

Universidade Federal de São Carlos  
Centro de Educação e Ciências Humanas  
Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade

**Uma análise sobre o acesso e uso de informações em  
saúde via internet pelas pessoas idosas**

Brunela Della Maggiori Orlandi

São Carlos – SP  
2014



BRUNELA DELLA MAGGIORI ORLANDI

**Uma análise sobre o acesso e uso de informações em  
saúde via internet pelas pessoas idosas**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade, do Centro de Educação e Ciências Humanas, da Universidade Federal de São Carlos, como parte dos requisitos para a obtenção o título de Mestre em Ciência, Tecnologia e Sociedade.

Orientador: Prof . Dr. Wilson José Alves Pedro

São Carlos – SP  
2014

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da  
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

O71aa Orlandi, Brunela Della Maggiori.  
Uma análise sobre o acesso e uso de informações em  
saúde via internet pelas pessoas idosas / Brunela Della  
Maggiori Orlandi. -- São Carlos : UFSCar, 2014.  
105 p.

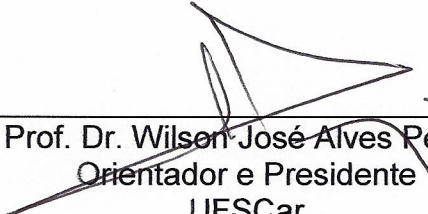
Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São  
Carlos, 2014.

1. Desenvolvimento social - ciência, tecnologia e  
sociedade. 2. Idosos. 3. Internet. 4. Sistemas de informação  
em saúde. I. Título.

CDD: 303.483 (20ª)




**BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE  
BRUNELA DELLA MAGGIORI ORLANDI**



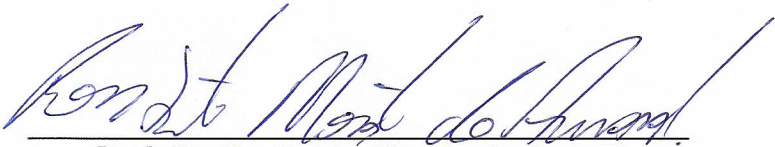
---

Prof. Dr. Wilson José Alves Pedro  
Orientador e Presidente  
UFSCar



---

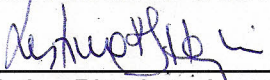
Profa. Dra. Ruth Caldeira de Melo  
Membro externo  
USP/EACH



---

Prof. Dr. Roniberto Morato do Amaral  
Membro interno  
DCI/UFSCar

Submetida a defesa pública em sessão realizada em: 24/02/2014.  
Homologada na 72ª reunião ordinária da CPG do PPGCTS, realizada em  
10/03/2014.



---

Profa. Dra. Maria Cristina Piumbato Innocentini Hayashi  
Coordenadora do PPGCTS

Fomento: CAPES/DS

defesa de nº 96



Dedico este trabalho  
a minha mãe Marli,  
ao meu marido Lísias,  
ao meu irmão Raphael  
e a toda minha família,  
amo muito vocês!





## **Agradecimentos**

Agradeço primeiramente a Deus por me permitir trabalhar e realizar esta dissertação ao lado de pessoas tão especiais e queridas nesses dois anos.

Também gostaria de agradecer ao Prof. Dr. Wilson Pedro que me aceitou como orientanda e por todas as oportunidades de aprendizado profissional e pessoal que me ofereceu nessa nossa parceria que para este trabalho acaba aqui (mas que estaremos por pelo menos mais quatro anos juntos).

Gostaria de agradecer à CAPES pelo apoio dado em quase dois anos com a bolsa de mestrado.

Um agradecimento especial a uma pessoa que viu que a Gerontologia é uma profissão muito necessária e me incentivava a gostar mais da profissão que escolhi, obrigada “Vô” Apolo, por todos os ensinamentos e por me fazer acreditar na heterogeneidade da velhice (*in memoriam*).

Obrigada a toda minha família: Mães Marli e Eurídice, Pais Rui e Djalma, Irmãos Raphael, Ana Elisa, Crysthiano, Marcio, Mari, Marina e Junior e as minhas sobrinhas Luiza e Isabel que são a alegria dos meus dias e aos demais que aqui não conseguirei escrever, pois acreditem são muitos, pelo carinho, amor e apoio que me deram e me dão até hoje, vocês são muito especiais e amo cada um de vocês.

Ao meu amigo e marido Lísias, por conseguir me aturar e permanecer em todas as conquistas, obrigada por estar ao meu lado sempre, TE AMO.

Claro que não poderiam faltar as amadas amigas que fiz durante o Mestrado: Cupcake (Juliana Santicioli), Flor Mirim (Nayara Bessi), Coxinha (Daniela Salgado) e Garota Poupatempo (Lívia Teciano), obrigada pela amizade de vocês, independente de onde estiverem sempre estarão em meu coração. Aos meus amigos Marcos Martinelli, Milene Almeida, Rojanira, Marcela, Roberta e toda a turma 2012 do Mestrado CTS – UFSCar vocês são dez.

Aos amigos que fiz por encontros do destino Meliza Cristina, Silvana Perseguino, Daniela Santos, Giovana Padula e a Profª. Dra. Marcia Niituma vocês com certeza fazem parte da minha história, obrigada!

Ao Paulo (secretário do CTS) por nos socorrer sempre que necessário e nos auxiliar em tudo que precisamos, Paulinho o CTS e a secretaria não são nada sem você!

À banca presente por ter aceito o meu convite de participação: Profª. Dra. Ruth Caldeira de Melo, Profª. Dra. Meire Cachioni – que foram e são minhas mestres de

graduação, com vocês aprendi muito a amar minha profissão e ter certeza daquilo que queria ser. Ao Prof. Dr. Roniberto Morato do Amaral e ao Prof. Dr. Leandro Innocentini Lopes de Faria que prontamente aceitaram participar da minha banca, muito obrigada!

Meu muito obrigada a cada um que fez e faz parte da minha e da nossa história, obrigada a todos que eu não falei aqui e que me apoiaram sempre, dedico este trabalho a todos vocês.

*“Viver é envelhecer, nada mais”  
Simone de Beauvoir*



**Resumo:** Os avanços científicos e tecnológicos trazem implicações psicossociais – individuais e coletivas. Com isso, se faz necessário a inserção das pessoas idosas no contexto de desenvolvimento das novas tecnologias da informação e comunicação. O presente estudo buscou investigar se os participantes fazem buscas sobre saúde na internet e como estas buscas influenciam na qualidade de vida da pessoa idosa, relacionando as doenças que os mesmos relataram ter, considerando a perspectiva do campo CTS e abrangendo a área da gerontologia. Neste sentido, o objetivo deste estudo foi analisar o acesso e uso de informação em saúde através de um recurso tecnológico, por um grupo de pessoas idosas de um programa de inclusão digital, neste caso o Programa de Inclusão Digital (PID) da Fundação Educacional de São Carlos (FESC) que é uma entidade governamental criada para promover e desenvolver questões de ordem educacional para todas as idades. O estudo foi desenvolvido em sete etapas, sendo a coleta de dados subdividida em três fases. Na primeira fase de coleta de dados, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, foi feito o convite aos participantes, comparecendo 19 pessoas idosas, sendo 8 do sexo masculino e 11 do sexo feminino, tendo respondido a um questionário semiestruturado. Para a segunda fase 8 pessoas idosas participaram de um estudo dirigido, no qual foram abordadas questões sobre o acesso à informação em saúde através da internet. Na terceira fase a coleta de dados foi realizada por grupo focal, divididos em 2 homens e 4 mulheres. Os principais resultados apontam que a idade média dos idosos é de 67 anos, com nível superior completo e renda de até três salários mínimos em sua maioria as pessoas idosas participantes não fazem busca de informação sobre saúde na internet mas consideram importante saber fazer e que essa busca influencia na qualidade de vida dos mesmos..

**Palavras-chave:** Pessoas Idosas. Internet. Informação em Saúde. Campo CTS.



**Abstract:** Scientific and technological advances bring individual and collective psychosocial implications. Thus, the inclusion of the elderly in the context of development of new technologies of information and communication is needed. The present study investigated whether participants do searches about health on the internet and how these searches influence the life quality of the elderly, relating the reported diseases, considering the CTS field perspective and the area of gerontology. In this sense, the aim of this study was to analyze the access and use of health information through a technological resource, by a group of elderly people from a program of digital inclusion, in this case the “Programa de Inclusão Digital” (PID) of the “Fundação Educacional de São Carlos” (FESC) which is a government entity created to develop and promote educational programs for all ages. The study was conducted in seven steps, been the data collection divided into three phases. In the first phase of data collection, after the approval of the Committee of research ethics, an invitation to participants was done, having attended 19 elderly people, 8 male and 11 female on which they answered a semi-structured questionnaire. For the second stage 8 elderly people participated in a directed study, in which issues of access to health information through the internet were addressed. In the third phase the data collection was done through a focus group divided into 2 men and 4 women. The main results show that the average age of the elderly is 67 years old, with college degree and earning up to three minimum wages, from the participants only 1 doesn't have a computer with internet access at home and those who own do searches for information and news. The study also shows that the participants of the third stage believe that the search for health information on the internet is important and influences their life quality.

**Keywords:** Elderly People. Internet. Health Information. CTS Field.





## Lista de Gráficos

Gráfico 1: Distribuição dos participantes segundo Estado Civil.....	56
Gráfico 2: Distribuição dos participantes do estudo segundo co-habitação.....	56
Gráfico 3: Distribuição dos participantes do estudo segundo grau escolar.....	57
Gráfico 4: Renda em Salários Mínimos .....	58
Gráfico 5: Exercício atual de atividade remunerada .....	58
Gráfico 6: Co-participação renda .....	59
Gráfico 7: Autorreferência da utilização de computador na semana.....	60
Gráfico 8: Tipos de informações .....	60
Gráfico 9: Tipo de informações que buscam na internet.....	61
Gráfico 10: Autopercepção em Saúde .....	61
Gráfico 11: Autorreferência sobre presença de Doença Crônica .....	62
Gráfico 12: Autorreferência de conhecimentos sobre doença autorrelatada.....	63
Gráfico 13: Autorreferência de uso utilização de medicamentos.....	64
Gráfico 14: Autorreferência aobre a prescrição médica de medicamentos.....	64
Gráfico 15: Autorreferência sobre a ocorrência de quedas nos últimos 12 meses.....	65
Gráfico 16: Autorreferência incontinência urinária.....	66
Gráfico 17: Satisfação com a vida.....	67
Gráfico 18: Referência ao sentimento de tristeza com frequência .....	67
Gráfico 19: Ficado nervoso com frequência.....	68
Gráfico 20: Dificuldade de Memorização .....	68
Gráfico 21: Motivação para Aquisição.....	70
Gráfico 22: Senso de Auto Eficácia .....	71
Gráfico 23: Motivação para aprendizagem .....	72
Gráfico 24: Crenças e Atitudes.....	72



## **Lista de Quadros**

Quadro 1: Escala de Atitudes com Relação ao uso de Computadores dividida por fatores.....69



## **Lista de Figuras**

Figura 1: Convergência do campo da Gerontologia.....	27
Figura 2: Pirâmide Etária Brasileira Década de 1980 .....	33
Figura 4: Pirâmide Etária Brasileira Projeção Década 2050 .....	34
Figura 5: Síndromes Geriátricas .....	39
Figura 6: Organograma FESC .....	52
Figura 7: Organização dos Cursos do PID .....	54
Figura 8: Mapa de distribuição dos Telecentros.....	55



## SUMÁRIO

<b>1. Apresentação</b> .....	<b>23</b>
<b>2. Aportes históricos, conceituais e teóricos</b> .....	<b>26</b>
2.1. O campo CTS e a Gerontologia .....	26
2.2. A transição demográfica: breve panorama .....	28
2.2.1. O Município de São Carlos .....	35
2.3. Sobre o Envelhecimento Ativo e as Políticas Públicas.....	36
2.4. Síndromes Geriátricas: uma questão de saúde coletiva.....	37
2.5. Tecnologias da comunicação e informação no contexto da saúde e envelhecimento.....	42
<b>3. Justificativa</b> .....	<b>46</b>
<b>4. Objetivos</b> .....	<b>47</b>
<b>5. Procedimentos Metodológicos</b> .....	<b>48</b>
5.1. Delineamento do Estudo .....	48
5.1.1. Procedimentos de Coleta de Dados .....	49
<b>6. Resultados e Discussão</b> .....	<b>52</b>
6.1. A Fundação Educacional de São Carlos e o Programa de Inclusão Digital .....	52
6.2. Caracterização do Perfil dos Participantes.....	55
6.3. Acesso e uso da internet e autorreferência às condições de saúde-doença.....	59
6.4. Sobre o acesso e uso da internet .....	73
6.5. Autopromoção do Envelhecimento Ativo .....	75
<b>7. Considerações Finais</b> .....	<b>87</b>
<b>Referências Bibliográficas</b> .....	<b>89</b>
<b>A. Anexo I – Aprovação do Comitê de Ética</b> .....	<b>95</b>
<b>A. Apêndice I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b> .....	<b>98</b>
<b>B. Apêndice II – Protocolo de Avaliação: acesso e uso da informação</b> .....	<b>100</b>
<b>C. Apêndice III – Protocolo Fase 2</b> .....	<b>104</b>







## 1. Apresentação

O tema investigado na presente dissertação conduziu-nos em esforços e empreendimentos acadêmicos interdisciplinares, considerando as especificidades do fenômeno que é objeto desse estudo, qual seja, o processo de envelhecimento humano, e os fundamentos teóricos do campo Ciência, Tecnologia e Sociedade (doravante, CTS), conforme descritos por Bazzo, Leisingen e Pereira (2000) e nos quais se inserem a presente investigação.

A interdisciplinaridade surge na Europa, França e Itália, na década de 1960, segundo Fazenda (2008), no contexto dos movimentos estudantis. Reivindicava-se um ensino onde as questões de ordem social, política e econômica fossem incluídas. Este movimento chegou ao Brasil pouco depois, materializado pela criação da Lei de Diretrizes e Bases Nº 5.692/71, e mantém até os dias atuais uma grande influência na educação brasileira nos três níveis de ensino (fundamental, médio e superior).

Segundo Fazenda, (2008), Japiassú é um dos pesquisadores pioneiros na introdução da interdisciplinaridade no Brasil, propondo a inserção de “conceitos-chave” para uma melhor comunicação entre uma equipe. Também mostrou estar a frente do seu tempo quando propôs uma nova linha de pesquisa, que inserisse o cientista no campo da interdisciplinariedade.

Ao pensar em Gerontologia como um campo de conhecimentos científicos e tecnológicos para a compreensão e intervenção junto nos processos de envelhecimento, torna-se imprescindível um enfoque interdisciplinar. Mas foi somente na década de 1990 que a questão do envelhecimento passou a ser uma tratada como uma questão interdisciplinar no espaço das universidades (CACHIONI; NERI, 2004).

Pedro (2012, p. 120) aproximando as discussões da Gerontologia ao campo CTS revisa contribuições de Maddox (1987), Johnson (1997) e Neri (2008) e afirma que a Gerontologia

é um campo multi e interdisciplinar que visa à descrição e à explicação das mudanças típicas do processo de envelhecimento e de seus determinantes genéticos-biológicos, psicológicos e socioculturais. Interessa-se também pelo estudo das características das pessoas idosas, bem como pelas várias experiências de velhice e envelhecimento ocorridas em diferentes contextos socioculturais e históricos. Abrange aspectos do envelhecimento normal e patológico.

O autor também defende que a atuação do gerontólogo se ocupe da multidimensionalidade dos processos biológico, psicológico e social, intervindo em todas

essas esferas, sobretudo porque cria problemas para pessoas idosas e para os contextos nos quais os idosos estão inseridos. E no atual contexto da transição demográfica, o acesso e uso das tecnologias de informação e comunicação, caracterizam-se como aspectos essenciais a serem considerados, seja no âmbito educacional quanto da promoção de saúde e cidadania.

Peterson<sup>1</sup> (1987 apud Vieira, 2009, p.95) traz duas perspectivas conceituais da gerontologia enquanto um campo de estudos: por um lado, a define como “a arte liberal” e, por outro, como uma “investigação científica”. A primeira perspectiva aponta para gerontólogos que têm examinado as atitudes para com as pessoas idosas, as condições integrais ao longo do período histórico e as aproximações filosóficas para entender e encarar o processo de envelhecimento. A segunda, por sua vez, aborda os conceitos empíricos, com objetivo de descrever, prever e controlar o envelhecimento e, por último, é também tratada como um problema intelectual com questões acerca do processo de envelhecimento em uma visão integral.

Vieira (2009) aponta que tais definições complementam-se na perspectiva teórico-prática: a primeira refere-se a uma disciplina voltada à pesquisa filosófica ou científica que tem por foco o processo de envelhecimento; a segunda aborda a prática profissional onde se planeja e administra serviços destinados ao processo de envelhecimento.

O atual contexto do campo da gerontologia no Brasil e a trajetória acadêmica-profissional por mim percorrida reafirmam estas perspectivas. Tendo optado inicialmente pela formação acadêmica profissional no Bacharelado em Gerontologia, o presente estudo é um avanço, pois aponta a necessidade de também fomentar uma reflexão filosófico-científica sobre o campo de estudos da Gerontologia, agora renovado à luz de aportes teóricos do campo CTS.

Alguns pesquisadores defendem que a gerontologia é um campo multidisciplinar que envolve os estudos do envelhecimento. Outros pesquisadores, no entanto, trazem a questão da gerontologia como disciplina subdividida em especialidades (biologia do envelhecimento, psicologia do envelhecimento, além de temas correlatos) e há ainda, os pesquisadores que afirmam que o campo da gerontologia pode ser interdisciplinar, diferenciando teoria e métodos. Devido a questões de multidisciplinariedade e interdisciplinariedade, há quatro décadas o campo da Gerontologia vem compondo conceitos vinculados aos processos

---

<sup>1</sup> PETERSON, David. A. (1987) Career Paths in the field of aging. Professional gerontology. Lexington (Massachusetts), Lexington Books, cop..

biológicos, psicológicos e sociais (BASS; FERRARO, 2006; ALKEMA; ALLEY, 2006; MARTIN; GILLEN, 2013).

Considerando a natureza e o contexto interdisciplinar, o campo CTS, especificamente, as dimensões educacionais e da gestão pública, cujas fronteiras e mediações são tênues, carecendo de aproximações, diálogos e produções, torna-se relevante a demarcação deste debate, condição fundamental para os avanços dos estudos sobre os processos de envelhecimento, especialmente no campo CTS.

Pedro (2012) afirma que ambos (Gerontologia e o campo CTS) se inter-relacionam pela natureza interdisciplinar partindo do princípio epistemológico e saberes para a análise e compreensão dos avanços científicos e tecnológicos. Os campos se convergem ao ponto de trabalharem para formar embasamentos e conceitos gerontológicos e do campo CTS, resultando estudos e intervenções sobre o processo de envelhecimento, aliados a recursos tecnológicos e informacionais.

Este texto está organizado da seguinte maneira:

No Capítulo 1 tivemos uma apresentação desta dissertação. O Capítulo 2 é denominado “Aportes históricos, conceituais e teóricos” e está subdividido em outros cinco subcapítulos que incluem: “O Campo CTS e a Gerontologia”; “A transição demográfica: breve panorama”; “Sobre o Envelhecimento Ativo e as Políticas Públicas”; “Síndromes Geriátricas: uma questão de Saúde Coletiva” e “Tecnologias da Comunicação e Informação no contexto da saúde e envelhecimento” O Capítulo 3 traz a justificativa deste trabalho, o Capítulo 4 retrata quais são os objetivos desta pesquisa, o Capítulo 5 disserta sobre a metodologia utilizada, o Capítulo 6 aborda as discussões e os resultados e no Capítulo 7 são tecidas as Considerações Finais.

## **2. Aportes históricos, conceituais e teóricos**

### **2.1. O campo CTS e a Gerontologia**

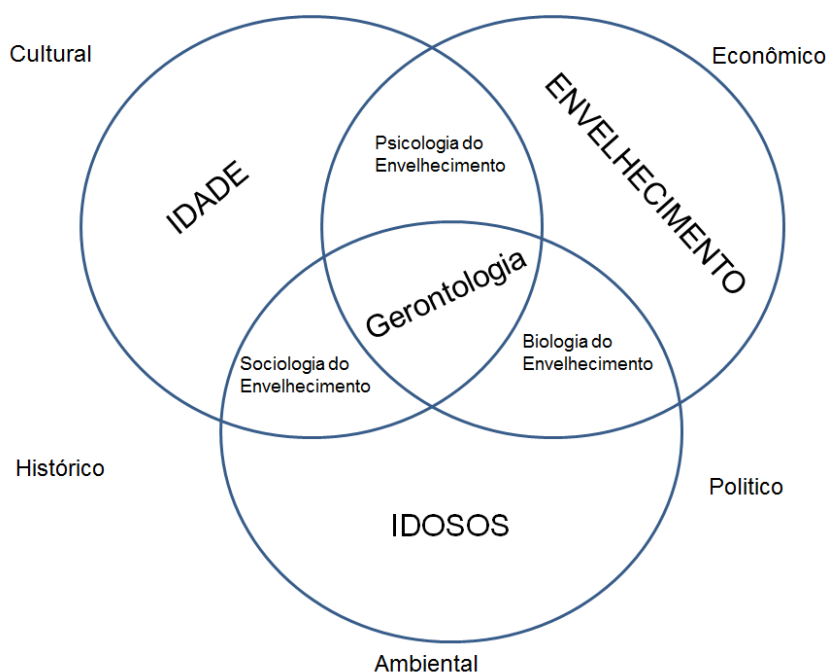
Os estudos em Gerontologia surgiram em 1903, há mais de um século, postulado por Metchnikoff, que delimitou esse campo como “o estudo científico da velhice”. Diversas teorias traduzem a questão do envelhecimento como mudanças no ciclo de vida, inseridos em ambientes físicos e sociais (BASS; FERRARO, 2006; ALKEMA; ALLEY, 2006; MARTIN; GILLEN, 2013).

Papaleo Netto (2011), nos mostra que Nescher em 1909, defendeu a criação da especialidade médica para tratar as doenças dos idosos e da velhice, a denominando de Geriatria. Porém, somente a partir de 1930, através da pesquisadora Marjory Warren, que se introduz a questão da interdisciplinariedade e de uma avaliação multidimensional do idoso (NETTO, 2011)

Outros autores, no entanto, questionam quais problemas surgem e que são comuns ao processo de envelhecimento, considerando questões como experiência inicial da vida, a acumulação de riscos e benefícios no decorrer da mesma e adaptações ao final da vida (BASS; FERRARO, 2006; ALKEMA; ALLEY, 2006; MARTIN; GILLEN, 2013).

A partir dessas discussões, três conceitos são fundamentais para nortear o campo da Gerontologia: idade, pessoas idosas e envelhecimento. Os aspectos biológicos, psicológicos e sociais são as bases para o desenvolvimento deste campo, conforme apresentado anteriormente. Contudo, a Gerontologia é a convergência dos conceitos acima descritos em um contexto que envolve questões culturais, histórias, ambientais, econômicas e políticas (FIGURA 1) que podem influenciar na qualidade de vida do indivíduo que envelhece (ALKEMA; ALLEY, 2006).

Figura 1: Convergência do campo da Gerontologia



Fonte: Adaptado de ALKEMA; ALLEY, 2006.

No Brasil, alguns dos esforços para demarcação do campo da Gerontologia, estão contemplados no trabalho de Prado e Said (2006), que fomentam este debate analisando a gerontologia em suas pretensões de constituir-se como a ciência do envelhecimento. Esses autores mostram que, a partir do trabalho de Stengers (1990), defende-se a tese de que há necessidade de desenvolvimento de um conceito e o despertar de interesses para essa questão, em diferentes setores da sociedade; articulados a um projeto político, apontam que o debate político é fundamental para o estabelecimento de um campo científico, demonstrando as limitações conceituais e delimitação da velhice e do envelhecimento, bem como problemas referentes a hierarquias entre domínios internos à gerontologia e a outros campos do conhecimento.

Com a criação da Sociedade Brasileira de Geriatria (SBG) e os programas de lazer e de preparação para aposentadoria do Serviço Social do Comércio (SESC) nos anos 1960, o envelhecimento no Brasil assume especificidades e ganha visibilidade, alinhado às discussões internacionais, principalmente da Europa. Foi, entretanto, somente na década de 1980, criado o primeiro curso de especialização em gerontologia no Brasil no Instituto Sedes Sapientiae. A partir da década de 1990 surgem as pós-graduações *stricto sensu* Gerontologia na Unicamp, Gerontologia Social na PUC-SP e Gerontologia Biomédica na PUC-RS (PAPALEO NETTO, 2011). Estudos demonstram, entretanto, que o envelhecimento, a velhice, a terceira idade e

suas variações e diversidade, são contempladas enquanto fenômeno-objeto de estudos em dissertações, teses e pesquisas diversas, tendo capilarizado por programas de pós-graduação e grupos de pesquisas da área de ciências humanas e sociais, além das ciências biológicas e da saúde (PEDRO, 2013).

Tais evidências reafirmam a importância da inserção da Gerontologia no campo CTS, esse último, um campo que emerge da década de 1970 com base na filosofia e na sociologia, como necessidade de regulamentar as revoluções científico-tecnológicas de maneira democrática (BAZZO; LEISINGEN; PEREIRA, 2000). É importante destacar nossas preocupações com os antecedentes sócio-históricos, bem como das lacunas com que importantes segmentos sociais contemplam atualmente o fenômeno científico-tecnológico característico da Linha 1 de pesquisa do Programa de Pós Graduação em CTS da UFSCar, sobre Dimensões Sociais da Ciência e da Tecnologia.

O campo CTS traz para o contexto acadêmico novas justaposições e interpretações do campo da ciência e da tecnologia e qual a sua interação e correlação com a sociedade. Tem um caráter interdisciplinar por se tratar de várias áreas convergindo para um único ponto que é a dimensão social da tecnologia e da ciência, versando também sobre as consequências socioambientais (BAZZO; LEISINGEN; PEREIRA, 2000).

Considerando que um dos principais objetivos do campo CTS é alfabetizar cientificamente os conceitos de ciência e tecnologia provenientes de atividades humanas formando a cultura e democratizando novos estudos, tomando por base as sociedades modernas. Outro ponto é divulgar questões relacionadas à inovação tecnológica que sejam de relevância para a sociedade. Importa-se ainda, em integralizar os grupos minoritários, de pessoas idosas, para desenvolver estudos pensados ao desenvolvimento socioeconômico também pensando nas futuras gerações. Outro objetivo importante é diminuir, ou quem sabe eliminar, a crescente diferença entre a cultura “científico-tecnológica” e a “cultura humanista” (BAZZO; LEISINGEN; PEREIRA, 2000). Faz-se necessário fortalecer os dois campos de pesquisa em aspectos interdisciplinares por sua característica.

## **2.2. A transição demográfica: breve panorama**

Grande é o desafio de estabelecer um panorama do envelhecimento no contexto global, nacional e local. Entretanto, talvez sem este esforço, as lacunas serão maiores, pois no

atual estágio da produção de conhecimento no campo da Gerontologia a contextualização é de fundamental importância para a compreensão desta complexa problemática.

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial e que todos estão destinados a passar. Mas o envelhecimento não se trata apenas de um fenômeno biológico, é também um fenômeno social que marca uma das principais conquistas sociais do século XX. É com este panorama que buscamos entender os novos desafios que as políticas públicas do mundo irão passar (CAMARANO; PASINATO, 2004; FILHO, 2009).

Este fenômeno ao qual todo indivíduo está sujeito a passar, traz consequências e repercussões nos diferentes momentos do dia a dia, apresentando um impacto direto nas relações familiares e no equilíbrio entre as gerações. É um fenômeno que envolve diretamente os planos político, econômico, e da saúde (IVO, 2008).

Envelhecer, anos atrás, era considerado privilégio de poucos. Mas atualmente, já não é mais assim considerado, nem mesmo nos países em desenvolvimento. E isso se deve a transições demográficas – caracterizadas por alterações nas taxas de fecundidade e mortalidade - e epidemiológicas. No Brasil, há uma transição demográfica em processo, o que vem sendo observada há cerca de cinco décadas, com a diminuição das taxas de fecundidade e mortalidade promovendo, como consequência, um aumento do número de pessoas idosas no país (SCHRAMM, 2004; LEBRÃO, 2007).

A transição epidemiológica ocorre conjuntamente às transições demográficas, econômicas e sociais e envolve três principais mudanças no perfil epidemiológico da população: 1 – a transição de doenças transmissíveis para não transmissíveis e causas externas; 2 - transição da morbimortalidade de pessoas mais jovens para pessoas mais velhas; e 3 – a transição de mortalidade para morbidade. Essas transições, por sua vez, transformam o perfil de saúde da população, aumentando o número de doenças crônicas não transmissíveis, levando a uma mudança no padrão de uso dos serviços de saúde, provocando um aumento dos gastos públicos (SCHRAMM, 2004; LEBRÃO, 2007).

Da mesma forma, o envelhecimento populacional, também aumenta a procura por serviços sociais, médicos e previdenciários. Os dados já apontam que as doenças crônicas e degenerativas representam 66,3% da carga de doença da população, seguindo de doenças infecciosas (23,5%) e externas (10,2%) (SCHRAMM, 2004; LEBRÃO, 2007).

Para o aumento da longevidade, se faz necessário considerar as melhorias relativas ao saneamento básico, urbanização, higiene pessoal e nutrição, além de avanços médico-tecnológicos. Lebrão (2007) aponta que os indivíduos que chegaram aos 60 anos após o ano



de 2000 se beneficiaram das tecnologias em saúde advindas do período pós Segunda Guerra Mundial. Para países desenvolvidos, essas modificações começaram em meados do século XIX, enquanto que para países em desenvolvimento este processo iniciou a partir da década de 1960 (KALACHE; VERAS; RAMOS, 1987; VERAS, 2009).

A população idosa é a que obtém maior crescimento populacional em relação a outras faixas etárias, e para que isso ocorra alguns fatores contribuem: o aumento da expectativa de vida, que no início do século XX era de 33 anos, chegando a aproximadamente 54 anos na década de 1950, e, atualmente, encontra-se em torno dos 74 anos (projeções indicam que em 2025 a expectativa será de 77 anos). Além disso, a diminuição da taxa de fecundidade e natalidade também contribuem para esse quadro, o que se explica por mudança no cotidiano das famílias brasileiras e pela inserção da mulher no mercado de trabalho. Finalmente, outro fator é a queda da taxa de mortalidade decorrente do aumento da expectativa de vida, ou seja, as pessoas idosas estão vivendo mais e durante mais tempo (KALACHE; VERAS; RAMOS, 1987; MINAYO, 2003; OPAS, 2009).

Em um curto espaço de tempo cerca de 40 anos, o Brasil passou a ser caracterizado como um país longevo, onde acabou aumentando o índice de doenças crônicas, o que resulta em uma maior procura por pessoas idosas de serviços públicos em saúde (VERAS, 2009).

A partir da década de 1970 entram no cenário com maior relevância, de países desenvolvidos, programas sociais voltados para o público idoso. Preocupados com o envelhecimento, esses programas tinham como objetivo principal de reafirmar o papel do idoso ou também reinserir o mesmo na sociedade, assim como o cuidado para manter sua autonomia individual (CAMARANO; PASINATO, 2004).

Este rápido processo demográfico e epidemiológico envolve uma gama de questões relativas à gestão pública e pesquisas em saúde, demandando programas específicos que acomodem a população que mais cresce: os idosos (VERAS, 2009).

Segundo dados da ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS (2010) existem hoje no mundo cerca de 810 milhões de pessoas com mais de 60 anos, sendo que 80% delas se encontra em países em desenvolvimento, como no Brasil; e este processo decorre desde a década de 1950. Considerando projeções, em 2025 o Brasil será o sexto país com a maior população idosa.

A população composta de pessoas com mais de 80 anos representa 14,1% da população idosa do mundo, sendo o grupo etário que mais cresce em comparação a qualquer

outro grupo etário e tais fatos provocam uma nova tendência apontada por Ivo (2008) de que “A própria população idosa está a envelhecer” (UNFPA,2012).

Em 2050, as estimativas indicam que a população composta por pessoas idosas, sejam aproximadamente 2 bilhões (OMS, 2010), ultrapassando o número de jovens de 0-14 anos.(ONU, 2007; UNFPA, 2012). Projeções ainda indicam que, em um período de 50 anos a porcentagem de pessoas idosas e crianças será de 21%, o que representará um aumento de 11% na proporção de idosos e uma redução de 9% das crianças (KALACHE; VERAS; RAMOS, 1987; ONU, 2003).

Segundo dados do Censo 2010 do IBGE, no Brasil existem cerca de 20,5 milhões de pessoas idosas, o que representa 11% da população, um aumento de 700% em 50 anos. Segundo a OMS, por ano, cerca de 58 milhões pessoas atingem os 60 anos no Brasil, e entram na faixa de indivíduos considerados idosos (UNFPA, 2012). Do total da população idosa, 56% são mulheres e 14,3% têm mais de 80 anos, dos quais, 0,8% têm mais de 100 anos (IBGE, 2010). Além disso, 62,95% deles recebem entre  $\frac{1}{2}$  e 2 salários mínimos (SM). No que diz respeito à situação de saúde, segundo dados do IBGE, entre agosto de 2009 e julho de 2010, as pessoas idosas correspondiam a 59,9% dos óbitos registrados, sendo que destes, 51,2% eram de pessoas do sexo masculino.

Aproximadamente 12,2 milhões de pessoas idosas são responsáveis pelos domicílios, incluindo os domicílios Unipessoais, Nucleares, Estendidos ou Compostos. Dentre esses tipos, 47,2% são famílias nucleares. A mesma pesquisa apontou que do total de pessoas idosas 73,4% são alfabetizados e desses 57,6% destes têm renda de  $\frac{1}{2}$  a 2 SM per capita (IBGE, 2012).

Do total de pessoas idosas 55,9% se auto declaram brancos, seguidos de 34,6% pardos, 7,8% pretos, 1,4% amarelos, 0,3% indígena. Dos mais de 20,5 milhões de pessoas idosas residentes no Brasil 84,1% vivem em áreas urbanas e 15,9% residem em área rural. 46,3% das pessoas idosas localizam-se na região sudeste do país, seguido da região nordeste, sul, centro-oeste e norte com 26,5%, 16%, 6% e 5,3% respectivamente (IBGE, 2012).

Considerando as questões centrais acima abordadas, em 2002, houve a II Conferência Mundial para a elaboração do Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento, em Madri, onde foram definidos temas centrais entrelaçados aos objetivos, metas e compromissos traçados (BRASIL, 2007). Dentre eles, estão:

- A. Garantir os direitos humanos em sua integralidade e liberdades fundamentais aos idosos;

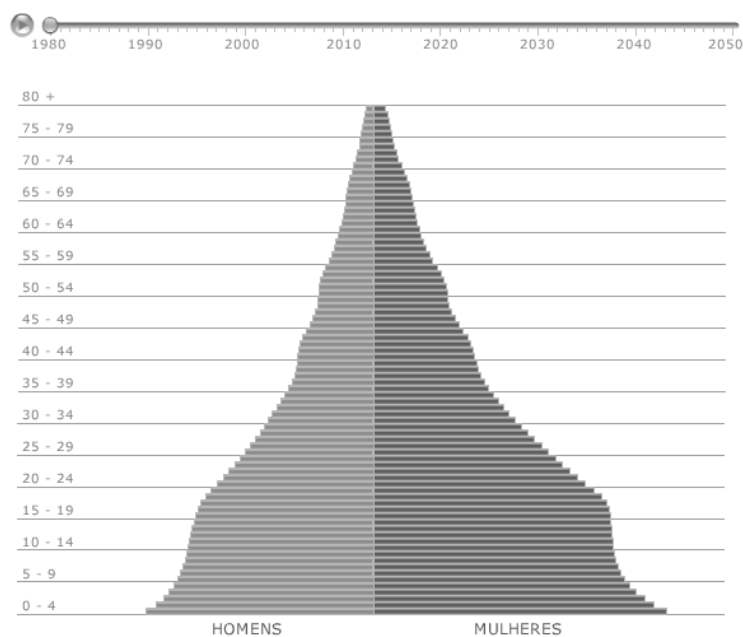
- B. Promover o envelhecimento em situação de segurança, eliminando a pobreza na velhice com base nos Princípios das Nações Unidas em favor dos idosos;
- C. Habilitar os idosos para que participem de forma eficaz e integral das questões econômicas, políticas e sociais de onde estão inseridos;
- D. Garantir acesso a aprendizagem durante toda a vida, bem como sua participação na comunidade mostrando sua heterogeneidade como grupo e afirmando oportunidades de desenvolvimento, realização pessoal e bem-estar, contemplando o indivíduo e os coletivos;
- E. Suprimir qualquer forma de violência e discriminação contra a pessoa idosa, lhe assegurando os direitos econômicos, sociais e culturais, bem como os direitos civis e políticos;
- F. Garantir a igualdade entre os sexos, descriminalizando por este motivo, para todas as pessoas idosas;
- G. Reconhecer o papel importante da família para o desenvolvimento social e a interdependência, a solidariedade e a reciprocidade entre as gerações;
- H. “Promover a assistência à saúde, o apoio e a proteção social dos idosos, inclusive os cuidados com a saúde preventiva e de reabilitação”;
- I. Relevar as consequências individuais, sociais e sanitárias do envelhecimento fazendo uso das pesquisas científicas e a utilização de recursos tecnológicos, considerando os aspectos diferenciais de países em desenvolvimento;
- J. Observar e reconhecer a presença de idosos nas populações indígenas e trazer a importância de terem voz ativa nas decisões em que os envolvem;
- K. Além disso, no documento se afirma que, para transformar o Plano de Ação em práticas se faz necessário a associação do governo, da sociedade, do setor privado e da população idosa (ONU, 2003).

Esta rápida transição da pirâmide etária em todo o mundo, ressalta a importância de se pensar o envelhecimento. Como trabalhar a falta de mão de obra no futuro para os países em desenvolvimento com rápido avanço no envelhecimento populacional? Como os países desenvolvidos, que passaram por esse processo gradual estão lidando com a questão do desemprego e o possível colapso dos sistemas de pensões e aposentadorias?

A “pirâmide etária” brasileira tem sofrido fortes modificações ao longo das últimas décadas. Na década de 1980 havia uma base larga e um ápice estreito, representando o fato de

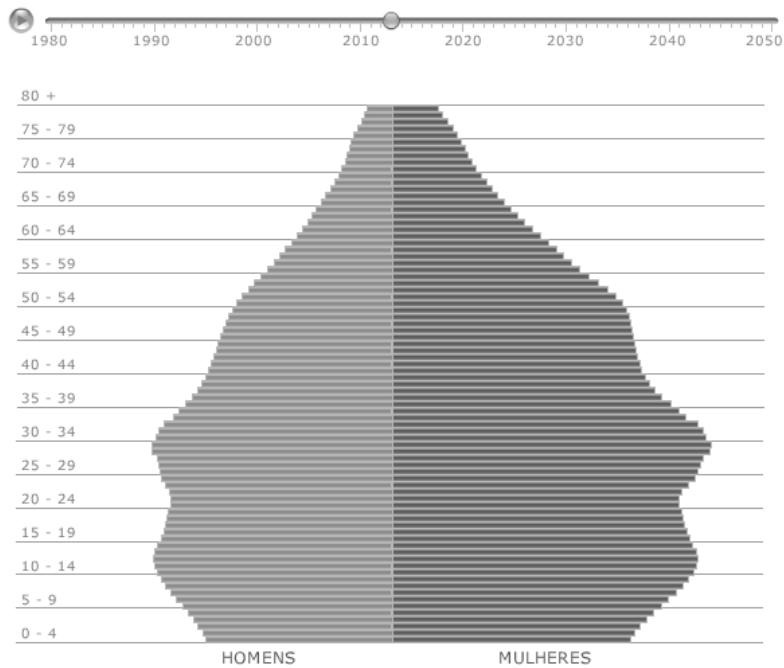
que havia mais crianças e jovens do que pessoas mais velhas (Figura 2). No entanto, considerando a atual pirâmide etária e a projeção para o ano de 2050, pode-se observar o estreitamento da base e um alargamento do ápice, o que significa que a população está a envelhecer, por consequência da transição demográfica apresentada anteriormente (Figuras 3 e 4).

Figura 2: Pirâmide Etária Brasileira Década de 1980



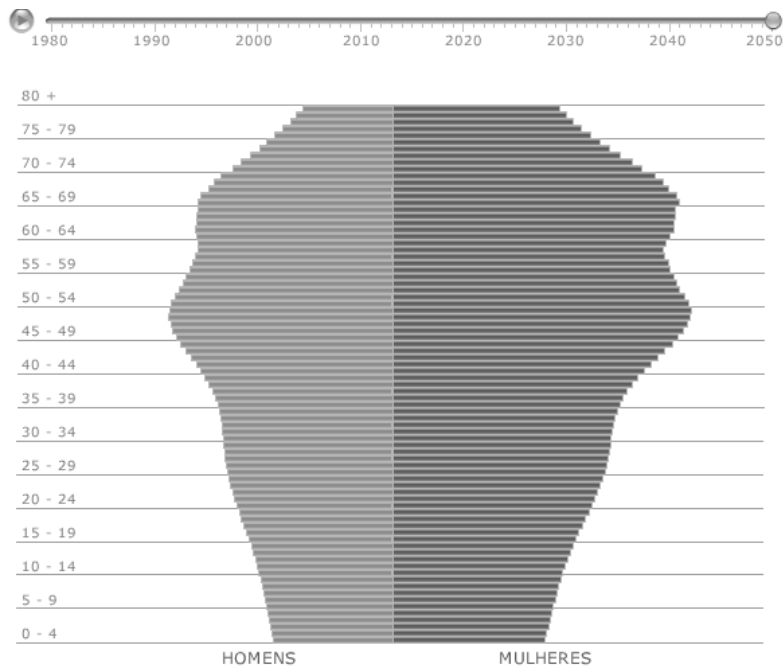
Fonte: INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014

Figura 3: Pirâmide Etária Brasileira Ano de 2013



Fonte: : INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014

Figura 4: Pirâmide Etária Brasileira Projeção Década 2050



Fonte: : INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014

A questão do envelhecimento no Brasil e em países em desenvolvimento remete também, a questões sociais ainda não muito bem resolvidas, tais como a miséria, gerando

desigualdade e exclusão do crescente contingente populacional, (CAMARANO; PASINATO, 2004).

### 2.2.1. O Município de São Carlos

Fundado em 1857, o Município de São Carlos localiza-se no interior do Estado de São Paulo. Possui cerca de 221 mil habitantes, compondo 13% de população com mais de 60 anos sendo 56,5% do sexo feminino (IBGE, 2013; SÃO CARLOS, 2013). Há dez anos atrás, a população idosa representava cerca de 10% da população total do município. A renda média mensal nominal do idoso são-carlense é de 3,3 SM (considerando o salário mínimo do estado de São Paulo), estando acima da média nacional. Contudo, apenas 23,2% de pessoas idosas são economicamente ativas no município (IBGE, 2010).

Assim como há um aumento no número de pessoas idosas, há também um aumento no número de pessoas mais velhas, com idade superior a 80 anos, que representa 15,7% da população idosa do município. 9,3% das pessoas idosas possuem alguma deficiência e, destes, 60,7% são do sexo masculino (IBGE, 2010). Partindo de tais dados, que em muitos aspectos se assemelham aos dados brasileiros, quais são, então, as políticas públicas adotadas pelo município para proporcionar às pessoas idosas residentes na cidade melhorias na qualidade de vida?

Os destaques deste município no presente estudo dão-se essencialmente por ser o município com maior população da Diretoria Regional de Saúde III – Araraquara e por contemplar aproximadamente 13% da população com 60 anos ou mais. Há também a peculiaridade da presença da Universidade Federal, que conta com um Curso de Graduação em Gerontologia, um Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade (PPGCTS), onde investigações na área do envelhecimento são fomentadas, além do Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisas em Gerontologia Social (NIEPGS), formado por pesquisadores e estudantes que investigam “Aportes teóricos e metodológicos da Gerontologia Social” e “Políticas e Práticas de Promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável”.

A cidade de São Carlos é também reconhecida como a “Capital da Tecnologia” por conter um grande polo tecnológico, educacional e científico, formada por duas universidades públicas (Universidade de São Paulo e Universidade Federal de São Carlos), duas unidades da Embrapa, um Centro Empresarial de Alta Tecnologia, o Centro de Inovação e Tecnologia de São Carlos e uma incubadora de empresas.

### **2.3. Sobre o Envelhecimento Ativo e as Políticas Públicas**

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa instituída em 19 de Outubro de 2006 pela Portaria GM/MS nº 2.528 tem a finalidade de recuperar, manter e promover a autonomia e a independência da pessoa idosa e por isso disserta sobre onze diretrizes que norteiam a política sendo que as duas primeiras trazem:

I – Promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável

II – Atenção Integral e Integrada à saúde da pessoa idosa

Neri (2005) caracteriza o envelhecimento como um processo de mudanças universais, determinado na genética dos indivíduos de todas as espécies, que diminui a plasticidade e aumenta a vulnerabilidade, resultando em acúmulo de perdas evolutivas. Por ser caracterizado como um processo subjetivo, o ritmo, a duração e os efeitos do envelhecimento variam de indivíduo para indivíduo e são dependentes de eventos de natureza genético-biológica, da história social e da psicologia de cada um.

Tais fenômenos que acarretam uma mudança não apenas para os indivíduos, mas também na estrutura no país, como apresentado anteriormente, geram um grande e novo desafio, pois com o aumento da expectativa de vida e de demais mudanças sociais, há também um aumento do número de doenças crônicas que contribuem para maiores riscos à saúde, requerendo ações preventivas em diversos contextos. No entanto, no Brasil, aspectos socioeconômicos são determinantes para que um maior número de pessoas idosas deixe de conviver em âmbito social, entregando-se de maneira passiva e inativa à aposentadoria, tornando-os menos reflexivos em suas atitudes e contribuindo para um maior prejuízo não só da saúde física, mas também da mental (MARANHÃO, 2006; CAMARANO, 2009).

Nesse sentido, ao falarmos do envelhecimento como sendo um processo acompanhado de oportunidades, participação e segurança, envolvendo experiências positivas, têm-se que se valorizar do termo de “envelhecimento ativo” expressa pela Organização Mundial de Saúde (2002, p.13). A definição dada à expressão é a que segue:

Envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas. O envelhecimento ativo aplica-se tanto a indivíduos quanto a grupos populacionais. Permite que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida, e que essas pessoas participem da sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades; ao mesmo tempo, propicia proteção, segurança e cuidados adequados, quando necessários.

A palavra ‘ativo’ refere-se à participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho. As pessoas mais velhas que se aposentam e aquelas que apresentam alguma doença ou vivem com alguma necessidade especial podem continuar a contribuir ativamente para seus familiares, companheiros, comunidades e países. O objetivo do envelhecimento ativo é aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas que estão envelhecendo, inclusive as que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados .

Apesar dessa ideia de envelhecimento ativo, mesmo nos dias atuais, ainda que com menos intensidade, envelhecer pode ser também, sinônimo de exclusão social. Entretanto, o avanço da ciência acompanhou um reconhecimento por parte de todos de que na velhice pode-se ter uma vida social engajada, participativa e que os idosos são capazes de aprender e se reciclar, de excluir o medo e a solidão, e de pôr em prática um envelhecimento mais ativo fisicamente e mentalmente (ULBRICHT; CASSOL, 2005).

Com o amplo desenvolvimento e proliferação das novas tecnologias de informação e comunicação, no século XX surge a necessidade de promover diferentes alternativas para que as informações científicas, que são a base para o avanço e desenvolvimento científico e tecnológico, sejam domínio comum de toda a população. A partir da Declaração de Berlin (2003), essas questões vão norteando diretrizes internacionais e mobilizando a agenda política de diversos países. No contexto brasileiro, foi elaborado o Manifesto Brasileiro de Apoio ao Acesso Livre à Informação Científica que propõe como base, o acesso livre à informação. Para isso trás como objetivos: registrar a produção científica juntamente com o acesso livre à informação; proporcionar a divulgação desta produção em conjunto ao acesso livre à informação; estabelecer uma política que permeie o acesso livre em todo o Brasil e obter apoio de quem produz em favor do acesso livre (IBICT, 2005).

#### **2.4. Síndromes Geriátricas: uma questão de saúde coletiva.**

Bircher (2005, p.335) apresenta um conceito de saúde que abarca a realidade do envelhecimento e inclui os aspectos bio-psico-sociais. Para o autor, “A saúde é um estado dinâmico de bem-estar, caracterizado por um potencial físico, mental e social, que satisfaz as exigências de uma vida condizente com a idade, cultura e responsabilidade social”.

Ele também conclui que a não satisfação de qualquer dessas demandas gera, no indivíduo, um estado de doença e que a íntima relação da rede de suporte social influenciam a dinâmica da pessoa idosa (BIRCHER, 2005).



Veras (2009) relata que doenças crônicas não são necessariamente causadas pelo envelhecimento e o cuidado com a saúde tem efeito em qualquer etapa do ciclo de vida, mesmo na velhice. Conclui-se através deste pensamento que a questão da prevenção é a engrenagem para modificar o atual quadro de predominância de doenças crônicas não transmissíveis.

Conforme apresentado anteriormente, as doenças infecciosas eram predominantes na população, e esse quadro se inverteu, concomitantemente com o aumento da população idosa, aumentando assim o número de pessoas que sofrem de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Projeções apontam que para o ano de 2015 haja ao menos 64 milhões de óbitos devido a DCNT (BRASIL, 2005).

Óbitos decorrentes de DCNT representam 80% das mortes em países com baixa e média renda e se distribuem por igual entre os sexos. Em sua maioria, as DCNT não provocam morte súbita, na realidade acontece o oposto: as pessoas tendem a ficar mais doentes e debilitadas, quadro esse que é agravado se não aliado a um tratamento eficaz, o que leva a um aumento dos serviços de saúde. Portanto, será a prevenção e o controle que estarão aliados a uma melhora na qualidade de vida e, conseqüentemente, contribuirão para o aumento da longevidade (BRASIL, 2005).

A velhice é a última etapa do ciclo de vida, caracterizada pelo aumento das perdas psicomotoras, afastamento social, restrição de papéis sociais e comprometimento cognitivo. É a fase onde o número de perdas supera o número de ganhos (NERI, 2005).

Influenciando este processo estudos apontam para o aparecimento das chamadas síndromes geriátricas, que são a presença de um ou mais fatores relacionados ao declínio ou à perda de mobilidade, da capacidade cognitiva, estabilidade postural, presença de incontinência urinária ou fecal e também a ocorrência de iatrogenia (MORAES et al, 2010).

Através, no entanto, da autonomia, independência, os pilares para se obter condições mínimas de realizar as atividades básicas de vida diária (ABVDs) são cognição, humor, mobilidade e a comunicação. No entanto será a perda destas funções que poderá culminar nas grandes síndromes geriátricas (MORAES; MARINO; SANTOS, 2010).

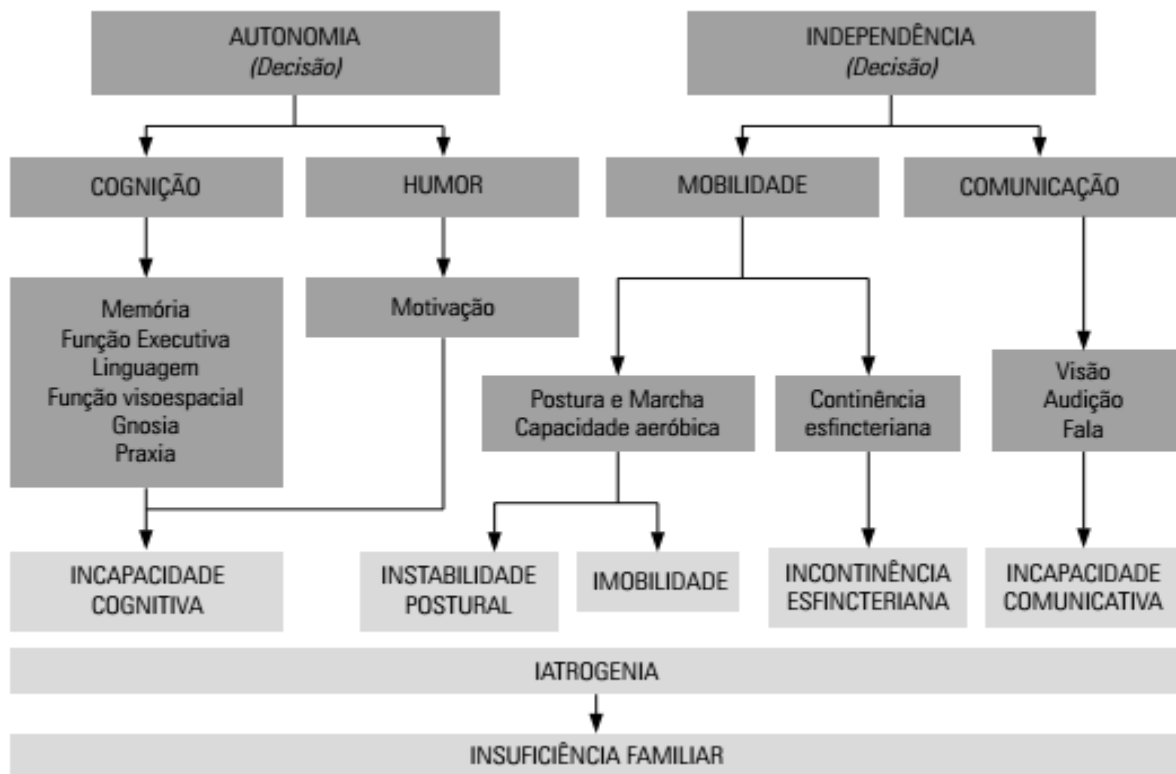
Entender e diagnosticar as síndromes geriátricas é fundamental para um melhor tratamento e até mesmo um melhor conhecimento das próprias capacidades e limitações do doente.

A seguir, será feita uma apresentação sobre o que modifica com o aparecimento do que considera-se como Síndrome Geriátrica. Este escopo foi traçado a partir da demanda da

Fundação Educacional de São Carlos que identificou, através de questionários próprios, a demanda por questões que envolvem as Síndromes Geriátricas (Figura 5).

Esta figura traz os conceitos de autonomia e independência como sendo os pontos iniciais para se determinar o provável aparecimento das cinco maiores síndromes geriátricas, já acima mencionadas. Apresentado na forma de esquema onde a cognição e o humor estão ligados à autonomia e a mobilidade e a comunicação ligados à independência. O autor propõe que se houver qualquer modificação em uma dessas atividades pode provocar o aparecimento das síndromes geriátricas podendo gerar uma insuficiência familiar quando as mesmas não são tratadas ou diagnosticadas adequadamente.

Figura 5: Síndromes Geriátricas



Fonte: MORAES; MARINO; SANTOS, 2010

De todas as mudanças, a Incapacidade Cognitiva talvez seja a mais difícil de ser aceita pelas pessoas idosas, uma vez que é a cognição a responsável por sua memória, função executiva, linguagem, função visoespacial, praxia e gnosia, ou seja, pela sua identidade. Uma vez em que ocorra perda desta função, há uma assimilação a uma desordem na autenticidade da pessoa idosa (MORAES; DAKER, 2008).

Dentre as diferentes formas de comprometimento cognitivo, há a senescência e o comprometimento cognitivo leve, que pode transformar-se em uma incapacidade cognitiva. Dentre as principais origens desse tipo de comprometimento, estão a demência, delirium, e doenças mentais (como esquizofrenia). No entanto, para que o diagnóstico possa ser feito de forma precisa, é necessário uma associação de testes e critérios para não confundir diagnósticos e aplica-los de forma errônea (MORAES; DAKER, 2008; MORAES; MARINO; SANTOS, 2010).

A Instabilidade Postural envolve a mobilidade e pode ser um dos fatores mais limitantes com relação à autonomia e independência. O principal motivo da instabilidade postural são as quedas sofridas pela pessoa idosa. Em média, em um ano, 32% das pessoas acima de 65 anos caem e 75% desses, caem novamente no ano seguinte. As quedas são responsáveis por 40% das internações e são a sexta causa de morte entre a população idosa. O medo de cair também influencia na retomada da confiança para deambular, o que pode diminuir o condicionamento físico e acarretar outras questões, como distúrbios de equilíbrio e marcha (MAGALE; MORAES, 2008; MORAES; MARINO; SANTOS, 2010).

O envelhecimento, no entanto, não é responsável pela instabilidade, porém contribuem para as quedas e aos medos associados a elas; há alterações da marcha que são divididas conforme o nível sensorio-motor. Também pode envolver a utilização de alguns medicamentos que podem agir de forma a agravar a instabilidade do idoso (MAGALE; MORAES, 2008; MORAES; MARINO; SANTOS, 2010).

A Imobilidade também é uma síndrome geriátrica de grande importância e, de certa forma, está diretamente associada à instabilidade postural, uma vez que imobilidade é tratada como qualquer limitação de movimento. E, assim como a instabilidade postural, a imobilidade também não pode ser associada ao processo normal do envelhecimento. Ela pode acontecer de forma repentina, através de uma queda que pode levar a uma fratura, ou por associação errônea de medicamentos, fatores externos, negligência e até mesmo por associação a outras doenças pré-existentes (ALMEIDA et al, 2008; MORAES; MARINO; SANTOS, 2010).

A imobilidade pode ser prolongada ou temporária e alguns fatores podem ser desencadeantes, como fraqueza, rigidez, dor, medo, depressão, até mesmo ausência de motivos (ALMEIDA et al, 2008; MORAES; MARINO; SANTOS, 2010).

A Incontinência Urinária (IU) é a perda de urina sem motivo aparente, podendo ser incapacitante. É um quadro que pode causar constrangimento ao indivíduo, interferindo na

sua participação social. Atinge mais as mulheres do que os homens e sua prevalência está diretamente ligada ao fator idade. Porém, não é uma causa do processo de envelhecimento, sendo em muitos casos, um quadro reversível (MECIEL et al, 2008; MORAES, MARINO; SANTOS, 2010).

A origem da IU envolve quatro principais motivos como: estresse, que é a perda de modo involuntário ocasionada por esforço; urgência, que é a perda de urina involuntária precedido de urgência miccional; mista, que envolve as duas anteriores citadas; e, por último, transbordamento, que seria a perda contínua da urina por esvaziamento incompleto da bexiga. Um exame clínico minucioso pode levar ao motivo da IU. Os tratamentos mais utilizados para controle da IU são compostos por um diário miccional a fim de determinar qual o motivo da IU, fortalecimento da musculatura pélvica e o *biofeedback*, a prescrição de fármacos e, por último, quando os recursos anteriores já estiverem sido esgotados, é feito um tratamento cirúrgico, que envolve altos índices de cura do problema (MECIEL et al, 2008; MORAES; MARINO; SANTOS, 2010).

A última síndrome abordada será a Iatrogenia que significa qualquer alteração patogênica causada pela prática médica. As causas podem envolver: a iatromedicogénia, originária da interação farmacológica proveniente de polifarmácia devido ao desconhecimento do funcionamento do medicamento associado ao processo de envelhecimento; internação hospitalar, que envolve potencializar riscos decorrentes da condição do paciente; iatrogenia da palavra, que envolve o não conhecimento de transmitir más notícias aos pacientes; iatrogenia do silêncio, que envolve o não escutar o que o paciente e/ou a família têm a dizer; subdiagnóstico, que pode ocorrer por pré-conceitos com relação à velhice e identificar como tudo sendo relacionado à idade; cascata propedêutica, que é quando o médico exige exames desnecessários ao diagnóstico do paciente; e distanásia, o prolongamento com sofrimento ao paciente e sua família sem possibilidade de reversão do quadro clínico (MORAES; SANTOS; ROMANO-SILVA, 2008; MORAES; MARINO; SANTOS, 2010).

A iatrogenia é, em geral, causada por desconhecimento do processo de envelhecimento, o que dificulta no diagnóstico e a maior causa se dá pelo uso indiscriminado de medicamentos. Essa última, responsável por cerca de 30% da hospitalização das pessoas idosas, estimando-se que cerca de um quarto da população idosa consuma um ou mais medicamentos por dia. A iatrogenia no EUA é a quinta causa de morte de pessoas acima de 50 anos (MORAES; SANTOS; ROMANO-SILVA, 2008; MORAES; MARINO; SANTOS, 2010).

## **2.5. Tecnologias da comunicação e informação no contexto da saúde e envelhecimento**

Mill e Jorge (2013) relata que o surgimento da escrita marcou a sociedade com a transformação da sociedade de ágrafas (sem escrita) para grafocêntrica (com a presença da escrita). Como sugerido por Torquato et al (2011), a prática de letramento grafocêntrico, com a valorização da cultura escrita, é capaz de inserir o idoso na atual sociedade, assim como o letramento digital, que pode proporcionar às pessoas acima de 60 anos um mundo de possibilidades. Isso considerando que a linguagem é uma fonte dialógica essencial para uma manutenção da saúde e da qualidade de vida do sujeito que envelhece, sendo por meio desta que o indivíduo constrói o sujeito, do seu nascimento até a morte.

Para ser inserido em um novo letramento ou inclusão social, denominada de sociedade grafocêntricas digital (ZENHA, 2013), é necessário, segundo Fonseca (2007), que ocorram mudanças no processo do desenvolvimento humano, que incluem fatores internos, externos e interpessoais, levando em consideração a relação entre essas variáveis. A intenção é tornar o sujeito que envelhece produto e produtor de seu desenvolvimento.

Também é necessário pontuar que iniciativas voltadas à temática da inclusão digital de pessoas idosas ainda são raras e se faz necessário o fortalecimento desta rede para melhor contribuir no acesso das pessoas idosas e no preparo de cursos que considerem aspectos importantes do envelhecimento, como discutido por Doll e Machado (2011).

Atrelado ao contexto acima, a crescente expansão do uso da internet, traz também um crescente interesse em definir como serão alcançadas informações em saúde (BRODIE et al, 2000). Dentre os motivos que as pessoas idosas mais apresentam para utilização da internet está a procura por informações de saúde (LAGANÀ, 2008; KOOPMON-BOYDEN; REID, 2010).

Deursen (2012) relata que obter informações sobre saúde através da internet pode influenciar no estilo de vida, detectar precocemente eventuais problemas de saúde e até mesmo corroborar em tratamentos de doenças. Porém, também há limitações como o fato de as informações disponíveis muitas vezes estarem incompletas, ou serem de fontes não confiáveis, além da dificuldade de assimilar a informação e pô-la em prática.

Conforme apontado anteriormente, há uma tendência atual de aumento da população idosa, o que tem feito com que países como Estados Unidos e a Holanda disponibilizassem sites específicos para a população idosa (LAURENCE et al, 2004; CAMPBELL; NOLFI, 2005).

O estudo de Bertera et al (2007) demonstra que o treinamento em buscas sobre saúde na internet possibilitou às pessoas idosas de mais baixa renda e nível socioeconômico, ganhos na confiança para executarem as tarefas e para utilizarem, no futuro, busca em sites direcionados. O estudo também mostrou que os idosos também passaram a pré-diagnosticar doenças com sintomas iniciais.

Importante ressaltar que, na pesquisa acima mencionada de Bertera et al (2007), as pessoas idosas, após passarem pelo treinamento, estavam aptas a entenderem melhor alguns sintomas de determinadas doenças, mas que este tipo de procedimento não substitui a visita ao médico quando necessário.

Uma pesquisa, com 2.084 pessoas acima de 50 anos, realizada no site americano *SeniorNet* demonstra que 70% dos entrevistados utilizaram o site para obter informações a respeito de saúde, o que lhes permitiu receber informações que desejam em momentos que sejam mais apropriados (TAK; HONG, 2005).

Etchemendy et al (2011) desenvolveram uma plataforma denominada *e-health* com a intenção de auxiliar pessoas idosas e cuidadores a detectar precocemente alterações nos estados emocionais e aspectos físicos. O sistema funciona de forma a investigar, através de escalas, pequenas alterações notadas no humor do idoso. A partir de um primeiro rastreio, a própria plataforma, a partir do resultado apresentado (com variação de leve a grave, considerando a idade da pessoa idosa), oferece opções de orientações terapêuticas e recreativas a partir de um recurso de autoadministração. Aliado à plataforma, cada vez que um idoso aciona uma avaliação e opta por uma resposta terapêutica, seu médico recebe em relatório e é capaz de interagir através do programa conforme o mesmo ache necessário. Um dos principais objetivos do *e-health* é melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas.

O governo de Taiwan, representado pelo Ministério da Saúde, preocupado com o rápido envelhecimento, a falta de cuidadores e o aumento dos gastos com a saúde pública, criou um sistema denominado de Telessaúde, que tem como objetivo resolver, através da tecnologia de informação, problemas mais graves de saúde. Este projeto auxiliou na rápida resposta médica e reduziu as internações e reinternações. Os estudos aqui apresentados possuem limitações, como amostra não randomizada, resultados preliminares e pesquisa desenvolvida em áreas urbanas do norte de Taiwan, mas apontam questões que merecem ser levadas em consideração (HSU et al, 2010).

As novas tecnologias, assim como a comunicação que proporcionam, poderão contribuir para uma redução na desigualdade em saúde, se apoiando na promoção da saúde,

no autocuidado (gestão em saúde), na prevenção de doenças e no manejo da doença através da aquisição de informações na internet (BERTERA et al, 2007).

Para que isso aconteça é necessário se ater à qualidade da informação que será passada, pois há uma grande facilidade de utilizar os recursos de saúde provindos da internet e que não tenham uma natureza segura (TAK; HONG, 2005).

Wood et al (2010) destacam a internet como sendo a roda da engrenagem para uma contínua educação permanente, fornecendo acesso a informações (como exemplo saúde, notícias), a redes sociais, além de preservar a cognição e manter a autonomia do indivíduo idoso. Porém, há dificuldades a serem consideradas, como barreiras emotivas que podem tornar a pessoa idosa mais resistente a aprender o uso desta tecnologia. Portanto, para que este aprendizado seja eficaz, se faz necessário desenvolver nas pessoas idosas habilidades para utilização dos computadores e internet.

O processo de aumento contingencial de pessoas idosas em todos os países, remete a uma preocupação substancial, uma vez que o número de pessoas idosas que utilizam a internet ainda é pequeno. Porém, sem a devida medida de inclusão dos indivíduos, este abismo tende a aumentar ao longo dos próximos anos (WOOD et al, 2010).

Oferecer oficinas e apoio das instituições apontam para uma diminuição da ansiedade e uma maior aproximação com a máquina, assim como contribuem para diminuir barreiras que possam vir a limitar a utilização do recurso pelas pessoas idosas. Sendo assim, é importante ressaltar que o uso da internet pela população idosa pode ser a principal ferramenta de acesso a informações em saúde, quando consideramos que o envelhecimento pode causar declínios, principalmente no âmbito cognitivo (WOOD et al, 2010).

No entanto é necessário compreender as limitações associadas ao processo de envelhecimento, uma vez que as pessoas idosas são mais lentas, exigem mais tempo e assistência, necessitam de maior repetição e de mais prática, além de uma linguagem mais acessível (WOOD et al, 2010).

Alguns estudos apontam que o acesso às tecnologias de informação e comunicação (TIC) pode resultar positivamente nos sentimentos das pessoas idosas, diminuindo questões de solidão, depressão e ansiedade. Outros estudos apontam que além de reduzir o isolamento, esse acesso melhora o envolvimento organizacional, especialmente para aquelas pessoas idosas que possuem mobilidade reduzida (ETCHEMENDY et al, 2011).

A partir destes pressupostos, faz-se necessário então estabelecer indicadores de confiabilidade dos sites e informações, assim como dominar as habilidades de busca na

internet, a fim de beneficiar-se mais do que é fornecido. As quatro habilidades a serem desenvolvidas são: saber usar o navegador da internet, habilidades de navegação e orientação, acesso as informações e, por último, a capacidade de utilizar a internet como meio para alcançar um objetivo específico que, por sua vez, enaltecem as habilidades individuais (DEURSEN, 2012).



### **3. Justificativa**

Considerando que a população que mais cresce é a que compõe pessoas acima de 60 anos e que, conjuntamente com o envelhecimento da população, verifica-se um aumento de doenças crônicas gerando ao final, maiores gastos em saúde pública, a presente investigação se fez necessária. Aliado ao crescimento da população de pessoas idosas há também um rápido progresso tecnológico, proporcionando às pessoas idosas maiores interesses em investigar e buscar por essas tecnologias mais modernas e adentrarem em uma nova era, denominada grafocêntrica digital. Ao final, aliando as demandas acima mencionadas, há um interesse em investigar se as pessoas idosas passaram a buscar mais sobre sua saúde através do computador/internet e se isto inferirá na melhoria da qualidade de vida desta população. Outro importante motivo é aumentar, no Brasil, pesquisas envolvendo os campos CTS e da Gerontologia, assim como sobre o processo de ciência-tecnologia envolvendo a sociedade, Além disso, São Carlos é um município situado no centro-oeste do estado com maior população da Diretoria Regional de Saúde III, o segundo maior município em número de pessoas idosas da região, e é considerado “Capital da Tecnologia” e possui duas grandes universidades públicas no Município.

#### **4. Objetivos**

Definiu-se como objetivo geral para o presente trabalho, analisar o acesso e uso de informação em saúde através de um recurso tecnológico, a internet, por um grupo de pessoas idosas participantes de um programa de inclusão digital.

Completam ainda os objetivos específicos:

- a) Caracterizar o perfil do grupo de pessoas idosas usuárias de internet, participantes de um programa de inclusão digital.
- b) Identificar os sites e temas mais acessados na internet pelo grupo em estudo, priorizando a análise de informações levantadas sobre saúde e envelhecimento.
- c) Analisar as contribuições do acesso destas informações para a autopromoção do envelhecimento ativo.

## **5. Procedimentos Metodológicos**

A presente investigação trata-se de uma pesquisa social, quali-quantitativa, de natureza descritiva. A pesquisa se desenvolveu em cinco etapas, descritas a seguir.

### **5.1. Delineamento do Estudo**

#### **Etapa 1:**

Desenho do projeto e apresentação ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) para aprovação em Janeiro de 2013. Atendendo aos requisitos do CEP, por ocasião de sua inserção na Plataforma Brasil, foi apresentada uma carta de pré-aceitação da Fundação Educacional São Carlos (FESC) para o desenvolvimento do estudo.

Após apreciação o projeto foi aprovado do Comitê de Ética da Universidade Federal de São Carlos, protocolado sob o número 194.559. (A.Anexo I)

Para a pesquisa documental foi feita uma revisão de literatura através de bases de dados, artigos, dissertações e teses, e livros que envolviam a temática do envelhecimento, síndromes geriátricas, acesso e uso de tecnologias de informação e o sobre o Campo CTS.

#### **Etapa 2:**

Após aprovado pelo CEP, o projeto foi reapresentando à FESC, na pessoa da Coordenadora do Programa de Inclusão Digital. Uma vez apreciado, a coordenação indicou as turmas compostas por pessoas idosas que poderiam ser convidadas a participar da pesquisa, de acordo com os objetivos do estudo e perfil dos participantes. Nesta ocasião, informações e documentos foram levantados, visando listar elementos subsidiários para a caracterização do Programa Inclusão Digital, sua abrangência e características.

Contatos iniciais foram estabelecido e o convite foi feito a partir de uma apresentação de slides em formato \*.ppt, contendo informações sobre o projeto: título da pesquisa, um breve histórico do pesquisador, objetivos e metodologia, assim como também foi explicado que se trataria de uma participação voluntária e se ainda houvessem dúvidas, as mesmas seriam respondidas nos quinze minutos das aulas cedidos pelos professores.

Foram convidados a participar do estudo homens e mulheres com idade superior a 60 anos que frequentassem o Programa de Inclusão Digital da Fundação Educacional de São Carlos, regularmente matriculados no primeiro semestre de 2013.

Ao todo foram contatadas seis turmas com até dez participantes em cada. Para a pesquisa era necessário que o participante já dominasse a utilização da Internet.

### **5.1.1. Procedimentos de Coleta de Dados**

Para a coleta de dados estava prevista a participação voluntária de 20 pessoas idosas, sendo 10 do sexo masculino e 10 do sexo feminino. Porém, o estudo contou com um número inicial de participantes de 19 pessoas idosas, sendo 11 do sexo feminino e oito do sexo masculino.

#### **Etapa 3:**

Após a apresentação do projeto em sala, foram convidados a participar entre 60-70 pessoas idosas do projeto, porém apenas dezenove participantes tiveram interesse voluntário de participar da pesquisa. Para isso, foi marcada com os participantes a coleta para a semana seguinte ao convite, fora do horário de aula do mesmo. Ficou a critério do participante decidir o melhor horário do encontro. Os participantes foram devidamente esclarecidos sobre o estudo, conforme o TCLE (A. Apêndice I).

Instrumentos: O formulário semiestruturado utilizado aborda questões de identificação do participante, como sexo, escolaridade, estado civil, renda entre outros; questões sobre conhecimento e utilização de computador e internet; investigação por autorrelato, da presença de alguma síndrome geriátrica: Iatrogenia, Incontinência, Instabilidade Postural, Insuficiência Cerebral e Imobilidade.

Também foi utilizada uma Escala de Atitudes com o Computador que apresenta 21 afirmações de 6 pontos likert (concordo totalmente – discordo totalmente) divididas em quatro categorias: Senso de Autoeficácia, Motivação para Aprendizagem, Crenças e Atitudes, Motivação para Aquisição (ORLANDI, 2010).

Esta etapa o trabalho divide-se em três fases distintas:

Fase 1 – Formulário: Ao lerem e assinarem o TCLE, os participantes responderam ao formulário semiestruturado (protocolo de pesquisa – B. Apêndice II). Cada formulário foi respondido individualmente pelos participantes. No total, participaram desta fase 19 pessoas idosas.

Fase 2 – Atividade Dirigida: Nesta fase foi aplicado um formulário aberto contendo dez perguntas, a fim de investigar se os participantes fazem o uso da internet para buscar informações em saúde e, se sim, como fazem. A intenção era, a partir dos resultados obtidos, analisar se a resposta for positiva observar onde a busca está sendo realizada e como, no caso

de uma resposta negativa, auxiliá-los a fazer a busca, considerando alguns requisitos que proporcionam uma maior confiança ao website (C. Apêndice III). Todos os 19 participantes idosos foram convidados através de contato telefônico a participarem desta etapa, porém por motivos diversos (dentre eles viagens e desinteresse em continuar a participação), apenas oito pessoas idosas participaram desta fase.

Fase 3 - Grupo Focal: Para esta fase passou-se um mês da intervenção da fase 2. A partir dos dados obtidos na segunda fase, foram formados dois grupos, um de homens e outro de mulheres. Se a maioria dos participantes tivesse respondido positivamente na fase 2, então iríamos utilizar um roteiro que partiria da pergunta: “O que levantei na internet dá conta do que precisava saber a respeito da minha saúde?”. Caso a resposta da maioria dos participantes fosse negativa na etapa 2, seria realizada, anteriormente ao grupo focal, uma busca por websites sobre informações em saúde correlacionada com as Síndromes Geriátricas e, no grupo focal, seria aplicado um roteiro partindo da pergunta “O que o(a) senhor(a) pensa sobre a utilidade da internet?”. Novamente através de contato telefônico foram convidadas as oito pessoas idosas que participaram da fase 2, porém compareceram ao local seis participantes nesta fase.

#### **Etapa 4:**

Para a análise dos dados foi montado um banco de dados quantitativos, com base no formulário preenchido pelos participantes através do programa SPSS v.17 que é um software científico para as ciências sociais, que possibilita fazer análises estatísticas, além do Excel, que é um software de edição de planilhas.

A transcrição das entrevistas e a sistematização dos dados deram-se por análise de conteúdo segundo proposto por Minayo (1993), que trabalha as questões sociais para entender os fenômenos das expressões empregadas no conteúdo, buscando a representatividade da fala individual em relação a um coletivo, podendo trabalhar a dualidade entre universalização e particularidade.

#### **Etapa 5:**

Todos os sujeitos envolvidos nesta pesquisa terão oportunidade de receber os resultados do estudo por ocasião da defesa da dissertação e/ou em atividade a ser agendada junto à FESC.

Quadro Síntese

FASE	Nº PARTICIPANTE
Aplicação Instrumento	19 (11 mulheres e 08 homens)
Atividade Dirigida	8 (5 mulheres e 3 homens)
Grupo Focal	6 (4 mulheres e 2 homens)

## 6. Resultados e Discussão

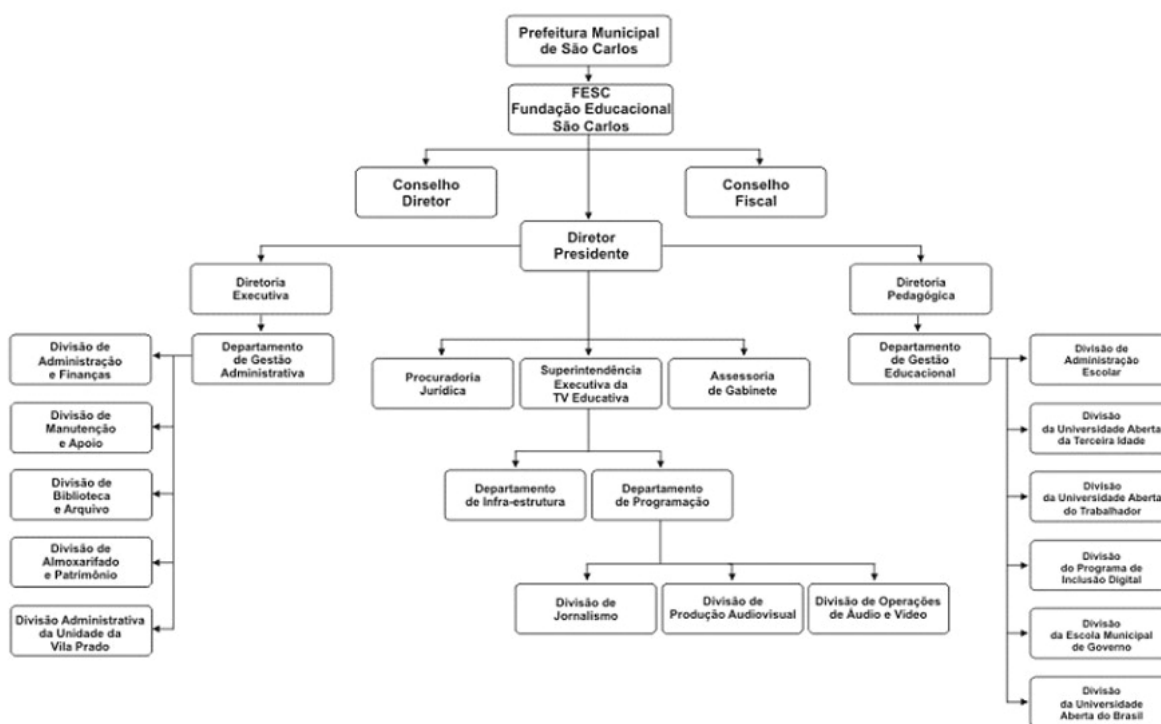
### 6.1. A Fundação Educacional de São Carlos e o Programa de Inclusão Digital

A FESC foi fundada em 29 de dezembro de 1971 e é uma instituição de natureza pública, autônoma e sem fins lucrativos, atuando predominantemente na área da Educação. Objetiva criar, organizar, instalar e manter programas de ensino, pesquisa e estudos com caráter de divulgação técnico, científico e cultural. A entidade se mantém por doações (de entidades públicas ou privadas), pela cota municipal, rendas de ensino, pesquisa, direitos autorais, saldos de exercícios anteriores e por mensalidade paga pelos alunos (Lei 6890).

A administração é feita por quatro conselhos: Conselho Diretor, Conselho Fiscal, Diretoria Executiva e Diretoria Pedagógica. O conselho diretor se constitui por um diretor presidente, seis membros titulares e dois suplentes. O conselho fiscal é composto por três membros titulares e um suplente. As diretorias executiva e pedagógica são integradas por um diretor presidente em cada. Atualmente, o quadro de funcionários é composto por 78 pessoas distribuídas nos três campi. Os funcionários são concursados e o regime jurídico é CLT (Figura 6) (Lei 6890; site FESC).

Figura 6: Organograma FESC

#### Fundação Educacional São Carlos - FESC ORGANOGRAMA



Fonte: FUNDAÇÃO EDUCACIONAL SÃO CARLOS, 2013 ([www.fesc.saocarlos.sp.gov.br](http://www.fesc.saocarlos.sp.gov.br))

A missão da Fundação é promover a educação, qualificadora ou permanente, de jovens e adultos. O objetivo é assegurar a cidadania a partir do pleno exercício dos direitos civis, políticos, econômicos e socioculturais.

A FESC fornece cinco Programas Educacionais: 1) Universidade Aberta à Terceira Idade; 2) Escola Municipal do Governo; 3) Programa de Inclusão Digital; 4) Universidade Aberta do Brasil e 5) Universidade Aberta do Trabalhador. Tem como público alvo, pessoas acima de sete anos.

O Programa de Inclusão Digital foi criado em 2002 visando a alfabetização digital. Como primeira atividade, foi criado o programa de Capacitação Profissional de Trabalhadores, somente em 2006 o Programa de Inclusão Digital (PID) foi oficialmente criado.

Algumas diretrizes de ação do PID São Carlos envolvem o acesso e uso de computadores e internet através de Telecentros, com acesso comunitário e compartilhado em locais públicos distribuídos pelo município, priorizando localidades com baixos indicadores sociais. O PID prevê ainda, iniciativas de projetos com parcerias Estadual e Federal.

Os objetivos do PID são a universalização do acesso a serviços de informação em níveis local, nacional e internacional; coordenar, integrar e fomentar o uso das tecnologias de informação para uma inclusão social da população, desde crianças a pessoas idosas, para que os mesmos tenham domínio da utilização do computador e internet; e promover a inclusão digital de toda a população, incluindo empresas e empreendedores por meio de Telecentros.

O programa também objetiva oferecer conhecimento básico de informática para que o usuário possa obter habilidades específicas para a utilização do computador e internet, fazer o livre uso das máquinas instaladas para a realização de atividades pessoais, escolares ou profissionais. É oferecida monitoria para orientação e supervisão das atividades com fins de acesso à informação, comunicação e realização de serviços, acesso e uso da internet, além de fornecer projetos para iniciação profissional e enriquecimento pessoal. Os cursos regulares do PID estão divididos em (FIGURA 7):

Curso de Informática Básica: Informática Básica I e II; Informática Básica para o Trabalho I e II; Informática Básica para a Maturidade I e II; Informática Básica I – Linux e Internet e Informática Básica II – OpenOffice.

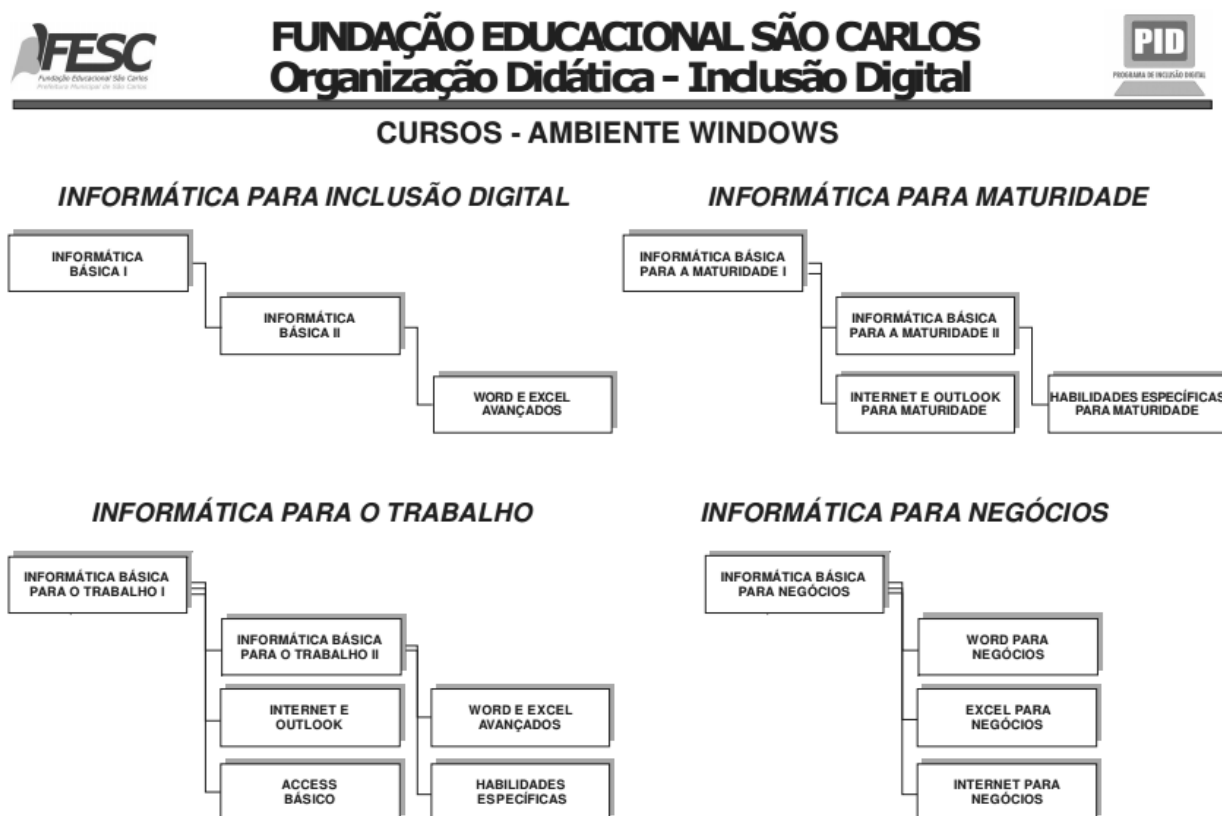
- a) Cursos de Aplicativos Específicos: Access – Básico, Habilidades Específicas, Habilidades Específicas para a Maturidade.
- b) Cursos de Informática Avançada: Linux Avançado – Fundamentos de Administração e Word e Excel Avançados



- c) Cursos de Internet: Internet e Outlook e Internet e Outlook para a Maturidade
- d) Cursos Empresariais: Informática Básica para Negócios, Word para Negócios, Excel para Negócios e Internet para Negócios.
- e) Oficinas de curta duração: Conhecendo o Computador, Utilizando o MSN, Imagens Digitais e Download e Gravação de CD.

O PID também oferta Cursos Especiais, voltados para públicos específicos ou outros programas educacionais da FESC e Atividades Complementares, compostas por Aulas VIPs, uso livre das máquinas, serviços de impressão e digitalização (SÃO CARLOS, 2007).

Figura 7: Organização dos Cursos do PID

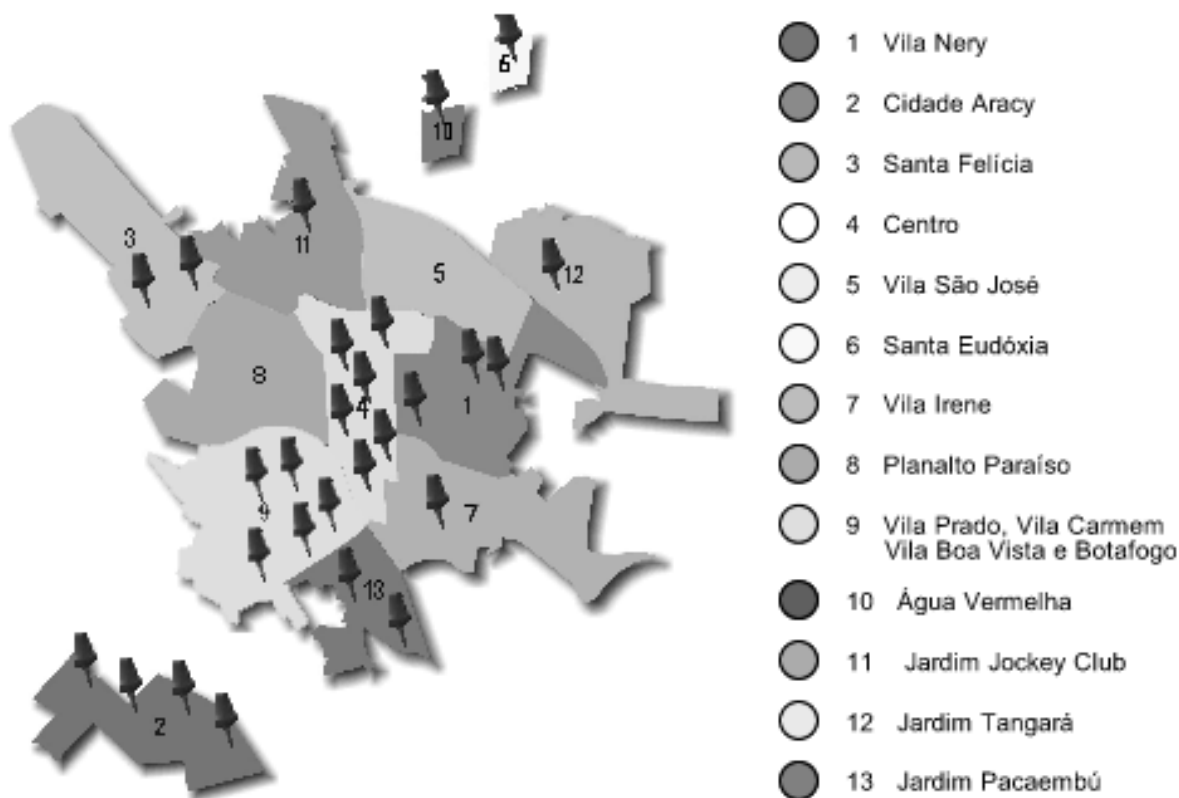


Fonte: FUNDAÇÃO EDUCACIONAL SÃO CARLOS, 2013 ([www.fesc.saocarlos.sp.gov.br](http://www.fesc.saocarlos.sp.gov.br))

Os Telecentros estão distribuídos em diferentes pontos e bairros do município de São Carlos, alocados em instituições públicas ou espaços cedidos pela comunidade local. São, atualmente, 28 postos (FIGURA 8) e há projeto para serem instalados mais 4 postos.

Figura 8: Mapa de distribuição dos Telecentros

### Mapa com a localização dos Postos de Inclusão Digital - PID



Fonte: FUNDAÇÃO EDUCACIONAL SÃO CARLOS, 2013 ([www.fesc.saocarlos.sp.gov.br](http://www.fesc.saocarlos.sp.gov.br))

## 6.2. Caracterização do Perfil dos Participantes

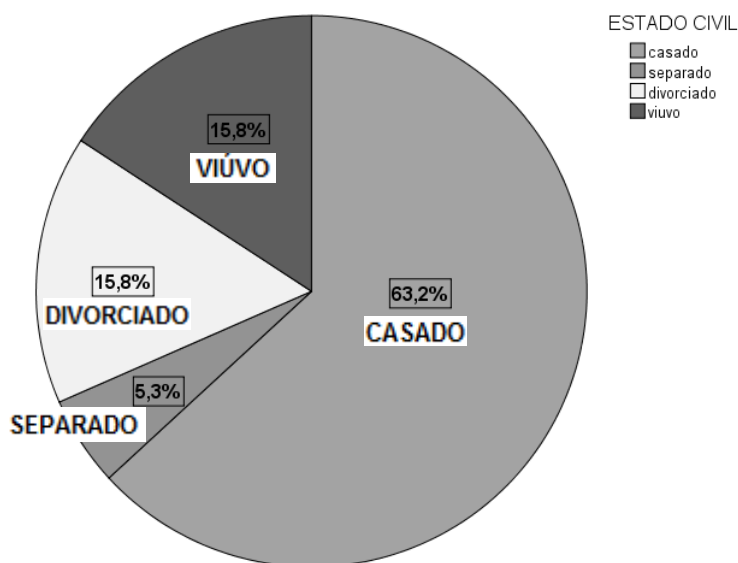
Participaram da primeira fase do presente estudo, 19 pessoas acima de 60 anos. Destes, oito eram do sexo masculino e 11 do sexo feminino. Em princípio, o estudo previa a participação de 10 pessoas do sexo masculino e 10 pessoas do sexo feminino, mas não houve maior adesão por parte dos alunos regularmente matriculados no Programa de Inclusão Digital da Fundação Educacional de São Carlos (PID-FESC).

As turmas do PID acontecem a cada bimestre e para a realização deste estudo foram convidadas seis turmas em dois bimestres do primeiro semestre de 2013. Cada turma é composta por no máximo 10 alunos.

Começaremos a explorar algumas questões que compõem os dados sócio demográficos dos participantes. A idade média dos participantes é de 66,95 anos, sendo a

idade média feminina de 66, 91 anos e a masculina de 67 anos. A amostra reforça o que aponta o IBGE (2010), de que há mais mulheres idosas do que homens idosos apontados pela participação ser maior no sexo feminino, tanto a nível Nacional quanto a nível Municipal. No entanto, a média etária está abaixo da expectativa média brasileira que é de 72,7 anos (IBGE,2008).

Gráfico 1: Distribuição dos participantes segundo Estado Civil



Em relação ao Estado Civil 63,2% são casados, o que representa 12 pessoas idosas participantes desta fase (Gráfico 1), porém menos da metade (21,1%) mora com apenas com o cônjuge. Os demais possuem além do cônjuge pelo menos mais um membro da família, que em todos os casos contém ao menos um filho, predominando o sexo feminino (Gráfico 2). No entanto a tendência no grupo estudado acompanha a realidade no Brasil em que a maioria das pessoas idosas compõe-se de famílias nucleares (47,2%). Segundo o grau de instrução educacional, 77,8% dos participantes possuem mais do que o segundo grau completo, sendo 44,5% composto por superior completo (Gráfico 3).

Gráfico 2: Distribuição dos participantes do estudo segundo co-habitação

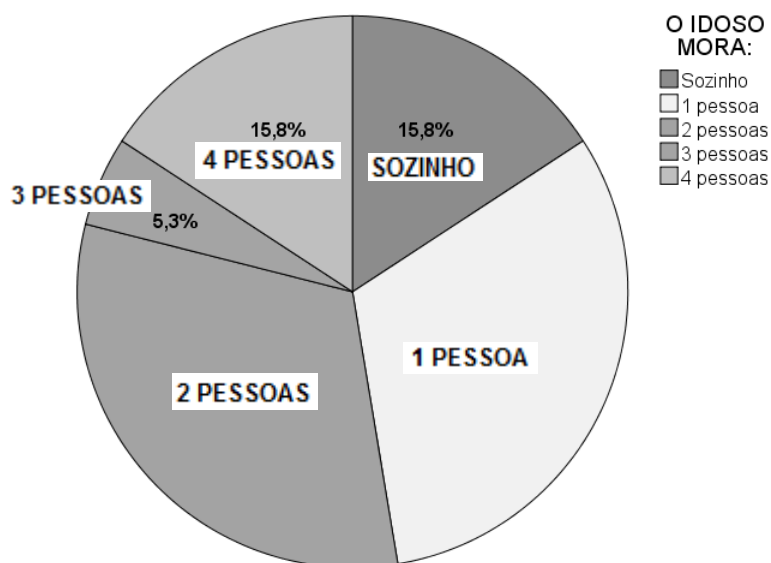
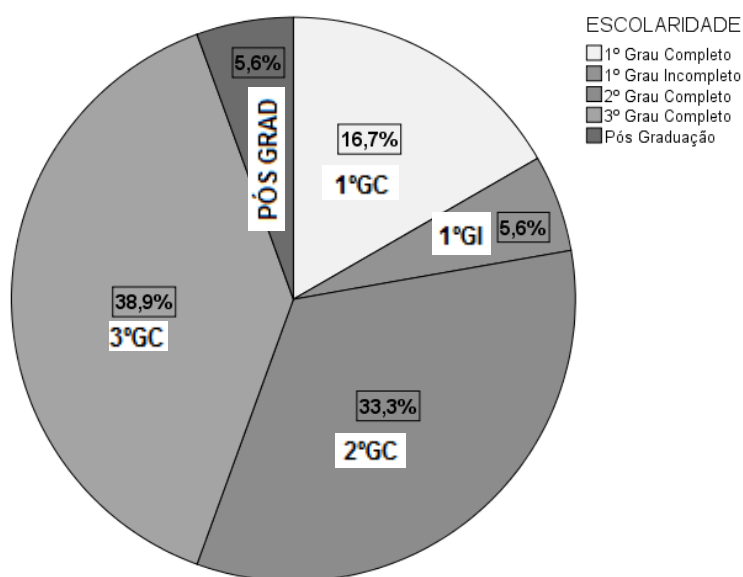


Gráfico 3: Distribuição dos participantes do estudo segundo grau escolar



Com relação à renda, as pessoas idosas participantes deste estudo estão acima da média Nacional, que é de  $\frac{1}{2}$  a 2 SM (aqui o Salário Mínimo considerado é o do Estado de São Paulo de R\$ 755,00/mês) e próximos à média do Município (3,3 SM): a maioria recebe de 2 a 3 SM (31,6%), porém 21,3% não responderam (Gráfico 4). Com relação ao exercício de atividade remunerada, 73,7%, ou seja 14 pessoas idosas, responderam que atualmente não

exercem (Gráfico 5), já as pessoas que co-habitam com as pessoas idosas contribuem com a renda em casa em 68,4% (Gráfico 6).

Gráfico 4: Renda em Salários Mínimos

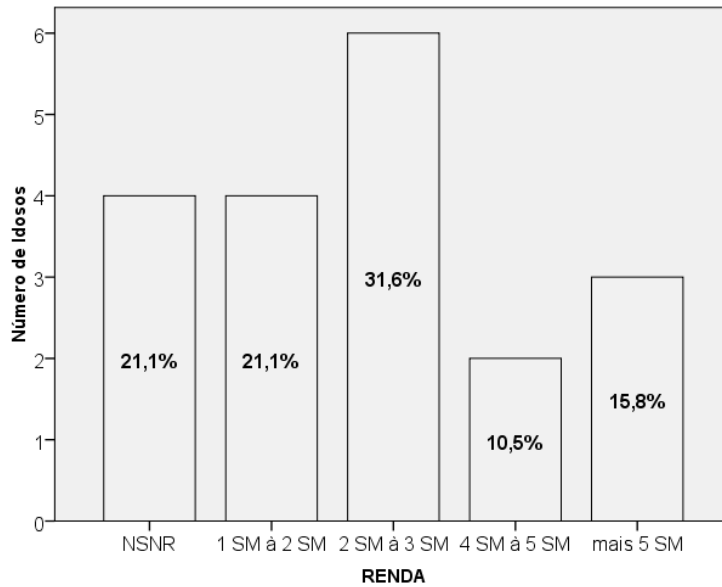


Gráfico 5: Exercício atual de atividade remunerada

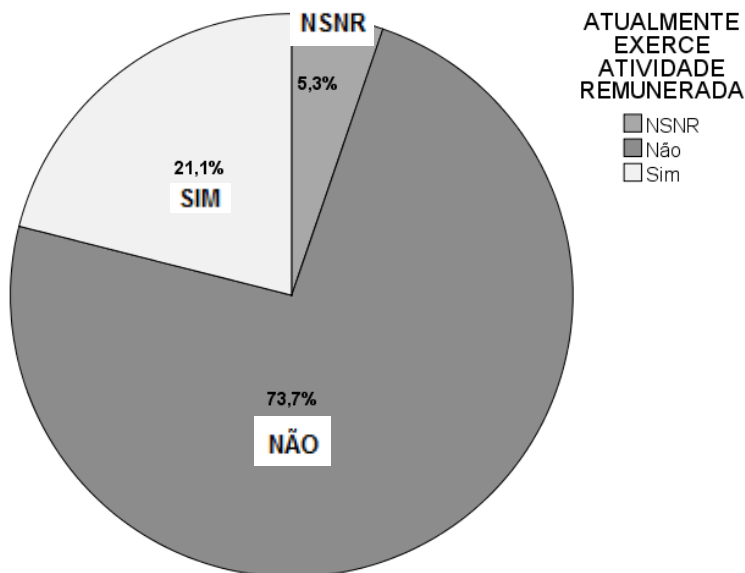
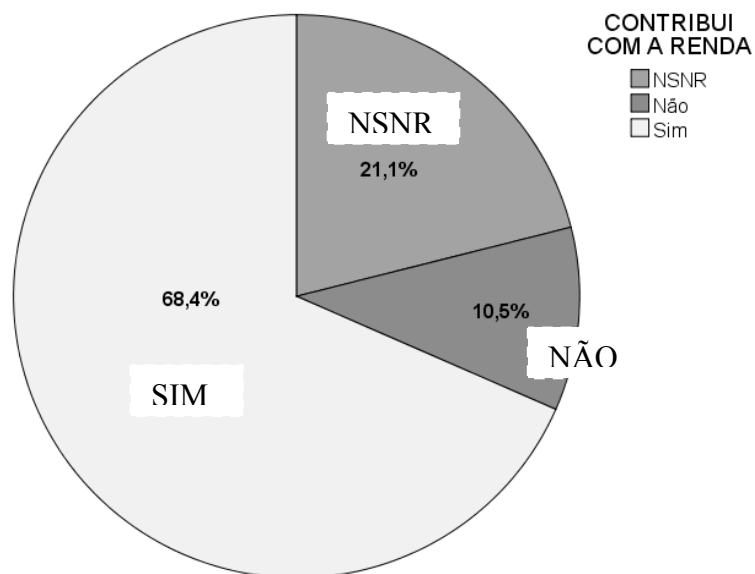


Gráfico 6: Co-participação renda



### 6.3. Acesso e uso da internet e autorreferência às condições de saúde-doença

Para avaliar questões que envolvam o acesso à internet foram feitas perguntas de ordem prática, como se os participantes possuem computador e internet, quantas vezes fazem uso na semana e o que pesquisam.

Considerando que os participantes do estudo frequentaram um curso de capacitação para o uso de novas tecnologias, evidencia-se que 94,7% dos participantes possuem computador e acesso a internet. No entanto, quando questionados sobre a frequência de utilização, desconsiderando as aulas no PID, somente 42,1% (Gráfico 7) utilizam o computador sete vezes na semana.

Ao serem questionados com relação ao motivo pelo qual utilizam os recursos eletrônicos, no que diz respeito ao computador, 68,4% informaram que procuram utilizar a internet (Gráfico 8). Já quando questionados sobre o que investigam na internet, 25% relataram ser notícias e 18% sobre Pesquisas/ Informações e questões mais diretamente ligadas a busca por informações em saúde aparece em último com 6% (Gráfico 9).

Gráfico 7: Autorreferência da utilização de computador na semana

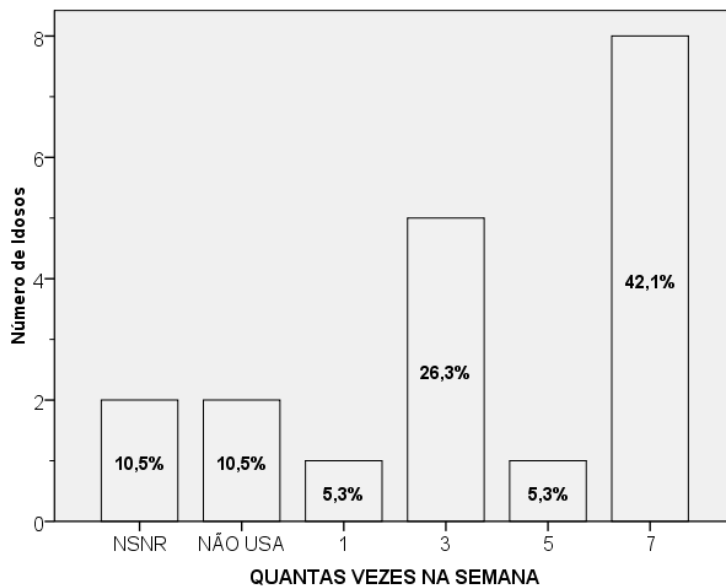


Gráfico 8: Tipos de informações

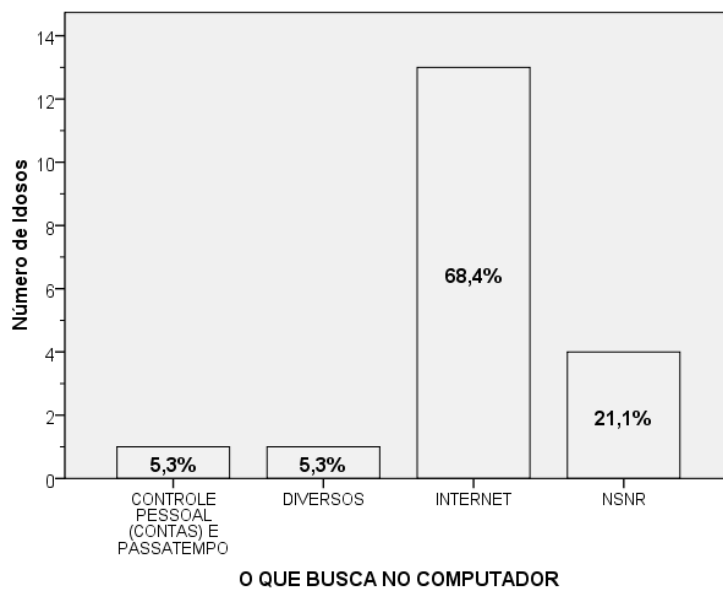
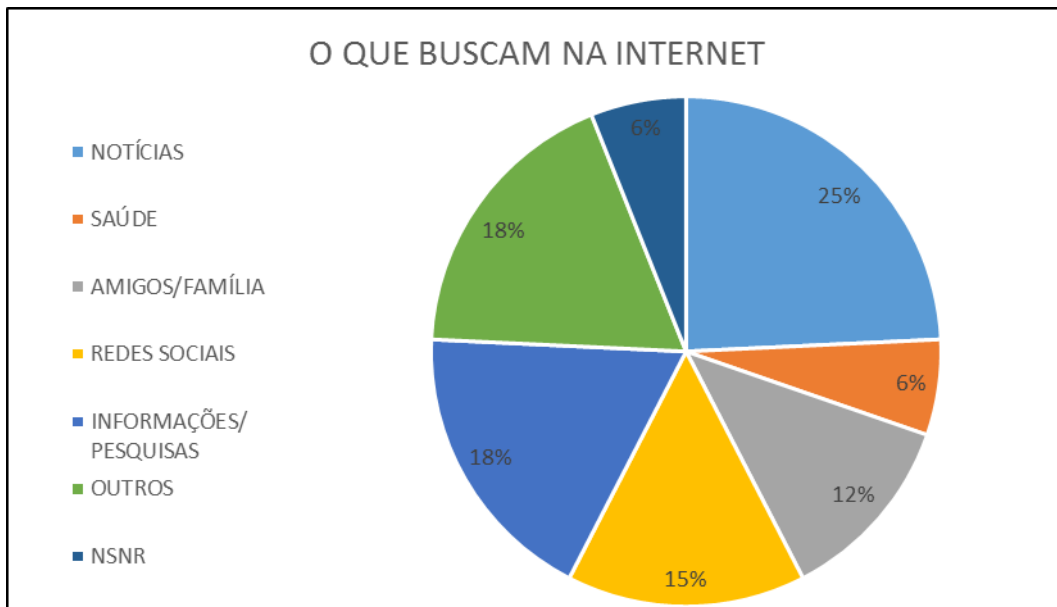


Gráfico 9: Tipo de informações que buscam na internet



Considerando os objetivos da pesquisa – quais seja, avaliar o acesso e uso de informações em saúde através da internet, tendo os 5 Is da Geriatria formalmente conhecidos como Síndromes Geriátricas (MORAES) – as questões a seguir relacionam-se à saúde.

A primeira pergunta envolve a autopercepção sobre a saúde. Dos 19 participantes, 47,4% avaliam sua saúde como sendo boa. Um participante deixou de responder a esta pergunta. No entanto, 63,2% dos participantes possuem alguma doença crônica (Gráfico 11)

Gráfico 10: Autopercepção em Saúde

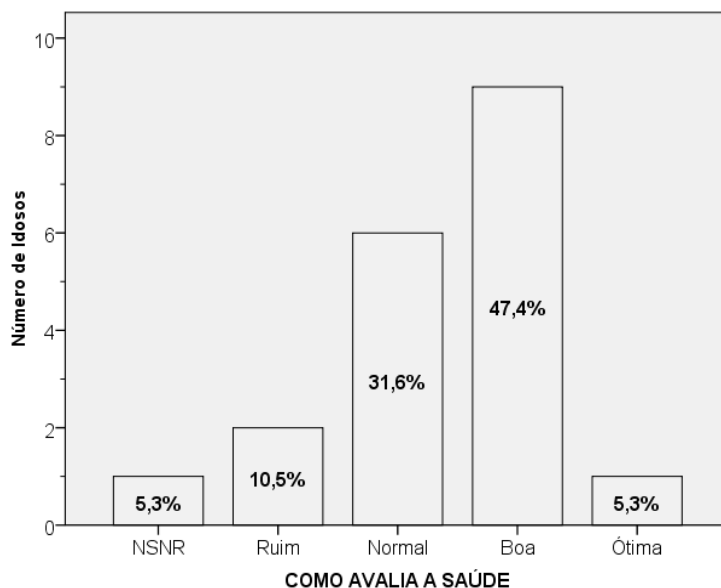
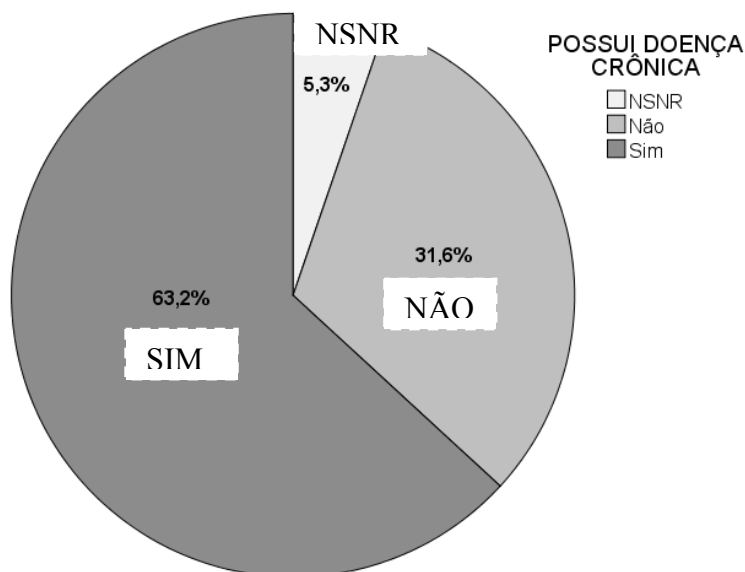




Gráfico 11: Autorreferência sobre presença de Doença Crônica



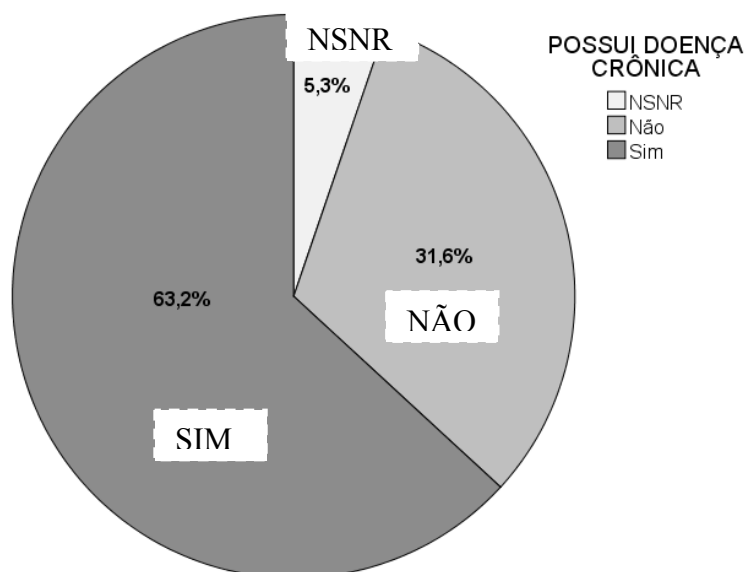
De acordo com o projeto SABE (Saúde, Bem-estar e Envelhecimento) (LEBRÃO, 2003) a doença crônica mais prevalente na população idosa é a hipertensão arterial, seguido de artrite/artrose/reumatismo, problemas cardíacos, diabetes entre outras. Segundo o auto relato dos participantes temos o seguinte quadro de doenças crônicas auto referidas: 26,1% são hipertensos, 21,1% possuem diabetes, 10,6% possuem artrose, 5,3% possui câncer e 5,3% possui hipertireoidismo. Tais respostas confirmam os dados propostos no projeto SABE, apenas invertendo artrose com diabetes.

Um dos participantes declarou possuir doença crônica, mas não disse de qual doença se tratava. 42,2% dos participantes que declaram ter doenças crônicas apresentam apenas uma doença das relacionadas acima. Outras doenças que apareceram em conjunto as anteriormente citadas foram: túnel do carpo, hérnia de disco, tendinose crônica, artrose, alterações no triglicérides e colesterol, sendo que os dois últimos não são em si mesmos doenças, mas podem levar ao desenvolvimento de doenças.

Segundo Lebrão (2003) a presença de doenças crônicas associadas à baixa avaliação em saúde pode levar a um aumento pela procura em serviços de saúde, diferente do que apresenta este trabalho, uma vez que a presença de doenças crônicas pelas pessoas inqueridas não está associado à baixa avaliação em saúde de sim apresentam uma referência de 47,4% como “boa”.

Quando questionados sobre os conhecimentos que possuíam a respeito da doença autodeclarada, os dados ficaram equilibrados entre Não possuem conhecimento, Possuem conhecimento e NSNR (Não Sabem ou Não Responderam) com 31,6% cada. Apenas um participante declarou não ter nenhum conhecimento a respeito da doença (Gráfico 12).

Gráfico 12: Autorreferência de conhecimentos sobre doença autorrelatada



Procurando alinhar mais a questão dos 5Is da Geriatria foi perguntado se fazem uso de medicamentos e se todos forma prescritos por médicos. Destes 84,2% fazem uso regular de medicamentos e foram prescritos por médicos (Gráficos 13 e 14).

Gráfico 13: Autorreferência de uso utilização de medicamentos

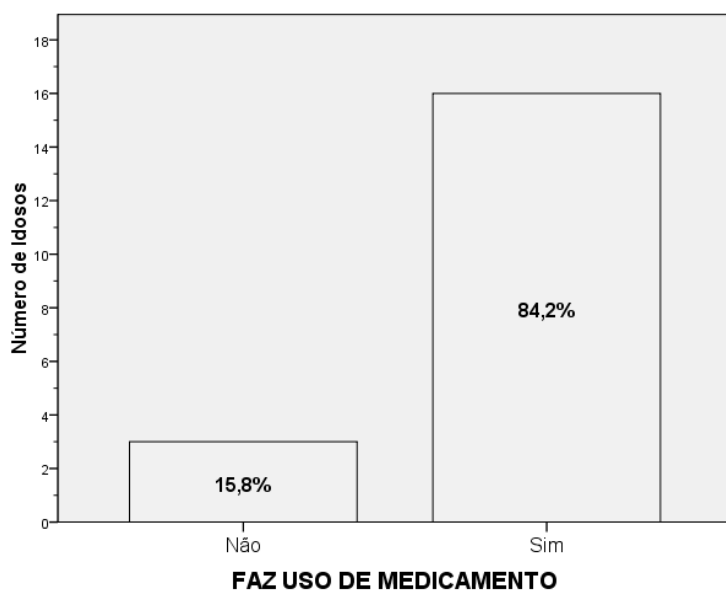
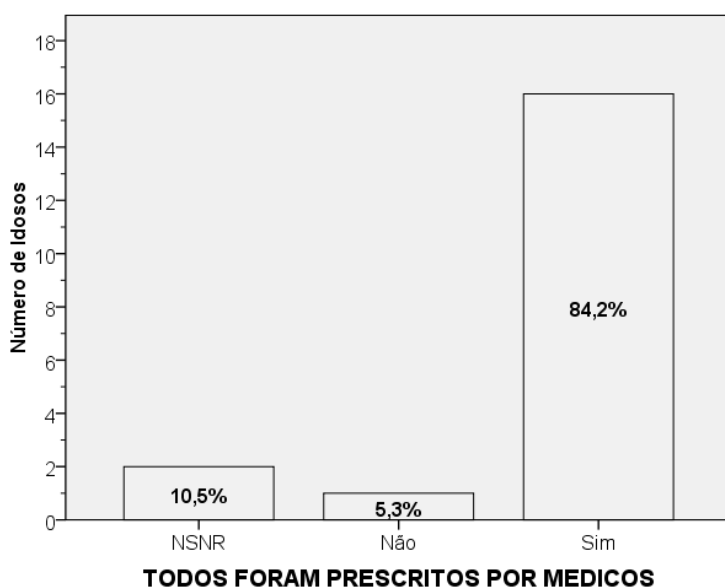


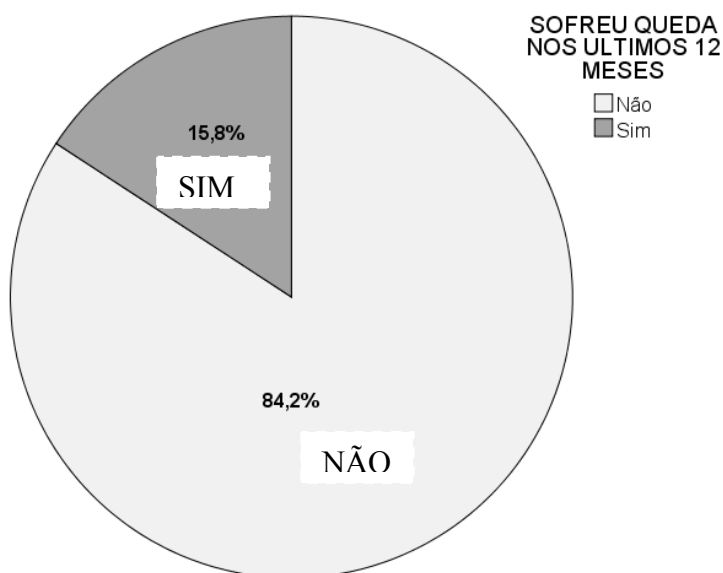
Gráfico 14: Autorreferência aobre a prescrição médica de medicamentos



Para investigar a instabilidade postural, os participantes foram questionados se sofreram alguma queda nos últimos 12 meses. Apenas 15,8% dos 19 respondentes idosos (Gráfico 15) declararam ter sofrido alguma queda. Aliada a esta pergunta, também foram questionados sobre a presença de fratura em decorrência da queda. Dentre os participantes que sofreram quedas, um declarou que teve uma fratura, mas a mesma foi de corrente de um

acidente de carro e não da queda. Os outros dois participantes que sofreram quedas declaram que os motivos da queda foram fatores adversos como a perda de equilíbrio (queda da escada) e a falta de atenção.

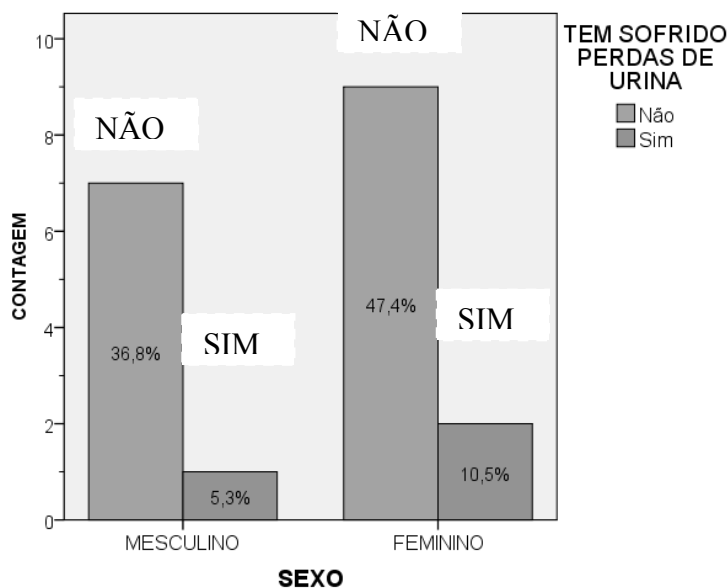
Gráfico 15: Autorreferência sobre a ocorrência de quedas nos últimos 12 meses



Ao investigar a Incontinência Urinária (IU), foi abordado se os participantes têm sofrido de perdas de urina sem motivo aparente. Do universo investigado, 15,8% declararam haver perda de urina, sendo que duas são do sexo feminino e um é do sexo masculino. Estudos sobre IU apontam a prevalência de IU em mulheres, em uma proporção que geralmente é o dobro do número de casos entre homens (RODRIGUES; MENDES, 1994; CORREA; MONTALVÃO, 2010) (Gráfico 16).

No que tange à frequência ou situação, o participante do sexo masculino não respondeu, enquanto que as participantes do sexo feminino relataram que há perdas quando demoram muito tempo para ir ao banheiro, e que conseguem controlar a situação com a utilização do sling.

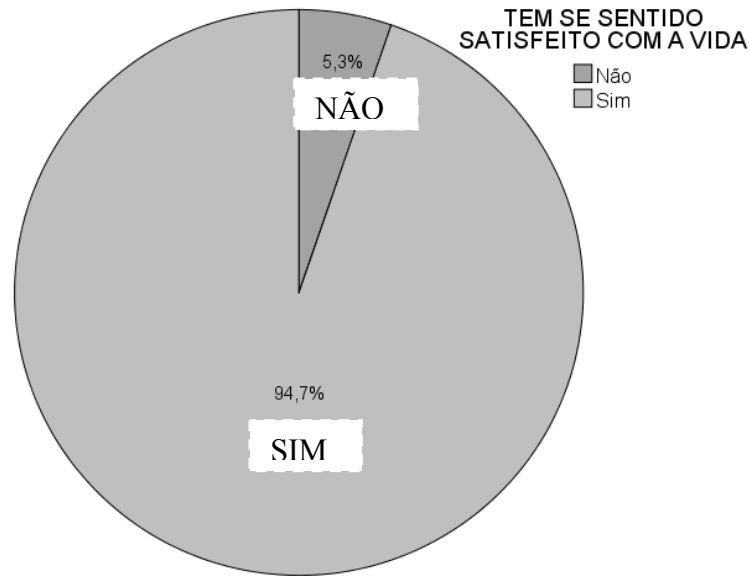
Gráfico 16: Autorreferência incontinência urinária



Quanto à locomoção, 94,7% dos participantes relataram não ter problemas de imobilidade, sendo que 5,3% não responderam à pergunta. Portanto, foi de 100% a não utilização de auxílio ou dispositivo móvel para auxiliar na locomoção.

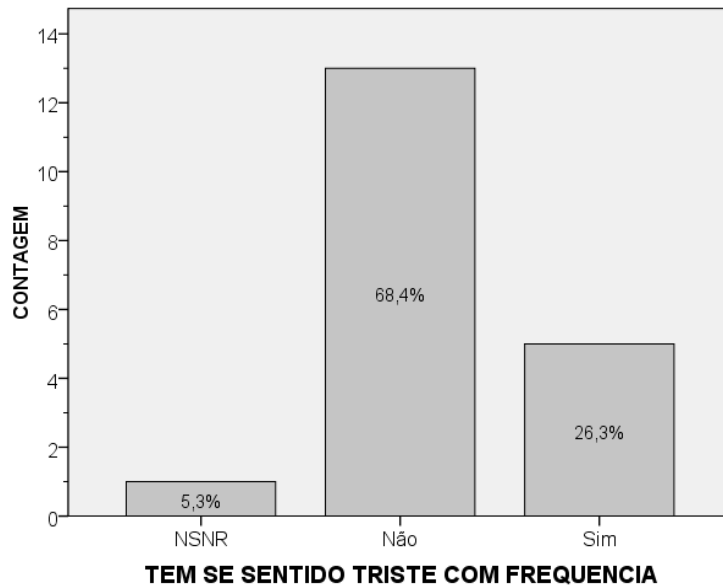
Para investigar a satisfação geral com a vida, a questão norteadora foi "Tem se sentido satisfeito com vida". As respostas apontam que 94,7% dos participantes declararam estar satisfeitos, por já terem realizado tudo o que desejam, por terem uma família maravilhosa e com saúde e por terem saúde. Dentre os participantes, apenas um que, apesar de ter concordado em estar satisfeito, relatou que a questão do envelhecimento é difícil de ser aceita. Já o participante que não está satisfeito com a vida relata que não está devido ao diagnóstico de câncer (Gráfico 17).

Gráfico 17: Satisfação com a vida



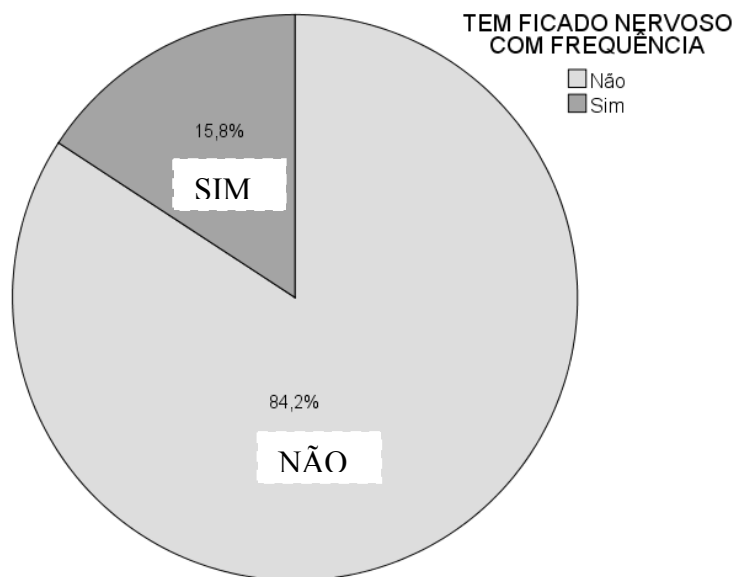
Apesar da maioria dos participantes estarem satisfeitos com a vida, 26,3% têm se sentido tristes com frequência (Gráfico 18). Os motivos relatados foram a presença do câncer, a depressão, a ansiedade, o sentimento de inutilidade, a preocupação com o bem-estar do cônjuge.

Gráfico 18: Referência ao sentimento de tristeza com frequência



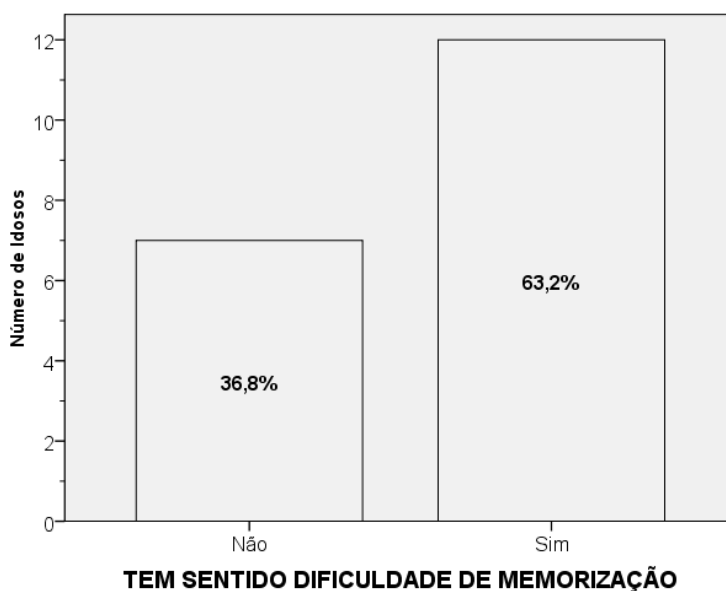
Ao perguntar se tem ficado nervoso com frequência, 15,8% dos participantes afirmam que sim (Gráfico 19), mas quando questionados sobre os motivos, somente uma das participantes relatou que enfrenta dificuldades com uma filha que faz uso de drogas.

Gráfico 19: Ficado nervoso com frequência



O último aspecto investigado diz respeito à Incapacidade Cognitiva, ou seja, relaciona-se às dificuldades de memorização. Dentre os participantes do estudo, 63,2% responderam afirmativamente (Gráfico 20).

Gráfico 20: Dificuldade de Memorização



Dentre os motivos para identificar esta dificuldade, a maioria respondeu que tem dificuldade em formar novas memórias, armazenar informações ou situações de momento

(como lembrar o que queria falar). Contudo dois participantes que afirmaram ter dificuldades não relataram os motivos.

A fim de inferir se há uma possível melhora na qualidade de vida do idosos a partir da utilização dos recursos do computador/internet, também foi aplicada a Escala de Atitudes com Relação ao uso de Computadores por idosos (EARC) (ORLANDI, 2010)<sup>2</sup> traduzida e validada do original em espanhol (VILLAR, 2003).

Subdividido em quatro fatores, o instrumento (EARC) tem por objetivo desencadear uma autoavaliação do participante sobre o senso de autoeficácia, a motivação para a aprendizagem, crenças e atitudes e motivação para aquisição. A EARC possui 21 afirmações, distribuídas em seis pontos Likert (Concordo Totalmente – Discordo Totalmente) (Quadro 1), que foram divididas em quatro fatores de atitudes. O fator 1 foi denominado Senso de autoeficácia e é composto pelas questões 1, 3, 5, 10, 13, 14 e 16; o fator 2 foi denominado Motivação para Aprendizagem e é composto pelas questões 2, 6, 8, 9, 12, 15 e 21; o fator 3 denominado Crenças e Atitudes é composto pelas questões 7, 11, 17, 18, 19 e, finalmente, o fator 4, denominado Motivação para Aquisição e é composto pelas questões 4 e 20. Talvez este último fator não tenha expressividade, uma vez que somente um participante relatou que não tem computador em casa.

#### **Quadro 1: Escala de Atitudes com Relação ao uso de Computadores dividida por fatores**

<b>Fator 01 – Senso de Auto Eficácia</b>
(1) Tenho medo de que ao utilizar o computador possa estragá-lo sem querer. (3) É sempre necessário um especialista que te diga a melhor maneira de utilizar o computador. (5) Temo que ao utilizar o computador cometa erros que serei incapaz de corrigir sozinho. (10) Eu provavelmente poderia aprender o que necessito saber sobre o computador, sozinho, se quisesse. (13) É fácil solucionar os problemas que surgem ao utilizar os computadores. (14) Nunca utilizaria um computador sem ter um especialista em informática perto. (16) Evitaria me dedicar a algo que tenha como requisito saber utilizar o computador.
<b>Fator 02 – Motivação para Aprendizagem</b>
(2) Com o computador poderia fazer coisas interessantes e criativas. (6) Os computadores são máquinas divertidas (8) Qualquer um que tenha paciência e vontade pode aprender a utilizar um computador. (9) Vale à pena dedicar tempo e esforço para aprender informática. (12) Desejo aprender a utilizar mais minuciosamente o computador. (15) Os computadores permitem que se trabalhe de uma forma mais produtiva e eficaz. (21) Hoje em dia dependemos demais do computador.
<b>Fator 03 – Crenças e Atitudes</b>

<sup>2</sup> Indicadores de validade e confiabilidade do “Cuestionário de Atitud ante los Ordenadores” entre idosos brasileiros (ORLANDI; CACHIONI, 2010)



- (7) Os computadores fazem com que muitas pessoas percam o seu trabalho.
- (11) A linguagem utilizada pelos especialistas de informática é confusa e difícil de entender.
- (17) Os computadores fazem com que as pessoas deixem de pensar.
- (18) Se puder prefiro não estar em contato com os computadores.
- (19) Só utilizaria o computador se me obrigassem a fazê-lo.

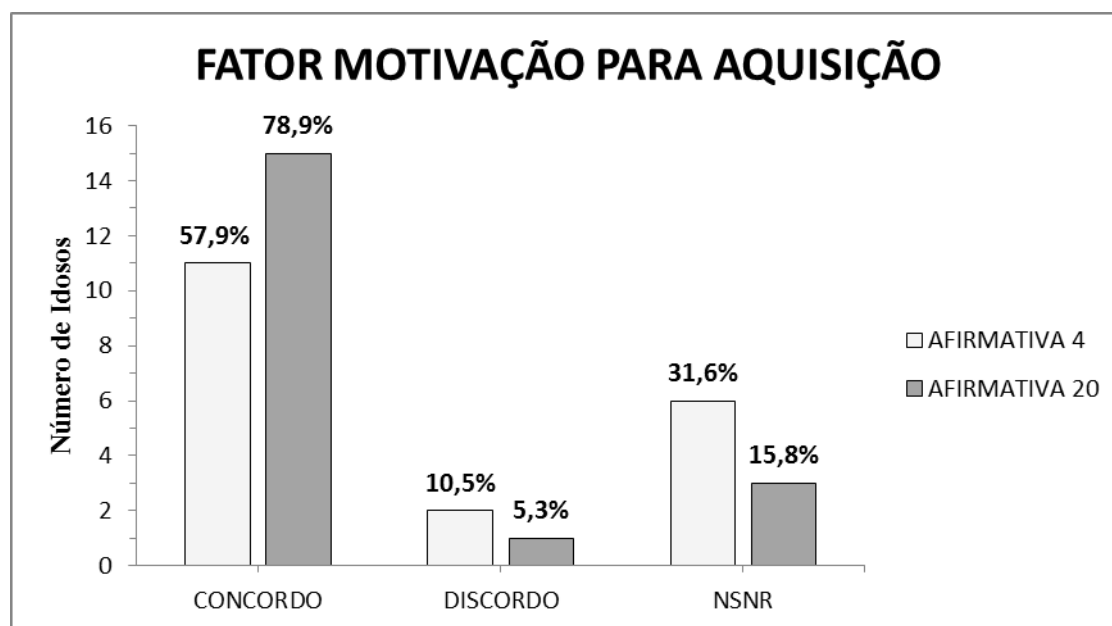
**Fator 04– Motivação para Aquisição**

- (4) Penso muitas vezes em comprar um computador para mim.
- (20) Creio que dentro de pouco tempo necessitarei ter em casa um computador.

Fonte: ORLANDI; CACHIONI, 2010

A seguir, apresenta-se os dados através de gráficos relativos à autopercepção dos participantes sobre motivos para aquisição de computador, seguidos do senso de autoeficácia e crença e atitudes. Inicia-se a apresentação dos resultados pelo fator 4 (Motivação para aquisição) por este já apresentar um viés de resposta positiva devido à resposta obtida no questionário semiestruturado, apresentando apenas um participante que não possuía computador em sua residência.

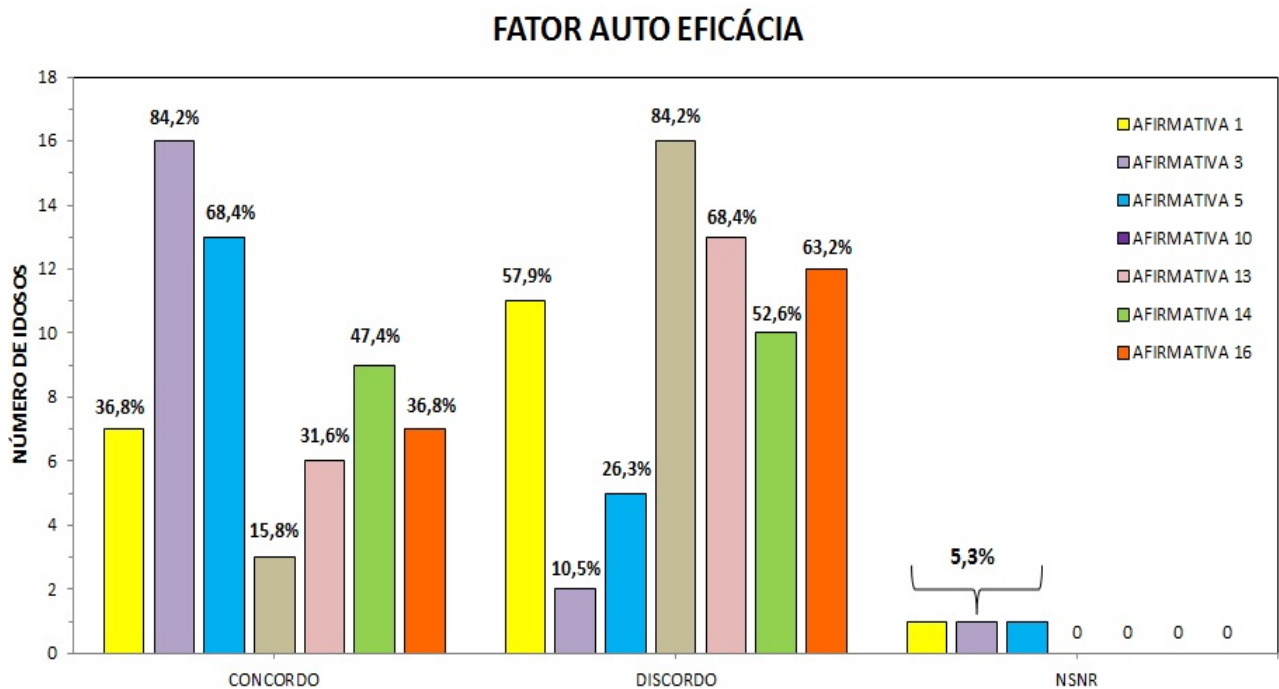
Gráfico 21: Motivação para Aquisição



Constatou-se que 89,5% dos respondentes têm como motivo para aquisição entre “Concordo Totalmente” e NSNR (não sabem ou não responderam). Já a questão “Creio que dentro de pouco tempo necessitarei ter em casa um computador” (afirmativa 20), apresentou 78,9% de pessoas relatando que “Concordam Totalmente” (Gráfico 21). Estas respostas se dão por base em afirmativa já descrita anteriormente de presença de computador em casa, portanto, as questões acima ficam enviesadas.

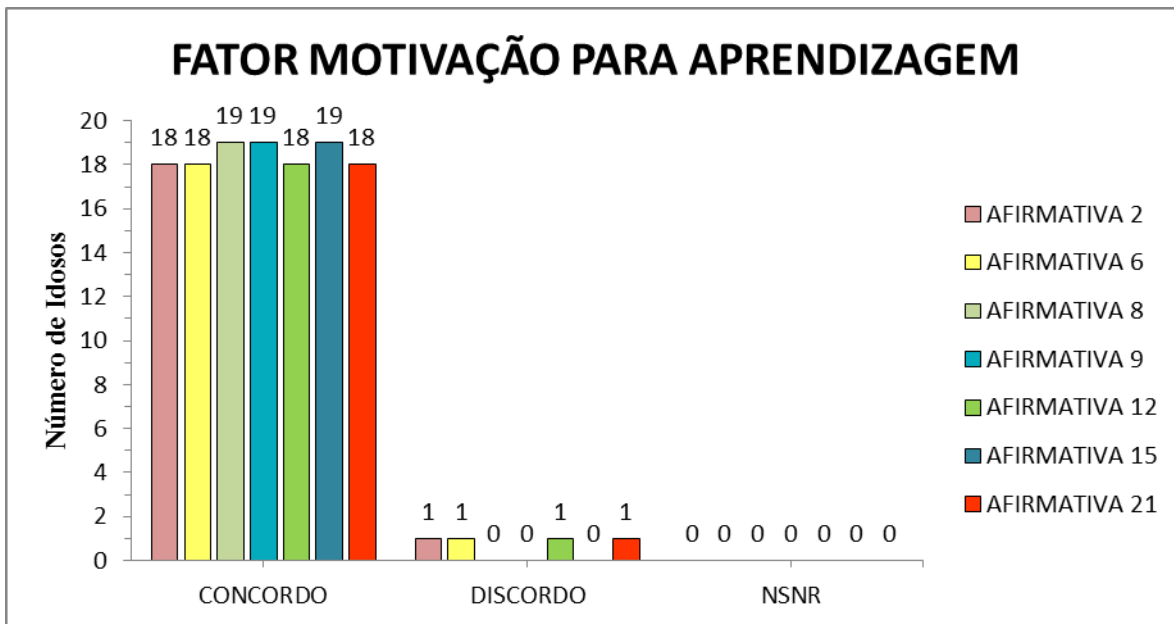
No que tange ao Senso de Autoeficácia, (Gráfico 22), pode-se observar que os participantes tiveram a tendência de discordar com as afirmativas que compõem do fator. As afirmativas 3 e 5 apresentaram concordância e as afirmativas 1, 10, 13, 14 e 16 apresentaram maior discordância, levando à conclusão de que os participantes apresentam autoeficácia reduzida ao pensarmos em atitudes frente ao uso de computadores por eles.

Gráfico 22: Senso de Auto Eficácia



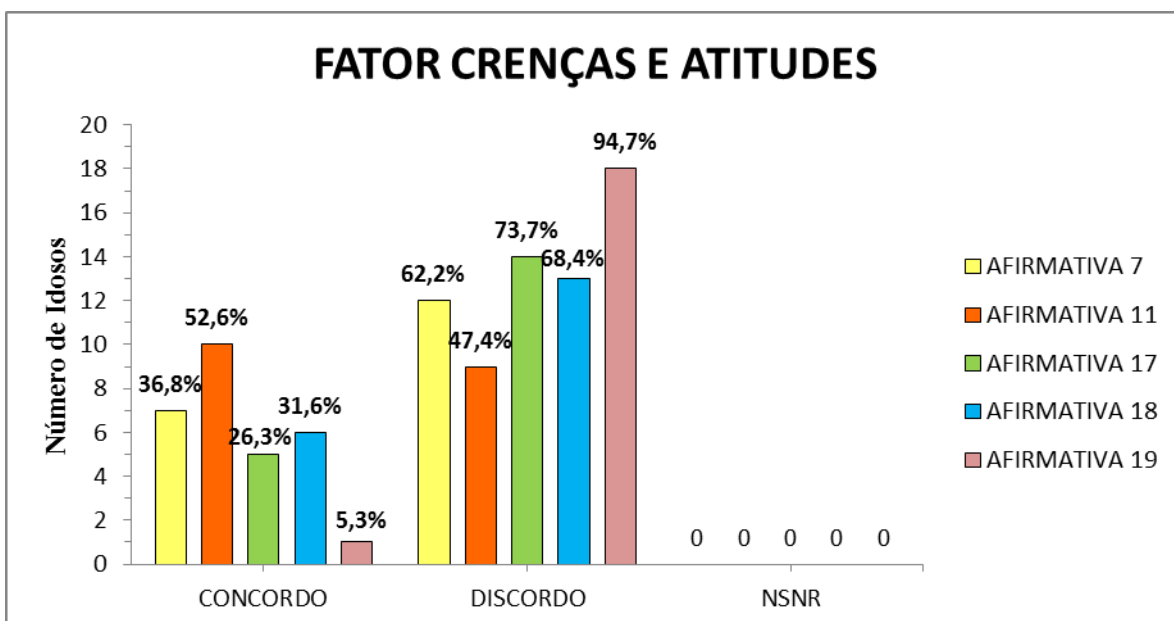
O Fator 2 – Motivação para Aprendizagem manteve um padrão de concordância quase que unânime, apresentando baixo índice de participantes que não se motivam para aprender a utilizar a máquina e isso pode nos levar a um entendimento de que, por buscarem aprender a utilizar as tecnologias em um curso de Programa de Inclusão Digital, os participantes apresentam uma maior motivação para aprender a usar estes recursos tecnológicos (Gráfico 23).

Gráfico 23: Motivação para aprendizagem



O último fator aqui apresentado é o terceiro, que traz questões sobre Crenças e Atitudes. É um fator composto por cinco afirmativas que envolvem pré-conceitos sobre elementos histórico-culturais importante. Para este fator, as respostas apresentaram tendência em discordar das afirmativas e isso pode levar a um entendimento de que os elos entre crenças e atitudes são enfraquecidos, relacionados à utilização de computador e internet (Gráfico 24).

Gráfico 24: Crenças e Atitudes



Após essa análise, pode-se concluir que as pessoas idosas participantes deste estudo possuem um fator de impacto positivo em relação à aprendizagem, talvez influenciado pela procura em aprender computação e internet em uma escola específica de ensino, tendo isso como um fator motivador.

Porém, com relação às crenças e atitudes na utilização das máquinas, há uma tendência em ser negativo, talvez por pré-conceitos determinados socialmente, de que as pessoas idosas não conseguem aprender depois de “velho”, ou por acreditarem que as pessoas idosas não acompanham o advento dos recursos tecnológicos.

Esta característica acima referida pode atrapalhar o modo como as pessoas idosas aprendem a dominar o computador, apresentando um senso de autoeficácia mais indeterminado. Essa tendência negativa é prerrogativa de respostas equilibradas e não tão distoantes, que embasam o pensamento de linguagem e manuseio difíceis, afastando ou até mesmo superando a vontade de aprender, podendo levar a um comprometimento na aprendizagem.

Contudo, tais questões podem ser trabalhadas individualizando o aprendizado, para que a pessoa idosa detenha a habilidade necessária para utilizar o computador.

#### **6.4. Sobre o acesso e uso da internet**

Para esta etapa do estudo, oito participantes tiveram disponibilidade de continuar a participar. Inúmeras tentativas de flexibilidade de horário foram estruturadas, entretanto as demandas pessoais oscilavam entre incompatibilidade de horários, viagens e outros compromissos pessoais. Pela natureza qualitativa do estudo, a adesão destes participantes (n=8 de um universo inicial n=19) não compromete os resultados.

Os participantes foram três homens e cinco mulheres, com idade média de 67,8 anos. Foi aplicado um questionário aberto, a fim de investigar o uso da internet para acesso a informações em saúde (C. APÊNDICE III). Dentre os oito participantes, apenas três afirmaram que buscam informações para suas demandas na área da saúde.

Dos que afirmaram não fazerem essas buscas, as razões apontadas nas respostas foram: “por não ter necessidade”, “não ter problemas de saúde e não praticar automedicação e por não ser apto no comando da internet” ou “por não ter computador em casa”, “questão de hábito, procura ler livros especializados”, “aprendi a mexer recentemente no computador”.

Das três participantes que afirmam realizar buscas, as buscas se referem aos sintomas de dores que estava sentindo, informações gerais em saúde, hipertensão e prevenção. As

informações foram encontradas através do *google*, ou perguntando a outras pessoas. Apenas um dos participantes declarou que não ficou satisfeito com a busca realizada e desistiu de procurar.

Quando questionados sobre a confiabilidade e segurança da informação procurada, dois participantes afirmam que não se preocupavam em saber a fonte, ou que, como não verificaram a fonte, ficaram em dúvida com a resposta. Outra participante diz que identificou a confiabilidade através do seu conhecimento anterior comparado a resposta obtida:

*“pelas respostas e quem respondeu, principalmente a Wikipédia”* (Idosa 1).

A última pergunta envolvendo a busca de informação em saúde na internet, foi se obtiveram o resultado desejado e se confirmaram as questões com especialistas. As respostas foram: *“Sim, nas minhas consultas médicas”* (Idosa 1) e *“Sobre alguns problemas (sintomas) que eu senti quanto ao medicamento, confirmei com o médico”*. O único idoso do sexo masculino que afirmou ter feito buscas de informação em saúde na internet relata que: *“em muitos casos, em que o objetivo era prevenção, considero positivo ter me informado e aplicado na prática, e sim”* (Idosa 2).

Apesar de cinco participantes apontarem que não buscaram informações em saúde pela internet, um participante do sexo masculino, relatou que chegou a fazer uma pequena busca na internet, porém não obteve o resultado esperado, fazendo-o desistir da procura.

Além de questioná-los sobre a busca de informação em saúde pela internet, os participantes também foram questionados sobre doenças crônicas (questões 8 e 9 do Apêndice III) e síndromes geriátricas (questão 10 do C. Apêndice III).

Para a questão oito que procura saber sobre o que é Doença Crônica, a pesquisa obteve respostas como *“uma doença que não tem cura e precisa ser controlada pelo resto da vida”*; *“pode melhorar”*, *“estão relacionadas ao idoso”*. Os participantes, citam exemplos de DCNT e em uma resposta o respondente diz *“poder haver cura, porém é difícil, pois é por muito tempo que o paciente fica acometido pela doença”*. As declarações dos demais participantes corroboram representações e estigmas:

*“Devemos conviver com ela, pois não é curável”* (Idosa 2).

*“São as doenças já instaladas por um longo período, podendo ser curáveis ou não curáveis...são difíceis de obter bons resultados de cura em decorrência do tempo que o paciente foi acometido”* (Idoso 2).

*“Sobre as doenças crônicas que busquei informações estão sempre relacionadas ao idoso: diabetes, pressão alta, Alzheimer, Parkinson e tiroidismo, entre outras” (Idosa 5).*

Ao considerar a questão nove, que procura saber se o idoso/idoso sabe identificar se possui doença crônica, dos oito participantes, um não respondeu e um diz que nem sempre consegue identificar, somente quando quem tem alguém que lhe informa. Os outros seis participantes afirmam conseguir identificar se possuem doença crônica, como observa-se nas frases abaixo.

*“Sim, asma” (Idoso 3).*

*“Sou hipertenso” (Idoso 1).*

*“Sim, colesterol, hipertensão, artrite reumatoide, tendinose crônica calcificada, fibromialgia” (Idosa 2).*

Permeando a discussão sobre doenças crônicas e síndromes geriátricas, a questão 10 procurou saber se os entrevistados conheciam este último termo e pediu-se para escreverem uma breve explicação sobre o tema. Dentre os oito participantes, cinco mencionaram não terem conhecimento sobre as síndromes geriátricas e, dentre esses, um relata achar ser Parkinson e Alzheimer como no relato descrito abaixo:

*“Nunca ouvi falar, mas suponho sejam doença do tipo “Mal de Parkinson”, “Alzheimer”, etc” (Idoso 1).*

No entanto os outros três participantes mencionam fatores como “velho”, “idoso”, “velhice” diretamente relacionado, como nos relatos a seguir:

*“São doenças que desenvolvem em pessoas idosas” (Idosa 1).*

*“É o conjunto de sintomas que surgem em decorrência da debilidade pela qual o organismo atinge na velhice” (Idoso 2).*

*“Tenho conhecimento de alguma coisa, mas não sei explicar” (Idosa 2).*

## **6.5. Autopromoção do Envelhecimento Ativo**

Este tópico foi abordado na fase 3 da etapa 3, durante a realização de um Grupo Focal. Compareceram a esta etapa 6 participantes, dos quais 4 eram mulheres e 2 homens.

Entretanto, como somente 3 dos 8 participantes já haviam usado a internet para fazer buscas de informação em saúde e mesmo estes não estavam preocupados com a fonte, foi reportado a eles o que devemos observar na internet para que possamos ter mais segurança e credibilidade na informação que está sendo divulgada pela internet e como fazer esta busca com dois denominadores em comum: Hipertensão e Síndromes Geriátricas.

Seguindo o proposto, foi adotado como base de segurança, um protocolo de busca em sites que contenham um dos seguintes requisitos: S em “HTTPS” que significa SECURE, demonstrando a existência de um protocolo de segurança adicional ao HTTP. Em seguida, os sites governamentais (.gov), sites de hospitais ou fundações de saúde (exemplo Albert Einstein, FioCruz) e documentos no formato PDF que contenham autores e referências bibliográficas para que se possa eventualmente ir atrás de outras informações sobre o assunto pesquisado (MORETTI; OLIVEIRA; SILVA, 2012).

Após as instruções acima, foi realizada uma busca com os participantes para efetivamente colocar em prática o protocolo. Para isso, foi pedido que fosse feita uma busca de sites que tratavam primeiramente de “Hipertensão”. Uma vez identificados, passou-se uma etapa de análise dos resultados obtidos através do buscador google. A critério dos participantes, os mesmos entraram em um site que tinha o denominador .gov e depois em um hospitalar. Em seguida, foi solicitado buscar o tema Síndromes Geriátricas localizando como uma das fontes confiáveis um documento em pdf.

Para que houvesse oportunidade de praticarem em suas residências, a segunda parte desta fase foi realizada um mês depois. Como já afirmado, a maioria dos participantes não havia feito buscas sobre saúde na internet e para isso foi utilizado um protocolo de perguntas (C. Apêndice III) que norteia a questão das buscas em saúde na internet por pessoas idosas.

Separados por grupo de sexo, as mulheres compareceram juntas em uma tarde previamente agendada pelo telefone. Já com os homens, foi necessário a realização de dois encontros, pois apareceu somente um indivíduo no primeiro agendamento.

A conversa foi iniciada com a seguinte pergunta: “O que o(a) senhor(a) pensa sobre a utilidade da internet?” Como resposta unânime, os participantes acreditam que a internet é uma ferramenta essencial e que trouxe muitas melhorias para a vida de todos, assim como rápido acesso às informações e rápida comunicação, como podemos observar nas falas abaixo.

*“A internet é um veículo muito importante daqui pra frente” (Idosa 1).*

*“Sou uma negação, simplesmente eu não tenho utilizado a internet,... mas porque as pessoas me dizem, é eu vejo que é realmente importante” (Idosa 3).*

*“Eu não mexo, mas eu acho que é importante sim” (Idosa 4).*

*“A utilidade da internet, eu acho que é um avanço muito grande, é uma facilidade muito grande de se comunicar, mudou totalmente minha vida nesse tempo,... tenho mais é que incentivar os outros que foi muito bom demais viu” (Idoso 1).*

*“De modo geral eu considero a internet como uma revolução e acho que sem ela ficaria tudo inviável, porque já se tornou um hábito” (Idoso 2).*

Essa questão aponta para os dados acima discutidos, de que o número de pessoas idosas que acessam a internet está aumentando cada vez mais, a fim de se inserirem no mundo digital. Com isso, as pessoas idosas participantes dos grupos focais foram perguntadas sobre a busca em saúde na internet, se o fazem e se acham importante ter esse domínio como um recurso de se obter informações e as respostas passam a ser diferentes. Primeiramente, estão os relatos sobre a busca de informações na internet, depois sobre o que procurou e por último se a informação foi útil

*“Tenho o hábito e sempre tive de me informar pelos jornais, mas eu acho importante, mas não sou acostumada a entrar no google e procurar uma doença, não tenho esse hábito, vou ao médico e ele me informa” (Idosa 1)*

*“Eu, vamos supor, eu vou na consulta tudo, o médico me da a receita e eu pego e chego em casa, eu não sei se é curiosidade ou é querer saber mais sobre a reação, o que acontece, então eu vou, eu acho muito importante e agora graças a Deus que agora eu não dependo do meu filho pra ficar pedindo pra procurar” (Idosa 2)*

A idosa 3 não faz hoje buscas de saúde na internet, mas quando sua irmã foi diagnosticada com Parkinson ela fez a busca, como no relato a seguir



*“Para compreender do que se trata deu assim um certo esclarecimento né” (Idosa 3).*

*“Então eu não procurei não eu to ainda assim indo no meu médico quando tem que ir, tomando meus medicamentos, mas eu não procurei não, mas é importante isso, para quem tem e sabe lidar com isso, uma porque estamos envelhecendo e não sabendo o que é, tendo uma informação assim agente corre atrás para buscar saúde” (Idosa 4).*

*“Olha as poucas que eu tenho ido buscar tem sido a contento meu viu” (Idoso 1).*

*“Algumas sim, sobre literatura, músicas, filosofia, direito, sobre saúde não muito, não faço nada na internet com muita frequência” (Idoso 2).*

A intensão da procura em saúde por parte dos participantes está relacionada com as próprias doenças ou de parentes e amigos, e acreditam ser uma forma de se manterem informados sobre questões de saúde e doença como uma forma de promoção do envelhecimento. As buscas são relatadas nas frases a seguir.

*“Sim, fui procurar sobre tendinite, tendinose que é tudo da mesma família né, se eu pego e vamos supor faço uns exames, um ultrassom, e sai do resultado antes de ir ao médico, não sei se ta certo ou errado de procurar as coisas antes, não que eu vou sofrer com antecedência, mas já vou ciente das coisas e dependendo do que o medico falar eu posso tirar minhas dúvidas ou eu fazer perguntas pra ele” (Idosa 2).*

*“Sobre problemas de saúde, remédio, tratamento médico,...justamente os problemas que eu tenho, eu tenho problema cardíaco, pulmonar, de coluna...eu sempre procuro obter e também assim não só sobre os problemas que eu tenho, mas os da idade que tá avançada agente tem que manter informado pra que agente não faça nada de errado” (Idoso 1).*

*“Dei uma geral sobre a diabetes porque minha esposa é diabética, sobre hipertensão, nada aprofundado” (Idoso 2).*

Os participantes que não utilizam a internet para fazer buscas utilizam de outros recursos para se manter informado sobre as doenças, como mostra o relato abaixo.

*“Comigo não aconteceu (de buscar sobre a própria saúde), mas saiu uma vez sobre Hepatite C aí eu recortei e dei pra ela (faxineira), aí ela foi no médico dela mostrou pra ele, mas ele falou que ainda não estava no Brasil o medicamento (recorte da reportagem)” (Idosa 1)*  
*“Minha menina sempre que ta passando algo assim ela me chama “mãe vem ver aqui que é importante”, quando ta passando negócio de diabete então ela me chama, porque lá em casa eles vivem no meu pé por causa da diabetes....é eu assisto muito de segunda-feira um programa que chama “Vida e Saúde” que passa no canal 21 é mais de meia hora e tem pergunta de tudo quanto é tipo e tudo quanto é doença né, então eu fico ali atenta” (Idosa 4).*

A importância da busca de informação sobre saúde como forma de promoção do envelhecimento pode ser notadas nas frases a seguir, não somente através da internet como também por fontes como revista, televisão e jornal impresso.

*“Eu ligo quando to em casa o Bem-Estar, eu gosto daquelas informações que são passadas né, pra gente se policiar melhor né, na alimentação, esclarece bem (Idosa 1)*  
*“Eu nessas leituras eu vi também uma preocupação de um pesquisador sobre a questão da natalidade que a China deve controlar que a população tá aumentando exageradamente tudo e que deveria ter um controle, eu concordo que haja um controle, mas eu fico preocupada pq a medida que a pessoa controla a natalidade tudo bem, agora estão querendo prolongar cada vez mais a vida e no nosso caso, no país, a qualidade ela não esta correspondente, vc tem uma massa de pessoas idosas todas vivendo a base de remédio, aliás todas não, praticamente quase todas, se não todas, vivem a base de um medicamento pra alguma coisa pra poder se manter agora eu vejo isso como um beneficio para a indústria farmacêutica para as*

*pesquisas e que em termos de trabalho de educação para melhorar essa da qualidade de vida desde a base ela não esta sendo feita se está sendo feita adequadamente não tem assim um controle do tipo de alimentação, dos exercícios das atividades pq tudo então agente vai buscar a medida que vai precisando e eu acho que isso deveria fazer parte do dia a dia da pessoa desde o inicio então vc veja a previsão do controle da natalidade, a mortandade de jovens se drogam com violência, com acidente, então a preocupação a pessoa vive cada vez mais e não ta se preocupando, com raras exceções com a qualidade quer saber so de ficar vivo cada vez mais com uma vida longa saúde então é essa minha preocupação, deveria ser esse o principio” (Idosa 3).*

*“Porque a base de remédio também. Ajuda bastante é que como se diz, agente não tem uma preparação, uma informação que deveria ter desde assim quando se conscientiza das coisas poderia ser melhor eu acho porque eu vejo aquelas meninas de 15-16 anos grávida essas coisas assim eu fico pensando, imagina como vão crescer essas crianças, que vão crescer sem uma estrutura familiar, não tem nada,.... pra mim eu acho que é importante mesmo que eu tendo que tomar vários medicamentos já to conseguindo diminuir porque eu não como coisa que vá me fazer mal, dependendo do medicamento você não pode comer certas coisas e fazendo assim eu vou me sentir melhor então eu falo devia ter tido essa informação lá atrás e ainda bem que chegou” (Idosa 2).*

*“Digamos o seguinte um pouco sim, mas foi melhorado sistematicamente assim daquilo que eu podia e que eu não podia, se entendeu até em termos só de alimentação, maneira de viver, de fazer as coisas, de usar os meus esforços as vezes q eu não podia ter então pra mim foi muito bom” (Idoso 1).*

*“Ah claro, sem duvida, bom essas informações fazem com que agente se previna mais né determinadas coisas que agente, por exemplo, na alimentação que agente faz de maneira errônea, através daqueles sites das informações agente procura modificar né, modificar de uma*

*maneira mais correta na alimentação, o próprio sistema de vida que agente leva a medicação, agente observa tudo isso” (Idoso 2).*

Apesar de encontrar os participantes apenas após um mês depois de apresentados alguns critérios de buscas confiáveis, dois idosos demonstraram ter utilizado do recurso e os demais lembraram das dicas e acharam-nas importantes, como uma forma de aconselhamento na busca por informações. Isso pode ser percebido nos trechos a seguir.

*“Então eu tenho amigas minhas assim que não vieram fazer o curso e hoje quando elas vão em alguma consulta e descobrem que tem alguma coisa já ligam pra mim falando olha você não quer procurar pra mim tal coisa, aí eu pego procuro e pesquiso tudo e graças a Deus que agora eu sei que tem procurar um site seguro porque antes eu ai assim naquele que aparecia achava que era, mas agora graças a Deus eu vim na palestra dela e agora eu vou lá no site confiável eu pego e falo pra elas me da o email do seu filho, eu pego e já mando e falo fala pro seu filho pegar e vc ve as coisas” (Idosa 2).*

*“Sem sombra de duvida, porque as primeiras buscas que eu fiz eu fiquei decepcionado que eu vi coisa muito ruim, resultados diferentes um do outro, os primeiros que eu peguei era apavorante, deixou eu assustado nas condições de saúde sobre aquele assunto, quando eu passei a pegar as referências normais, se entendeu, ai esclareceu mais pra mim, eu tive uma dinâmica bem maior. Eu posso dizer uma coisinha simples, sobre a asma que eu tenho, teve um lugar q fui pesquisar sobre a asma e eles me assustaram tanto dizendo que era difícil o remédio resolver o problema que a tendência da doença era cada vez mais piorar até que a pessoa tivesse necessidade de ficar internada sobre os cuidados médicos, quando eu fui buscar essa informação mais adequada, a asma pode com o tratamento ser assim normalizada e pra isso tem que existir um certo cuidado como outro tipo de doença q também tem que ter esses cuidados ne, então me deixou bem mais aliviado, porque eu fiquei apavorado com aquilo.*

*Parti pelo principio do governo, laboratório, medico especialista”*  
(Idoso 1).

*“Como eu avalio, eu peguei em sites confiáveis, peguei no site do governo, que foi indicação sua na verdade”* (Idoso 2).

Finalizando o roteiro, foi questionado o que os participantes achavam de buscar as informações de saúde na internet, se acham que é importante. A resposta foi unânime e afirmativa, como segue:

*“Eu acho importante porque a internet é o que há de moderno né a tecnologia atual e todo mundo tá nela e poucos que estão na revista e nos jornais ne, então é a era que vai se socorrer para entender melhor o corpo ne e as doenças, pra gente não ficar rebelde. To aprendendo o face essas coisas”* (Idosa 1).

*“Eu acho importante, só que uma coisa que eu percebi na minha casa, que somos em 3, eu, meu marido e meu filho, então meu filho fica no quarto dele eu no meu quarto com o computador e meu marido fica na TV só que é assim eu percebi que agente se isolou, cada um num canto, meu marido fala que agente vai fazer algum curso e cadê, vem a preguiça, então ele fala assim a hora q ele quer deitar ele fala assim, vai demorar muito porque ele sabe que eu vou xingar ne as vezes eu tô vendo alguma coisa importante ou tá na metade eu quero ver ele diz puxa vida viu agora tem a mulher e o filho que fica com o negocio ai e ninguém fala com ninguém, mas eu falo assim pra ele não adianta você ficar falando porque vem aqui ver o negócio que você tem no seu braço oh vem ver, ai eu explico pra ele e mostro pra ele ta vendo se você não se cuidar vai ficar assim oh”*  
(Idosa 2).

*“Ainda mais agora se sabendo quais são as fontes como ela falou, as fontes mais fidedignas, confiáveis porque muita coisa na internet e acho que esse alerta foi muito bom. Mas é interessante você falando que eles precisavam, mas muitas vezes eles precisam, eles olham, ele falam, mas diz isso é bobagem”* (Idosa 3).

*“Eu não mexo, mas eu acho que é importante sim porque a minha filha fala assim mãe daqui uns tempos não vai ter jovem no mundo porque eles tão se estragando comendo só porcariada ne como tudo o que não presta, como fora de hora, dorme aquele soninho, então eles estão estragando a saúde, então eles que precisavam entrar nisso ai e ver o que faz mal e o que faz bem na vida ne, mas eles entram e pegam a outras coisas que não levam a nada” (Idosa 4)*

*“É uma coisa muito boa, se a pessoa souber buscar, informado como vocês me deram a dica, então é muito muito muito bom né eu acho que não é só saúde, é diversas coisas a mais a informação é muito importante, muito rápida ne, pra mim não foi só saúde, a saúde foi uma das coisas principal, por exemplo eu tinha pessoas da minha família q a muitos anos eu não mantinha contato nem sabia onde tava, pela internet eu localizei, hoje agente mantém contato direto, e eu tenho parentes q mora no exteriores que agente tem um contato muito fácil, muito rápido, é pode se levantar cedo e falar um bom dia pra eles sem problemas, sendo que eu passava assim anos sem ver, então pra mim facilitou minha vida em tudo, em tudo mesmo” (Idoso 1).*

*“Ah eu acho muito importante, agente pesquisar na internet para procurar em pratica, acho q ficou mais acessível, porque antes você só tinha essas informações através de médicos, hoje você tem de maneira mais espontânea você pode lançar mão na hora que você quer, você ouve falar de uma determinada coisa o medico vai falar pra você, você vai pesquisar na internet ne você tem essas informações bem claras ali né” (Idoso 2).*

Ao serem questionados sobre as informações obtidas, se eram corretas e se confirmaram com médicos, os participantes que fazem ou fizeram a busca disseram que estavam corretas e que a mesma foi confirmada por médico, como escrito seguir.

*“Ele falou assim olha se muitas pessoas fizessem que nem a senhora já resolvia uma parte do problema, que ele queira me dar um remédio*

*e eu falei que não ia tomar esse remédio e ele perguntou por que e eu falei porque eu já tomo isso, isso e isso e pra que que eu preciso tomar esse dai ele na gaveta dele tem um livro grosso que ele foi procurar e ele falou realmente esse medicamento não vai refrescar nada” (Idosa 2).*

*“Cheguei a comentar sim porque eu convivo no meio da área da saúde, porque eu sou conselheiro municipal de saúde então toda vez que tem um conselho assim geralmente ta os médicos e todo mundo ali e agente troca uma ideia” (Idoso 1).*

*“Comentei com o médico, ele disse que são informações verídicas pelo que eu passei pra ele, que são validas e podem ser consultadas” (Idoso 2).*

Uma questão que pode ser importante e ficou de fora do roteiro, como uma pergunta direta para aqueles que não fazem a busca, mas levando em consideração as respostas, podemos entender o porquê de não fazer a busca na internet, uma vez que concordam que ela é importante, os motivos são: falta de acesso ao computador, costume de ler jornais e revistas, falta de tempo e mudança de residência.

Falta do computador em casa

*“Então eu vou ser sincera eu não procurei, uma porque eu não tenho,... eu tenho vontade, mas a possibilidade é o que é, eu sei que é mais fácil pra comprar as coisas sabe, mas a minha menina acha que é bom não ter isso daí, então eu não tenho” (Idosa 4).*

Costume em ler em jornais e revistas

*“Mas eu tenho o habito, sempre tive, de me informar pelos jornais, agente sempre assinou as revistas né, o jornal tem a folha da saúde la, as revistas tá cheio da informação” (Idosa 1).*

Falta de tempo

*“Eu fiz 2 módulos aqui, mas eu poderia fazer muito mais, só que meu tempo é muito restrito sabe que eu passo semanas sem por a mão no*

*computador um fim de semana que eu vou conseguir uma hora no máximo” (Idoso 2).*

#### Mudança de residência

*“Sou uma negação, simplesmente eu não tenho utilizado a internet, to com meu computador embrulhado porque mudei, e ainda to em fase de arrumação” (Idosa 3).*

Todas as respostas acima descritas confirmam os dados mencionados: para esse grupo estudado o acesso à informações em saúde, também pela internet, pode influenciar positivamente na qualidade de vida deste indivíduo que passa pelo processo de envelhecimento, como afirmado pelo Deursen (2012).

Também podemos confirmar que a presença de DCNT ou doenças que possam influenciar ou gerar as Síndromes Geriátricas, não impedem que os participantes tentem buscar o melhor proveito das informações e orientá-las no cotidiano, fazendo com que tais questões sejam determinantes para se ter um melhor aproveitamento na qualidade da vida que essas pessoas idosas levam.

O estudo também leva em consideração os conhecimentos e competências que formam o capital humano e que servem de catalizadores para um crescimento econômico, mas que também pode promover questões de desigualdades e exclusão social. São questões como “Aprendizagem ao longo da vida” (ALV) que vem sendo discutidas também em nível político, na Europa, procurando abranger os três tipos de aprendizagem envolvidas em todas as fases do ciclo de vida: formal, não formal e informal (SITOE, 2006).

Introduzida no contexto da “Estratégia Europeia para o Emprego” (EEE), a ALV é definida como

*Toda atividade de aprendizagem em qualquer momento da vida, com o objetivo de melhorar os conhecimentos, as aptidões e competências, no quadro de uma perspectiva pessoal, cívica, social e/ou relacionada com o emprego (SITOE, 2006)*

Os participantes atendem a esses critérios propostos na Europa de ALV, pois buscaram aprender uma nova ferramenta tecnológica, impulsionada por uma melhora no aspecto pessoal de conhecimento de novos recursos, estabelecendo questões de inclusão, visto que a evolução das tecnologias é uma das tendências da nova sociedade do conhecimento.



O rápido acesso a informações e à comunicação proporcionaram aos participantes um maior acesso a diversas informações, além de um meio pelo qual as vêem interagindo entre si, auxiliando nas questões de redução do isolamento e na cognição. Percebe-se também que pode promover encontros intergeracionais na web entre os familiares, como apontado pelos participantes. Mas, em contrapartida, pode influenciar na comunicação dessas pessoas idosas com pessoas reais (familiares), como também demonstrado no relato de outra participante e evidenciado por Kreis et al (2007).

Há também questões apresentadas como a participação de algumas pessoas idosas em programas de aprendizagem de novas tecnologias, mas que por motivos diversos não dão continuidade ao interesse apresentado anteriormente. Alguns dos motivos são a falta de interesse, de tempo ou até mesmo a falta do recurso tecnológico em casa.

Atualmente, pode-se inferir que as novas tecnologias podem promover uma exclusão digital para a população idosa que não está inserida neste contexto de aprendizagem, mas também pode-se proporcionar o letramento e a alfabetização nesses recursos, com escolas que ofereçam cursos introdutórios e preparatórios, como é o caso do PID/FESC em São Carlos.

Contudo, para que os “problemas” apontados acima sejam sanados, faz-se necessário elaborar cursos de informática com didática específica para a população idosa, para que esta continue promovendo e atuando em questões como ALV, sempre levando em consideração as dificuldades fisiológicas, motoras, psicológicas e sociais que as pessoas idosas podem apresentar (DOLL; MACHADO, 2011).

Ao procurarem utilizar o computador, as pessoas idosas participantes tendem a utilizar a internet como fonte de informações no geral, assim como forma de contatar amigos e familiares, mas em específico, alguns tendem a utilizar o recurso tecnológico como fonte de informação em saúde, disseminado conhecimento acerca de questões e processos do envelhecimento atrelados ao binômio saúde-doença.

Os participantes também concluíram que a obtenção das informações pelo meio de comunicação tecnológica é apenas uma fonte a ser investigada a respeito das questões levantadas nesta dissertação, concluindo que a consulta ao médico continua sendo um fator importante para tratar questões de saúde. Afinal, as informações retiradas da internet não substituem a visita regular ao médico e é sempre necessário investigar a fonte de origem das informações que são passadas através dos sites na internet.

## 7. Considerações Finais

O presente estudo evidencia a relevância do acesso, uso e aprendizagem dos recursos tecnológicos pelas pessoas no contexto do envelhecimento. Esse processo vem aumentando cada vez mais às preocupações com o processo de saúde e doença, podendo a internet ser um meio facilitador e emancipador para a obtenção de informações, no caso deste estudo, em saúde, para um pensamento que leve a uma melhora no processo de envelhecimento e uma preocupação maior com a fase da velhice.

De modo geral, os objetivos deste trabalho foram contemplados, com 19 participantes iniciais, sendo 11 mulheres e oito homens, com idade média de aproximadamente 67 anos, sendo maioria casados, com ensino superior completo. Em um primeiro rastrio as buscas na internet são, em sua maioria, sobre a própria saúde, ou sobre a saúde de amigos e parentes e ficou evidente que tais informações podem auxiliar na questão do envelhecimento mais ativo, com mais qualidade de vida.

A presente dissertação, pela orientação social qualitativa, aponta para um grupo de pessoas idosas que estão avaliando sua saúde positivamente, independente da presença de doenças crônicas que podem vir a implicar em algumas limitações. Referenda os pressupostos do envelhecimento ativo, onde independência e autonomia são dimensões fundamentais.

Os participante apresentam crenças e atitudes positivas com relação à utilização do computador/internet, apesar de ainda mostrarem receio em dominar o conhecimento deste recurso tecnológico. O estudo aponta que eles também apresentam interesses diversos na internet, principalmente com relação a estarem atualizados e informados sobre as questões da atualidade. Além disso, procuram manter o contato com familiares e amigos, o que pode trazer um maior conforto àqueles que moram sozinhos. O estudo não mostrou diferença entre os sexos com relação à busca de informações sobre saúde na internet, sendo considerado importante por ambos os sexos.

Em sua maioria, os participantes não fazem busca sobre saúde na internet com frequência, mas acreditam que saber procurar a informação correta seja importante para auxiliar na saúde do mesmo e pensando além, acreditam que com o acesso fácil ao recurso da internet pode já começar a haver uma conscientização desde a infância. Este resultado pode contribuir no futuro com o aumento do número de pessoas idosas que acessam a internet.

Isto reflete a preocupação que os pessoas idosas têm com o próprio envelhecimento, se mostrando preocupados com a qualidade de suas vidas.

Os participantes apontam para a relevância da aprendizagem que se dá ao longo da vida e por interesses pessoais e que os novos conhecimentos influenciam e auxiliam em seu cotidiano.

O campo CTS, com suas especificidades e articulações interdisciplinares, evidencia um espaço privilegiado de investigação e intervenção sobre os processos de envelhecimento, em sua abrangência e magnitude, especialmente contribuindo para o desenvolvimento de aportes teóricos e epistemológicos da gerontologia, no desenvolvimento de conhecimentos científicos e tecnológicos para a inclusão de atores sociais de todas as idades, através da educação e da participação social, promotores de saúde e cidadania.

O estudo aqui apresentado possui limitações de número de programas de inclusão digital abrangidos, bem como o número de participantes. Pensando em pesquisas futuras, pode-se abranger a amostra em outros programas de inclusão digital para pessoas idosas, bem como em outros municípios.

## Referências Bibliográficas

- ALKEMA, G. E; ALLEY, D. E. Gerontology's future: an integrative model for disciplinary advancement. **The Gerontologist**, v. 46, n. 5, p. 574-582, 2006.
- ALMEIDA, G. R. A. et al. Imobilidade. In: MORAES, E. N. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2008. p. 411-422.
- ALPAY, L. L; et al. Easing internet access of health information for elderly users. **Health Informatics Journal**. v. 10, n. 3, p. 185-194. 2004.
- BASS, S. A; FERRARO, K. F. Gerontology education in transition: considering disciplinary and paradigmatic evolution. **The Gerontologist**; v. 40, n. 1, p. 97-106. 2000.
- BAZZO, W. A. ; PEREIRA, L.; LINSINGEN, I. V. O que são e para que servem os estudos CTS. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENSINO DE ENGENHARIA- COBENGE, 2000, Ouro Preto: ABENGE, 2000.
- BERTERA, E.M et al. Training older adults to access health information. **Educational Gerontology**. v. 33, n. 6, p. 483-500. 2007.
- BIRCHER, J. Towards a dynamic definitions of health and disease. **Medicine, Health, Care and Philosophy**. v. 8, p. 335-341. 2005.
- BRASIL. **Lei nº.6890**. 29 de dezembro de 1971. LEX: São Carlos, São Paulo.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis**: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro /Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.
- BRASIL. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. **Plano de ação internacional sobre o envelhecimento**. Brasília, 2007.
- BRODIE, Met al. Health Information, The Internet, And The Digital Divide. **Digital Divide Health Affairs** – Nov/Dez – 2000.
- CACHIONI, M; NERI, A. L. Educação e gerontologia: desafios e oportunidades. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**; Passo Fundo, p. 99-115. 2004.

CAMARANO, A. A. **Dinâmica da População Brasileira e implicações para Previdência Social**. Rio de Janeiro, IPEA, 2009.

CAMPBELL, R; & NOLFI, D. Teaching adults to use the Internet to access health care information: before-after study. **Journal of Medical Internet Resources**, v.. 13. 2005.

CARLOS, J.G. **Interdisciplinaridade no Ensino Médio**: desafios e potencialidades, 2007. Disponível em: <[www.dominiopublico.gov.br](http://www.dominiopublico.gov.br)>. Acessado em: 2012

CORRÊA, E. F; MONTALVÃO, E. R. Infecção do trato urinário em geriatria. **Estudos**. Goiânia. v. 37, n. 7/8, p. 625-635,. 2010.

DEURSEN, A. J. M. Internet skill-related problems in accessing online health information. **International Journal of Medical Informatics**, v. 81, 2012.

DOLL, J; MACHADO, L. R. O idoso e as novas tecnologias. In: FREITAS, E. V. ; PY, L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011, 1664-1671.

ETCHEMENDY. E et al.. Na e-health platform for the elderly population: the butler system. **Computers & Education.**, vol. 56. 2011.

FAZENDA, I. C. A. **Interdisciplinaridade**: história, teoria e pesquisa. Campinas: Papirus,1994.

FILHO, F. A. P. O Envelhecimento. **Tempo Social**. vol. , 21, n. ( 1,) 15-34. 2009.

FONSECA, A. M. Subsídios para uma leitura desenvolvimental do processo de envelhecimento. **Psicologia**: reflexão e crítica. v. 20, n. 2, p. 277-289. 2007.

FORTES, C. C. **Interdisciplinaridade**: origem, conceito e valor. 2009. Disponível em: <[http://www.pos.ajes.edu.br/arquivos/referencial\\_20120517101423.pdf](http://www.pos.ajes.edu.br/arquivos/referencial_20120517101423.pdf)>. Acessado em: 2012

FUNDAÇÃO EDUCACIONAL SÃO CARLOS Disponível em: <[www.fesc.saocarlos.sp.gov.br](http://www.fesc.saocarlos.sp.gov.br)>. Acessado 2013.

HSU, M-H et al. Development and implementation of a national telehealth project for long-term care: a preliminar study. **Computer Methods and Programs in Biomedicine**. v , 97. 2010.

IBICT – **Manifesto Brasileiro de Apoio ao Acesso Livre à Informação Científica**, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRADIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2010 Disponível em: <[www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)> Acessado em 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRADIA E ESTATÍSTICA – IBGE, 2012 Disponível em <[www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)> Acessado em 2013.

IVO, P. A. P. **O grande desafio**: envelhecimento activo. Lisboa: Universidade de Lisboa, 2008. Relatório de estágio em Licenciatura em Política Social.

KALACHE, A. et al. O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. **Revista Saúde Pública**. São Paulo. v. 21, n. 3, p. 200-210. 1987.

KOOPMAN-BOYDEN, P. G; REID, S. L. Internet/E-mail Usage and Well-Being Among 65-84 Year Olds in New Zealand: policy implications. **Educational Gerontology**. v. 35 n. 11, p. 990-1000. 2010.

KREIS, R. A; et al. O impacto da informática na vida do idoso. **Revista Kairós**. São Paulo. v. 2, n. 2, p. 153-168 dez. 2007.

LAGANA, L. Enhancing the Attitudes and Self-Efficacy of Older Adults Toward Computers and the Internet: Results of a Pilot Study. **Educational Gerontology**. v. , 34, n. 9, p. 831-843. 2008.

LEBRÃO, M. L. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. **Saúde Coletiva**. v.4, n. 17, p. 135-140. 2007.

MACIEL, A et al. Incontinência urinária. In: MORAES, E. N. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia** Belo Horizonte: Coopmed, 2008. p. 423-437.

MARANHÃO, E. **Aspectos epidemiológicos da população idosa**. Departamento de Administração e Planejamento de Saúde – Ensp/ Fiocruz, 2006.

MARTIN, D. J; GILLEN, L. L. Revisiting gerontology's scrapbook: from Metchnikoff to the spectrum model of aging. **The Gerontologist**. v. 54, n. 1, p. 51-58. 2013.

MEGALE, R. Z; MORAES, E. N. . Instabilidade postural: abordagem diagnóstica. In: MORAES, E. N. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia**; Belo Horizonte: Coopmed, 2008. p. 381-394. MINAYO, M. C. S; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo:

oposição ou complementariedade? **Caderno saúde pública**. Rio de Janeiro. v. 9, n. 3, p. 239-262. 1993.

MINAYO, M.C.S. Violência contra pessoas idosas: relevância para um velho problema. **Caderno de saúde pública**, v. 19, n. 3, Rio de Janeiro, 2003.

MORAES, E. N et al. Principais síndromes geriátricas. **Revista Medicina Minas Gerais** v. 20, n.1.; p. 54-66. 2010

MORAES, E. N. ; MORAES, F. L. ; Lima S. P. P. Características Biológicas e Psicológicas do Envelhecimento. **Revista médica de Minas Gerais**. Belo Horizonte, v. 20, p. 67-73. 2010.

MORAES, E. N. ; SANTOS, R. R; ROMANO-SILVA, M. A. Iatrogenia. In: MORAES, E. N. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia**; Belo Horizonte: Coopmed, 2008. p.443-456..

MORAES, E. N.; DAKER, M. V. Abordagem do idoso com incapacidade cognitiva. In: MORAES, E. N. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia**; Belo Horizonte: Coopmed, 2008. p. 273-291.

MORETTI, F. A; OLIVEIRA, V. E.; SILVA, E. M. K. da. Acesso a informações de saúde na internet: uma questão de saúde pública? **Revista associação médica brasileira**. v.58, n. 6, p.650-658. 2012.

NERI, A.N. **Palavras-chave em gerontologia**. Campinas, SP: Editora Alínea, 2 Ed, p.68-70 e 114-115, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde/ World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) **Envejecimiento y Ciclo de Vida**, 2007.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE/ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OPAS/OMS) **Informe de Situação e Tendências**: demografia e saúde, 2009.

ORLANDI, B. D. M. **Indicadores de validade e confiabilidade do “questionário de atitude ante los ordenadores” entre idosos brasileiros**. 2010. 86 f. TCC (Bacharelado em Gerontologia) – Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

PAPALEO NETTO, M. . O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, E. V. de; PY, L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**; 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011, 3-13.

PEDRO, W. J. A. Gênero, tecnologia e envelhecimento: compartilhando experiências e reflexões. In: GALINDO, D; SOUZA, L. L.. **Gênero e Tecnologias. Tecnologias do Gênero: estudos, pesquisas e poéticas interdisciplinares**; Cuiabá: EduFMT, 2012. 117-136.

**POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA** 2006. Disponível em <[www.portal.saude.gov.br](http://www.portal.saude.gov.br)> Acessado em: 2013

PRADO, S. D; SAYD, J. D. A gerontologia como campo do conhecimento científico: conceito, interesses e projeto político. **Ciência e saúde coletiva**; v. 11, n. 2, p. 491-501. 2006.

**Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar** : manual técnico / Agência Nacional de Saúde Suplementar. 2. ed. rev. e atual. – Rio de Janeiro : ANS, 2007.

RODRIGUES, A. P. R; MENDES, M. R. Incontinência urinária em idosos: proposta para a conduta da enfermeira. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. v. 2, n. 2, p. 5-20. 1994.

**SÃO CARLOS. Prefeitura Municipal** Disponível em <[www.saocarlos.sp.gov.br](http://www.saocarlos.sp.gov.br)> Acessado em 2013

SCHRAMM, J. M. de A; et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência e saúde coletiva**; v. 9, N. 4, p. 897-908. 2004.

SITOE, R. M. Aprendizagem ao longo da vida: um conceito utópico? **Comportamento Organizacional e Gestão**; v. 12, n. 2, p. 283-290. 2006.

TAK, S. H.; HONG, S. H. Use of the Internet for Health Information by Older Adults with a Arthritis. **Orthopaedic Nursing**, v. 24, n 2,. 2005.

TORQUATO, R. et al. Envelhecimento e letramento: a leitura e a escrita na perspectiva de pessoas com mais de 60 anos de idade. **Psicologia: reflexão e crítica**; v. 21, n. 1, p. 89-98. 2011.

ULBRICHT, V. R; CASSOL, M. P. **Adaptando a tecnologia da informação e comunicação ao estilo do idoso para proporcionar um maior conhecimento através de sua representação cognitiva**. 2005.



UNITED NATIONS POPULATION FUND. **Aging in the twenty-first century: a celebration na a challenge.** 2012. Disponível em < [www.unfpa.org](http://www.unfpa.org) >. Acessado em 2013.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS, Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Gerontologia,** 2008. Disponível em <[www.gerontologia.ufscar.br](http://www.gerontologia.ufscar.br)> Acessado em 2013

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista saúde pública,** v. 43, n 3. 2009.

VIEIRA, T. R. L. **Em busca do gerontólogo educacional brasileiro: uma construção modelo do gerontólogo educacional a ser aplicado no Brasil.** 2009. Tese (Doutorado) – Faculdade da Educação, Departamento de Teoria e História da Educação. Universidade de Salamanca, Salamanca. 2009.

VILLAR, F. Personas mayores y ordenadores: valoración de una experiencia de formación. **Revista Española Geriatria Gerontologia.** v. 38, n. 2, p. 86-94. 2003.

WOOD, Eet al. Instructional styles, attitudes and experiences of seniors in computer workshops. **Educational gerontology,** v. 36. 2010.

ZENHA, L. Práticas sociais e de leitura na internet. In: MILL, D. **Escritos sobre educação: desafios e possibilidades para ensinar e aprender com as tecnologias emergentes.** São Paulo: Paulus. 2013. p.225-241.

## A. Anexo I – Aprovação do Comitê de Ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SÃO CARLOS/UFSCAR



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Uma análise sobre o acesso e uso de informações em saúde via Internet pelas pessoas idosas

**Pesquisador:** Brunela Della Maggiore Oriandi

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 11384612.4.0000.5504

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 194.559

**Data da Relatoria:** 12/03/2013

#### Apresentação do Projeto:

Juntamente com o processo de envelhecimento ocorre uma revolução tecnológica. Com isso se faz necessário a inserção do idoso nesta nova área para que não haja uma exclusão digital. Desta maneira, o presente projeto visa apresentar uma possibilidade de ailar o processo de aprendizagem da saúde da pessoa idosa e seu processo de envelhecimento normal/patológico.

Serão aplicados questionários com 20 idosos (10 do sexo masculino e 10 do sexo feminino) participantes de um programa de inclusão digital na Fundação Educacional de São Carlos que aceitarem ao convite. A coleta de dados será feita através de questionário semiestruturado com questões abertas e fechadas, após participação de um estudo dirigido em um laboratório de informática visando identificar os sites e temas mais acessados na internet sobre saúde e envelhecimento correlacionando com os 5Is da geriatría e por fim a formação de dois grupos focais, um só com homens e outro só com as mulheres partindo da questão norteadora: O que levantar na internet dá conta do que precisava saber a respeito da minha saúde?

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SÃO CARLOS

Telefone: (16)3351-9883

E-mail: cep@ufscar.br

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo geral: Analisar o acesso e uso de Informação em saúde através de um recurso tecnológico, a Internet, por um grupo de pessoas Idosas participantes de um programa de Inclusão digital.

Objetivo Secundário: Caracterizar o perfil de um grupo de pessoas Idosas usuárias de Internet, participantes de um programa de Inclusão digital; Identificar os sites e temas mais acessados pelo grupo em estudo, na Internet priorizando a análise de informações levantadas sobre saúde e envelhecimento; Analisar as contribuições do acesso destas informações para a autopromoção do envelhecimento ativo.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: risco mínimo tanto de natureza física, psíquica quanto moral. Caso durante a entrevista haja qualquer desconforto, de qualquer natureza, como cansaço, algum constrangimento será interrompido. Fica também garantida a liberdade de retirada do consentimento a qualquer momento, deixando de participar do estudo sem qualquer prejuízo.

Os resultados dessa pesquisa podem trazer como benefício informações e contribuições para o fortalecimento do campo CTS introduzindo o envelhecimento, em especial o tema investigado, assim como contribuir para a melhora da relação, informação em saúde e envelhecimento ativo e saudável, com uma melhora na inclusão digital de idosos na perspectiva dos estudos do campo CTS e gerontológicos.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Apresenta os instrumentos de coleta de dados solicitados.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

FR de acordo com as normas;

Anexa documento de autorização da instituição para a pesquisa;

TCLE apresentado de forma clara e objetiva apontando riscos e formas de saná-los;

Curriculo do orientador demonstra competência técnica para a pesquisa;

Cronograma par início da coleta em abril de 2013.

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9883

E-mail: cephumanos@ufscar.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SÃO CARLOS/UFSCAR



O projeto encontra-se adequado a Resolução 196/96.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

SAO CARLOS, 06 de Fevereiro de 2013

---

Assinador por:  
Maria Isabel Ruiz Beretta  
(Coordenador)

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

## A. Apêndice I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARTICIPANTES PESSOAS IDOSAS

1. Você está sendo convidado para participar da pesquisa “**Uma análise sobre o acesso e uso de informações em saúde via internet pelas pessoas idosas**”. As informações descritas neste termo têm o intuito de esclarecer o real sentido da sua participação voluntária neste estudo.

- a. Este estudo tem como objetivo geral: Analisar o acesso e uso de informação em saúde através de um recurso tecnológico, a internet, por um grupo de pessoas idosas participantes de um programa de inclusão digital. Serão aplicados questionários com 20 pessoas idosas (10 do sexo masculino e 10 do sexo feminino) participantes de um programa de inclusão digital na Fundação Educacional de São Carlos.
- b. Você foi convidado através de cartazes afixados em murais da Fundação Educacional de São Carlos, o participante tem que ter acima de 60 anos e que seja participante do Programa de Inclusão Digital. Se por acaso venham se interessar mais do que 10 pessoas idosas para cada sexo (masculino e feminino) prevalecerá o que for mais idoso(a) e o que estiver a mais tempo matriculado na Fundação Educacional de São Carlos respectivamente.
- c. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder ao questionário semiestruturado com questões abertas e fechadas, após participarem de um estudo dirigido em um laboratório de informática visando identificar os sites e temas mais acessados na internet sobre saúde e envelhecimento correlacionando com os 5 Is da geriatria e por fim a formação de dois grupos focais, um só com homens e outro só com as mulheres partindo da questão norteadora: “ O que levantei na internet dá conta do que precisava saber a respeito da minha saúde?”.

#### **2. Descrição dos desconfortos e riscos possíveis e os benefícios esperados.**

Tendo em vista que toda pesquisa envolvendo seres humanos possui risco, este projeto oferece risco mínimo tanto de natureza física, psíquica quanto moral. Caso durante a entrevista você sinta qualquer desconforto, de qualquer natureza, como cansaço, algum constrangimento, pode interrompê-lo. Fica também garantida a liberdade de retirada do consentimento a qualquer momento, deixando de participar do estudo sem qualquer prejuízo. Os resultados dessa pesquisa podem trazer como benefício informações e contribuições para o fortalecimento do campo CTS introduzindo o envelhecimento, em especial o tema investigado, assim como contribuir para a melhora da relação, informação em saúde e envelhecimento ativo e saudável, com uma melhora na inclusão digital de pessoas idosas na perspectiva dos estudos do campo CTS e gerontológicos.

#### **3. Não haverá benefícios diretos em curto prazo para o participante, como também não haverá despesas ou compensação financeira em qualquer fase do estudo.**

4. Explicitação da garantia de esclarecimentos do participante da pesquisa: acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive garantia de receber respostas a qualquer pergunta ou esclarecimento a dúvidas acerca do estudo. Compromisso de te proporcionar informação atualizada durante o estudo, ainda que esta possa afetar sua vontade de continuar participando.

#### **5. Informações sobre o acompanhamento da pesquisa e para contato quando necessário.**

Brunella Della Maggiore Orlandi: (16) 9225-9520 [brunella.geronto@gmail.com](mailto:brunella.geronto@gmail.com) e/ou Prof.

Dr. Wilson José Alves Pedro: (16) 3351-6669 [wilsonpedro@ufscar.br](mailto:wilsonpedro@ufscar.br)

6. **Explicitação da liberdade do sujeito** em recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado.

- a. “A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento.”
- b. “Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.”

7. Explicitação da garantia do sigilo que assegure a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa.

- a. “As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação.”
- b. “Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação.” O instrumento de coleta de dados não contém campo para colocar o nome do participante para que sua identidade seja mantida no anonimato e assegurada sua privacidade.

8. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Prof. Dr. Wilson José Alves Pedro. Departamento de Gerontologia/ UFSCar, Rod. Washington Luís, Km 235, São Carlos/SP Fone: (16) 3351-6669 e-mail [wilsonpedro@ufscar.br](mailto:wilsonpedro@ufscar.br).

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP - Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: [cephumanos@ufscar.br](mailto:cephumanos@ufscar.br)

São Carlos, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante da pesquisa

## B. Apêndice II – Protocolo de Avaliação: acesso e uso da informação

Nº Protocolo de Pesquisa: \_\_\_\_\_

### “Uma análise sobre o acesso e uso de informações em saúde via internet pelas pessoas idosas” Brunella Orlandi e Wilson Pedro

Data de Aplicação: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

#### 1. Dados Pessoais

Nome: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Anos: \_\_\_\_\_

Ocupação: \_\_\_\_\_

Renda: \_\_\_\_\_

Tipo: \_\_\_\_\_

Atualmente exerce atividade remunerada? \_\_\_\_\_

Quantas pessoas moram com o Sr.(a): \_\_\_\_\_

Parentesco

Idade

Gênero

Contribui com a renda em casa?

Parentesco	Idade	Gênero	Contribui com a renda em casa?

#### 2. Utilização e Atitudes ante o computador

O(a) Sr(a) possui computador em casa? \_\_\_\_\_

Sim  Não

Sim  Não

Faz uso? \_\_\_\_\_

Quantas vezes/semana? \_\_\_\_\_

O que faz/ busca no computador? \_\_\_\_\_

O(a) Sr(a) possui conexão com internet? \_\_\_\_\_

Sim  Não

Faz uso? \_\_\_\_\_

Sim  Não

Quantas vezes/semana? \_\_\_\_\_

O que acessa na internet?/Qual o interesse pela internet? \_\_\_\_\_

Como o Sr(a) avalia a sua saúde?  Péssima  Ruim  Normal  Boa  Ótima

O(a) Sr(a) possui alguma doença crônica? \_\_\_\_\_  
Qual? \_\_\_\_\_

Sim  Não

Tem algum conhecimento a respeito desta doença? \_\_\_\_\_

Faz uso de medicamento?  Sim  Não

Todos foram prescritos por médicos?  Sim  Não

Qual(ais)?

---

---

---

---

---

Sofreu alguma queda nos últimos 12 meses?  Sim  Não

Se sim, qual foi o motivo da queda?

---

---

---

---

---

Tem sofrido perdas de urina?  Sim  Não

Se sim, com que frequência/situação?

Tem dificuldade de se locomover? Por exemplo, da sala pro quarto, do banheiro pra cozinha?

Sim  Não

Necessita de algum auxílio ou dispositivo para a locomoção?  Sim  Não

Tem se sentido satisfeito com a vida?  Sim  Não

Por quê?

Tem se sentido triste com frequência?  Sim  Não

Por quê?

Tem ficado nervoso com frequência?  Sim  Não

Por quê?

Tem notado piora ou dificuldade de memorização?  Sim  Não.

Em que situações?

Escala de Atitudes com relação aos Computadores – ORLANDI, 2010
---

1. Tenho medo de que ao usar o computador possa estragá-lo sem querer.

Concordo Totalmente ( )	Concordo Muito ( )	Concordo Pouco ( )	Discordo Pouco ( )	Discordo Muito ( )	Discordo Totalmente ( )
-------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------

2. Com o computador poderia fazer coisas interessantes e criativas.

Concordo Totalmente ( )	Concordo Muito ( )	Concordo Pouco ( )	Discordo Pouco ( )	Discordo Muito ( )	Discordo Totalmente ( )
-------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------

3. É sempre necessário um especialista que te diga a melhor maneira de utilizar um computador.

Concordo Totalmente ( )	Concordo Muito ( )	Concordo Pouco ( )	Discordo Pouco ( )	Discordo Muito ( )	Discordo Totalmente ( )
-------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------



4. Penso muitas vezes em comprar um computador para mim.

Concordo Totalmente ( )	Concordo Muito ( )	Concordo Pouco ( )	Discordo Pouco ( )	Discordo Muito ( )	Discordo Totalmente ( )
-------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------

5. Temo que ao utilizar o computador cometa erros que serei incapaz de corrigir sozinho.

Concordo Totalmente ( )	Concordo Muito ( )	Concordo Pouco ( )	Discordo Pouco ( )	Discordo Muito ( )	Discordo Totalmente ( )
-------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------

6. Os computadores são máquinas divertidas.

Concordo Totalmente ( )	Concordo Muito ( )	Concordo Pouco ( )	Discordo Pouco ( )	Discordo Muito ( )	Discordo Totalmente ( )
-------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------

7. Os computadores fazem com que muitas pessoas percam o seu trabalho.

Concordo Totalmente ( )	Concordo Muito ( )	Concordo Pouco ( )	Discordo Pouco ( )	Discordo Muito ( )	Discordo Totalmente ( )
-------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------

8. Qualquer um que tenha paciência e vontade pode aprender a utilizar um computador.

Concordo Totalmente ( )	Concordo Muito ( )	Concordo Pouco ( )	Discordo Pouco ( )	Discordo Muito ( )	Discordo Totalmente ( )
-------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------

9. Vale à pena dedicar tempo e esforço para aprender informática.

Concordo Totalmente ( )	Concordo Muito ( )	Concordo Pouco ( )	Discordo Pouco ( )	Discordo Muito ( )	Discordo Totalmente ( )
-------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------

10. Eu provavelmente poderia aprender o que necessito saber sobre o computador, sozinho, se quisesse.

Concordo Totalmente ( )	Concordo Muito ( )	Concordo Pouco ( )	Discordo Pouco ( )	Discordo Muito ( )	Discordo Totalmente ( )
-------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------

11. A linguagem utilizada pelos especialistas de informática é confusa e difícil de entender.

Concordo Totalmente ( )	Concordo Muito ( )	Concordo Pouco ( )	Discordo Pouco ( )	Discordo Muito ( )	Discordo Totalmente ( )
-------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------

12. Desejo aprender a utilizar mais minuciosamente o computador.

Concordo Totalmente ( )	Concordo Muito ( )	Concordo Pouco ( )	Discordo Pouco ( )	Discordo Muito ( )	Discordo Totalmente ( )
-------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------

13. É fácil solucionar os problemas que surgem ao utilizar os computadores.

Concordo Totalmente ( )	Concordo Muito ( )	Concordo Pouco ( )	Discordo Pouco ( )	Discordo Muito ( )	Discordo Totalmente ( )
-------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------

14. Nunca utilizaria um computador sem ter um especialista em informática perto.

Concordo Totalmente ( )	Concordo Muito ( )	Concordo Pouco ( )	Discordo Pouco ( )	Discordo Muito ( )	Discordo Totalmente ( )
-------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------

15. Os computadores permitem que se trabalhe de uma forma mais produtiva e eficaz.

Concordo Totalmente ( )	Concordo Muito ( )	Concordo Pouco ( )	Discordo Pouco ( )	Discordo Muito ( )	Discordo Totalmente ( )
-------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------

16. Evitaria me dedicar a algo que tenha como requisito saber utilizar o computador.

Concordo Totalmente	Concordo Muito	Concordo Pouco	Discordo Pouco	Discordo Muito	Discordo Totalmente
------------------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------	------------------------

( )	( )	( )	( )	( )	( )
-----	-----	-----	-----	-----	-----

17. Os computadores fazem com que as pessoas deixem de pensar.

Concordo Totalmente ( )	Concordo Muito ( )	Concordo Pouco ( )	Discordo Pouco ( )	Discordo Muito ( )	Discordo Totalmente ( )
-------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------

18. Se puder, prefiro não estar em contato com os computadores.

Concordo Totalmente ( )	Concordo Muito ( )	Concordo Pouco ( )	Discordo Pouco ( )	Discordo Muito ( )	Discordo Totalmente ( )
-------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------

19. Só utilizaria o computador se me obrigassem a fazê-lo.

Concordo Totalmente ( )	Concordo Muito ( )	Concordo Pouco ( )	Discordo Pouco ( )	Discordo Muito ( )	Discordo Totalmente ( )
-------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------

20. Creio que dentro de pouco tempo necessitarei ter em casa um computador.

Concordo Totalmente ( )	Concordo Muito ( )	Concordo Pouco ( )	Discordo Pouco ( )	Discordo Muito ( )	Discordo Totalmente ( )
-------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------

21. Hoje em dia dependemos demais do computador.

Concordo Totalmente ( )	Concordo Muito ( )	Concordo Pouco ( )	Discordo Pouco ( )	Discordo Muito ( )	Discordo Totalmente ( )
-------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------

### C. Apêndice III – Protocolo Fase 2



Programa de Pós-graduação em  
Ciência, Tecnologia e Sociedade



Nome: \_\_\_\_\_

1) O/ A Senhor (a) já buscou informações sobre saúde na internet?

\_\_\_\_\_

2) Se não, por que?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3) Se sim, o que procurava?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4) Como procurou esta informação?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5) Quantos resultados a respeito localizou?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6) Como identificou se a fonte da informação era segura?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7) Obteve o resultado desejado? E depois confirmou com algum especialista?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

---

8) O/ A senhor (a) sabe o que é doença crônica? Descreva o entendimento.

---

---

---

---

---

9) O/ A senhor (a) sabe identificar se possui doença crônica?

---

---

---

---

---

10) O/ A senhor (a) já ouviu falar sobre as Síndromes Geriátricas? Poderia me explicar?

---

---

---

---

---