psicológico e social que afeta o ser humano na sua existência, afetando sua própria história (MESQUITA; PORTELLA, 2004). As pessoas começam a notar o seu envelhecimento quando chegam na faixa etária denominada de velhice, porém o envelhecimento começa a partir da segunda década da vida, mas só notaremos algum traço, de forma estrutural e funcional, a partir da terceira década da vida (CIOSAK et al., 2011).

Saúde e doença são multifatoriais e realmente é complexo o seu entendimento, mas estão intimamente ligados a fatores individuais, socioeconômico,

ambientais e educacionais que uma pessoa interage com esses. O desequilíbrio do processo saúde-doença pode afetar assim a vulnerabilidade para o idoso e dessa forma afetar ele em várias instancias, tendo que ter um maior cuidado com esse idoso (CIOSAK et al., 2011). O envelhecimento pode acontecer de várias formas e ter mais de uma interpretação. Esse é a junção de todos os processos (alterações e adaptações) que acontecem ao passar dos anos no organismo humano. Conhecer o cotidiano dos idosos é bem difícil para os profissionais de saúde que tentam implementar atividades e ações que visem alcançar o equilíbrio do processo saúde-doença. Esse equilíbrio é difícil, pois é um fenômeno complexo socialmente determinado e modulado por condicionantes biológicos, psicológicos, culturais, econômicos e políticos. As necessidades de saúde dos idosos referem-se a múltiplas dimensões, fenômenos de saúde ou doença que afetam eles e suas famílias. As necessidades de saúde são sociais e historicamente construídas nas diferentes culturas junto, e, não dizem respeito só à vida biológica. (CIOSAK et al., 2011). A doença não é mais um constructo que tem relação com o sofrimento. A doença não pode ser compreendida por meios de patologias, mas sim a somatória de sentimentos, prazeres, dores, sofrimentos e valores.

Nessa categoria apresentamos um conjunto de falas e argumentações teóricas que possibilitam mostrar alguns modos pelos quais idosos estão cuidando de sala saúde morando sozinho, como podemos observar nas falas abaixo:

*Se eu sentir dor, procuro o médico, cuido dela com a saúde, café, almoço e janta. E faço minhas ginásticas, minhas atividades, vou a show, teatros [...]. (BROMÉLIA).*

*Auxílio médico e auxílio espiritual, sou bem assídua do médico, vou sempre no cardiologista e ginecologista e do aparelho digestivo. A gente vai declinando, o corpo vai enfraquecendo, o que eu fazia há 40 anos, ainda faço, mas não naquela velocidade, com interesse sim. (CAMELIA).*

O envelhecimento pode acontecer de várias formas e ter mais de uma interpretação, sendo a junção de todos os processos (alterações e adaptações) que acontecem ao passar dos anos no organismo humano. Conhecer o cotidiano dos idosos é bem difícil para os profissionais de saúde, mas necessário para implementar atividades e ações que visem alcançar o equilíbrio do processo saúde-doença. Esse equilíbrio é difícil, pois é um fenômeno complexo socialmente

determinado e modulado por condicionantes biológicos, psicológicos, culturais, econômicos e políticos. (CIOSAK et al., 2011).

*Vou ao médico, dermatologista, porque para mim é muito importante, neurologista muito importante, pra saber se minha cabeça estava boa e estava, já fiz outro exame, que não sei o nome, que estava excelente a única coisa que estava um pouquinho alta mas não é nada é a glicose, que aumentou e elata120, me deu uma dieta o médico. Procuo sempre o médico. (MARGARIDA).*

O quadro clínico tende a delinear o quadro geral através do conhecimento e datecnologia levando a muitos diagnósticos patológicos associados ao envelhecimento.. No entanto o que realmente irá contar é a percepção individual sobre a saúde, desempenho social e bem-estar (VIANNA, 2012).

A vulnerabilidade individual é a capacidade de incorporar informações e repertórios cotidianos para sua vida, o que individualmente pensa, quer e faz em relação a saúde, entendendo ou não a questão de agravamento. Com a idade começa a ocorrer modificações em toda a vida do ser humano então ocorrem maiores suscetibilidade em relação a saúde, podendo ocorrer maior vulnerabilidade com o idoso, aumentando o risco de morte do mesmo (PAZ; SANTOS; EIDT, 2006).

*Saúde é aquilo né, tomo remédios, não senti nada de diferente, vou ao médico, faço exame e ele me dá os remédios, depois dos 70começou aparecer, pressão alta... essas coisas só apareceram depois mesmo (TULIPA).*

*Tomando remédios e indo do médico, tomando remédios para fazer se eu consigo suportar as dores [...] não tenho mais aquela idade que eu tinha de antigamente,82 anos não é mole não, se aguentar (AZALÉIA).*

O autocuidado é uma atividade que o indivíduo deve realizar, é uma ação desenvolvida em situações concretas de vida, mobilizando questões que afetam seu próprio desenvolvimento, atividades que beneficiem seu bem-estar, saúde, cotidiano e sua vida. O autocuidado envolve ações de cuidado próprio para que ocorra o desenvolvimento desse individuo tendo uma mínima estrutura universal de desenvolvimento e cuidados em saúde.

As colocações dos participantes mostram que realmente as limitações mostram-se mais evidentes ao passar dos anos. Chegando na faixa dos 60 anos, percebem que começam a sentir percepções corporais do seu envelhecimento,

relacionadas a saúde física, cognitiva e emocional. Isto está de acordo com Wollmann (2018) que mostrou a associação entre a autopercepção do envelhecimento e a autopercepção da saúde, mostrando o envelhecimento com uma frequência de percepções mais negativas. Mas a avaliação de percepções pode proporcionar para o indivíduo possíveis fatores que possam influenciar a vida dele,, mostrando a relação entre cognitivo, físico e emocional.

### 3.3 “De escolha própria, escolheu a solidão”: dificuldades e potencialidades de morar sozinho

A vulnerabilidade está amplamente ligada com a funcionalidade, pois a vulnerabilidade tanto individual e social podem deixar o idoso incapaz e isolado. A experiência humana de funcionalidade e incapacidade não estão relacionadas somente a deixar de fazer uma atividade ou não, mas pode ser entendida como um estado de saúde. A funcionalidade deve ser entendida como a capacidade de uma pessoa realizar determinadas atividades, podendo utilizar diversas habilidades ou utilizar dispositivos, deve-se junto ter interações sociais, atividades em lazer e outras atividades que esse idoso queira realizar (STUCKI et al., 2017).

Vulnerabilidade social está relacionada com as (im)possibilidades de comunicação, levando em consideração as estruturas culturais, políticas e econômicas. A circunstâncias podem ser diversas e devem ser enfrentadas pelo idoso para que possa compreender as situações (PAZ; SANTOS; EIDT, 2006).

A funcionalidade deve estar presente para as pessoas poderem desempenhar as atividades básicas de vida diária (ABVD) ou para realizarem outras demandas sem precisar de ajuda. Ter uma boa funcionalidade ou não influi em todos os aspectos da vida, nas questões físicas, psicológicas e sociais. No idoso ocorre uma implicação mais forte pois a funcionalidade. Quando ocorre a perda de funcionalidade junto vem a falta de convívio com a família, comunidade, sistema de saúde e todo o contexto, implicando em maior déficit para esse idoso e, podendo ocasionar um estado de vulnerabilidade e até dependência, comprometendo seu bem-estar (COSTA et al., 2017).

Nas falas as seguir notamos as dificuldades de cada idosa:.

*Olha já me acostumei mas antes eu tinha minha irmã que morava comigo e quando ela faleceu em 2013 foi horrível para mim, entrei até em depressão...no dia 12 de outubro, no dia da criança no ano passado, e eu senti uma dor forte no peito e eu caí...desmaiada no chão, nem vi como foi. Eu simplesmente cai no chão desmaiada, e aí fiquei 5 horas ali desmaiada no chão sozinha... (AZALÉIA).*

*É tranquilo, estou habituada, há bastante tempo, minha mãe faleceu, faz tempo, e a partir daí fiquei sozinha, eventualmente uma visita. Moro sozinha, por enquanto não encontro nenhuma dificuldade de morar sozinha. (GÉRBERA).*

*Moro sozinha há muito tempo, gosto. Não tenho dificuldade, o que tem que fazer eu faço, o que precisa eu faço. (TULIPA).*

O crescimento de idosos que moram sozinhos foi notório, mesmo no Brasil, a família sendo a principal responsável, ainda acontece muito do idoso morar sozinho e querer isso. Assim o crescimento desses domicílios vem aumentando com o passar dos anos. A maior questão envolvida é a necessidade do cuidado que o idoso tem e como deve ser caracterizado esse cuidado (MONTENEGRO, 2015). O adoecimento é uma constante naqueles que enfrentam o envelhecimento, dessa forma é necessário fazer atividades para promover a saúde, para que possa melhorar assim a autonomia ao envelhecer de forma bem-sucedida. Esse talvez seja um objetivo a ser atingido pela população idosa, pois ele é totalmente atingível para todos de forma que seja planejado e trabalhado para alcançar. O autocuidado busca isso, potencialidade, entende limitações e dessa forma valoriza o bem-estar, saúde e cria maneiras diferentes para cada um conseguir se cuidar de maneira efetiva (SILVA; SANTOS, 2010).

*É tranquilo, estou habituada, bastante tempo, minha mãe faleceu, faz tempo, e a partir daí fiquei sozinha, eventualmente uma visita. Moro sozinha, por enquanto não encontro nenhuma dificuldade de morar sozinha. (ASTROMÉLIA).*

*Morar sozinho é ótimo, melhor não poderia ser, quando tinha minha mãe, eu gostava morar com ela, hoje em dia adoro morar sozinha, morando sozinha a gente faz o que quer, a hora quer e se quer, tudo isso é muito bom. Não tenho dificuldade e nem desafio não morar sozinho, é excelente morar sozinha, é ótimo. (MARGARIDA).*

Essas potencialidades facilitam o surgimento de envelhecimentos bem-sucedidos. Existem já modelos de promoção de saúde que facilitam a compreensão por parte do idoso e ajudam ele a atingir essas potencialidades. (SILVA; SANTOS,

2010). O idoso tem voltado inclusive, para o mercado de trabalho, tendo em vista, que está ocorrendo um envelhecimento consciente para que isso ocorra (SILVA; SANTOS, 2010).

A vulnerabilidade e a (in)capacidade estão ligadas, a primeira está intimamente ligada com a capacidade de lutar e recuperação que o indivíduo pode apresentar. (SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2007). O que foi dito acima mostra que alguns idosos enfrentam o adoecimento e por isso entram num momento de vulnerabilidade.

### 3.4 “Que país é esse?”: Percepção dos atendimentos em saúde em geral

Nesta categoria trazemos para discussão aspectos relacionados a saúde e a atenção à saúde dos idosos a partir de da presença ou ausência de políticas públicas:

*Tenho convênio, tenho médico, tenho apoio médico, de pessoas que me conhecem e tenho sempre as pessoas da atividade física. (BROMÉLIA).*

*Tenho cardiologista, que já acompanho há um bom tempo, tenho plano de saúde e até agora tem me servido muito bem, para mim tem sido suficiente. (GÉRBERA).*

*Procuro ginecologista e clínico geral, faço terapia, qualquer coisa ligo para ela e os amigos né. (CAMELIA).*

*Apoio eu tenho dos meus irmãos, na área da saúde os médicos, quem outro procurar. (MARGARIDA).*

*Tenho médico e vou pelas especialidades. Minha rede de apoio é os médicos, os que sabem das coisas, tenho convenio também e sempre procuro eles e já marcam minhas consultas. (TULIPA).*

A OMS define base para o envelhecimento saudável, trazendo como a equidade nos acessos aos cuidados de saúde e desenvolvimento continuado de ações de promoção à saúde e prevenção de doenças. O estatuto do idoso é um norteador para ações sociais e de saúde, garantindo os direitos para o idoso, para que exista uma obrigação do Estado em proteger essa população. Para que se efetive uma política pública é necessário o envolvimento de muitos órgãos e instituições. (ANDRADE et al., 2013).

Desse modo, o envelhecer desafia as políticas públicas para que possam chegar às necessidades dos idosos, pois os serviços prestados para a essa população tende a aumentar. A velhice não deve ser vista como doença, pois enfermidades acometem a todos, simplesmente é uma etapa da vida que pode ser prevenida, diagnosticada e tratada se com suporte. Como existe um grande aumento na pirâmide etária, existe um aumento assim de doenças mais crônicas, implica na urgência de priorizar a prevenção. Dessa maneira a atenção básica se tornaria um polo para essa população, sendo uma prioridade para a mesma, mas o SUS não está preparado para isso (FERNANDES; SOARESII, 2012).

*Não tenho o apoio de ninguém, quando tenho dor procuro um médico. (AZALÉIA)*

A implementação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa trata-se de um processo para a regulamentação que deve responder a demanda e as necessidades dessa população. A lei brasileira sobre os cuidados da população idosa já é bastante avançada, mas ainda insatisfatória, pois na prática tanto a atenção primária à saúde, quanto a estratégia de saúde da família apontam para a inespecificidade da atenção ao idoso o que impacta em seu bem-estar. Sendo assim o idoso precisa receber do profissional de saúde um outro olhar, não focado na doença e sim na vulnerabilidade de funcionalidade que ele tem ou poderá ter. Para essa população a saúde não é somente o controle e prevenção d doenças, mas também saúde física e mental andando juntas e pensando na capacidade funcional, suporte social e a independência. (ANDRADE et al., 2013).

No âmbito da saúde, destaca a necessidade de:

[...] garantir ao idoso a assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento do SUS; prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde do idoso, mediante programas e medidas profiláticas; incluir a Geriatria como especialidade clínica, para efeito de concursos públicos federais, estaduais, municipais e do Distrito Federal; realizar estudos para detectar o caráter epidemiológico de determinadas doenças do idoso, com vistas à prevenção, tratamento e reabilitação; criar serviços alternativos de saúde para o idoso. (ANDRADE et al., 2013).

Nessa categoria observamos como os idosos lembram da saúde, em momento que precisam de apoio para alguma dificuldade. Mostra o quanto o idoso

necessita de bases para solidificar o atendimento para eles. A implementação de novas políticas no âmbito da atenção básica poderiam melhorar a qualidade do atendimento podendo mostrar a essa população que existe um SUS e um atendimento mais específico para eles.

## 4 CONCLUSÃO

Com os resultados vistos, podemos notar que a percepção do idoso sobre seu envelhecimento é relativa para cada um. Algumas percepções apontaram que pode não existir impacto na vida deles, somente modificou a idade deles, como também temos as pessoas que relatam a modificação por dores e não ter a mesma agilidade de antes. Todas trazem a grande felicidade que é ainda ter a interação social e realizar atividades físicas, mas ainda um grande ponto e muito importante é a questão de todas não procurarem o SUS, não terem auxílio do mesmo e ainda não se sentirem amparadas por ele.

Os idosos mostraram e podemos concluir que morar sozinho é a melhor situação que eles têm, que se não fosse isso estaria com uma qualidade de vida muito pior, junto disso sabem se cuidar e prestam muito atenção na sua saúde, no cuidado com ela pois sabem que quem cuida deles, são eles mesmos. Notamos que muitos idosos são capazes de conduzir sua vida, ter autonomia e determinar quando, como e onde terão convívio social, lazer, fazer suas atividades e se precisam de ajuda ou não para continuarem morando sozinhos. A sociedade e a família devem se preocupar em oferecer para os idosos mais oportunidades para ações sociais, políticas sociais, estímulos para fazerem ainda o que gostam e queiram. As práticas diárias de atividade físicas mostram que todas as idosas tem uma funcionalidade e vulnerabilidade que ajudam elas a realizar suas tarefas diárias indiferentemente das quais forem.

Os idosos mostram diariamente a capacidade que tem e mostram o quanto eles querem ser lembrados ainda em todos os âmbitos. A vontade de cada idoso deve ser levada em consideração em todos os momentos. O trabalho trouxe uma visão diferente do que todos esperavam, traz uma visão não do idoso frágil e sim do idoso forte que trabalha e faz suas atividades com menos auxílio do que achávamos antes.

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Luana Machado et al. Políticas públicas para pessoas idosas no Brasil: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 12, p. 3543-3552, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n12/a11v18n12.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2019.
- ARANTES, Rosalba Cassuci et al. Processo saúde-doença e promoção da saúde: aspectos históricos e conceituais. **Revista APS**, v. 11, n. 2, p. 189-198, abr./jun. 2008. Disponível em: <https://aps.uff.br/emnuvens.com.br/aps/article/view/262/99>. Acesso em: 22 out. 2019.
- BUB, Maria Bettina Camargo et al. A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, p. 152-157, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15nspe/v15nspea18>. Acesso em: 22 nov. 2019.
- CIOSAK, Suely Itsuko et al. Senescência e senilidade: novo paradigma na Atenção Básica de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. esp. 2, p. 1763-4768, Dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45nspe2/22.pdf>. Acesso em: 13 out. 2019.
- COSTA, Sônia Mara Gusmão et al. Funcionalidade em idosos: revisão integrativa da literatura. **Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento**, v. 3, n. 2, ago. 2017. Disponível em: [http://www.revistas.uevora.pt/index.php/saude\\_envelhecimento/article/view/182/294](http://www.revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/182/294). Acesso em: 20 nov. 2019.
- FERNANDES, Maria Teresinha de Oliveira; SOARESII, Sônia Maria. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 6, p. 1494-1502, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/29.pdf>. Acesso em: 22 out. 2019.
- JACOB FILHO, Wilson; KIKUCHI, Elina Lika. **Geriatría e Gerontología básicas**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. 512 p.
- LIMA-COSTA, Maria Fernanda; VERAS, Renato. Saúde pública e envelhecimento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 03, Jun. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15872.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2019.
- MESQUITA, P. M.; PORTELLA, M. R. A gestão do cuidado do idoso em residências e asilos: uma construção solitária fortalecida nas vivências do dia-a-dia. In: PASQUALOTTI, A.; PORTELLA, M. R.; BETTINELLI, L. A. (Org.). **Envelhecimento humano: desafios e perspectivas**. Passo Fundo, 2004. p. 72-94
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed., São Paulo: Hucitec, 2012.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo (SP), v. 5, n. 7,

p. 01-12, abril, 2017. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82/5>. Acesso em: 08 ago. 2019.

OVIEDO, Rafael Antônio Malagón; CZERESNIA, Dina. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, n. 53, p. 237-250, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2015.v19n53/237-250/>. Acesso em: 12 out. 2019.

PAZ, Adriana Aparecida; SANTOS, Beatriz Regina Lara dos; EIDT, Olga Rosaria. Vulnerabilidade e envelhecimento no contexto da saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 338-342, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n3/a14v19n3.pdf>. Acesso em: 11 out. 2019.

ROSSI, Edison. Envelhecimento do sistema osteoarticular. **Revista Einstein**, v. 6, 2008. Disponível em: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/pdf/746-einstein%20suplemento%20v6n1%20ps7-12.pdf>. Acesso em: 13 out. 2019.

SÁNCHEZ, Alba Idaly Muñoz; BERTOLOZZI, Maria Rita. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, Mar./Abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a07v12n2.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2018.

SILVA, Aila Cristina dos Santos; SANTOS, Iraci dos. Promoção do Autocuidado de Idosos para o Envelhecer Saudável: aplicação da teoria de nola pender. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 745-453, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n4/18.pdf>. Acesso em: 10 out. 2019.

TURATO, Egberto Ribeiro. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, Jun. 2005 .

VIANNA, Lucila Amaral Carneiro. **Processo saúde-doença**. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2012. Disponível em: [https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/2/unidades\\_conteudos/unidade01/unidade01.pdf](https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade01/unidade01.pdf). Acesso em: 14 out. 2019.

## ANEXO A – NORMAS DA REVISTA

### Procedimentos para o envio dos manuscritos

1. Ao enviar seu manuscrito o(s) autor(es) está(rão) automaticamente: a) autorizando o processo editorial do manuscrito; b) garantindo de que todos os procedimentos éticos exigidos foram atendidos (informar aprovação de Comitê de Ética ou explicação da não-submissão); c) concedendo os direitos autorais do manuscrito à revista Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento; d) admitindo que houve revisão cuidadosa do texto com relação ao português e à digitação.
2. Ao submeter o manuscrito deve ser informado (no portal SEER) nome, endereço, e-mail e telefone do autor a contatar e dos demais autores. A ordem de registro dos autores deve ser a mesma como no manuscrito. Caso sejam mais que seis autores, deveria-se justificar o número e detalhar a contribuição de cada autor.
3. O manuscrito deve ser anonimizado, sem indicação do(s) autor(es) e vínculo institucional. Em arquivo extra, os autores devem mandar uma folha de rosto onde consta o título na língua do artigo e em inglês (se o artigo for em inglês, deve constar em português) e os autores com resumos das biografias, em nota de rodapé, da seguinte forma: Formação básica, titulação mais alta, vinculação institucional e e-mail para contato.
4. Os artigos devem ser estruturados da seguinte forma: Introdução, Objetivo, Métodos, Resultados, Conclusão; em inglês: Introduction, Purpose, Methods, Results, Conclusion. Artigos de revisão sistemática ou meta-análises, devem seguir a estrutura, em Português: Objetivos, Estratégia de pesquisa, Critérios de seleção, Resultados, Conclusão; em Inglês: Purpose, Research strategy, Selection criteria, Results, Conclusion. Abaixo do resumo/abstract, especificar no mínimo três e no máximo seis descritores/keywords que definam o assunto do trabalho. Em caso de trabalhos na área da saúde os descritores deverão ser baseados no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) publicado pela Bireme que é uma tradução do MeSH (Medical Subject Headings) da National Library of Medicine e disponível no endereço eletrônico: <http://decs.bvs.br>.
5. Os manuscritos deverão ser formatado em Microsoft Word, em A4 (212x297mm), Margem: 2,5 cm de cada lado Fonte: Arial tamanho 12 para texto. Para tabelas, quadros, figuras e anexos: fonte Arial 8. Recuos e espaçamentos: zero Alinhamento do texto: justificado Tabulação de parágrafo: 1,25 cm. Tamanho máximo 7.500 palavras, incluindo tabelas, quadros e referências (sem resumo). Os resumos, tanto em português quanto em inglês, devem ter, no máximo, 250 palavras.
6. A apresentação dos originais deverá seguir as normas atualizadas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Recomenda-se a consulta principalmente às normas NBR 6023/2018.
7. O resumo em português deve ser apresentado primeiro, seguido pelo abstract, com quebra de página entre eles. O resumo e o abstract devem conter exatamente as mesmas informações. O resumo deverá conter informações relevantes do estudo, que constem no texto e que incentivem a leitura do artigo. Deverá ser estruturado de

acordo com o tipo de artigo, contendo resumidamente as principais partes do trabalho e ressaltando os dados mais significativos. Não deve conter a instituição em que o estudo foi realizado. Não deve conter referências.

8. Figuras, tabelas, quadros, etc., devem ser inseridos no texto. Nas tabelas e figuras devem constar legendas bem como a fonte. O número de tabelas deve ser apenas o suficiente para a descrição dos dados de maneira concisa, e não devem repetir informações apresentadas no corpo do texto. As figuras e tabelas podem ser apresentadas em preto e branco ou colorido não excedendo 17,5 cm de largura por 23,5 cm de comprimento. Devem ser, preferencialmente, elaboradas no Word/Windows. Tabelas, figuras e quadros devem ser de muito boa qualidade facilitando o processo de editoração.