

**Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto René Rachou
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**

**A VISÃO DOS IDOSOS EM PROCESSO DE FRAGILIZAÇÃO SOBRE SAÚDE,
ENVELHECIMENTO E CUIDADO**

por

Keilisson Aparecido Souza

Belo Horizonte

2019

DISSERTAÇÃO MSC-IRR

K.A.SOUZA

2019

KEILISSON APARECIDO SOUZA

**A VISÃO DOS IDOSOS EM PROCESSO DE FRAGILIZAÇÃO SOBRE SAÚDE,
ENVELHECIMENTO E CUIDADO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto René Rachou, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva - área de concentração Ciências Sociais e Humanas em Saúde.

Orientação: Dra. Josélia Oliveira Araújo
Firmo
Coorientação: Dra. Karla Cristina
Giacomin

Belo Horizonte

2019

Catálogo-na-fonte

Rede de Bibliotecas da FIOCRUZ

Biblioteca do IRR

CRB/6 1975

S729v
2019

Souza, Keilisson Aparecido.

A visão dos idosos em processo de fragilização sobre saúde, envelhecimento e cuidado / Keilisson Aparecido Souza. – Belo Horizonte, 2019.

XIII, 106 f.: il.; 210 x 297mm.

Bibliografia: f. 83-92

Dissertação (Mestrado) – Dissertação para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós - Graduação em Saúde Coletiva do Instituto René Rachou. Área de concentração: Ciências Humanas e Sociais em Saúde.

1. Idoso Fragilizado 2. Envelhecimento/psicologia
4. Antropologia Médica 5. Cuidado. I. Título. II. Firmo,
Josélia Oliveira Araújo (Orientação). III. Giacomin,
Karla Cristina (Coorientação)

CDD – 22. ed. – 305.26

KEILISSON APARECIDO SOUZA

**A VISÃO DOS IDOSOS EM PROCESSO DE FRAGILIZAÇÃO SOBRE SAÚDE,
ENVELHECIMENTO E CUIDADO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto René Rachou, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva - área de concentração Ciências Sociais e Humanas em Saúde.

Banca Examinadora:

Prof^a. Dr^a. Josélia Oliveira Araújo Firmo (UFMG) – Presidente

Prof^a. Dr^a. Isabela Silva Câncio Velloso (UFMG) – Titular

Prof^a. Dr^a. Marcella Guimarães Assis (UFMG) – Titular

Prof^a. Dr^a. Janaína de Souza Aredes (FIOCRUZ Minas) – Suplente

Dissertação defendida e aprovada em Belo Horizonte, 19/12/2019.

“Envelhecer não é saber viver com as marcas que o tempo deixou em seu rosto, e sim com as marcas que o tempo deixou em você”.

(Jennifer Kelly)

*Dedico este trabalho aos meus
pais Marivalda e Milton, retribuindo-
lhes um pouco dos valores que me
foram repassados; e à minha esposa
Marcilene, eterna companheira.
Vocês são o motivo das minhas
conquistas!*

AGRADECIMENTOS

Às minhas orientadoras Josélia Oliveira Araújo Firmo e Karla Cristina Giacomini pela disponibilidade, competência, empenho e cuidado, tornando essa jornada mais leve, orientando sempre com firmeza.

Aos idosos participantes desta pesquisa, que me ensinaram muito ao compartilhar suas vivências.

Ao Instituto René Rachou por possibilitar um espaço ímpar de troca de experiências e de aprendizado.

À doutoranda Gislaine Alves de Souza que, sempre generosa, profissional e cuidadosa, contribuiu sobremaneira para esta dissertação.

Aos professores do Instituto René Rachou por compartilharem do seu valioso conhecimento, em especial os professores Celina Maria Modena, Josélia Oliveira Araújo Firmo, Rômulo Paes de Sousa, Fabíola Boff de Andrade e Léo Heller.

Ao doutor Wagner Jorge dos Santos pela colaboração e aprendizado na coleta de dados, além da motivação desde a definição do objeto de pesquisa.

Aos colegas do programa de pós-graduação em Saúde Coletiva Janaína Carvalho, Jéssica Macedo, Julie Silva, Leila Passagli, Juliana Prosdócimi e Maria Angélica Bueno, pelo apoio e boa convivência.

À Patrícia da Conceição Parreiras, Nuzia Pereira dos Santos e Aline Sodré pelo suporte adequado e cordialidade.

À minha esposa Marcilene Felipe dos Santos pelo apoio constante e fundamental, pela escuta e pelo carinho. Sem você, este projeto não se concretizaria.

À prefeitura de Brumadinho pela flexibilidade de horários no trabalho e aos pacientes, principalmente os idosos, com os quais aprendo também a escutá-los.

Aos amigos George Paiva, Weslaine Oliveira, Aline Vilela, Ádames Assunção, Rafael Silva, Líria Tâmara e Marly Moraes pelos estímulos e por terem compreendido minha ausência.

À amiga Joana D'arc Oliveira pela convivência prazerosa; cuidado e carinho constantes.

Aos colegas de trabalho da prefeitura de Brumadinho pelo bom convívio e compreensão.

Aos meus familiares, em especial meus pais Marivalda de Cássia Pinheiro e Souza e Milton Francisco de Souza por me apoiarem e acreditarem em mim; a todos os familiares que me ajudaram de uma forma ou de outra para concretização deste sonho. Sou muito grato a todos vocês!

RESUMO

Objetivo: Compreender, a partir da visão antropológica, a percepção da pessoa idosa em processo de fragilização sobre saúde, envelhecimento e cuidado. Método: Trata-se de uma pesquisa qualitativa, apoiada na antropologia interpretativa e antropologia médica. A população estudada foi selecionada no banco de dados da rede FIBRA (Rede de Estudo sobre Fragilidade em Idosos Brasileiros), polo Belo Horizonte - MG, entre os idosos classificados, em 2009, como não-frágeis, pré-frágeis e frágeis. A coleta de dados ocorreu em dois períodos: de janeiro a agosto de 2016 e de janeiro a junho de 2018. Foram entrevistados 22 idosos (oito homens e 14 mulheres) com idade entre 69 e 93 anos. Alguns dos participantes eram idosos frágeis ou em processo de fragilização que também exerciam a função de cuidadores de seus cônjuges. Utilizou-se o modelo de signos, significados e ações na coleta e análise de dados. A perspectiva êmica foi empregada na análise. Resultados e discussão: Emergiram da análise as categorias: *Saúde: bem-estar e potência; A fragilidade reveladora de limites da saúde e de demandas de cuidado; A velhice ligada a perdas/incapacidades; A velhice além da idade cronológica e O envelhecimento traduzido em cuidado: autocuidado; insuficiência ou excesso do cuidado familiar; a fé inabalável em Deus e o despreparo dos profissionais de saúde.* Conclusões: Os achados demonstram que a percepção sobre saúde foi remetida a sentidos diferenciados que ultrapassam a ausência de doença, perdas e fragilidades. As narrativas mostram uma visão mais ampliada do conceito de saúde – ponto de intersecção de aspectos biopsicossociais. Revela autonomia e potencialidades e não apenas sob a perspectiva polarizada limitante de ausência-presença de doenças. A fragilidade é percebida como um mal-estar vivenciado com uma carga negativa e limitante. Há uma tentativa de determinados idosos se afastarem da difundida concepção de envelhecimento apenas ligada a perdas, incapacidades e doenças. Entretanto, o conceito negativo sobre essa fase da vida prevalece nas narrativas. Os entrevistados reconhecem o processo de fragilização que lhes revela os limites da saúde e as demandas de cuidado como decorrente do próprio envelhecimento. Contudo, o cuidado é percebido para além das práticas restritas ao corpo físico; engloba aspectos psicológicos e sociais; sendo a família a provedora de maior suporte. Alguns participantes compreendem como inadequado e incompleto o cuidado prestado por alguns profissionais de saúde, sublinhando os

médicos. Percebeu-se uma insuficiência de recursos financeiros e materiais e a omissão do Estado na oferta de políticas de cuidado para pessoas idosas em processo de fragilização. A ampla visão sobre saúde e cuidado concebida exige olhares também ampliados por parte de quem cuida. Assim, as pessoas idosas terão sua dignidade preservada, para ajudar a enfrentar o envelhecimento e a fragilidade que pesam sobre elas.

Palavras-chave: Idoso Fragilizado. Saúde. Percepção. Antropologia Médica. Cuidado.

ABSTRACT

Aim: To understand, from the anthropological view, the perception of the elderly person in a process of becoming frail about health, aging and care. **Method:** This is a qualitative research, supported by interpretative and medical anthropology. The studied population was selected from the database of FIBRA (Study Network on Fragility in Elderly Brazilians), in Belo Horizonte - MG, among the classified elderly, in 2009, as non-frail, pre-frail and frail. Data collection took place in two periods: from January to August 2016 and from January to June 2018. 22 elderly people (eight men and 14 women) aged between 69 and 93 years were interviewed. Some of the participants were frail elderly or in a process of becoming frail who also acted as caregivers for their spouses. The model of signs, meanings and actions was used to collect and analyze data. The emic perspective was employed in the analysis. **Results and discussion:** The following categories emerged from the analysis: *Health: well-being and power, the fragility that reveals health limits and care demands; Old age linked to losses / disabilities; Old age beyond chronological age and Aging translated into care: self-care; insufficient or excessive family care; the unwavering faith in God and the unpreparedness of health professionals.* **Conclusions:** The findings demonstrate that the perception of health was referred to different meanings that overcome the absence of disease, losses and frailness. The narratives show a broader view of the concept of health - the point of intersection of biopsychosocial aspects. Reveals autonomy and potentialities and not only from a polarizing limiting perspective of absence-presence of diseases. Frailness is perceived as a malaise experienced with a negative and limiting burden. There is an attempt by certain elderly people to move away from the widespread conception of aging only linked to losses, disabilities and diseases. However, the negative concept about this stage of life prevails in the narratives. Respondents recognize the frailness process that reveals their health limits and care demands as a result of aging itself. However, care is perceived in addition to practices restricted to the physical body; it encompasses psychological and social aspects; being the family the most supportive provider. Some participants consider the care provided by some health professionals to be inadequate and incomplete, stressing the doctors. It was perceived an insufficiency of financial and material resources and the State's failure to offer care policies for elderly people in process of becoming frail. The broad view on health and care

requires looks that are also broadened on the part of those who take care. Thus, the elderly will have their dignity preserved to help facing the aging and frailness that weigh on them.

Keywords: Frail Elderly. Health. Perception. Medical Anthropology. Care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Percepção de saúde da pessoa idosa e sua relação com o processo de fragilização.....	48
---	----

LISTA DE SIGLAS

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

Rede FIBRA - Rede de Estudo sobre Fragilidade em Idosos Brasileiros

UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais

UNICAMP - Universidade de Campinas

USP - Universidade de São Paulo

UERJ - Universidade do Estado do Rio de Janeiro

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

IRR - Instituto René Rachou

NESPE - Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento

SABE - Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento

AVD - Atividades da vida diária

OMS - Organização Mundial da Saúde

PNSPI - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

ILPI - Instituição de Longa Permanência para Idosos

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA.....	16
2 OBJETIVO.....	19
3 REVISÃO DE LITERATURA	20
3. 2 Concepções de envelhecimento	22
3.4 Abordagens da saúde e do cuidado no contexto sociocultural	32
4 PERCURSO METODOLÓGICO.....	37
4.1 Referencial teórico-metodológico.....	37
4.1.1 Antropologia Interpretativa	37
4.1.2 Antropologia Médica	38
4.1.3 Modelo de “signos, significados e ações”	39
4.2 População estudada.....	41
4.4 Análise de dados	43
4.5 Aspectos éticos	43
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	44
5.1 Artigo 1	44
5.2 Artigo 2	57
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
REFERÊNCIAS	83
ANEXO I: Submissão do artigo	93
ANEXO II: Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto René Rachou – Fiocruz Minas	94
ANEXO III: Autorização para utilização do banco de dados da Rede FIBRA.....	99
ANEXO IV: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	100
APÊNDICE I: Roteiro Semiestruturado da Entrevista com os Idosos (as).....	102
APÊNDICE II: Caracterização das pessoas idosas entrevistadas	104

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O acelerado e intenso processo do envelhecimento populacional brasileiro é marcado por profundas desigualdades sociais e de gênero, além da grande diversidade étnica (FALLER et al., 2017). Esse fenômeno repercute em maior risco de fragilidade entre os idosos (BUCKINX et al., 2015; COLLARD et al., 2012; CLEGG et al., 2013).

Na visão biomédica, a fragilidade é uma síndrome clínica caracterizada pela alta vulnerabilidade devido ao declínio da reserva e da função em vários sistemas fisiológicos (COLLARD et al., 2012; CLEGG et al., 2013). Ela se manifesta como a incapacidade de tolerar eventos estressantes e está associada a resultados adversos tais como quedas (CHENG, CHANG, 2017), delirium (PERSICO et al., 2018), institucionalização (KOJIMA, 2018), incapacidade (KOJIMA, 2017), e mortalidade (KOJIMA, ILIFFE, WALTERS, 2018). Também está associada ao maior uso de serviços de saúde (KOJIMA, 2019) e aos custos correspondentes (BOCK et al., 2016).

No Brasil, um estudo multicêntrico da Rede de Estudo sobre Fragilidade em Idosos Brasileiros (rede FIBRA) investigou, em 2009, o perfil e a prevalência da síndrome da fragilidade em idosos brasileiros e seus fatores associados, utilizando os critérios de Fried et al (2001) para definição de idosos frágeis, pré-frágeis e não frágeis. O Fenótipo de Fragilidade proposto por Fried et al. (2001) baseia-se em aspectos físicos, quais sejam: perda de peso não intencional, fadiga, fraqueza muscular, inatividade física e lentidão da marcha e destaca-se dentre as propostas operacionais para medir a prevalência dessa condição. Nesta amostra de idosos em sete cidades brasileiras, a prevalência de fragilidade foi de 9,1%; enquanto 51,8% eram pré-frágeis e 39,1% não frágeis (NERI et al., 2013).

Contudo, o aspecto biomédico é apenas uma das maneiras de compreender essa condição. Essa perspectiva nos leva a um direcionamento para além dos aspectos físicos da fragilidade, que se apresenta como um caráter dinâmico e multidimensional (GOBBENS et al., 2010; CARNEIRO et al., 2017). A experiência de fragilidade não deve ser vista como simples reflexo do processo patológico no sentido biomédico do termo, uma vez que ela conjuga normas, valores e expectativas, tanto individuais quanto coletivas, e se expressa em formas específicas de pensar e de agir (UCHÔA, VIDAL, 1994). Nessa perspectiva, as

peças idosas conferem diferentes significados às suas experiências, como por exemplo, à velhice, ao processo de fragilização e ao cuidado nesta fase da vida.

Teixeira (2010) reforça essa ideia ao afirmar que a fragilidade é vista como um continuum multidimensional, sendo referida como um processo de interação complexa de fatores de cunho biológico, psicológico e social durante o curso de vida. Ademais, o significado e a experiência de uma doença são moldados pelos sistemas culturais e sociais (CONRAD, BARKER, 2010) e as desordens, sejam elas orgânicas ou psicológicas, somente são acessíveis pela mediação cultural (UCHÔA, VIDAL, 1994).

Assume-se a cultura como um texto interpretável, entendida como o contexto que confere inteligibilidade a situações e acontecimentos da vida, estruturando o campo social em um tecido semântico. Dessa forma, os idosos constroem psicossocialmente a sua experiência, como por exemplo, o processo de envelhecer, de se tornar frágil, de adoecer e ou de se tornar funcionalmente incapaz na velhice, em uma elaboração cultural de formas singulares de envelhecer (GEERTZ, 2008).

É oportuno situar que formas de representações sociais compartilhadas sobre o envelhecimento compõem sistemas de ideias, valores e costumes, compreendidas pelos membros da sociedade como se fossem verdades absolutas. No entanto, as percepções de envelhecimento são multidimensionais por natureza e envolvem aspectos positivos e negativos, assim como visões mais acuradas ou distorcidas (LÖCKENHFF et al., 2009), haja vista tratar-se de um processo singular, que assume diferentes representações conforme o contexto no qual o sujeito envelhece (TEXEIRA et al., 2016).

Em função disso, generalizações acerca da velhice costumam ser arbitrárias, à medida que a delimitação de uma noção fechada de “ser velho” impede a análise de aspectos sociais, culturais e psicológicos relevantes para a compreensão desse período da vida (TEXEIRA et al., 2016). Portanto, a velhice deve ser considerada em sua pluralidade de experiências individuais e sociais, como um fenômeno singular na vida do ser humano, o que nos impede de adotar conceitos únicos; podendo inclusive ser apontada como uma opção do ser (FALLER, TESTON, MARCON, 2015).

Envelhecer com fragilidade aumenta as demandas de cuidado junto à pessoa idosa (BUCH, 2015). Neste cenário, na compreensão de Ayres (2004), o cuidado refere-se a um constructo filosófico, pois acredita o autor ser:

uma compreensão filosófica e uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica, isto é, uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade (AYRES, 2004, p. 74).

Partindo de Kleinman (2009), cuidar é estar ao lado, presente afetivamente, pretendendo contribuir para a saúde da pessoa - sentindo com a pessoa (KLEINMAN, 2009). Cuidar é um ato de moralidade, respeito – funda-se na experiência moral. Encontra-se em um registro de humanidade que não se prende à quantificação monetária: significa ser pessoa (KLEINMAN, 2012). Assume-se como cuidado uma prática que envolve responsabilidade, empatia, doação e solidariedade para com aqueles que demandam necessidade (KLEINMAN, 2009).

Para que se produzam melhorias significativas e duradouras na saúde dos idosos frágeis, faz-se necessária uma abordagem multidimensional que vá além da fragilidade física e reconheça elementos cognitivos e psicossociais (VERMEIREN et al., 2016). O cuidado ao idoso fragilizado deve ser realizado, prioritariamente, pautado na autonomia, independência e qualidade de vida. É importante que, durante essa prática, seja valorizada a participação desse indivíduo na tomada de decisão (WILHELM-LEEN et al., 2014).

Nesse sentido, cuidar de uma população cada vez mais velha revela-se um desafio e uma necessidade para as quais o país não se preparou. Tomar consciência disso e correr contra o tempo é fundamental para enfrentar a realidade colocada (PINHEIRO, SOUZA, 2017). Por sua vez, as novas demandas e os anseios da população idosa somente serão atendidos com uma mudança no olhar para um cuidar humanizado, efetivo, para e com estas pessoas (GUEDES et al., 2017), visto que não se podem desenvolver políticas e programas sensatos para as pessoas quando não se sabe de quem se está falando (EDGAR, 2014).

Frente ao exposto, as perguntas de pesquisa que apoiam o objeto deste estudo consistiram-se em como os idosos vivenciam subjetivamente esta condição de envelhecer em processo de fragilização? Como percebem a saúde e o cuidado direcionado a eles?

A partir de buscas sistematizadas realizadas nas bases de dados Medline e Lilacs, encontrou-se um número ínfimo de estudos que abordaram a temática do presente estudo numa perspectiva qualitativa. Pesquisas com idosos frágeis podem

ajudar na elaboração de políticas públicas, permitindo a adequação dos serviços às novas demandas relacionadas ao envelhecimento (VERMEIREN et al., 2016). Além do caráter externo das representações de envelhecimento, dar voz aos próprios idosos e valorizar suas percepções e as dificuldades enfrentadas no cotidiano surgem como estratégia relevante e mais eficaz na obtenção de dados que possam, realmente, contribuir para o conhecimento desse fenômeno (FALLER, TESTON, MARCON, 2015).

Para tanto, permitir à pessoa idosa em processo de fragilização, numa atitude de abertura (CONRAD, BARKER, 2010), expressar seu ponto de vista, pode colaborar para a compreensão de como vive subjetivamente sua condição e possibilitar a obtenção de um conhecimento importante para a oferta de um cuidado efetivo (KLEINMAN, EISENBERG, GOOD, 2006) quando necessário.

Esta pesquisa é parte de um projeto maior nomeado “Fragilidade em idosos: percepções, mediação cultural, enfrentamento e cuidado” que objetivou compreender a percepção do idoso sobre o seu processo de fragilização e a sua relação com esse processo.

2 OBJETIVO

Compreender, por meio de uma visão antropológica, a percepção da pessoa idosa em processo de fragilização sobre saúde, envelhecimento e cuidado.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Para embasar a presente pesquisa, torna-se relevante inicialmente contextualizar, de forma sucinta, o processo de envelhecimento no mundo e no Brasil, assim como abordar os tópicos: concepções de envelhecimento, o envelhecer com fragilidade e as abordagens da saúde e do cuidado no contexto sociocultural.

3.1 Breve contextualização do envelhecimento no mundo e no Brasil

Após a Segunda Guerra Mundial, as políticas proporcionadas pelo Estado de Bem-Estar Social levaram a uma melhoria considerável das condições de vida e de trabalho da população, colaborando para o aumento da expectativa de vida em quase todos os países do mundo (MINAYO, 2019). Até 2030, todos os países experimentarão o envelhecimento da população. Nas últimas seis décadas, os países do mundo haviam vivenciado apenas um pequeno aumento na proporção de pessoas com 60 anos ou mais, de 8% para 10%. No entanto, nas próximas quatro décadas, esse grupo deverá aumentar para 22% da população total - um salto de 800 milhões para 2 bilhões de pessoas idosas no mundo (BLOOM, et al., 2015).

No Brasil, desde a década de 1940, é na população idosa que se verificam as taxas mais altas de crescimento populacional (KUCHEMANN, 2012). Um fato marcante nesse contexto foi o veloz processo de urbanização, verificado nas cidades neste período, que pode ser citado como um dos principais fatores responsáveis pela diminuição nos índices de fecundidade. Simultaneamente à queda dos índices de mortalidade e à diminuição da fecundidade, a expectativa de vida ao nascer no Brasil tem crescido de forma considerável. Apenas entre os anos de 2000 e 2013 essa expectativa elevou-se em cinco anos, passando de 69,8 para 74,8 anos (PEIXOTO, 2019).

Ainda nessa perspectiva, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua, nos últimos anos a população brasileira manteve a tendência de envelhecimento, superando a marca dos 30,2 milhões de idosos em 2017 (IBGE, 2018). Se, por um lado, o envelhecimento populacional retrata avanços importantes do país em questões relacionadas principalmente às áreas médica e social; por outro lado, ele passa a ser também causa de preocupação, à medida que se

evidenciam deficiências graves em setores diretamente relacionados à proteção social do idoso, como a Saúde Pública e a Seguridade Social (SAAD, 2016).

O envelhecimento acelerado da população expressa desafios para as economias dos países e a saúde das populações mais velhas é preocupante. Diante disso, é improvável que apenas ajustar as instituições e políticas existentes seja uma resposta suficiente aos desafios impostos. Não há exemplos históricos disponíveis para direcionar a tomada de decisão; portanto, os países precisarão confiar em novas análises em vez de exemplos históricos de mudança de políticas (BLOOM, et al., 2015; CALHA, 2015).

Para tanto, é essencial que exista sensibilidade política e dos serviços sociais para algumas ações inadiáveis. Do ponto de vista político, há poucas iniciativas e a questão da “dependência” ainda não foi devidamente enfrentada pelos brasileiros. Considerando-se o âmbito operacional, o país carece de uma agenda de serviços específicos e adequados para essa população (MINAYO, 2019).

No campo da saúde é pertinente repensar o paradigma biomédico hegemônico, buscando ampliá-lo para um modelo socioambiental que leve em conta as doenças a partir de uma perspectiva do contexto da vida, das comorbidades, e da manutenção, por maior tempo possível, da saúde física, cognitiva, e emocional/psicológica dos idosos (MINAYO, 2014). Em síntese, os conceitos-chave para qualquer política destinada aos idosos são: a autonomia, a participação, o cuidado, a autossatisfação, a possibilidade de atuar em variados contextos sociais e a elaboração de novos significados para a vida na idade avançada (VERAS, 2011).

3. 2 Concepções de envelhecimento

A preocupação da humanidade em definir conceitos que investiguem o envelhecimento é muito antiga e, por sua heterogeneidade, diversas teorias tentam explicá-lo (FALLER, TESTON, MARCON, 2015). Outra questão relacionada é a da finitude humana, que habitualmente tem sido tema de filósofos, religiosos, pensadores, homens e mulheres de todos os tempos (BARROS, 1998). Talvez por isso, para Barros (1998), a velhice assusta.

Existem diferentes formas de classificar o envelhecimento. Ao considerar a questão cronológica, a análise das categorias de idade é parte importante do fazer

antropológico, preocupado em dar conta dos tipos de organização social, das formas de controle de recursos políticos e das representações sociais. Ao longo da história, estágios foram claramente definidos e separados e a fronteira entre eles passou a ser dada pela idade cronológica. As idades cronológicas se baseiam em um sistema de datação que está ausente na maioria das sociedades não ocidentais e que só ganha relevância quando é crucial para a determinação de direitos e deveres políticos (DEBERT, 1999).

Ainda neste contexto, Peixoto (1998) discorre que nas sociedades industrializadas, a partir da criação da aposentadoria o ciclo de vida foi reestruturado em três grandes etapas: a infância e a adolescência (tempo de formação); a idade adulta (tempo de produção) e a velhice (tempo do não trabalho). Tomando por base designações da velhice no Brasil, o termo “velho” foi amplamente utilizado até os anos 1960, fortemente assimilado à decadência e incapacidade para o trabalho em todos os domínios da sociedade brasileira; semelhante ao que se viu em outros países, como a França.

Enquanto o termo “idoso” chegou ao Brasil no final da década de 60, advindo da Europa, especialmente da França, concomitantemente a uma nova política social para a velhice daquele país. Essa mudança de terminologia – de “velho” para “idoso” – na sociedade francesa, decorreu da alteração na estrutura social diante da elevação das pensões que culminou no aumento do prestígio dos aposentados, tornando pejorativo certos vocábulos como “velhos” que passam a ser suprimidos dos textos oficiais. A partir de 1962 por meio de políticas que buscavam uma maior integração da velhice nas políticas francesas, fez-se pertinente criar um novo vocábulo para designar os jovens aposentados, emergindo como sinônimo de envelhecimento ativo e independente a terminologia *terceira idade*. A noção de “*jovens velhos*” também passou a ser amplamente utilizada no Brasil. A partir daí, surgiu um novo ciclo de vida, o dos “*velhos-velhos*”, denominado *quarta idade* (PEIXOTO, 1998).

Nessa direção, pode-se considerar que, baseado nas mudanças no curso da vida nas sociedades ocidentais, a história desta civilização estaria marcada por três etapas sucessivas, em que a sensibilidade investida na idade cronológica é radicalmente distinta: a pré-modernidade, em que a idade cronológica seria menos relevante do que o status da família na determinação do grau de maturidade e do controle de recursos de poder; a modernidade, que teria correspondido a uma

cronologização da vida; e a pós-modernidade, que operaria uma desconstrução do curso da vida em nome de um estilo unietário (DEBERT, 1999).

Em países desenvolvidos, a pessoa é considerada idosa quando atinge a idade igual ou superior a 65 anos (WHO, 2002). No Brasil, define-se como pessoa idosa aquela que chega aos 60 anos, sem levar em consideração seu estado biopsicossocial (SANTOS, TURA, ARRUDA, 2013). Sendo que a identidade dos idosos se constitui pela contraposição à identidade do jovem e, como resultado contrapõem-se as qualidades: atividade, força, memória, beleza, potência e produtividade como atributos típicos dos jovens e as qualidades opostas, ou seja, negativas, são imputadas aos idosos (MERCADANTE, 1999).

No entanto, o conceito de idade e o processo de envelhecimento são multidimensionais e possuem outros aspectos e significados que excedem as dimensões da idade cronológica (SANTOS, TURA, ARRUDA, 2013). Assim, a velhice é percebida, antes de tudo, como um estado que caracteriza a condição do ser (WALTER, 2010). Destaca-se que ainda que o registro corporal forneça as características físicas do idoso (cabelos brancos, calvície, rugas, etc.), outras características não aparentes, e que são intrínsecas à velhice, independem da idade (WALTER, 2010).

O parâmetro demográfico por faixa de idade, ou seja, a do velho-jovem compreende o período dos 60 a 79 anos, que recebe a nomeação de “terceira idade”; e a do velho-velho, de 80 anos ou mais, chamada de “quarta idade”. Por sua vez, o critério individual diferencia as pessoas baseado na herança genética, na personalidade e na forma de levar a vida. Nesse sentido, mesmo indivíduos relativamente jovens podem apresentar dependências mais comuns aos mais idosos e há pessoas de 80, 90, até 100 anos que continuam saudáveis e autônomas (MINAYO, FIRMO, 2019).

Na perspectiva biológica, existem perdas físicas e cognitivas relacionadas principalmente ao tônus muscular, resistência auditiva e osteomuscular, e possíveis dificuldades nas capacidades de memória, linguagem e atenção (PAPALIA, FELDMAN, 2013). Embora esses declínios físicos e cognitivos possam ser explicados em termos fisiológicos, fatores psicossociais e socioculturais também desempenham um papel fundamental nesse processo (KOTTER-GRÜHN, HESS, 2012). Portanto, o entendimento do envelhecer excede uma visão numérica e

quantitativa; ele perpassa um olhar social, fisiológico, econômico e ambiental (CARNEIRO, et al., 2016).

Nas sociedades ocidentais, é comum encontrarmos crenças estereotipadas sobre os idosos, frequentemente descrevendo-os como solitários ou doentes (KOTTER-GRÜHN, HESS, 2012). Tal ênfase esteve particularmente presente nas décadas finais do século passado, podendo-se notar uma tendência forte em se enfatizar os aspectos negativos dessa etapa da vida. Sendo que estudos de cunho internacional apontaram, em sua maioria, para representações negativas frente ao envelhecimento e ao idoso (SCHULZE, 2011). Da mesma maneira, no Brasil, estudos também evidenciaram representações negativas ligadas ao envelhecimento (VELOZ, SCHULZE, CAMARGO, 1999; UCHÔA, FIRMO, LIMA-COSTA, 2002; LARANJEIRA, 2010).

Em pesquisa que buscou compreender como idosos, de nacionalidades diversas, residentes no Brasil, concebem a velhice e vivenciam o processo de envelhecer evidenciou-se que, para os chineses o trabalho é importante na velhice pois se trata de uma oportunidade de se manterem ativos e autônomos. Para os libaneses, a vivência do envelhecer submete aos preceitos religiosos e aos laços familiares; os franceses relatam que a velhice remete à liberdade, à busca interior e de qualidade de vida. Enquanto para os paraguaios e brasileiros, o envelhecer foi determinado por aspectos negativos decorrentes de doenças crônicas, acompanhado das limitações físicas, dependência financeira e perda de autonomia (FALLER, TESTON, MARCON, 2015).

Nesse sentido, no olhar de Dionigi (2015), ainda que o envelhecimento seja um processo altamente individualizado e complexo, os paradigmas a seu respeito - construções socioculturais e historicamente situadas - continuam a ser generalizados. A reprodução de estigmas e pré-conceitos em relação à velhice é ressaltada pelo saber biomédico e está presente nos relatos dos próprios idosos (MORAES, 2012). Os estereótipos que vinculam a velhice à doença e à morte podem levar aos idosos uma consciência maior da finitude do que as pessoas das outras faixas etárias em geral (SILVEIRA, 2018).

Enfim, o que se observa é que a perspectiva negativa do envelhecer na contemporaneidade continua em foco e possui como principais bases de sustentação a própria sociedade narcisista, que tem como valores a beleza do corpo, a capacidade de ser produtivo e dinâmico, a força e o novo, sustentando-se

no mito da juventude inacabável (TEXEIRA et al., 2016). Dessa forma, o consumismo é caracterizado pelo fluxo rápido, levando à prática do descarte imediato daquilo que é considerado “velho”, promovendo uma dinâmica substituição por algo novo, mais moderno (LIPOVETSKY, 2009). Essa forma de ver e agir no mundo não atinge apenas os objetos, mas também as relações e as pessoas e, assim sendo, a juventude é prestigiada e o corpo, supervalorizado (LIPOVETSKY, 2009).

Neste contexto, Le Breton (2016) discorre que por meio do registro de valor que representa o olhar do outro, o próprio sujeito idoso pode se ver em um ângulo mais ou menos favorável. Por meio dessas representações, da imagem que o sujeito tem de seu corpo, penetra-se pouco a pouco o sentimento de depreciação pessoal, sendo a velhice atingida por um sinal negativo.

Levando-se em conta as diferenças socioculturais, Uchôa (2003) enfatiza que estudos realizados em sociedades não ocidentais apresentam imagens mais positivas da velhice e do envelhecimento, demonstrando que a representação de velhice enraizada nas ideias de deterioração e perda não é universal. Enfim, à medida que o envelhecimento é documentado em outros povos, constata-se que ele é um fenômeno profundamente influenciado pela cultura.

Opondo-se a essa visão negativista da velhice amplamente difundida nas sociedades ocidentais, o conceito de velhice bem-sucedida foi proposto inicialmente por Havighurst na década de 1960, como produto da participação do idoso em atividades ligadas à satisfação, interação social e conservação da saúde. A eclosão dessa conceituação representou o marco de uma mudança ideológica importante nos estudos do envelhecimento, um impulso às investigações sobre aspectos positivos ligados à velhice e sobre a capacidade de desenvolvimento nessa fase (SILVA, LIMA, GALHARDONI, 2010).

A partir dos anos 2000, houve um esforço por parte dos pesquisadores para demonstrar a existência dos estereótipos negativos sobre o envelhecimento e de seus efeitos danosos, além de focalizar seus estudos em um marco teórico mais promissor, que ultrapassasse a questão das perdas e das doenças (SCHULZE, 2011; BACSU et al., 2014). Algumas pesquisas demonstraram que percepções relativas à pessoa idosa eram majoritariamente positivas, ou seja, havia mais estereótipos etários positivos do que negativos (TORRES; CAMARGO; BOUSFIELD, 2016; GERGEN, GERGEN, 2012; VARGAS et al., 2018).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) também lançou uma série de publicações com a intenção de mudar as atitudes dos cidadãos e, em particular, dos jovens, introduzindo uma visão positiva do envelhecimento. Foram propostas atividades voltadas a melhorar as relações intergeracionais e elaboradas políticas públicas para influenciar os cidadãos global e localmente (OMS, 2002). Portanto, surgiu e ganhou campo um novo paradigma de envelhecimento focado no potencial dos idosos e não apenas na perda que necessariamente ocorre durante o curso da vida (SELIGMAN, 2008).

Surgem programas num contexto em que um conjunto de discursos vastamente divulgados pela mídia se empenha em desconstruir expectativas e imagens tradicionalmente associadas ao avanço da idade, enfatizando que esta não é um marcador relevante de comportamentos e estilos de vida. Uma série de receitas são veiculadas, tais como técnicas de manutenção corporal, comidas saudáveis, ginásticas, medicamentos, bailes, e outras formas de lazer que buscam mostrar como os que não se sentem velhos devem se comportar, apesar da idade (DEBERT, 1999).

De acordo com Cerqueira (2013) esta nova visão também é limitada. Enfoca a autora que a livre escolha dos indivíduos em direção a estilos de vida mais adequados ou satisfatórios, preconizados pelos programas de promoção de saúde, não são mais que um gesto de obediência à retórica biocientífica que se projeta incontestavelmente como autoridade social.

A mencionada autora refere-se à biopolítica da velhice, uma política de controle das massas em que prevalece a visão biológica do envelhecer, obcecada com o corpo, mas com pouco interesse em outras dimensões da vida. Na tentativa de uma vida mais saudável, reprograma-se o corpo, o comportamento e os modos de vida do envelhecimento contemporâneo. Dessa maneira, as políticas de promoção da saúde, prevenção e a busca do envelhecimento ativo associam-se para tornar possível a instrução da parcela dos mais idosos, ampliando sua capacidade de agir em benefício da própria saúde, desonerando financeiramente o Estado (CERQUEIRA, 2013).

Debert (2010), também enuncia o assunto: revela que ocorre neste cenário um processo de reprivatização da velhice, que consiste na transferência da velhice enquanto objeto de atenção do Estado e do setor público para o setor privado e para os próprios indivíduos. Isso se faz mediante discursos que têm objetivo de positivar

a velhice, gerando uma responsabilização dos indivíduos para a manutenção de sua própria saúde. A terceira idade emerge, assim, como uma etapa intermediária entre a vida adulta e a velhice. A mesma autora relata que o predomínio dessa visão nas práticas de gerontólogos e geriatras acaba criando, de certa forma, uma culpa para os velhos pela perda de habilidades e controles físicos e mentais que marcam o avanço da idade (DEBERT, 1999). A esse respeito:

É certamente inegável que as boas práticas, nomeadamente no estilo de vida, são recomendáveis e delas dependerão em grande medida o bem-estar tanto individual como coletivo. Torna-se difícil contestar que a prevenção não seja preferível à cura. Subsistem, todavia, fundados receios de que um higienismo exacerbado e a insistência em que “não envelheçamos antes de morrer” se traduzam em interiorizações de uma responsabilidade ou mesmo de um sentimento de culpa/vergonha, que não é mais do que o efeito perverso do que, conceda-se, deriva de uma intenção social e politicamente correta (JESUÍNO et al., 2018, p. 64).

Portanto, os determinantes do envelhecimento saudável não podem ser concentrados apenas no indivíduo; envelhecer de forma saudável abrange questões como acesso à educação, ao trabalho e ao descanso, bens materiais e culturais dignos, tal como políticas públicas inclusivas (BRIGEIRO, 2005).

Em resumo, na literatura os aspectos do envelhecimento são apontados como características agrupadas em polos positivos e negativos, até mesmo pelos próprios idosos. Por um lado, os conceitos vinculam o envelhecimento ao declínio; por outro, assumem a possibilidade de desenvolvimento durante o envelhecimento (DÁTILLO, MARIN, 2014; TORRES; CAMARGO; BOUSFIELD, 2016). Em consonância, alguns estudos sobre representações sociais associam o idoso a características como sabedoria e experiência, em oposição a aspectos como doença, solidão, dependência e morte (MENDES et al., 2012; SANTOS, TURA E ARRUDA, 2013).

Essa polarização também foi apontada por pesquisa recente que avaliou a percepção de idosos sobre seu processo de envelhecer; na qual foram apontados aspectos positivos: a realização, a autonomia, a independência e a disposição para vencer as dificuldades diárias; conjugando um imaginário social ativo, digno e saudável. Em contrapartida, emergiram aspectos negativos como: a diminuição da capacidade funcional, as doenças, a diminuição do rendimento no trabalho, os conflitos intergeracionais e o declínio cognitivo (COLUSSI, et al., 2019). Dionigi

(2015) destaca que tanto os estereótipos positivos quanto os negativos podem ter simultaneamente efeitos restritivos sobre as ações, desempenho, decisões, atitudes e, por conseguinte, na saúde holística de um idoso (DIONIGI, 2015). O processo de envelhecimento traz consigo desafios de múltiplas facetas e envelhecer com fragilidade - tópico que será abordado a seguir - impacta na vida do indivíduo idoso.

3.3 Envelhecer com fragilidade

Diante do cenário de envelhecimento populacional acelerado, é pertinente considerar aspectos relacionados à camada mais envelhecida da população, dentre os quais, a fragilidade, cuja prevalência aumenta com o avanço da idade (LOURENÇO et al., 2019).

Ao explorar o termo “fragilidade”, Lana, Schneider (2014) relatam que, a princípio, em 1968, a fragilidade remetia a indivíduos com 65 anos ou mais que *dependiam* de outras pessoas para realizar as atividades diárias. Na década de 1980, foi relacionado um modelo de fragilidade mais amplo abarcando aspectos biológicos, sociais e psicológicos, conforme o qual essa condição poderia se manifestar em qualquer faixa etária, sendo mais prevalente entre idosos com mais de 80 anos.

Apesar do dissenso na literatura sobre a definição de fragilidade (NUNES, et al., 2015), há uma vasta bibliografia apoiada no saber biomédico. Um dos modelos conceituais validados mais empregados em pesquisas nacionais e internacionais, tem sido o de Fried et al. (2001) que preconiza o chamado “fenótipo de fragilidade”, fundamentado em critérios objetivos e precisos para identificar a síndrome em nível populacional.

Para Fried et al. (2001), a síndrome da fragilidade é delineada pelo declínio de energia e está ligada a alterações fisiológicas dos sistemas musculoesquelético, neuroendócrino e imunológico, que refletem principalmente na perda de massa muscular, na alteração de apetite e no estado inflamatório crônico. Ou seja, a fragilidade, como uma síndrome clínica, possui uma base biológica (FRIED et al., 2001).

O fenótipo de fragilidade referenciado constitui-se por cinco fatores: perda de peso não intencional, fadiga, fraqueza muscular, inatividade física e lentidão da

marcha. Classifica-se como idoso frágil aquele indivíduo que possui três ou mais desses componentes; pré-frágil o que apresenta um ou dois; e não frágil o indivíduo com ausência de componentes (FRIED et al., 2001).

Frequentemente, a fragilidade é descrita como uma fase de transição entre o envelhecimento bem-sucedido e a incapacidade (CHEN, GAN, HOW, 2018), sendo um dos aspectos bastante associados a essa condição a dependência funcional para realização das atividades instrumentais de vida diária (POLI et al., 2017). Ou seja, o que se observa nessa condição é o declínio da vitalidade associado ao desenvolvimento de incapacidades, internação e óbito (MORAES, 2017).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) preconiza apenas o aspecto mais biomédico da fragilidade e define:

idoso frágil ou em situação de fragilidade aquele que: vive em Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI); encontra-se acamado; esteve hospitalizado recentemente por qualquer razão; apresente doenças sabidamente causadoras de incapacidade funcional (acidente vascular encefálico, síndromes demenciais e outras doenças neurodegenerativas, etilismo, neoplasia terminal, amputações de membros); encontra-se com pelo menos uma incapacidade funcional básica, ou viva situações de violência doméstica (BRASIL, 2006).

Entretanto, a fragilidade é uma síndrome multidimensional e há divergências sobre o que seja um “idoso frágil”, visto que esse fenômeno é determinado por fatores múltiplos, inter-relacionados e ao mesmo tempo variáveis de sujeito para sujeito (ANDRADE et al., 2012). Portanto, ainda que exista consenso de que o componente físico seja relevante, há discordância sobre a etiologia exclusivamente fisiopatológica da fragilidade, dada a sua multidimensionalidade. Dessa maneira, há propostas com enfoques mais biomédicos, enquanto outras destacam aspectos psicossociais (TEIXEIRA, 2008). Em síntese, essa condição seria decorrente da interação de fatores biológicos, psicológicos, cognitivos e sociais, ao longo do curso da vida (BERGMAN, et al., 2004).

Lana, Schneider (2014) acrescentam que observa-se nessa síndrome uma diminuição da capacidade do organismo em reagir às vicissitudes da vida, cuja origem pode estar relacionada a aspectos ambientais, financeiros, interpessoais, legais, institucionais, assim como à história de vida do indivíduo (fatores cognitivos, psíquicos, sociais, físicos, espirituais). Alguns aspectos relacionados à saúde mental

também são mencionados, como demonstrou uma pesquisa na qual pessoas com comprometimento em nível cognitivo apresentam o triplo do risco de serem frágeis, enquanto uma pessoa com sintomas depressivos quadruplica essa chance (DUARTE, PAÚL, 2014).

A fragilidade, em suas questões físicas e/ou psicológicas, é uma conjuntura dinâmica que pode resultar na melhora ou piora progressiva com o tempo (MORLEY et al., 2013; NUNES, et al., 2015). Assim, considerando as múltiplas variáveis relacionadas a essa temática pode-se chegar a um envelhecimento com ou sem fragilidade (LEE, HECKMAN, MOLNAR, 2015).

Um estudo que investigou a definição de fragilidade sob o olhar de profissionais de saúde também revela que na percepção dos participantes não haveria uma correspondência definitiva entre fragilidade e envelhecimento. A fragilidade se expressa de maneira específica em dimensões individuais e socioculturais diferentes. Portanto, a restrição da fragilidade apenas às medidas instrumentais responsabiliza excessivamente o idoso pelas consequências advindas da condição, dificultando a compreensão de que o contexto sociocultural influencia a saúde individual (TEXEIRA, 2008).

Em relação à percepção do conceito de fragilidade pelos idosos, os resultados da pesquisa de Puts et al. (2006) sugeriram que tal conceito é percebido de maneira subjetiva e de forma multidimensional, incluindo a aparência física, os problemas cognitivos e a participação social.

A ideia de fragilização, para além do olhar biomédico, está coberta de significados variados, dependendo em grande medida do uso que lhe é dado pelas diversas disciplinas. Contudo, apesar das várias modalidades interpretativas conferidas a essa noção, parece existir um consenso entre os pesquisadores em relacionar fragilização com vulnerabilidade. A fragilidade apresenta-se ligada ao que é quebradiço, pouco vigoroso ou débil. No entanto, inseridos em uma perspectiva antropológica, devemos observar que a maneira que se responde às condições potencialmente “fragilizadoras” depende amplamente do significado que é dado pelo indivíduo idoso a eventos provocadores de determinadas desordens ou desajustamentos nos indivíduos (ALVES, 2002).

O conceito de experiência é fundamental para se compreender o processo de fragilização de cada indivíduo, pois nos endereça diretamente à dimensão vivida da cultura, de símbolos, crenças, regras e códigos que supostamente governam os

comportamentos (ALVES, 2002). Desse modo, a experiência de fragilização pode ser concebida como englobando um conjunto de vicissitudes que influenciam nesta etapa de desenvolvimento da pessoa (SILVEIRA, 2018).

Em busca dessa compreensão antropológica do indivíduo, podemos constatar que a experiência de fragilidade é composta pelas contradições do ser humano (internas e relacionais) e inclui a finitude – a fragilidade é um processo existencial, por conseguinte, ligado a sofrimentos psíquicos, relacionais, sociais. O ser humano é constitutivamente limitado e frágil – metaforicamente, temos uma “essência de vidro” (CARRIÈRE, 2007).

3.4 Abordagens da saúde e do cuidado no contexto sociocultural

Ayres (2007) relata que, para o senso comum, é impossível desvincular as noções de saúde e doença, e questiona esse fato:

Fazer equivaler saúde e doença a situações polares de uma mesma coisa, identificadas segundo uma mesma racionalidade, é tão limitante para a adequada compreensão dessas duas construções discursivas e das práticas a elas relacionadas, quanto negar as estreitas relações que guardam uma com a outra na vida cotidiana (AYRES, 2007).

A concepção médica de saúde como ausência de doença é uma noção meramente teórica. Seus principais elementos são a função biológica e a normalidade estatística, em contraste com várias outras ideias de destaque na literatura sobre saúde (BOORSE, 1977). É preciso, a esse respeito, sublinhar que saúde e doença são termos relacionados a coisas diferentes e ao mesmo tempo indissociáveis. Pode-se dizer que a objetividade manifestada pelos discursos biomédicos (domínio instrumental da doença) é o resultado particular de certa racionalidade prática (busca prática da saúde) que concedeu validade ética, moral e política a certo “o que fazer” e “como fazer” que passaram a ser relevantes no Ocidente a partir de meados do segundo milênio da Era Cristã (AYRES, 2007).

Essa compreensão leva a intervenções reducionistas e a uma avaliação limitada das condições patológicas, cujo enfoque puramente biológico restringe uma ação ampla no cenário de saúde na população (GUEDES et al., 2017). Entretanto, pode-se observar que na contemporaneidade as concepções e ações em saúde

buscam superar esse modelo biomédico, mecanicista e centrado na doença, também denominado paradigma curativista ou biomédico (SANTOS, WESTPHAL, 1999).

Pesquisas realizadas na década de 90 reforçam essa perspectiva, demonstrando que as concepções de saúde, não se limitam aos seus aspectos biomédicos, mas, enquanto fenômenos sociais remete-se ao indivíduo em seu corpo biológico, à sociedade e às relações sociais (CANESQUI, 2003). Logo, pode-se dizer que os estudos examinados sobre saúde nos falam menos da doença em si e mais de sua articulação simbólica na construção das identidades sociais, relações de gênero e inserção nos parâmetros simbólicos estruturantes da cultura (CAMPOS, 2000).

Dentre os estudos da saúde coletiva, a saúde da pessoa idosa torna-se uma preocupação pertinente e pode ser definida como a capacidade individual de satisfação das necessidades biopsicossociais, independentemente da idade ou presença de doenças (MORAES, 2017). Nesse sentido, o envelhecimento está relacionado a um bom nível de saúde, a menos que haja doença. A enfermidade não é, portanto, uma consequência inevitável da velhice, nem sequer está restrita a este grupo populacional (KALACHE, 2008).

Ao se pensar de forma mais ampla sobre essa ótica, o giro de um conceito biomédico de saúde para um biopsicossocial implica em uma série de ressignificações nos sentidos de saúde-doença-cura, do tratar-cuidar, bem como de conhecimentos de saúde coletiva, comunidade, controle social, avaliação, corpo, culturas, saberes populares/especializados, participação, cooperação, etc. Esse é o giro da heterogeneidade, do olhar para nossa ação sobre o mundo, sobre o outro e sobre nós mesmos; com base nas múltiplas histórias, contextos, sentimentos e sentidos que se (re) configuram em nós permanentemente (PEREIRA; BARROS; AUGUSTO, 2011).

O conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural – saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social; dependerá de valores individuais e de concepções científicas, religiosas, filosóficas (SCLIAR, 2007). A saúde está relacionada ao ser do indivíduo, em um prisma existencial e subjetiva da experiência humana diante do mundo (ARAÚJO, PAZ e MOREIRA, 2012).

Em suma, as percepções dos idosos sobre saúde podem ajudar os pesquisadores a desenhar programas mais eficazes para auxiliar na manutenção e/ou melhorar o estado de saúde. Um estudo realizado nos Estados Unidos em 2017 concluiu que programas de gestão de saúde devem fornecer abordagens holísticas para maximizar os resultados de saúde e promover o envelhecimento ativo (TKATCH et al., 2017). E, para além das práticas de promoção e prevenção de saúde, deve-se ter um olhar diferenciado para as demandas de cuidado da população idosa. Portanto, é pertinente abordar os conceitos e práticas de cuidado prestados a esse público tão singular.

Nesse sentido, à medida que a expectativa de vida se prolonga, aumentam também a intensidade e a duração dos cuidados exigidos por muitas pessoas como resultado de doenças crônicas debilitantes e fragilidade. Assume-se que o cuidado em saúde implica recursos sociais, trabalhistas e materiais, os quais, são muitas vezes escassos (BUCH, 2015). Para Guedes et al. (2017) a trajetória rumo ao cuidado integral parece ainda não estar clara para os profissionais da saúde, gestores e para os usuários de nossos sistemas de saúde.

Nesse contexto, cuidar de uma população cada vez mais envelhecida apresenta-se como um desafio e uma necessidade para a qual o Brasil não se preparou. Portanto, tomar ciência disso e correr contra o tempo é primordial para enfrentar a realidade presente (PINHEIRO, SOUZA, 2017).

Normalmente quando se remete ao cuidado de saúde ou cuidado em saúde, confere-se ao termo um sentido já consolidado no senso comum: o de um conjunto de procedimentos tecnicamente direcionados para o bom êxito de certo tratamento. No entanto, compreende-se cuidado como uma atitude prática que orienta as ações de saúde que reclamam uma ação terapêutica, isto é, “uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade” (AYRES, 2004).

O termo “práticas de cuidado” enfatiza o que é feito no cuidado e varia dependendo do contexto social e das necessidades dos participantes do cuidado (MOL; MOSER; POLS, 2010). Para Kleinman (2009) o cuidado pode englobar a assistência prática com atividades da vida diária - alimentação, banho, deambulação, higiene; assim como proteção e apoio emocional.

Pela perspectiva da Antropologia, os cuidados com a saúde compreendem um sistema que está inserido num contexto cultural por meio de seus significados simbólicos e se fundamentam em modelos de interações interpessoais e em instituições sociais (AMADIGI et. al. 2009). Nessa ótica, o cuidado proposto pelo paradigma biopsicossocial envolve a contínua reconstrução de significados a respeito de si, do outro e do mundo, incluindo ainda significados sobre saúde, doença, qualidade de vida, autonomia, na qual se torna necessária a constituição de um espaço relacional que ultrapasse o saber-fazer científico/tecnológico (MANDÚ, 2004).

Kleinman (1978) sugere que, na avaliação de qualquer sociedade complexa, verificam-se três subsistemas de cuidado à saúde: o informal, o popular e o profissional. Esses subsistemas são amplamente empregados pelas pessoas de forma sobreposta e não excludente, interagindo mediante a passagem dos indivíduos por eles. Esses sistemas oferecem ao indivíduo os caminhos para efetuar a interpretação de sua condição de saúde-doença e buscar as ações possíveis que possibilitem o cuidado e/ou a cura.

Assim sendo, o subsistema familiar faz parte dos cuidados informais, e é a expressão da cultura popular, do senso comum, não profissional e no qual as manifestações das doenças são inicialmente identificadas e enfrentadas (KLEIMAN, 1978). No Brasil, da mesma forma que acontece na maioria dos países – mesmo naqueles que sempre conferiram à família o principal papel na função de cuidar de seus idosos, como é o caso do Japão – a maior demanda por cuidados vem acompanhada da diminuição da potencial oferta de cuidadores familiares devido às mudanças no perfil familiar e no papel da mulher. As mulheres são as principais cuidadoras e ao mesmo tempo o segmento mais vulnerável, caso precisem de cuidados (GIACOMIN, et al., 2018).

Em continuidade, o subsistema profissional é formado pelos profissionais que fornecem o cuidado, o que se dá por meio de aprendizado formal, e são legalmente reconhecidos, representados pela biomedicina nas sociedades ocidentais (KLEIMAN, 1978).

E o subsistema popular refere-se ao fornecimento de cuidados de ordem informal e seu conhecimento deriva-se do senso comum, incluindo a compreensão da família acerca do adoecimento e cuidado, bem como a rede social e comunitária do indivíduo (KLEINMAN, 1978).

Segundo Helman (2003) o modelo da medicina moderna ocidental está orientado principalmente para descobertas e para quantificação das informações psicoquímicas do paciente e não para fatores menos mensuráveis. Nessa premissa, o médico ocidental moderno entende que os aspectos biológicos são mais básicos, reais, clinicamente significativos e interessantes do que os enfoques psicológicos e socioculturais (KLEINMAN, 1980). Entretanto, o diagnóstico, o prognóstico, o tratamento e a reabilitação podem ser realizados de maneira a ressaltar seus aspectos humanos e técnicos, ambos compondo o cuidado (KLEINMAN, 2009).

Por conseguinte, o encontro entre o profissional e o usuário envolve a escuta compartilhada de si mesmos, sempre se refletindo em ambos. Esse entrelaçamento de subjetividades forma um poderoso instrumento que pode colaborar para a emancipação dos sujeitos – alvo de cuidados – e proporcionar uma participação mais ativa destes na produção de sua saúde, bem como um maior protagonismo em relação a aspectos pessoais e sociais (PEREIRA, et al., 2011).

Enfim, para que se possa fornecer o cuidado a um indivíduo, torna-se indispensável além do conhecimento técnico-científico, valorizar suas crenças e valores, no intuito de ocasionar uma maior compreensão do que vivencia o ser cuidado (CASTILLO, VÁSQUEZ, 2006). Não é possível, portanto realizar o cuidado em saúde isoladamente. Mesmo a consulta médica realizada com portas fechadas, no espaço mais privado que conhecemos, está imediatamente correlacionada a várias dimensões. O cuidado em saúde é sempre interdependente de uma multifacetada rede de relações, protagonismos e múltiplos agires (CECILIO, 2016).

Especificamente nas práticas de cuidados aos idosos, é primordial distanciar-se da “frieza” de um estilo – discurso e prática – biomédico - que desconsidera a experiência do paciente – e até mesmo chega a sugerir inclusive ao idoso uma atitude de passividade, ocultando seu olhar para o horizonte de possibilidades ainda presente (MORAES, 2012). Nesse sentido, podemos inferir que as escolhas no processo de cuidar ocorrem em macros e microcontextos determinados socialmente e sob a égide de dimensões subjetivas e culturais (AMADIGI et al., 2009).

Sobre essa visão e necessidade de um cuidado mais amplo em saúde Ayres (2017) discorre:

Parece haver algo de novo, ou pelo menos de um ímpeto renovador, na ênfase dada ao cuidado em anos recentes, e que revela certa afinidade em seus horizontes éticos: a recusa à “coisificação” das

pessoas e das relações, resgate do valor de uma solidariedade social espontânea e criativa e, como corolário das perspectivas anteriores, a busca de superação de uma visão individualista e individualizante das ações humanas (AYRES, 2017, p. 01).

No entanto, os desafios ainda são enormes. Entre eles, fazer perceber o apoio social como determinante relevante da saúde das pessoas não apenas nos serviços de saúde, mas também na comunidade, como dispositivo transformador do processo saúde-doença do idoso, devendo ser efetuado pelos diversos atores sociais envolvidos, incluindo-se o próprio idoso e demais membros da sociedade – familiares, amigos, vizinhos, grupos religiosos, profissionais de saúde e do serviço social, estudantes, entre outros (GUEDES et al., 2017).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Este estudo utiliza-se de uma abordagem qualitativa, ancorada na Antropologia Interpretativa (GEERTZ, 2008) e Antropologia Médica (Corin et al. 1990, 1992^{a,b}, 1993). De acordo com Minayo (2017), a pesquisa qualitativa preocupa-se com a dimensão sociocultural que se expressa por intermédio de valores, crenças, representações, costumes, comportamentos e práticas. Ainda para a autora, a partir do pensamento dos outros, a narrativa pessoal é balizada, porque revela o grupo no qual se insere, assim como a sua singularidade arraigada de cultura.

4.1 Referencial teórico-metodológico

4.1.1 Antropologia Interpretativa

A presente pesquisa fundamenta-se no pensamento interpretativista de Clifford Geertz. Situado na origem da corrente interpretativa em Antropologia, Geertz (2008) concebe a cultura como o universo de símbolos e significados que permite aos indivíduos de um grupo interpretar suas experiências e guiar suas ações. Essa antropologia não se trata de uma ciência experimental em busca de leis, mas de uma ciência interpretativa, à procura de significados (GEERTZ, 2008).

Na concepção do mencionado autor, o conceito de cultura é essencialmente semiótico, porque no mesmo sentido de Max Weber, “*o homem é um animal amarrado a teias de significado que ele mesmo teceu*”. Sendo a cultura uma “teia de significados” criada por nós mesmos, na qual estamos inseridos (GEERTZ, 2008), modos de pensar e agir fundam-se no universo sociocultural e conhecer esse universo é imprescindível para efetividade das intervenções de saúde (UCHÔA, VIDAL, 1994). E a definição dos códigos que estruturam o pensamento e dão um significado ao mundo é permitida pela análise das ações concretas do cotidiano da vida (GEERTZ, 2008).

Valendo-se da abordagem interpretativa, a Antropologia muda o foco da doença vista como uma entidade biológica para a experiência da doença em um dado contexto sociocultural. Cabe destacar que, em humanos, os fenômenos jamais consistem apenas num fenômeno, porque eles estão sempre mergulhados de significado (CORIN, 1995). Os pesquisadores da Antropologia interpretativa apropriam-se desse significado como aspecto influenciador no curso da doença moldando a experiência subjetiva e o comportamento individual e social em resposta da doença (CORIN, 1995).

4.1.2 Antropologia Médica

A Antropologia Médica é uma disciplina biocultural que abarca as ciências sociais e comportamentais junto à biologia e às ciências médicas, constituindo-se no campo cuja abordagem centra-se nas representações e nos significados atribuídos à saúde e à doença (HELMAN, 2003).

A perspectiva êmica (UCHOA, 2003), contribuição da antropologia para saúde, consiste num quadro conceitual e metodológico inovador em que a interpretação do cientista é construída a partir da perspectiva dos entrevistados, e não na visão do pesquisador ou da literatura. Nesse sentido, na presente pesquisa as interpretações são direcionadas à compreensão dos fenômenos sob a visão da pessoa idosa frágil, no desejo de dar voz a esses interlocutores (UCHOA, 2003).

Destaca-se que a abordagem dos fenômenos de saúde pela Antropologia Médica também leva em consideração as dimensões sociais e a experiência intersubjetiva por serem conectadas ao que é compartilhado culturalmente por um grupo social (KLEINMAN, EINSENBURG, GOOD, 2006; UCHÔA, VIDAL, 1994).

Geertz (2008) assume a cultura como o contexto no qual os diferentes eventos se tornam inteligíveis. Com base nessa concepção, há uma ligação entre as maneiras de pensar e as maneiras de agir – aspectos cognitivos e pragmáticos – das pessoas de um grupo. Ressalta-se a relevância da cultura na construção de todo fenômeno humano. Nesse sentido, acredita-se que, inclusive no campo da saúde, as percepções, as interpretações e as ações são construídas pela cultura (UCHÔA, 1994). Essa perspectiva apontada é oponente ao paradigma biomédico que procede à fragmentação na abordagem da doença (UCHÔA, VIDAL, 1994).

A contribuição da Antropologia Médica para este estudo encontra-se na sua capacidade de compreensão dos modos de pensar e de agir das pessoas e dos grupos sociais frente a um problema, além da compreensão dos tratamentos nos quais essas pessoas confiam e como se cuidam em função do problema/adoecimento (HELMAN, 2003).

Para a Antropologia Médica, os modelos de saúde e de doença são elaborações próprias a cada grupo cultural com base em seus universos de significados. Desse modo, o entendimento dos fenômenos em saúde ultrapassam sua determinação biológica, pois também são mediados pela cultura (UCHÔA, VIDAL, 1994).

Partindo dessa compreensão, Eisenberg (1977) propôs uma distinção paradigmática entre "doença processo" (*disease*) e "doença experiência" (*illness*), sendo que "doença processo" diz respeito às anormalidades de estrutura ou funcionamento de órgãos ou sistemas corporais; já a "doença experiência" relaciona-se à experiência subjetiva do mal-estar vivenciado pelo doente.

O interesse pela experiência e os significados psicossociais pode auxiliar no distanciamento do olhar etnocêntrico biomédico (KLEINMAN, EISENBERG, GOOD, 2006). De forma similar, a experiência com a fragilidade não pode ser considerada um simples reflexo do processo patológico biomédico, mas fenômeno imbuído de significado.

4.1.3 Modelo de “signos, significados e ações”

O modelo de análise dos "sistemas de signos, significados e ações" que fundamentou a coleta e análise de dados foi elaborado por Corin et al. (1992a). Ele

está inscrito, em linhas gerais, como um prolongamento dos trabalhos do Grupo de Harvard. Contudo, possibilita maior sistematização dos diferentes elementos do contexto (dinâmica social, códigos culturais centrais, conceito de pessoa, etc.) que intervêm efetivamente na identificação do que é problemático, na decisão de tratar ou não um problema, bem como na escolha do terapeuta apropriado (UCHÔA, VIDAL, 1994).

Em sua proposta metodológica, Corin et al. (1990, 1992^{a,b}, 1993) invertem o procedimento geralmente utilizado nos estudos sobre representações e partem do nível pragmático para remontar ao nível semântico, observando os comportamentos dos atores sociais. Isso possibilita conhecer as formas de interpretação de uma situação concreta. Os relatos permitem reconstruir os comportamentos, os significados dados a eles e a práticas assumidas a partir disso (CORIN et al., 1992a). A interpretação significa identificar as configurações centrais semiológicas, em uma intertextualidade, a partir da leitura das narrativas pessoais no contexto das grandes narrativas culturais (CORIN et al., 1993).

Esse modelo visa ao conhecimento sistemático das maneiras de pensar e de agir de populações junto às quais se pretende intervir. São premissas básicas a partir das quais é construído (CORIN et al., 1992a):

a) cada comunidade constrói de forma específica o universo dos problemas de saúde, marcando principalmente tal ou tal sintoma, privilegiando tal ou tal explicação e encorajando certos tipos de reações e ações;

b) haveria continuidade entre a forma pela qual uma comunidade percebe e interpreta seus problemas de saúde e os procedimentos que ela própria desenvolve para resolvê-los.

A análise dos “sistemas de signos, significados e ações” é feita a partir do estudo das práticas dos atores apreendidas por histórias concretas. Uma fase preliminar do estudo visa à delimitação do campo semântico que cobre um determinado problema. São identificados termos locais e formuladas descrições significativas que servirão para identificar casos. Para cada caso identificado, diferentes questões tentam reconstruir de maneira detalhada os comportamentos e sintomas associados à doença, as interpretações feitas por diferentes categorias de pessoas, os tratamentos realizados e/ou que deveriam idealmente ser realizados. As entrevistas são gravadas, transcritas e codificadas em função de registros de conteúdo e de categorias analíticas. Toda informação é compilada em quadros que

permitem a identificação das categorias de informação dominantes (CORIN et al., 1989, 1990, 1992a, 1992b, 1993; UCHÔA et al., 1993).

São realizados dois níveis de análise, sendo que o primeiro visa a identificar "os sistemas de signos, significados e ações", ou seja: a) os diferentes tipos de signos ligados à identificação de um determinado problema, sua gravidade ou à necessidade de tratamento; b) as explicações privilegiadas diante desses signos e c) as reações e ações desencadeadas por tais signos. Por sua vez, um segundo nível de análise busca examinar as articulações entre "os sistemas de signos, significados e ações" e determinar o impacto específico de diferentes elementos que participam do contexto pessoal, social e cultural sobre a construção e a evolução das reações e dos comportamentos (CORIN et al., 1989, 1990, 1992a, 1992b, 1993; Uchôa et al., 1993).

4.2 População estudada

A população estudada foi constituída por idosos em processo de fragilização pertencentes ao município de Belo Horizonte/MG. Os indivíduos foram selecionados no banco de dados do Estudo da Rede FIBRA – Polo Belo Horizonte/MG, realizado em 2009, cujo objetivo é investigar o perfil e a prevalência da Síndrome da Fragilidade em idosos brasileiros e seus fatores associados. O fato de eleger a Rede FIBRA deveu-se à oportunidade de acesso a um grupo de idosos já investigados sobre a temática. Contudo, a metodologia do presente estudo interessa-se pelo aspecto subjetivo do processo de fragilização, o que se difere daquela adotada pelo Estudo Fibra que se baseou em medições físicas e objetivas.

Por sua vez, o Estudo Fibra trata-se de um estudo epidemiológico de caráter transversal, multicêntrico, que utiliza os critérios de Fried et al. (2001) para definição de idosos não frágeis, pré-frágeis e frágeis. A Rede é composta por quatro polos (Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, Universidade de Campinas - UNICAMP, Universidade de São Paulo - USP (Ribeirão Preto) e Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ), sendo o polo da UFMG, responsável por congrega quatro cidades: Belo Horizonte - Minas Gerais, Barueri - São Paulo, Cuiabá - Mato Grosso e Santa Cruz - Rio Grande do Norte, compondo um banco de dados de um total de 1756 idosos. Cabe salientar que, no presente estudo a

utilização do fenótipo somente ocorreu para seleção dos entrevistados no banco de dados do Estudo FIBRA.

Com o intuito de garantir a heterogeneidade dos participantes, foram incluídos idosos de diferentes regiões da cidade, sexos, idades (60 anos e mais) e condição funcional. Foram entrevistados 22 idosos, dos quais oito eram homens e 14 mulheres, com idade entre 69 e 93 anos (média de 79 anos) sendo 15 casados e 19 com filhos. Nesse grupo, três idosas eram cuidadoras de seus maridos dependentes. Funcionalmente, um terço dos entrevistados necessitava de ajuda ou era totalmente dependente para o autocuidado e dois terços eram independentes.

4.3 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas, guiadas por roteiro semiestruturado (APÊNDICE I), realizadas no domicílio dos participantes, a fim de permitir ao pesquisador o mergulho no ambiente local e cultural da pessoa. Ela fundamentou-se no modelo de “signos, significados e ações” (CORIN et al., 1992a).

Selecionaram-se idosos na lista dos participantes da rede FIBRA entre aqueles classificados, em 2009, como não-frágeis, pré-frágeis e frágeis. Todos foram contatados por telefone e agendada entrevista no domicílio. Foram inelegíveis para o estudo idosos que apresentaram sequelas graves ou outro motivo que os incapacitassem para responder/participar em uma entrevista.

Este trabalho é parte de uma pesquisa maior: “Fragilidade em idosos: percepções, mediação cultural, enfrentamento e cuidado”. A coleta de dados foi realizada por integrantes do grupo de pesquisa, em dois períodos. O primeiro aconteceu entre os meses janeiro e agosto de 2016 para compreender como os idosos percebiam o processo de fragilização. Para ampliar o intervalo desde a inclusão no projeto de pesquisa, procedeu-se a um segundo momento de entrevistas, realizado no período de janeiro a junho de 2018.

Encerrou-se a coleta de dados quando a qualidade, a quantidade e a intensidade dos dados coletados possibilitaram elucidar a complexidade do fenômeno e a imersão no universo sociocultural (MINAYO, 2017).

Para a investigação da temática proposta, oportunizada pela escuta, a pessoa idosa foi convidada a falar sobre sua vida, especificamente sobre suas condições de

saúde, sua experiência de fragilidade e do processo de envelhecimento e sobre os cuidados em razão desses.

Para tanto, as perguntas geradoras foram: a) O que você entende que é saúde? b) Para você o que é envelhecimento? c) Diga-me o que você faz durante todo o seu dia. d) Você encontra dificuldades para fazer (o que a pessoa relatar) no seu dia a dia? e) Essas dificuldades mudaram a sua vida? De que forma? f) Como você se cuida? g) Você conta com alguma ajuda? De quem? h) Você utiliza o Sistema Único de Saúde (SUS)? As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. A transcrição foi executada por pessoa designada para o apoio técnico em pesquisa e revista pelo pesquisador, em caso de dúvida (IRR/Fiocruz Minas).

4.4 Análise de dados

Para compreender como idosos em processo de fragilização percebem a saúde, o envelhecimento e o cuidado, as análises dos dados foram guiadas pelo modelo de “signos, significados e ações” (CORIN et al., 1992a); a partir da perspectiva êmica (CORIN, UCHÔA, BIBEAU, 1992) na qual a compreensão do cientista é tecida antes de tudo a partir da visão dos entrevistados (TURATO, 2005) e da visão antropológica interpretativa.

A análise de dados foi constituída por cinco etapas. Iniciou-se por meio de leitura panorâmica, seguida de leitura em profundidade em que as entrevistas foram escutadas e lidas repetidas vezes para identificação de ações, signos e categorias ligados ao tema. Procedeu-se à categorização dos dados em planilha do *Excel*, tendo sido feitas mudanças nas categorias após reunião com o grupo de pesquisa. Realizou-se a análise da relação entre os níveis dos signos, significados e ações; discussões pelos autores foram realizadas e feitos novos debruçamentos para esclarecer as lógicas culturais na temática em questão a partir das ações, dos signos e dos significados. Por fim realizou-se a escrita dos resultados que foram contemplados por dois artigos.

4.5 Aspectos éticos

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) após terem sido informados sobre as características da pesquisa e terem aceitado dela participar, em acordo com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e nº 510, de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde. Foi preservado o anonimato dos entrevistados, os quais foram identificados pelo sexo, sendo “M” para mulher e “H” para homem, número de ordem da entrevista e idade em anos.

Esta pesquisa é parte do projeto intitulado: “Fragilidade em idosos: percepções, mediação cultural, enfrentamento e cuidado”, aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto René Rachou/Fiocruz Minas (Parecer nº 2141038/15).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este tópico será apresentado em formato de artigo, sendo constituído por dois artigos. Tal modelo de apresentação está em conformidade com as normas do regimento do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do IRR/Fiocruz Minas. O artigo 1 aborda a percepção sobre saúde e fragilidade e o artigo 2 explora a percepção sobre envelhecimento e cuidado. Segue o primeiro artigo na íntegra, o qual foi submetido à Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, encontrando-se em processo de avaliação.

5.1 Artigo 1

Saúde e fragilidade na percepção de idosos: do bem-estar e potência às limitações e demandas de cuidados

Health and fragility in the perception of elderly: from well-being and potency to limitations and care demands

Saúde e fragilidade na percepção de idosos

Health and fragility in the perception of elderly

Keilisson Aparecido Souza^I

Karla Cristina Giacomini^{II,III}

Gislaine Alves de Souza^{III}

Josélia Oliveira Araújo Firmo^{III}

^I Instituto René Rachou. Fundação Oswaldo Cruz. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Belo Horizonte, MG, Brasil

^{II} Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Belo Horizonte, MG, Brasil

^{III} Instituto René Rachou. Fundação Oswaldo Cruz. Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento (NESPE). Belo Horizonte, MG, Brasil

Resumo

Objetivo: Compreender como a pessoa idosa em processo de fragilização percebe a saúde e a fragilidade. *Método:* Estudo qualitativo, ancorado na Antropologia Interpretativa e Antropologia Médica. Os participantes foram selecionados a partir do banco de dados de pesquisa epidemiológica da Rede FIBRA, no polo Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Foram entrevistados 22 idosos, de diferentes regiões, sexos, idades, renda, religião e condição funcional. As entrevistas foram guiadas por roteiro semiestruturado, realizadas no domicílio dos participantes. A coleta e a análise de dados fundamentaram-se no modelo dos “Signos, significados e ações” que, a partir de uma perspectiva êmica, permite a compreensão dos elementos significativos para uma população ler uma determinada situação e se posicionar diante dela. *Resultados:* Emergiram da análise: *Saúde: bem-estar e potência* e *A fragilidade reveladora de limites da saúde e de demandas de cuidado*. *Conclusões:* Os resultados apontam para sentidos diferenciados que os entrevistados remetem à saúde, não ligados apenas à ausência de doença ou livre de perdas e fragilidades, mas atribuindo-lhe as dimensões biológica, psicológica, espiritual e social. A fragilidade é percebida como uma carga negativa e limitante permeada por adversidades, sofrimentos, doenças/senescência – mal-estar vivenciado. As narrativas nos sugerem uma ampliação do conceito de saúde. Apesar disso, os participantes reconhecem como decorrente do próprio envelhecimento o processo de fragilização que lhes revela os limites da saúde e as demandas de cuidado.

Palavras-chave: Idoso Fragilizado. Fragilidade. Percepção. Antropologia Médica.

Abstract

Aim: To understand how the elderly person in the process of becoming frail perceives health and fragility. *Method:* Qualitative study, anchored in Interpretive and Medical Anthropology. Participants were selected from the epidemiological research database of FIBRA Network, in Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. Twenty-two elderly people from different regions, genders, ages, incomes, religion and functional status were interviewed. The interviews were guided by a semi-structured script, were conducted at the participants' homes. Data collection and analysis were based on the "Signs, meanings and actions" model which, from an emic perspective, allows a population to understand the significant elements of a given situation and to stand before it. *Results:* Emerged from the analysis: *Health: well-being and potency* and *The revealing fragility of health limits and care demands*. *Conclusions:* The results point to different meanings that respondents refer to health which is not only linked to the absence of disease or free of losses and weaknesses, but attributing to it the biological, psychological, spiritual and social dimensions. Fragility is perceived as a negative and limiting burden permeated by adversity, suffering, diseases, senescence - experienced malaise. The narratives suggest an expansion of the concept of health. Nevertheless, participants recognize as a result of aging itself the process of becoming frail that reveals their health limits and care demands.

Keywords: Frail Elderly. Fragility. Perception. Medical Anthropology.

INTRODUÇÃO

A síndrome de fragilidade no idoso apresenta um caráter dinâmico e multidimensional¹ que ultrapassa as questões biológicas. Por sua vez, as desordens, sejam elas orgânicas ou psicológicas, somente nos podem ser acessíveis pela mediação cultural² – processo no qual este estudo se enquadra.

Conceitualmente, para o saber biomédico, a fragilidade pode ser compreendida como um estado de alta vulnerabilidade para resultados de saúde adversos, tais como mortalidade, quedas, incapacidade, hospitalização e institucionalização^{3,4} - em razão do declínio na reserva fisiológica de vários sistemas para lidar com estressores diários ou agudos³.

Fried et al.⁵ propuseram um modelo para medir a prevalência de fragilidade, de acordo com o qual na Europa e na América do Norte, de 5,8% a 27,3% dos idosos seriam frágeis, sendo maior entre as mulheres, idosos institucionalizados e com idade avançada^{5,6}. Já nos países em desenvolvimento entre 26,7% e 42,6% da população maior de 60 anos foi classificada como frágil⁷; e no Brasil, 8,7% dos participantes belorizontinos⁸ do estudo multicêntrico da Rede de Estudos de Fragilidade em Idosos Brasileiros (FIBRA) foram considerados frágeis.

O presente estudo vale-se da concepção de fragilidade para além dos aspectos físicos, congregando também aspectos psicológicos e sociais^{1,9}. Baseado no exposto, torna-se necessário conhecer como os idosos vivenciam um processo de fragilização, como o percebem, como lhes atribuem significado e como o integram à sua experiência. Após buscas sistematizadas nas bases de dados Medline e Lilacs, verificou-se uma escassez de estudos sobre a fragilidade na perspectiva e temática abordadas pelo presente estudo, o que sugere invisibilidade da velhice frágil. Desse modo, há necessidade de explorar tal fenômeno por meio da abordagem qualitativa. Para tanto, escutar a pessoa idosa, dar-lhe voz, permitirá obter um conhecimento valioso para subsidiar um cuidado mais efetivo¹⁰, bem como auxiliar na elaboração de políticas públicas, permitindo a adequação dos serviços às novas demandas relacionadas ao envelhecimento com fragilidade¹¹. Este trabalho busca compreender como a pessoa idosa em processo de fragilização percebe a saúde e a fragilidade.

MÉTODO

O presente estudo utiliza-se de uma abordagem qualitativa ancorada na Antropologia Interpretativa¹² e Antropologia Médica⁸ e assume a cultura como uma constelação de significados, a partir dos quais as pessoas de determinado grupo leem cada situação da vida^{12,13}.

Os participantes foram selecionados a partir do banco de dados de pesquisa epidemiológica da Rede FIBRA, no polo Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil⁸, constituído em 2009, fundamentado no modelo de Fried et al.⁵. A fim de garantir a heterogeneidade dos participantes, foram incluídas pessoas de diferentes regiões, sexo, idade (acima de 60 anos) e condição funcional.

Informados sobre as características da pesquisa e, após conhecimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), os idosos participaram do estudo. O tamanho final da amostra foi determinado pelo critério de saturação¹⁴.

Para a coleta de dados, as entrevistas guiadas por roteiro semiestruturado foram realizadas no domicílio dos participantes, o que possibilitou ao pesquisador o mergulho no ambiente local e cultural da pessoa. Elas ocorreram em dois períodos. O primeiro foi compreendido entre janeiro e agosto de 2016, buscando compreender como os idosos percebiam o processo de fragilização. Um segundo conjunto de entrevistas aconteceu de janeiro a junho de 2018, com vistas a ampliar o intervalo desde a inclusão no projeto de pesquisa. Todas as entrevistas tiveram como perguntas geradoras: a) O que você entende que é saúde? b) Diga-me o que você faz durante todo o seu dia. c) Você encontra dificuldades para fazer (o que a pessoa relatar) no seu dia a dia? d) Como (a dificuldade citada) interfere na sua vida? O que você faz para resolver essa dificuldade? e) Como você lida com as dificuldades do seu dia-a-dia desde que elas apareceram? f) Essas dificuldades mudaram a sua vida? De que forma? g) Você vê alguma diferença na sua vida de 10 anos atrás para hoje?

Tendo tais perguntas geradoras como direcionamento, a pessoa idosa foi convocada a falar sobre sua vida e sobre si, mais especificamente sobre suas condições de saúde, sua percepção acerca do envelhecimento e do processo de fragilização vivenciados.

A coleta e a análise de dados fundamentaram-se no modelo de “Signos, significados e ações”¹³, a partir de uma perspectiva êmica. Esse modelo origina-se na corrente interpretativa da antropologia, na qual emerge uma nova concepção da relação entre indivíduos e cultura².

As entrevistas foram gravadas, transcritas, lidas e relidas cuidadosamente. Procedeu-se a uma organização descritiva, leitura panorâmica, leitura em profundidade para identificação de ações, signos e categorias e análise da relação entre os níveis dos signos, significados e ações. Realizaram-se discussões no grupo de pesquisa e novos retornos às transcrições foram feitos para esclarecer as lógicas culturais da temática em questão, a partir das ações, dos signos e dos significados identificados. Para garantir o anonimato dos entrevistados, cada indivíduo foi

identificado pelo sexo (M - mulher ou H - homem) e pelo número de ordem da entrevista, seguido da idade.

O presente estudo é parte do projeto intitulado “Fragilidade em idosos: percepções, mediação cultural, enfrentamento e cuidado”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto René Rachou – Fiocruz Minas (Parecer nº 2141038/15). Esta pesquisa está de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados 22 idosos (oito homens e 14 mulheres) com idade entre 69 e 93 anos, sendo 15 casados e 19 com filhos. Do ponto de vista funcional, a maior parte dos entrevistados era independente e cerca de um terço já necessitava de ajuda ou era totalmente dependente para o autocuidado. Três idosas cuidavam de seus maridos dependentes.

A percepção da saúde sofre alterações com a vivência do processo de fragilização, conforme emergiram da análise e é explorado nas seguintes categorias: “Saúde: bem-estar e potência” e “A fragilidade reveladora de limites da saúde e de demandas de cuidado”.

Saúde: bem-estar e potência

Nesta categoria, os entrevistados percebem a saúde de uma maneira ampliada, incluindo os fatores sociais e psicológicos, atividades de lazer e bem-estar. Uma senhora e um senhor descrevem:

“... **saúde é bem-estar**, uma vida equilibrada, dormir bem, ter disposição para fazer as coisas, ter prazer de estar vivendo e de curtir a vida com a família e os filhos, inserida num contexto social no qual eu vivo. Eu acho que é isso, pra mim é estar usufruindo disso aí” (M14, 78 anos, grifo nosso).

“Saúde para mim é uma vida, assim, social, união, paz (...) é conviver bem com os outros, (cuidar) da saúde, da alimentação [inaudível] e ter como que fala, ter disposição pra andar, disposição pra alimentar”. (H10, 79 anos).

Observa-se um distanciamento da concepção de saúde centralizada na ausência de doenças, o que sugere um olhar que extrapola visões apenas biológicas e mecanicistas¹⁵. Tais resultados harmonizam-se com os de outros estudos que exploraram a percepção de idosos sobre envelhecimento saudável e incluíram de maneira holística as dimensões biológica, espiritual¹⁶, psicológica e social¹⁷.

Nesse sentido, esse achado revela uma ampliação da concepção de saúde observada em estudo anterior¹⁸ e aproxima-se do conceito de saúde proposto por Gadamer¹⁹. Para esse autor é impossível e inadequado definir a saúde baseada em valores e padrões que desconsiderem o caso singular, pois ela configura-se um estado de equilíbrio e, como tal, vivenciado a partir da experiência do 'ser' diante do mundo de vida que é o seu cotidiano, construído a partir de elementos guiados pela cultura, intersubjetividade e linguagem. Dessa forma, a saúde exige harmonia interna com si próprio, o meio social e o ambiente natural.

Nota-se nas narrativas que os entrevistados avançam para além do modelo simplista e dicotômico limitado à presença ou ausência de doença. Para Guedes et al.²⁰ o envelhecimento populacional e as transformações socioculturais do nosso tempo levam a novas necessidades para atender a uma atual perspectiva do conceito de saúde, no qual cuidar da doença se tornou ação insuficiente. Apesar disso, uma visão biologicista, claramente influenciada pelas práticas e políticas de saúde na sociedade brasileira, permanece e privilegia o modelo médico-curativo²¹. Como consequência, ainda hoje, ações reducionistas negligenciam avaliações e intervenções ligadas aos aspectos psicossomáticos, sociais e culturais²⁰.

Uma entrevistada, ao ser indagada sobre o que é saúde, narra:

“(...) você pode comer, brincar, sorrir, você pode ajudar o seu próximo, você pode, **você pode tudo...** (...) Então a saúde é isso, é você ter certeza de que você pode fazer alguma coisa pra você e seu próximo, que você não tem que pensar só em você” (M5, 76 anos, grifo nosso).

No presente estudo, ao explorar as maneiras de pensar dos idosos, a saúde traduz-se pelo signo “**você pode tudo**”, revelando o poder, a força que essa dimensão representa em suas vidas.

Na ótica dos participantes, a saúde é significada como uma *potência*, um atributo desejável, por aqueles que envelhecem, para lidar com as vicissitudes da vida. Essa saúde-potência impulsiona, sustenta e dá valor à vida, bem como

possibilita independência, autonomia e participação social. A participação social em atividades de lazer e de solidariedade foi considerada fundamental pelos idosos. Por outro lado, ainda que a pessoa idosa se esforce para permanecer ativa, conservar sua identidade e seu papel na sociedade, o envelhecimento-perda de energia modifica o indivíduo e fragiliza sua capacidade de manter o controle sobre o seu contexto.

Dessa forma, o público idoso baseia sua percepção de saúde no construto da funcionalidade, com destaque para a independência na execução de atividades da vida diária²². A capacidade funcional revela-se um importante indicador de saúde da população idosa²³. Estes achados dialogam com os de um estudo realizado junto a 57 idosos da cidade de Bambuí-MG, que demonstrou uma relação estreita entre os conceitos de saúde e capacidade funcional e autonomia²⁴.

Contudo, mesmo o indivíduo idoso que se percebe dotado dessa *potência*, experimenta, em algum momento uma fragilidade subjetivada. O decréscimo das capacidades físicas e mentais é geralmente subordinado a julgamentos culturalmente incorporados, operando significativamente na percepção de saúde²⁵.

Essa foi uma questão explorada no estudo de Silveira et al.²⁶, que averiguou uma aproximação da percepção da fragilidade como constitutiva do ser humano. Além de destacar que a percepção do indivíduo sobre a sua fragilidade aumenta no envelhecimento, o “*olhar frágil*” influencia a forma como a pessoa vê a sua saúde e é revelador de certos limites, como será apresentado a seguir.

A fragilidade reveladora de limites da saúde e de demandas de cuidado

A percepção dos idosos sobre fragilidade aparece intimamente ligada ao conceito de limites da saúde e à necessidade de cuidados. Dois entrevistados percebem a saúde sendo permeada pela fragilização atribuída ao próprio envelhecimento:

“... a idade avança... (...) enfraquece os ossos, enfraquece a memória, mesmo que não queira, sim ou não, mas se passa pelo teste (...) perde a saúde... Enfraquecimento. É o enfraquecimento da vida. (...) É enfraquecimento! Os dias que vai passando, a carne é fraca, não aguenta; os ossos ficam sem (força), não dá pra andar direito e não tem jeito. **Não depende próprio da pessoa...**” (H10, 79 anos, grifo nosso).

“Envelhecimento? é o passar dos anos. Passar dos anos, (...), a gente vai enfraquecendo, vai vindo os problemas, vai vindo os aborrecimentos e a pessoa **vai perdendo a graça de tudo**” (M13, 74 anos, grifo nosso).

Os idosos entendem que sua saúde fica comprometida pelo atravessamento de processos ligados à senescência e lidam com a fragilização como uma consequência natural do envelhecimento. Os signos **“não depende próprio da pessoa”** e **“vai perdendo a graça de tudo”** remetem ao significado de algo inevitável e ligado à finitude. Na mesma direção, Le Breton²⁷ em uma perspectiva dialética, afirma que a experiência corporal do envelhecimento se torna uma experiência social, reforçada pela ciência biológica como uma degeneração orgânica irreversível e irremediável, que sempre resultará no declínio das funções e das reservas fisiológicas. Até meados do século passado, as pesquisas sobre envelhecimento valorizavam sobremaneira as perdas, os desgastes e a desvalorização nessa fase da vida, interpretados como resultantes exclusivamente da idade²⁸. Aspecto este foi confirmado no estudo de Moraes et al.²⁹ no qual demonstrou percepções em que os idosos associam idade às limitações e doenças.

No universo pesquisado, mudanças precisam ocorrer frente às adversidades, sofrimentos – mal-estar percebidos ao envelhecer com fragilidade. Uma idosa diabética, que sofreu muito por conta de uma ferida na perna por 10 anos, reconhecendo a falta de recursos financeiros e de suporte social como um importante limitador para o acesso ao lazer, que lhe é tão caro, explica:

“(...) ser pessoa velha não é bom não! Não é bom! Igual se eu fosse talvez uma pessoa velha que frequentasse um clube, que saísse (...) mas eu não vou em lugar nenhum. Às vezes, eu viajo pra casa da minha filha, lá ela passeia comigo de carro (...) eu fico querendo ir lá, mas o dinheiro não dá. Carro? Não tem; então tem que esperar, quando der... quando alguém puder... Uma pessoa velha é essa: **depende muito dos outros**, depende muito das pessoas. Quando pode pagar, uma pessoa pra andar com a gente, tudo bem, mas não pode né!?” (M13, 74 anos).

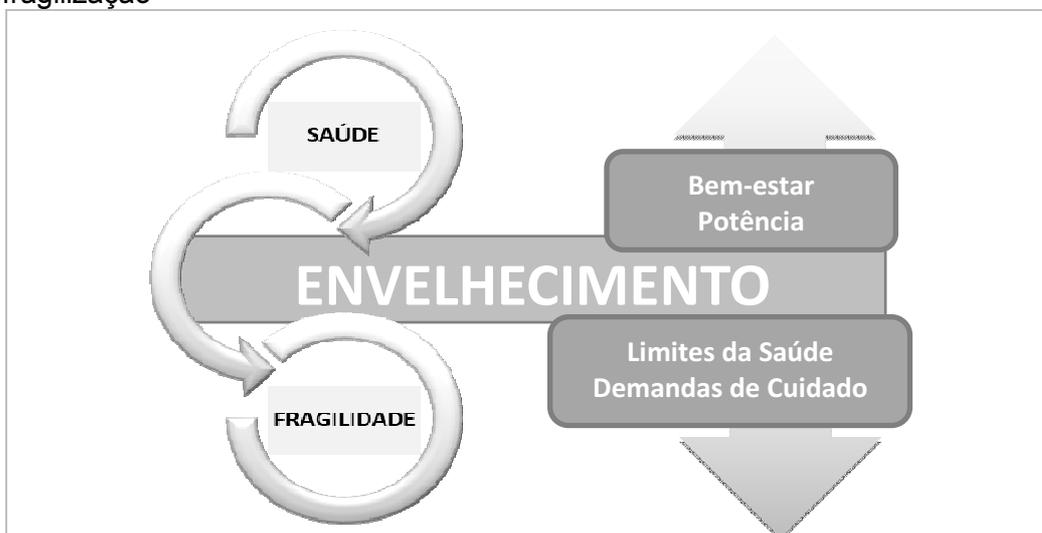
No signo **“velho depende muito dos outros”** ainda se observa uma carga negativa e limitante entrelaçada à experiência da fragilidade. Contudo, dada a heterogeneidade do envelhecimento, os idosos sentem os incômodos que lhes invadem como uma mistura do processo de fragilização e incapacidade, mesmo que este processo não esteja claramente nomeado. Para lidar com as limitações que

remetem à fragilização, os recursos humanos e materiais são fundamentais como base de sustentação para garantir os cuidados. Giacomini e Firmo³⁰ corroboram a falta de recursos como sofrimentos ligados à incapacidade, destacando a carência de políticas públicas de cuidado pelo Estado brasileiro.

Promover o bem-estar em face a crescentes adversidades tem implicações significativas para os indivíduos idosos e para a sociedade como um todo. Portanto, o suporte social é um dos aspectos relevantes ao se pensar em melhorias de saúde e condições de vida das pessoas idosas³¹. Outro estudo junto a idosos belorizontinos revelou a falta de recursos financeiros, percebidos como incômodos, que estaria vinculada, segundo os participantes, ao processo de envelhecimento com fragilização²⁶. Nesta direção, a partir do banco de dados do estudo Saúde, Bem-Estar Envelhecimento (SABE) uma associação entre pré-fragilidade e insuficiência de renda foi encontrada³². Verificou-se também que maiores rendas influenciam positivamente para lidar com a fragilidade, visto que o poder aquisitivo pode propiciar e refletir um maior grau de bem-estar psicológico e físico e, conseqüentemente, menor dependência nas atividades cotidianas³³.

Conforme sintetizado na Figura 1, os resultados apontam para sentidos diferenciados que os entrevistados remetem à saúde, não ligados apenas à ausência de doença ou livre de perdas e fragilidades. Apesar disso, a percepção de uma pessoa idosa sobre o processo de fragilização, atribuído ao próprio envelhecimento, lhes revela os limites da saúde e as demandas de cuidado.

Fig 1. Percepção de saúde da pessoa idosa e sua relação com o processo de fragilização



FONTE: elaborado pelo autor.

Assim, observa-se uma sobreposição entre os conceitos de saúde e fragilidade em narrativas que percebem a fragilidade como sendo constitutiva do envelhecimento e que influencia diretamente a percepção da saúde.

Torna-se necessário, cada vez mais, apreender sobre as maneiras pelas quais são enfrentadas percepções subjetivas de envelhecer com fragilidade, a fim de que esse processo possa ser também um espaço de protagonismo e de bem-viver. Isso significa ultrapassar a atenção direcionada somente à doença e construir uma perspectiva de escuta e de cuidado efetivos, para e com estas pessoas idosas em processo de fragilização.

FINANCIAMENTO

Não houve financiamento para esta pesquisa.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores não possuem conflitos de interesse ao presente trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Carneiro JA, Cardoso RR, Durães MS, Guedes MCA, Santos FL, Costa FM da, et al. Fragilidade em idosos: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2017;70(4):747-52.
2. Uchôa E, Vidal JM. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. **Cad Saúde Pública**. 1994;10(4):497-504.
3. Fried LP, Ferrucci L, Darer J, Williamson JD, Anderson G. Untangling the concepts of Disability, Frailty, and Comorbidity: implications for improved targeting and care. **The journals of gerontology**, 2004; 59A(3), ProQuest Psychology Journals. p. 256. Doi: <https://doi.org/10.1093/gerona/59.3.M255>
4. Buckinx F, Rolland Y, Reginster J-Y, Ricour C, Petermans J, Bruyère O. Burden of frailty in the elderly population: perspectives for a public health challenge. **Archives of Public Health**. 2015;73(1):19.
5. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci**. 2001 Mar; 56(3):M146-M156.

6. Santos-Eggimann B, Cuénoud P, Spagnoli J, Junod J. Prevalence of Frailty in Middle-Aged and Older Community-Dwelling Europeans Living in 10 Countries. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci**. 2009;64A(6):675-81.
7. Sousa ACP de A, Dias RC, Maciel ÁCC, Guerra RO. Frailty syndrome and associated factors in community-dwelling elderly in Northeast Brazil. **Arch Gerontol Geriatr**. 2012;54(2):95-101.
8. Vieira RA, Guerra RO, Giacomini KC, Vasconcelos KS de S, Andrade AC de S, Pereira LSM, et al. Prevalence of frailty and associated factors in community-dwelling elderly in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil: data from the FIBRA study. **Cad Saúde Pública**. 2013;29(8):1631-43.
9. Gobbens RJJ, van Assen MALM, Luijckx KG, Wijnen-Sponselee MTh, Schols JMGA. The Tilburg Frailty Indicator: Psychometric Properties. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2010;11:344–55. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2009.11.003>
10. Kleinman A, Eisenberg L, Good B. Culture, Illness, and Care: Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. **Ann Intern Med**. 1978;88(2):251-8.
11. Vermeiren S, Vella-Azzopardi R, Beckwée D, Habbig A-K, Scafoglieri A, Jansen B, et al. Frailty and the prediction of negative health outcomes: a meta-analysis. **J Am Med Dir Assoc**. 2016;17(12):1163-80.
12. Geertz C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC; 2008.
13. Corin E, Uchôa E, Bibeau G, Koumare B. Articulation et variations des systèmes de signes, de sens et d'actions. **Psychopathol Afr**. 1992;24(2):183-204.
14. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Rev Pesqui Qual**. 2017;5(7):1-12.
15. Boorse C. On the Distinction between Disease and Illness. In: Cohen M, organizador. *Medicine and Moral Philosophy*. **Princeton: Princeton University Press**; 1982. 3-22.
16. Waites CE, Onolemhemhen DN. Perceptions of healthy aging among african-american and ethiopian elders. **Ageing Int**. 2014;39(4):369-84.
17. Tkatch R, Musich S, MacLeod S, Kraemer S, Hawkins K, Wicker ER, et al. A qualitative study to examine older adults' perceptions of health: keys to aging successfully. **Geriatric Nursing**. 2017;38(6):485-90.
18. Uchôa E, Firmo JOA, Lima-Costa MFF. Envelhecimento e saúde: experiência e construção cultural. In: Minayo MCS, Coimbra Jr CEA (orgs). **Antropologia, Saúde e Envelhecimento**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p. 25-35.

19. Gadamer HG. **O caráter oculto da saúde**. Trad. de Antônio Luz Costa. Petrópolis: Vozes; 2006.
20. Guedes MBOG, Lima KC, Caldas CP, Veras RP, Guedes MBOG, Lima KC, et al. Social support and comprehensive health care for the elderly. **Physis**. [Internet]. 2017;27(4):1185-204.
21. Vilarino MAM, Lopes MJM. Envelhecimento e saúde nas palavras de idosos de Porto Alegre. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**. [Internet]. 2008 [acesso em 27 maio 2019];13(1), 63-77. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/6948>
22. Stephens C, Breheny M, Mansvelt J. Healthy ageing from the perspective of older people: a capability approach to resilience. **Psychol Health**. 2015;30(6):715-31.
23. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. [citado 15 mai. 2019]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html
24. Pereira JK, Giacomini KC, Firmo JOA. A funcionalidade e incapacidade na velhice: ficar ou não ficar quieto. **Cad Saúde Pública**. 2015;31:1451-9.
25. Fonseca M das GUP, Firmo JOA, Loyola Filho AI, Uchôa E. Papel da autonomia na auto-avaliação da saúde do idoso. **Rev Saúde Pública**. 2010;44:159-65.
26. Silveira DR, Giacomini KC, Dias RC, Firmo JOA. The perception of the elderly about suffering related to frailty. **Rev Bras Geriatr Gerontol**. 2018;21(2):215-22.
27. Le Breton, D. **Antropologia do corpo**. Petrópolis: Vozes; 2016.
28. Santos VB dos, Tura LFR, Arruda AMS. As representações sociais de “pessoa velha” construídas por idosos. **Saúde e Sociedade**. 2013;22(1):138-47.
29. Moraes GVO, Giacomini KC, Santos WJ, Firmo JOA. A percepção dos idosos sobre o saber biomédico no cuidado à velhice e às “coisas da idade”. **Physis**. 2016;26(1):309-29.
30. Giacomini KC, Firmo JOA. Velhice, incapacidade e cuidado na saúde pública. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2015;20(12):3631-40.
31. Freitas RP de A, Andrade SC de, Spyrides MHC, Micussi MTABC, Sousa MBC de, Freitas RP de A, et al. Impacto do apoio social sobre os sintomas de mulheres brasileiras com fibromialgia. **Rev Bras Reumatol**. 2017; 57(3):197-203.
32. Duarte YA de O, Nunes DP, Andrade FB de, Corona LP, Brito TRP de, Santos JLF dos, et al. Fragilidade em idosos no município de São Paulo: prevalência e fatores associados. **Rev Bras Epidemiol**. 2018;21 Suppl 2:1-16.

33. Cesari M, Prince M, Thiyagarajan JA, De Carvalho IA, Bernabei R, Chan P, et al. Frailty: An Emerging Public Health Priority. **J Am Med Dir Assoc.** 2016;17(3):188-92.

O artigo 2 será submetido também à Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Eis o manuscrito a seguir:

5.2 Artigo 2

Envelhecimento e cuidado na percepção de idosos em processo de fragilização

Aging and care in the perception of elderly in the process of becoming frail

Envelhecimento e cuidado na percepção de idosos

Aging and care in the perception of elderly

Keilisson Aparecido Souza^I

Karla Cristina Giacomini^{II,III}

Josélia Oliveira Araújo Firmo^{III}

^I Instituto René Rachou. Fundação Oswaldo Cruz. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Belo Horizonte, MG, Brasil

^{II} Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Belo Horizonte, MG, Brasil

^{III} Instituto René Rachou. Fundação Oswaldo Cruz. Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento (NESPE). Belo Horizonte, MG, Brasil

Resumo

Objetivo: Compreender a percepção da pessoa idosa em processo de fragilização sobre envelhecimento e cuidado. *Método:* Estudo qualitativo, ancorado na Antropologia Interpretativa, na vertente da Antropologia Médica. Participaram do estudo 22 idosos de diferentes regiões, sexos, idades, renda, religião e condição funcional; os quais foram selecionados no banco de dados do estudo epidemiológico da Rede FIBRA, no polo Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Guiadas por roteiro

semiestruturado, as entrevistas ocorreram no domicílio dos participantes. O modelo de “Signos, significados e ações” fundamentou a coleta e a análise de dados. *Resultados:* Da análise emergiram: *A velhice ligada a perdas/incapacidades, A velhice além da idade cronológica e O envelhecimento traduzido em cuidado.* *Conclusões:* Com base nos resultados obtidos, destaca-se que apesar de haver uma tentativa de determinados idosos se afastarem da difundida concepção de envelhecimento apenas ligada a perdas, incapacidades e doenças, a percepção negativa desta fase da vida prevalece impregnada nos relatos descritos. Em relação ao cuidado, percebeu-se uma insuficiência de recursos financeiros e materiais. Alguns idosos compreendem como faltosa e inadequada a assistência por determinados profissionais de saúde, sobretudo a figura do médico. O cuidado é percebido além das práticas restritas às questões físicas, incorporando aspectos psicológicos e sociais; envolve experiências afetuosas/prazerosas nas relações em que se estabelece, principalmente no seio familiar, o detentor de maior suporte. O Estado permanece omissa na oferta de políticas de cuidado.

Palavras-chave: Idoso. Cuidado. Percepção. Antropologia Médica. Idoso Fragilizado.

Abstract

Aim: Understand the perception of the elderly in the process of becoming frail about aging and care. *Method:* Qualitative study, anchored in Interpretive Anthropology, in the area of Medical Anthropology. Twenty-two elderly people from different regions, genders, ages, income, religion and functional status participated in the study; they were selected from the database of the epidemiological study of Rede FIBRA, in Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. Guided respondents by semi-structured script, from interviews which took place at their homes. The “Signs, meanings and actions” model supported data collection and analysis. *Results:* From the analysis emerged: Old age linked to loss / disability, Old age beyond chronological age and Aging translated into care. *Conclusions:* Based on the results obtained, it is noteworthy that although there is an attempt by certain elderly to move away from the widespread conception of aging only linked to losses, disabilities and diseases, the negative perception of this stage of life prevails impregnated in the reports described. In relation to care, there was an insufficiency of financial and material resources. Some seniors understand as

lacking and inadequate the assistance given by certain health professionals, especially related to the figure of the doctor. Care is perceived beyond practices restricted to physical issues, incorporating psychological and social aspects; it involves affectionate / pleasurable experiences in the relationships in which is established, especially within the family, which is the holder of the greatest support. The State remains silent on the provision of care policies.

Keywords: Aged. Care. Perception. Medical Anthropology. Frail Elderly

INTRODUÇÃO

No Brasil, 29,3 milhões pessoas têm 60 anos e mais, ou seja 14,3% dos brasileiros. Isso faz do país a quinta maior população idosa do mundo. Em 2030, segundo as projeções, o número de idosos deve superar o de crianças e adolescentes de zero a quatorze anos no país¹. Acompanhando essa rápida transição demográfica, observa-se uma maior prevalência de fragilidade entre os idosos, com elevado risco de resultados adversos à saúde, tais como mortalidade, quedas, incapacidade, institucionalização e hospitalização, além de maior utilização e custos de serviços de saúde^{2,3}.

Faller et al.⁴ reforçam que a mudança demográfica associada à diversidade étnica permite que pessoas confirmem diferentes significados às suas experiências, por exemplo, à velhice e ao cuidado nesta fase da vida. Nesse sentido, o envelhecimento é um processo complexo e heterogêneo que precisa ser desmistificado e desvinculado de antigas concepções de velhice apenas em relação a perdas⁵.

A fragilidade é uma síndrome dinâmica e multidimensional que envolve uma interação complexa de fatores biológicos, psicológicos e sociais^{6,7}. Do ponto de vista biomédico, dentre as propostas operacionais para medir a prevalência dessa condição, destaca-se o Fenótipo de Fragilidade proposto por Fried et al.³. Tal fenótipo baseia-se em cinco critérios: perda de peso não intencional, exaustão autorrelatada, fraqueza física, redução na velocidade da marcha e baixo nível de atividade física.

Frente ao aumento da expectativa de vida, aumentam também a intensidade e a duração dos cuidados exigidos por muitas pessoas como resultado de doenças crônicas debilitantes e fragilidade⁸. O cuidado, por sua vez, possui conceitos variados, podendo estar relacionado a práticas cotidianas, compromissos com biomedicina, biopolítica, estados afetivos, formas de experiência moral e obrigação, estruturas de exploração, e as relações entre essas várias definições⁸. Atualmente, o cuidado ofertado aos idosos frágeis, com múltiplas condições crônicas de saúde, incapacidades diversas ou demandas complexas é constantemente fragmentado, ineficiente, ineficaz e descontínuo, com potencial para agravar mais ainda a sua saúde⁹.

Assume-se o *cuidado* no presente estudo como componente de um sistema cultural, construído a partir de um contexto social e de experiências pessoais, atravessados por fatores econômicos, políticos, históricos e biológicos¹⁰. Dessa maneira, as práticas de cuidado à saúde do idoso fragilizado precisam ser pensadas e construídas baseadas nas características socioculturais de cada população específica.

Assim, faz-se necessário conhecer as maneiras pelas quais os idosos em processo de fragilização atribuem significado a esta fase de suas vidas ou como o integram à sua experiência¹¹, como se cuidam e são cuidados. Escutar a pessoa idosa, numa atitude de abertura, dar-lhe voz, a fim de que se possa compreender como vive de maneira subjetiva sua condição, permitirá obter um conhecimento significativo para fornecer, quando preciso, um cuidado efetivo¹². Com base no exposto, o presente trabalho pretende compreender a percepção da pessoa idosa em processo de fragilização sobre envelhecimento e cuidado.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, ancorado na Antropologia Interpretativa, na vertente da Antropologia Médica. O modelo de “signos, significados e ações”¹³ guiou a coleta e análise de dados. Nesse modelo surge uma nova concepção da relação entre indivíduos e cultura. A cultura é compreendida como um universo de símbolos e significados que permite os sujeitos de um grupo interpretar

suas experiências e guiar suas ações, a partir de teias de significado que ele mesmo teceu¹⁴.

A seleção dos participantes ocorreu a partir do banco de dados de pesquisa epidemiológica da Rede FIBRA de Estudo sobre Fragilidade em Idosos Brasileiros - Polo Belo Horizonte/MG, entre aqueles classificados, em 2009, como *não-frágeis*, *pré-frágeis* ou *frágeis*, de acordo com o fenótipo de Fried et al.³. O objetivo da referida pesquisa foi investigar o perfil e a prevalência da Síndrome da Fragilidade em idosos brasileiros e seus fatores associados.

Para assegurar a multivocalidade dos participantes, foram incluídas pessoas de ambos os sexos e de diferentes regiões, idades (≥ 60 anos), renda, religião e condição funcional. Utilizou-se como técnica de pesquisa na coleta de dados a entrevista semiestruturada, com vistas à ampliação do campo de fala dos idosos.

Depois de informados sobre o estudo, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e tiveram suas entrevistas gravadas. As entrevistas foram realizadas no próprio domicílio dos participantes, permitindo aos pesquisadores, o acesso a lógicas conceituais privilegiadas por uma determinada população para compreender e explicar uma condição particular e identificar os diversos elementos que participam para construção de comportamentos concretos que essa população adotará frente a um problema¹⁵. O tamanho final da amostra foi definido com base no critério de saturação¹⁶. Buscou-se compreender o envelhecimento e o cuidado percebidos, a partir de ações concretas, tendo como perguntas geradoras: a) Para você o que é envelhecimento? b) O que você acha que é uma pessoa velha? Como é uma pessoa velha? c) Diga-me o que você faz durante todo o seu dia. d) Você encontra dificuldades para fazer (o que a pessoa relatar) no seu dia a dia? e) Essas dificuldades mudaram a sua vida? De que forma? f) Como você se cuida? g) Você conta com alguma ajuda? De quem?

Após gravadas, as entrevistas foram cuidadosamente transcritas. Realizou-se inicialmente uma organização descritiva e leitura panorâmica, seguida de leitura em profundidade a fim de identificar ações, signos e categorias. Efetuou-se a análise da relação entre os níveis dos signos, significados e ações. Foram feitas discussões no grupo de pesquisa bem como retornos às transcrições com vistas ao esclarecimento das lógicas culturais da temática em questão, a partir das ações, dos signos e dos significados identificados. Foi garantido o anonimato dos entrevistados, sendo cada

sujeito identificado pelo sexo (M para mulher e H para homem), número de ordem em que ocorreu a entrevista e idade, respectivamente.

O estudo em questão faz parte do projeto “Fragilidade em idosos: percepções, mediação cultural, enfrentamento e cuidado”, cuja aprovação foi obtida pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto René Rachou – Fiocruz Minas (Parecer nº 2141038/15).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 22 idosos participantes deste estudo, oito eram homens e 14 mulheres, com idade média de 79 anos. Em geral, 15 eram casados e 19 com filhos. Três idosas cuidavam de seus maridos dependentes. No que se refere à funcionalidade, grande parte dos entrevistados era independente e cerca de um terço já dependia de ajuda de terceiros ou era totalmente dependente para o autocuidado.

Ao analisar como a pessoa idosa, experimentando um processo de fragilização, percebe o envelhecimento e o cuidado, foi possível apreender a influência que a percepção do envelhecimento exerce sobre a visão do cuidado. Desta análise, emergiram as seguintes categorias: “*A velhice ligada a perdas/incapacidades*”, “*A velhice além da idade cronológica*” e “*O envelhecimento traduzido em cuidado*”. Nas duas primeiras, relacionadas à percepção do envelhecimento, os idosos atribuíram os seguintes significados à “velhice”: declínios da saúde, limitação funcional e dependência.

A velhice ligada a perdas/incapacidades:

Em grande parte das narrativas averiguou-se a percepção negativa do envelhecimento, como um fardo e um período de dependência. Esta senhora é categórica em seu relato:

“... fico por aí, até sem jeito de viver (...) É, o velho é muito sem jeito. llllih... não tem atividade nenhuma né!? O dia custa a passar, a semana custa a passar (...) me levam [ao médico] porque eu não dou conta de ir, nem andar aqui nem um quarteirão, tem que ir é de carro, né!? Claro!” (M6, 89 anos).

Os signos **“fico por aí, até sem jeito de viver”** e **“velho é muito sem jeito”** remetem aos significados de limitações funcionais/incapacidades, dependência, fragilidades física e psicológica e finitude.

Percepções nesse sentido são problematizadas por Le Breton^{17,18}. O referido autor discorre sobre a experiência corporal do envelhecimento que se torna uma experiência social, reforçada pela ciência biológica como uma degeneração orgânica irreversível e irremediável, que sempre resultará no declínio das funções e das reservas fisiológicas e na morte¹⁸.

Historicamente, para a maioria dos ocidentais, sobretudo nas camadas populares, mas não somente, envelhecer é entregar-se a um lento trabalho de luto. Consiste em despojar-se do essencial daquilo que foi sua vida, em abster-se das ações outrora apreciadas, e em assumir pouco como verdadeiro o fato de possuir apenas um controle restrito sobre sua existência¹⁷. Nessa concepção, o difundido estereótipo de discriminação etária generaliza as pessoas mais velhas como dependentes ou como um fardo¹⁹. Nesse relato, o *tempo* é concebido como um inimigo – ele “custa a passar” – porque a velhice pesa, não existem mais expectativas, nada a ser feito nem para se fazer; a não ser aguardar o fim.

Outra senhora, além de definir o envelhecimento como a redução da capacidade funcional ao longo dos anos, associa a velhice a uma defasagem em relação ao restante da sociedade:

“Ah, pessoa **não dá conta** de fazer uma coisa que podia fazer a vida inteira agora já não dá mais (...) se eu não dou conta de fazer aquilo que eu devia, o que eu devo fazer é porque já não tá bom (...) pra mim velha é quem **não consegue acompanhar o ritmo de todo mundo**” (M8, 93 anos).

O signo **“não dá conta”**, traduz as limitações funcionais nas atividades de vida diária (AVD) desses sujeitos. Segundo Le Breton¹⁸ o problema da velhice é que a visão sobre ela sempre vem acompanhada da ideia da precariedade da condição humana. Esse achado está na mesma direção do estudo de Pereira, Giacomini e Firmo²⁰ realizado na cidade de Bambuí que, ao investigar como idosos lidavam com a perspectiva da incapacidade/funcionalidade na velhice encontrou significados que remetiam à experiência da funcionalidade, da incapacidade e da dependência de terceiros.

Ainda na percepção da entrevistada supracitada, haveria uma segregação da pessoa idosa em relação ao restante da sociedade. De acordo com Caradec²¹ para além das normas etárias cristalizadas nas políticas sociais e de saúde, é no contexto das relações com os outros que se impõe a consciência do avanço na idade. É o outro, sobretudo, que espelha sob uma forma depreciativa a inscrição da senescência. É do olhar do outro que nasce o sentimento abstrato de envelhecer. No entanto, esse sentimento não vem apenas de fora, não é apenas um produto do olhar do outro, mas abrange também uma percepção e uma interpretação de sinais corporais.

Um senhor compreende a presença de doenças e a dependência no envelhecimento como algo generalizado e natural:

“(...) Eu acho que é consequência da vida... é uma pessoa que tem alguma dependência. Alguma coisa de cabeça, de memória, de doença. Então é uma pessoa que talvez não pode sair de casa né, andar pela rua, pela cidade em qualquer lugar, então eu acho que quando uma pessoa tem uma certa idade e fica dependente. Acho que é isso aí... (...) dependente!” (H3, 79 anos).

Os resultados da presente pesquisa assemelham-se àqueles publicados em outro estudo que elucida, a partir do campo de fala dos entrevistados, não conceberem a velhice sem doenças e sem perda da saúde²². Minayo²³ considera que “um dos mitos mais populares sobre o envelhecimento é igualá-lo a uma doença”. Em contraposição a esse paradigma, Miranda²⁴ afirma que envelhecer não significa necessariamente adoecer; a menos que exista doença associada.

No universo pesquisado, certas narrativas demonstram uma tentativa de se conformar com o que, segundo os entrevistados, é irremediável, como evidenciam os excertos abaixo:

“(...) a pessoa idosa teria que ter, primeiro, aceitação. Aceitação, que é a coisa mais difícil que o idoso tem, que o idoso não tem aceitação da idade dele – que ele é idoso (...) Eu tenho que saber ter aceitação, para conviver com a vida atual, e com a idade que eu estou. Dependendo do meu marido, e meu marido dependendo de mim...”. (M20, 72 anos).

“Uai tem gente que acha bonito, ninguém vive sem envelhecer né!? **Ou morre ou envelhece**. Das duas uma né!? E cê sabe que envelhecimento eu não acho que é tão ruim assim!? Não é. Mesmo do jeito que eu tô, tá bão, tá melhor do que ir pro

andar de cima, eu acho sabe!? Eu não acho ruim não, acho coisa boa envelhecimento(..) (M5, 76 anos).

Alguns entrevistados se esforçam para lidar com o processo de envelhecer apesar das dificuldades. No estudo realizado por Ferreira et al.²⁵ foram demonstradas dificuldades vivenciadas pelos idosos em aceitar essa etapa da vida, compartilhando representações já espalhadas e enraizadas culturalmente na sociedade. A necessidade de aceitação da velhice como parte do curso natural da vida somente se faz mediante a outra opção que é morrer, revela o signo: **“ou morre ou envelhece”**. Um estudo corrobora essa questão em que os idosos percebem o envelhecer como parte da existência e, como não se pode voltar no tempo, torna-se inevitável adaptar à atual realidade manifesta²⁶.

A percepção da “velhice” apresenta-se em consonância com o significado reforçado pelo modelo societário brasileiro que impõe aos idosos estereótipos que enxergam o velho como improdutivo, ultrapassado, que vive doente, entre outros²⁷. Tal visão é muitas vezes impulsionada por um campo econômico e social que engloba um paradigma competitivo de um sistema capitalista e globalizado²⁸. Ainda assim, apesar de os entrevistados compreenderem o envelhecimento como perdas, surgem visões mais positivas sobre esse processo, atribuindo-lhe um caráter heterogêneo.

A velhice além da idade cronológica

Mesmo diante dos aspectos negativos já arraigados ao envelhecimento, uma senhora se afasta desses conceitos para conceituar a sua própria velhice:

“(...) até que eu gosto muito de mim nessa idade, sabe, já aproveitei bastante. Quer dizer, eu sou uma pessoa assim, tenho uma autoestima boa, tô sempre brincando, sempre rindo sabe... (...) velha é uma pessoa que tá inutilizável, tá na cadeira de roda, já assim com uns 90 anos mais de 80 anos, uma pessoa assim. Não vou falar que uma pessoa é velha se ela está dando conta de andar, fazer suas coisas. Porque eu resolvo tudo, eu vou no centro fazer minhas coisas, eu vou no banco, eu pago minhas contas todas, não dependo de ninguém pra nada, e, nesse ponto, graças a Deus eu tenho a cabeça boa” (M2, 76 anos).

Esse relato demonstra que no universo pesquisado, apesar de os idosos ainda perceberem a velhice de forma depreciativa, baseado em estereótipos

construídos socioculturalmente, eles assumem um envelhecimento mais ativo e tentam “andar na contramão” dessa “carga” que os assola.

A compreensão de velhice dessa entrevistada vai ao encontro da concepção de Debert²⁹ para quem a velhice passa a ser percebida como consequência da falta de envolvimento em atividades motivadoras e da adoção de formas de consumo e estilos de vida inadequados. Nessa perspectiva, os conceitos-chave do envelhecimento bem-sucedido incluem além da autopercepção de saúde, os recursos psicológicos e sociais, os mecanismos de enfrentamento e a capacidade de adaptação às mudanças da vida³⁰. Na narrativa abaixo, observa-se que o envelhecimento é constantemente colocado em oposição à juventude, exaltada como uma fase de capacidade e força que pode se estender até a velhice:

“(...) velha assim é quando ela já não dá conta de fazer nada, ou também velha espiritual. Tem muita pessoa assim que é de idade, mas tem o espírito jovem, gosta de dançar, igual, agora a terceira idade tá muito pra frente né, tão dançando, indo dançar, curtir a vida, viajar...” (M1, 74 anos).

O “espírito jovem” é um conjunto simbólico socialmente construído, que se define a partir de determinados padrões de comportamento e de consumo³¹. Assim, a juventude perde conexão com um grupo etário específico e passa a exprimir um valor que deve ser adquirido e mantido em qualquer idade, por meio da adoção de formas de consumo de bens e serviços apropriados. Em contrapartida, a velhice também perde conexão com uma faixa etária definida e passa a ser um modo de expressar uma atitude de negligência com o corpo, de falta de motivação para a vida, uma espécie de doença autoinflingida³².

Partindo desse pressuposto, a interpretação da juventude ou “terceira idade” como um modo de ser e de estar no mundo se opõe ao estigma da velhice que é percebida como o fim da vida, doença ou solidão, procura-se, portanto, realizar interferências no corpo envelhecido e viver a velhice a partir da ideia de atividade e de responsabilidade pessoal³³. Em um enfoque mais singular do envelhecimento, distante de padrões pré-definidos, duas senhoras e um senhor reforçam a heterogeneidade deste momento da vida quando questionados sobre o conceito de envelhecimento:

“(...) Ah eu acho essa pergunta bem difícil de responder, porque **cada pessoa é de um jeito** né!? Tem umas pessoas

que estão com mais de 90 anos e tão animadas gostam de ir em festa, até de dançar né!? A gente vê na televisão direto, e outras às vezes com menos idade já não gosta mais né!?... ” (M 11, 86 anos).

“(...) eu não me sinto velha, eu me interesso por tudo... (...) a **velhice é um pouco assumir a sua idade cronológica** e fazer disso uma carga na sua vida... (...) se eu estou inserida num contexto que eu tenho uma participação social intensa e eu tenho... (...) Eu não me limito, eu não me restrinjo... agora a velhice pra mim é o oposto... (...) então eu acho que isso é tá vivendo a sua vida em plenitude e não se deixar tomar pela velhice” (M14,78 anos).

“(...) acho que **envelhecimento não é só a idade**, acho que vai muito da cabeça, do sistema de vida da pessoa. Porque a gente vê por exemplo algumas pessoas que aparenta ser bastante idosa e na verdade não é e outras pessoas que aparenta ser mais jovem que do que é na idade, então, é relativo... (H3, 79 anos).

Estas percepções exprimem a ideia de não proporcionalidade entre idade cronológica e envelhecimento, mostrando que cada pessoa vivencia e pode apresentar reações diferentes no processo de envelhecimento, que se mostra como fenômeno singular na vida do ser humano, não ligadas apenas a questões biológicas, mas também psicológicas e socioculturais. Nega-se a existência de um idoso “típico”, pois **“cada pessoa é de um jeito”**.

A partir do exposto nos signos **“envelhecimento não é só a idade”** e **“a velhice é um pouco assumir a sua idade cronológica”**, observa-se ações ligadas a um envelhecimento mais ativo e tentativas de se ver livre dos rótulos estabelecidos para o envelhecer. Portanto, alguns idosos deste estudo não se percebem “velhos”, demonstrando que não há uma idade universalmente aceita como limiar da velhice.

Ressalta-se que algumas condições como a classe econômica e, em especial, o nível cultural podem influenciar essas percepções, pois foram justamente os idosos com maior escolaridade que, apesar de terem idade mais avançada, não se consideravam velhos³⁴. Esse achado foi identificado no presente trabalho, em termos de maiores participações social, cultural e atividade física de idosos economicamente mais favorecidos. Contudo, quanto à percepção de não ser velho, essa questão também foi apreendida em idosos com níveis econômicos, culturais e de escolaridade baixos.

Nesse cenário, tudo leva a crer que o que está em questão para as pessoas que envelhecem não é tanto “continuar jovens”, mas não “se tornar velhas”. Ora, manter distância em relação a esse “ser velho” não impede a aceitação do envelhecimento, desde que se tomem cuidados consigo mesmos e se saiba interpretar positivamente os sinais do próprio envelhecimento, comparando-se favoravelmente aos outros²¹.

O envelhecimento, portanto, pode ser percebido como um processo imposto e atrelado à passagem do tempo (*Chronos* – tempo mensurável) e, portanto, cabe a cada um se conformar. Mas também pode ser um processo relacionado ao próprio envelhecer (*Kairós* – tempo vivenciado, atemporal) e, sendo assim, subjetivo e individual³⁵. Neste panorama, cabe ressaltar que a flexibilização da classificação das idades, o esmaecimento das fronteiras etárias, a pluralidade e a heterogeneidade de experiências geracionais têm sido apontados como fenômenos característicos da sociedade moderno-contemporânea³³.

Frente à complexidade que é o envelhecimento, os idosos e, principalmente os frágeis necessitam ser providos de um cuidado efetivo. Para isso, é crucial compreender como a pessoa idosa percebe o cuidado; tema que será abordado a seguir.

O envelhecimento traduzido em cuidado

Nesta categoria os idosos se referem ao autocuidado, à falta e ao excesso do cuidado familiar, à fé inabalável em Deus e ao despreparo dos profissionais de saúde.

À análise da categoria, surgiu uma configuração heterogênea, que variou da falta ao excesso de cuidados, além de apontar para o despreparo dos profissionais de saúde.

Dois senhores, ao serem interpelados sobre o modo como se cuidam, significam o cuidado a partir das doenças que lhes acometem, conforme podemos observar em suas ações:

“Olha: a alimentação é a mais simples... (...) E em termos de saúde, como eu disse, eu tenho a glicose alto, então ela tem que ser controlada. Eu vou ao médico, mas o médico é de seis em seis meses... (...) Olha, caminhar é pra isso.” (H9, 76 anos).

“Eu faço exame [inaudível] (...) Eu procuro cuidar do meu jeito, remédio na hora certa, durmo na hora, o sono não me prejudica em nada, minha alimentação não faz mal pra mim, eu sei o que pode comer, o que não pode; **o que que faz mal, o que que não faz**” (H10, 79 anos).

Grande parte dos participantes percebe o cuidado em apenas uma dimensão: o *cuidado materializado* – voltado às tarefas concretas com maior enfoque no aspecto biológico – como a única maneira de autocuidado/ser cuidado.

Na mesma direção, aparecem neste estudo visões normatizadas a que os idosos aludem ao cuidado, com destaque aos saudáveis hábitos alimentares e de sono, uso correto de medicamentos, atividades físicas e demais recomendações médicas. Tais hábitos estão preconizados na Política Nacional de Promoção da Saúde³⁶, contudo, se por um lado tais práticas podem trazer benefícios à saúde da população, por outro podem limitá-los, quando calcados somente no horizonte do paradigma biomédico por seu enfoque reducionista³⁷ e mecanicista³⁸. Na mesma direção, o paradoxo “*o que faz mal, o que não faz*” referente aos hábitos alimentares demonstra unicamente a preocupação em evitar o adoecimento orgânico, baseado em valores que compactuam com o saber biomédico. Neste contexto, a promoção da saúde é uma biopolítica exercida sobre o corpo em busca do controle da vida³⁹.

No que se refere às práticas em saúde, Ayres⁴⁰ faz uma relação entre essas e a grafia da palavra *cuidado*. Em que as práticas instrumentalizadas e a ação clínica no diálogo entre sujeito e equipe médica são grafadas como “cuidado”. Por sua vez, a grafia “Cuidado”, um substantivo próprio, simboliza o aspecto subjetivo que o Cuidado envolve; demonstra o encontro terapêutico em que o sujeito é visto de modo singular⁴⁰.

Este mesmo autor⁴¹ chama a atenção, no contexto das tecnologias em saúde, para a necessidade de superar a restrição daquelas que trabalham de maneira limitada cuja racionalidade é orientada por objetos das ciências biomédicas. Apesar de inegáveis os avanços dessas ciências na tradução de demandas de saúde referente à corporeidade, são necessários conhecimentos inclusive a partir de outras perspectivas, ao se atentar à presença do sujeito para formular e executar intervenções em saúde. Dessa maneira, a interpretação das identidades e aspirações dos indivíduos cuidados interessa-se grandemente pelo Cuidar, para além do plano corporal executado pelas ciências biomédicas⁴¹.

A percepção de ‘cuidado’ apresentada por esta senhora remete à reparação da velhice:

"Eu alimento nos horários certos, procuro comer frutas, porque **a gente nessa idade precisa** mesmo né!? E em termos de vaidade, eu corto meu cabelo sempre que precisa, inclusive agora tá até precisando (...) eu gosto de passar um esmaltezinho, um batom. Em termos de alimentação também já te falei, procuro alimentar bem, gosto muito de comer doce, também não é muito bom nada (risos) **Na minha idade**" (M11, 86 anos).

As pessoas que avançam na idade tentam enfrentar os sinais do envelhecimento exercendo um “trabalho” sobre o próprio corpo que envelhece, o qual apresenta uma dupla natureza: prática e simbólica. Diante dos sinais é possível recorrer a uma gama variada de práticas: esportivas, cosméticas, médicas e cirúrgicas, alimentares ou medicamentosas²¹. Apesar de prevalecer a concepção de cuidado baseado em ações direcionadas ao corpo físico e constituído por normas, alguns idosos o percebem num sentido mais ‘filosófico’. Esta senhora interpreta o cuidado prestado pelos filhos:

"(...) A ajuda que eu tenho é dos filhos que me ajuda muito né!? Vêm me ver, vêm fazer comida pra mim, passar o dia aí com a gente. É isso (...) me olha muito bem, **que tem muito amor comigo**. O marido também, o marido é... (risos) também é muito bão. Ajuda aí na casa, às vezes cuida aí das coisas" (M6, 89 anos).

Observa-se, no grupo investigado, que o ‘cuidado familiar’ foi preponderante para lidar com o envelhecimento. O cuidado ofertado pelos familiares referido no signo “**que tem muito amor comigo**” exprime um sentido de ‘cuidado-presença’, demonstra amparo, é carregado de valor, um significado que vai além do cuidado consagrado pelo modelo biomédico. O cuidado, neste excerto, significa presença afetiva, estar junto com a pessoa desejando colaborar com sua saúde⁴². Do ponto de vista antropológico, Kleinman⁴³ aponta que, ao cuidar de alguém, há uma troca de experiências – reciprocidade para além de trocas financeiras. Em sua experiência ao cuidar da esposa dependente, o referido autor afirma que quem recebe cuidados compartilha sua história e experiência como se fosse um presente ao cuidador. Ocorre a troca de responsabilidade moral, sensibilidade emocional e capital social

do relacionamento. Essa troca muda a subjetividade do cuidador e de quem recebe os cuidados.

Uma entrevistada, viúva e sem filhos, com transtorno depressivo, neuropatia periférica e que cursa com limitações funcionais em suas atividades diárias, indagada acerca do autocuidado, enfatiza:

“Uai cuidando, **fazendo as coisas que eu gosto**, sabe? Conversando, às vezes vou pra cidade, fico o dia inteiro lá passeando, vou pro shopping...” (M2, 72 anos).

Essas percepções transcendem a visão de cuidado das questões biológicas, incorporando dimensões outras – psicológicas e sociais. No signo **“fazendo as coisas que eu gosto”**, a compreensão de cuidado remete ao bem-estar e à felicidade propiciados pela manutenção das atividades de lazer e pelo convívio social. O prazer do bem-viver para alguns parece ser uma escolha revelada pela construção de resiliência no projeto de cuidar-se, mesmo diante de tantas doenças e da fragilidade. Foi encontrado no estudo de Silveira et al.⁴⁴ que idosos em processo de fragilização constroem resiliência com base nos recursos disponíveis, como as relações sociofamiliares e a religião. Os vínculos afetivos foram considerados importantes no desenvolvimento de estratégias para enfrentar as adversidades.

Um estudo mostrou que os idosos que moram sozinhos e aqueles com autoavaliação de saúde ruim ou muito ruim correm maior risco de falta de apoio antecipado aos cuidados. Tais resultados são importantes na orientação de políticas sociais e de saúde públicas voltadas para o atendimento a idosos, uma vez que o perfil dos idosos em risco está aumentando no Brasil⁴⁵.

Outra senhora, detentora de nível educacional elevado e aparente condição socioeconômica boa, destaca-se em relação aos demais entrevistados por conta da sua visão holística do autocuidado:

“Eu acho que é quando eu vou ao cinema, quando eu vejo um noticiário, quando eu faço aula de italiano, quando eu vou para a hidroginástica, quando eu tô fazendo caminhada, tudo me ajuda. Quando eu compartilho com outras pessoas minhas vivências, quando eu cuido dos meus netos, quando eu bato papo com minha filha e meu genro...” (M14, 78 anos).

O acesso a atividades físicas, de lazer e culturais, além das preferências/gostos por essas atividades, pode estar ligado à disponibilidade de

acesso e de recursos financeiros. Nesse enfoque, Silveira et al.⁴⁶ encontraram em seu trabalho que, para a garantia dos cuidados ao idoso em processo de fragilização, os recursos materiais são fundamentais como base de sustentação. Os achados do estudo em questão revelam que para determinados idosos a deficiência de recursos financeiros é relatada como dificultador na participação social.

Ademais, um importante suporte aos idosos apreendido refere-se ao cuidado familiar. Duas senhoras admitem:

“(...) as minhas filhas todas me dão muita assistência... é, a Fulana [filha], então que mora comigo né. (...) E tem outra filha... Nossa Senhora, é uma filha que **é uma dedicação comigo**... Não deixa nada a desejar, preocupa demais mesmo” (M11, 86 anos).

“(...) em casa, por exemplo, o Fulano [esposo] me ajuda muito na faxina. (...) ele limpa janela, faz as coisas... (...) quando eu fico abalada com alguma coisa, ele me acalma; quando é ele, aí tento passar a mão na cabeça dele também. (...) **Eu acho que nós dois estamos dando conta...**” (M4, 74 anos).

Os vínculos construídos entre os idosos e seus familiares, sejam eles cônjuges, filhos, netos, bisnetos consistem em relações favoráveis ao processo de envelhecer com fragilidade. No primeiro relato, essa senhora que auxilia no cuidado de uma filha acamada que requereu assistência desde o nascimento – por quem se ofusca – experimenta a fragilidade de forma subjetivada e reconhece a relevância do apoio propiciado pelas filhas. Na segunda narrativa, por sua vez, a relação conjugal de companheirismo, frequente nos discursos, foi vista como fundamental estratégia para enfrentar as adversidades dessa etapa da vida como ilustra o signo **“Eu acho que nós dois estamos dando conta”**. Kleinman⁴³ aponta que, na visão dos familiares, amigos, indivíduos cuidados e profissionais, o cuidado está direcionado para a melhora da dor e do sofrimento de quem o recebe. Além disso, o mesmo autor salienta o papel do aspecto moral do cuidado.

Ainda na perspectiva do cuidado familiar, para uma senhora cuidadora do marido dependente, o autocuidado é transferido a outro sujeito:

“(...) eu, como casada, eu olho mais o meu marido do que a mim mesmo. Eu me ofusco, pra olhar o meu marido. Então, a minha vida era pra ser mais, fisicamente mais saudável, mas eu parei de fazer minhas atividades físicas, parei de sair, parei

de dançar, **parei de tudo** – por causa de meu marido” (M20, 72 anos).

O signo **“parei de tudo”** revela um sentimento de impotência com a situação de vida – fardo inevitável – diante da qual “eu me ofusco”. A senhora revela o desejo de participação em atividades que lhes são caras, mas suprimidas pelas circunstâncias. A falta de alternativas/suportes para lidar com esta condição contribui para a perda dos papéis sociais. Para tornar a situação ainda mais desafiadora, há uma tendência, no Brasil, em aumentar o número de idosos cuidadores de outros idosos⁴⁷. Levando em conta que no decorrer do envelhecimento aumenta a importância do apoio social⁴⁸, vem à tona o anseio por sua prestação o mais adequado possível às necessidades dos idosos cuidadores.

Uma questão que emergiu e merece reflexão é o “cuidado” excessivo por determinados familiares que enaltece a visão de velhice-perda pelos idosos. Essa senhora que sofre de um problema de coluna, afirma, categoricamente:

“(...) eu pego aquilo ali, trago pra dentro. Aí as meninas fala: ‘Pra que a senhora pegou esse peso, pra que a senhora fica pegando isso aí!’ Mas não tá pesado. - **Mas tá pesado pra senhora!**” (M13, 74 anos).

Este signo **“Mas tá pesado pra senhora!”** demonstra coerção da autonomia da pessoa idosa. Sentimentos de inutilidade e perda da autonomia influenciam diretamente na qualidade de vida, pois o idoso passa a se perceber alheio às decisões de sua própria vida³⁴.

Alguns filhos, ao constatarem a debilitação física do pai ou da mãe, reagem tomando o lugar deles na realização de determinadas tarefas. Oferecem-se, por exemplo, para fazer compras ou cuidar da casa. Essa “ajuda” pode, no entanto, ser uma faca de dois gumes: ao mesmo tempo que os desincumbe de certas tarefas penosas, pode também privá-los de atividades importantes²¹.

Por um lado, aqueles que na idade muito avançada encontram limitações funcionais ou maior cansaço corporal certamente são levados a adaptar suas atividades, mas essas adaptações dependem igualmente de seus “entornos sociais”; um ambiente material mais ou menos compatível com suas deficiências físicas; a amenidade ou dureza das interações no espaço público; a existência ou não de solicitações; a atitude dos próximos, mais ou menos preocupados em preservar sua autonomia²¹.

Assim, assistência familiar, excessiva ou adequada, não é uma realidade universal. Há múltiplos arranjos possíveis. Nem todos os idosos têm o apoio de que necessitam por parte de seus familiares. Há aqueles que habitam sozinhos, há aqueles cujos cuidados ultrapassam a capacidade da família de cuidar. Há idosos sozinhos e frágeis. Nesse sentido de desamparo, em contraste aos entrevistados cujas famílias têm um importante papel em suas vidas, uma entrevistada viúva e sem filhos, que não conta com nenhum tipo de assistência, relata:

[Ao ser interrogada se conta com alguma ajuda] **“Só com aquele lá em cima [Deus].** "Ah, pois eu mesmo me viro, pois eu caí, me estalou aqui a coluna. Eu fui arrastando no barro. Vim aqui, tomei banho, chamei um táxi e fui. Eu e Deus, lá pro pronto socorro. Vou pros meus médicos não tô aguentando nada e depois que eu fiquei andando assim, eu e Deus” (M 2, 72 anos).

Um estudo realizado com esposas cuidadoras de seus maridos idosos⁴⁹ revelou que embora relatada pela maior parte das cuidadoras a ajuda de demais pessoas como os filhos, parentes e vizinhos, ela não ocorre de fato. Nota-se que a incapacidade, decorrente da doença e do enfraquecimento, fortalece a visão de fragilidade e claramente mostra a necessidade de cuidado. O signo **“Só com aquele lá em cima [Deus]”** mostra, explicitamente, que faltam recursos além da suposta ajuda advinda da dimensão espiritual. Estudos revelam que níveis mais elevados de apoio social em pessoas idosas reduzem o risco de acometimento por certas doenças além de apresentarem melhor qualidade de vida em comparação com aqueles que detêm menor apoio social⁵⁰.

Na prática cotidiana, uma senhora percebe o déficit de recursos financeiros/materiais como impasse na promoção do lazer e no tratamento da diabetes:

“se eu fosse talvez uma pessoa velha que frequentasse um clube, que fosse assim, que saísse, que fosse num parque uma coisa assim, **talvez seria melhor**, mas eu não vou em lugar nenhum, às vezes, eu viajo pra casa da minha filha, (...) mas é um dia ou dois só... às vezes a gente quer sair, eu quero ir na Cachoeira do Campo, ali perto de Ouro Preto... (...) mas **o dinheiro não dá, carro não tem...** (...) o que eu ganho não dá!” (...) se a gente não tem o dinheiro pra comprar as coisas, pra diabéticos mesmo, quem sou eu pra sustentar a alimentação pra diabéticos... (M13, 74 anos).

Martins et al⁵¹ destacam entre os indicadores que exercem maior influência sobre a qualidade de vida da pessoa idosa: a saúde, as questões de dependência-autonomia e os recursos financeiros. Segundo Neri⁵², os recursos financeiros exercem um efeito compensatório sobre as perdas da velhice, o que denominou de “efeito tampão”. As possibilidades de recursos ajudam no acesso à saúde e ao lazer, e na sensação de autoeficácia.

Na perspectiva do cuidado profissional, percebeu-se nos relatos o cuidado apenas relativo ao profissional médico e restrito a práticas direcionadas às doenças, como mostra o relato:

[Indagada sobre o cuidado] “... o que eu assumo mesmo como cuidado é o que o médico fala, tomar o medicamento que eu tomo à noite e os exames que ele (solicita), faço de três em três meses, e os exames que ele pede, ele cobra (...)” (M5,76 anos).

Apesar de alguns idosos usarem os serviços de saúde sem apresentar queixas, para preservação da saúde, grande parte desses indivíduos procuram tais serviços somente quando as queixas estão presentes. Essa última constatação corrobora aquela de Moura⁵³, segundo a qual a maior utilização dos serviços de saúde vincula-se àqueles que percebem sua saúde como regular ou ruim.

No contexto do cuidado em saúde, esta entrevistada é contundente:

“(...) a gente vai no médico, ele não pergunta pra mim o que que eu tô sentindo. Ele pergunta pras meninas. E, se eu vou sozinha, eles nem me consulta... (...) eu sei o que que eu tô sentindo, preciso da acompanhante falar pra mim!?... (...) como se a gente fosse uma criança. Mas **é o jeito deles** né!? Eles acha que a gente não sabe ou inventa que tá sentindo uma coisa, qualquer coisa. (...) E eu não gosto que me trata assim, porque a gente vai só baixando cada vez mais. A gente vai vendo que não tá valendo de nada, que a gente não tá sabendo nada (...)” (M13, 74 anos).

Esta senhora critica sua falta de voz, outorgada à sua acompanhante, sem lhe pedir permissão. Para Conrad, Barker⁵⁴, escutar a pessoa idosa é a única forma de obter um conhecimento significativo para ajudá-la. Contudo, a sociedade, muitas vezes não enxerga a pessoa idosa. O relato traduz uma completa falta de autonomia da pessoa idosa, sujeito sem utilidade até mesmo para falar de si. No signo apreendido “**é o jeito deles**” demonstra-se a subordinação às atitudes de

determinados profissionais que apesar de repudiadas pelos idosos, os afetam porque *“a gente vai vendo que não tá valendo de nada”*.

Nesse sentido, o cuidado prestado por profissionais de saúde, no grupo identificado pelo médico, revela um despreparo no cuidado às pessoas idosas frágeis, as quais exigem cuidados constantes⁵⁵. Tal fato corrobora Moraes⁵⁶ em cujo estudo os idosos perceberam o saber biomédico também como deficiente, como um saber que medica, prescreve, mas não valoriza a experiência da pessoa. Na mesma direção, Gadamer⁵⁷ acredita que o médico tem de ver para além do que é objeto de seu saber e de seu ser-capaz-de-fazer, caso ele queira ser o verdadeiro médico. Ele tem de ver além do “caso” sob seu tratamento para, assim, apresentar condições de examinar a pessoa humana na totalidade de sua situação vital.

Em síntese, quer seja chamada de humanização da saúde, promoção da saúde, medicina centrada no paciente, ou outros termos correlatos, uma mudança paradigmática neste contexto inclui escutar a pessoa idosa e implica em buscar o conhecimento sobre a que se referem saúde e doença em cada um dos paradigmas e não saber qual destes centra-se na saúde e na doença⁵⁸.

Considerações finais:

Esta pesquisa permite discussões sobre percepções atuais acerca do envelhecimento e do cuidado ofertado aos idosos em processo de fragilização. Apesar de haver uma tentativa de alguns idosos se afastarem da já amplamente difundida concepção de envelhecimento apenas ligada a perdas, incapacidades e doenças, o conceito negativo sobre essa fase da vida prevalece impregnado nos relatos descritos.

Em relação ao cuidado, percebeu-se uma insuficiência de recursos financeiros e materiais; cuja responsabilidade de oferta é do Estado brasileiro. Também foi observada, a partir da compreensão dos idosos entrevistados, que a assistência por parte de determinados profissionais de saúde é incompleta, inadequada, sobretudo na figura do médico, por não contemplarem todas as dimensões e singularidades da pessoa idosa em processo de fragilização.

O cuidado é percebido como um fenômeno multidimensional, pois embora prevaleçam visões de práticas restritas às questões físicas, são levantados aspectos psicológicos e sociais que conjugam experiências afetuosas/prazerosas nas

relações em que o cuidado se estabelece, principalmente no seio familiar. Por fim, embora a família seja a instituição que oferece o maior suporte para aqueles que tanto necessitam de cuidado, ela pode falhar por insuficiência ou excesso de cuidados. Enquanto o Estado falha por omissão na oferta de políticas de cuidado das quais as pessoas idosas em processo de fragilização tanto necessitam.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da População 2018: número de habitantes do país deve parar de crescer em 2047**. IBGE; 2018. [acesso em 06 maio 2019]. Disponível em: www.ibge.gov.br.
2. Lowry KA, Vallejo AN, Studenski SA. Successful Aging as a Continuum of Functional Independence: Lessons from Physical Disability Models of Aging. **Aging Dis**. 2011;3(1):5–15.
3. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci**. 2001 Mar; 56(3):M146-M156.
4. Faller JW, Zilly A, Alvarez AM, Marcon SS. Cuidado filial e o relacionamento com o idoso em famílias de diferentes nacionalidades. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2017;70:22–30. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0050>.
5. Medeiros, FDAL, de Medeiros, ACT, Bittencourt, GKGD, da Nóbrega, M. M. L. (2015). Promoção de saúde em grupos de idosos: reflexões para o envelhecimento ativo. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, 7, 212-221.
6. Carneiro JA, Cardoso RR, Durães MS, Guedes MCA, Santos FL, Costa FM da, et al. Fragilidade em idosos: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2017;70:747–52. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0633>.
7. Gobbens RJJ, van Assen MALM, Luijckx KG, Wijnen-Sponselee MTh, Schols JMGA. The Tilburg Frailty Indicator: Psychometric Properties. **Journal of the American Medical Directors Association**. 2010;11:344–55. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2009.11.003>.
8. Buch ED. Anthropology of Aging and Care. **Annual Review of Anthropology** 2015;44:277–93. <https://doi.org/10.1146/annurev-anthro-102214-014254>.
9. Moraes EN de. The frail elderly and integral health management centered on the individual and the family. **Rev Bras Geriatr Gerontol**. 2017;20:307–8. <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.170061>.
10. Kleinman A, Eisenberg L, Good B. Culture, Illness, and Care: Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. **Ann Intern Med**. 1978;88(2):251-8.

11. Uchôa E. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. **Cad. Saúde Pública**. 2003;19:849–53. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300017>.
12. Kleinman A, Eisenberg L, Good B. Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. **Ann Intern Med**. 1978;88:251–8.
13. Corin E, Uchôa E, Bibeau G, Koumare B. Articulation et variations des systèmes de signes, de sens et d'actions. **Psychopathol Afr**. 1992;24(2):183-204.
14. Geertz C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC; 2008.
15. Uchôa E, Vidal JM. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. **Cadernos de Saúde Pública**. 1994;10:497–504. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1994000400010>.
16. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**. 2017;5(7):1-12: <https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82/59>.
17. Le Breton, D. **Antropologia do corpo**. 4.ed. Petrópolis: Vozes; 2016.
18. Le Breton, D. **A sociologia do corpo**. 4.ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2010.
19. Organização Mundial da Saúde. **Resumo:Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde**. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>.
20. Pereira JK, Giacomini KC, Firmo JOA. A funcionalidade e incapacidade na velhice: ficar ou não ficar quieto. **Cadernos de Saúde Pública**. 2015;31:1451–9. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00046014>.
21. Caradec V. Sexagenários e octogenários diante do envelhecimento do corpo. In: Mirian Goldenberg. **Corpo, envelhecimento e felicidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.
22. Moraes GV de O, Giacomini K, Santos WJ, Firmo JOA. A percepção dos idosos sobre o saber biomédico no cuidado à velhice e às “coisas da idade.” **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. 2016;26:309–29. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000100017>.
23. Minayo, MCS. Envelhecimento demográfico e lugar do idoso no ciclo da vida brasileira. In: TRENCH, B; ROSA, TEC. (Orgs.). **Nós e o outro: envelhecimento, reflexões, práticas e pesquisa**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2011. p. 7-15. http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/temas-saude-coletiva/pdfs/noseoutrotemassaude_13.pdf.
24. Miranda GMD, Mendes A da CG, Silva A LA da. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. bras. geriatr. gerontol**. [Internet]. 2016 ; 19(3): 507-519. Available 98232016000300507&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>

25. Ferreira OGL, Maciel SC, Silva AO, Sá RCN, Moreira MASP. Meanings assigned to aging: elderly, old and active elderly. **Psico-USF** [Internet]. 2010 Sep/Dec; [cited 2017 Mar 25]; 15(3):357-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v15n3/v15n3a09.pdf>. DOI: 10.1590/S1413-82712010000300009.
26. Colussi EL, Pichler NA, Grochot L, Colussi EL, Pichler NA, Grochot L. Perceptions of the elderly and their relatives about aging. **Rev. bras. geriatr. Gerontol.** 2019;22. <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.180157>.
27. Muniz TS, Barros A. O trabalhador idoso no mercado de trabalho do capitalismo contemporâneo. **Ciênc Hum Soc.** 2014;2(1):103-16.
28. Pichler NA, Scortegagna H de M, Dametto J, Frizon DMS, Zancanaro MP, Oliveira TC de, et al. Reflections on the perception of the elderly regarding happiness and money. **Rev. bras. geriatr. Gerontol.** 2019;22. <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.180185>.
29. Debert GG. **Velhice e o curso da vida pós-moderno.** Revista USP. 30 ago.1999;(42):70–83.
30. Tkatch R, Musich S, MacLeod S, Kraemer S, Hawkins K, Wicker ER, et al. A qualitative study to examine older adults' perceptions of health: Keys to aging successfully. **Geriatric Nursing.** 1nov.2017;38(6):485–90.
31. Pereira C, Penalva G. "Mulher Madonna" e outras mulheres: Um estudo Antropológico sobre a juventude aos 50 anos. In: Mirian Goldenberg. **Corpo, envelhecimento e felicidade.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.
32. Debert G. **A dissolução da vida adulta e a juventude como valor.** Horizontes Antropológicos. 1dez. 2010;16:49–70.
33. Barros MML. A velhice na pesquisa sócioantropológica brasileira. In: Mirian Goldenberg. **Corpo, envelhecimento e felicidade.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.
34. Faller WJ, Teston FE, Marcon SS. A velhice na percepção de idosos de diferentes nacionalidades. **Texto & Contexto Enfermagem** [Internet]. 2015 [citado 19 mai 2019];24(1). Disponível em: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=71438421016>
35. Manen M van. Phenomenology in Its Original Sense. **Qualitative Health Research.** [Internet]. [citado 25 ago. 2019]; Disponível em: https://www.academia.edu/38348575/Phenomenology_in_Its_Original_Sense
36. Brasil. **Política nacional de promoção da saúde.** 1a ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação e Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica; 2006. 58 p. (Série PACTOS pela saúde 2006).
37. Rios DFF, NMA, Loreto MDS, Fiúza ALC. O programa bolsa-família em um contexto de cidades rurais: o caso de Bambuí, MG. **Oikos Viçosa, MG.** 2011; Viçosa, 22(2): 150-170.

38. Camargo Jr KR. A Biomedicina. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15(Suplemento):177-201, 2005.
39. Cerqueira MB. Envelhecimento, Saúde e Novas Sociabilidades. **Revista Kairós : Gerontologia**. 30 de dezembro de 2013;16(4):345–55.
40. Ayres JRCM. Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. 1ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/ **UERJ**, **ABRASCO**. 2009, 282p.
41. Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**. dez.2004;13(3):16–29.
42. Kleinman A. Caregiving: the odyssey of becoming more human. **The Lancet**. janeiro de 2009;373(9660):292–3.
43. Kleinman, A. “Caregiving as a moral experience”. **The Lancet**, no 380 (9853), 2012.
44. Silveira DR, Giacomini KC, Dias RC, Firmo JOA. The fabric of resilience among the elderly and the reinvention of the self despite the difficulties faced. **Rev bras geriatr gerontol**. jun.2018;21(3):312–9.
45. Oliveira DC de, Nei AL, D’Elboux MJ. Lack of anticipated support for care for community-dwelling older adults. **Revista Brasileira de Enfermagem**. jun. 2016;69(3):566–73.
46. Silveira DR, Giacomini KC, Dias RC, Firmo JOA. The perception of the elderly about suffering related to frailty. **Rev. bras. geriatr. Gerontol**. abr.2018;21(2):215–22.
47. Duarte YA de O, Nunes DP, Corona LP, Lebrão ML. Como estão sendo cuidados os idosos frágeis de São Paulo?: a visão mostrada pelo estudo SABE (Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento). In: **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: Ipea; 2010.
48. Maia CML, Castro FV, Fonseca AMG da, Fernández MIR. Redes de apoio social e de suporte social e envelhecimento ativo. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. **Revista INFAD de Psicologia**. 2 de julho de 2016;1(1):293–306.
49. Giacomini KC, Uchoa E, Lima-Costa MFF. Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes. **Cad. Saúde Pública**. outubro de 2005;21(5):1509–18.
50. Dumitrache CG, Rubio L, Rubio-Herrera R. Perceived health status and life satisfaction in old age, and the moderating role of social support. **Aging & Mental Health**. 3 de julho de 2017;21(7):751–7.
51. Martins SF, Santos I. Perfil de idosos hospitalizados e nível de dependência de cuidados de enfermagem: identificação de necessidades. **Texto & Contexto Enfermagem**. [Internet]. 2007 [Internet]. [citado 6 set. 2019]. ; 16(3): 495-502. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&id=S0104->

0707200700 0300016&lng=em. <http://dx.doi.org/101590/S0104-07072007000300016>.

52. Neri AL. **Qualidade de vida e idade madura**. Papirus Editora; 1993. 296 p.
53. Moura EC de, Santos W dos, Neves ACM das, Gomes R, Schwarz E. Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**. fev.2014;19(2):429–38.
54. Conrad P, Barker KK. The social construction of illness: key insights and policy implications. **J Health Soc Behav**. 2010;51 Suppl:S67-79.
55. Santos WJ dos, Giacomini KC, Firmo JOA. Avaliação da tecnologia das relações de cuidado nos serviços em saúde: percepção dos idosos inseridos na Estratégia Saúde da Família em Bambuí, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. ago. 2014;19(8):3441–50.
56. Moraes GVO. **Influência do Saber Biomédico na Percepção da Relação Saúde/Doença/Incapacidade em Idosos da Comunidade**. 2012 <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/6511>.
57. Gadamer HG, Costa AL. **O caráter oculto da saúde**. Petrópolis: Vozes; 2006.
58. Ayres JRJM. Uma concepção hermenêutica de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Abr. 2007;17(1):43–62.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, apesar de o envelhecimento ser fortemente percebido como um ‘momento de perdas’ e a velhice continuar sendo vista como uma “carga negativa”, as ações de determinados indivíduos idosos demonstram uma tentativa de se distanciar dos estigmas ligados a esse conceito. Individualmente, eles contestam esta ideologia tão amplamente divulgada pela sociedade ocidental. Assim, para muitos entrevistados o “velho” é o outro. Essa não inclusão de si no paradigma negativo de velhice não se trata de negar a velhice, mas pode representar, ainda que de forma discreta, um caminho em direção ao estabelecimento de novos signos e significados para essa etapa da vida (ou para o seu próprio envelhecimento?).

Outro achado que merece relevo é a concepção mais ampliada do conceito de saúde, vista como um ponto de intersecção de aspectos biopsicossociais; reveladora de autonomia e potencialidades e não apenas sob a perspectiva polarizada limitante de ausência-presença de doenças. No cenário pesquisado, a

fragilidade é subjetivamente atribuída ao envelhecimento, impondo limites à saúde e clamando pelo cuidado.

Destaca-se também que esses processos (saúde e envelhecimento) são multideterminados, multidimensionais e experimentados de forma singular pelos idosos em processo de fragilização. No entanto, essa singularidade não é refletida na oferta de cuidado, uma vez que se percebeu uma insuficiência de recursos financeiros e materiais, além de uma assistência incompleta e inadequada por parte dos profissionais de saúde – identificados no grupo na figura do médico. É imperativo, portanto, que profissionais, familiares e a sociedade em geral levem em conta essas particularidades para oferecer um cuidado efetivo e resolutivo à pessoa idosa, construído com esses sujeitos.

Cabe ainda repensar o papel do Estado nessa perspectiva, pois é dele a responsabilidade em disponibilizar serviços dignos e diferenciados a essa camada da sociedade, o que não se observa presente nos achados desta pesquisa.

Mais estudos neste sentido fazem-se relevantes pela possibilidade de ofertar subsídios para a elaboração de propostas e/ou estratégias direcionadas ao cuidado diferenciado à saúde dos longevos, por meio de uma maior reflexão a respeito do envelhecimento, saúde, fragilidades e suas múltiplas dimensões. Almeja-se que esta pesquisa contribua de alguma forma para fornecer elementos que possam orientar práticas de cuidado o mais alinhadas às expectativas e características socioculturais da pessoa idosa em processo de fragilização.

Convém ressaltar que os achados deste estudo não podem ser generalizáveis aos idosos, pois cada grupo constrói socioculturalmente maneiras específicas de perceber a saúde, o processo de envelhecer com fragilidade e o cuidado, em sua intersubjetividade.

Por fim, a ampla visão sobre saúde e cuidado concebida exige olhares também ampliados por parte de quem cuida. Assim, as pessoas idosas terão sua dignidade preservada, para ajudar a enfrentar o envelhecimento e a fragilidade que pesam sobre elas.

REFERÊNCIAS

- ALVES, P.C. Nervoso e experiência de fragilização: narrativas de mulheres idosas. In: MINAYO, M.C.S., and COIMBRA JUNIOR, C.E.A., orgs. *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.
- AMADIGI, F. R. et al. A antropologia como ferramenta para compreender as práticas de saúde nos diferentes contextos da vida humana. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 13, n. 1, p. 139–146, 2009.
- ANDRADE, A. do N. et al. Análise do conceito fragilidade em idosos. *Texto & Contexto - Enfermagem*, v. 21, n. 4, p. 748–756, dez. 2012.
- ARAÚJO, J. L. de; PAZ, E. P. A.; MOREIRA, T. M. M. Hermenêutica e Saúde: Reflexões Sobre o Pensamento de Hans-Georg Gadamer. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 46, n. 1, p. 200–207, 1 fev. 2012.
- AYRES, J. R.C. M. Cuidado: trabalho, interação e saber nas práticas de saúde. *Revista Baiana de Enfermagem*, v. 31, n. 1, 31 mar. 2017. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/21847>. Acesso em: 15 out. 2018.
- AYRES J.R.C.M. Uma concepção hermenêutica de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 17, n. 1, p.:43–62, abr. 2007.
- AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 13, n. 3, p. 16–29, dez. 2004.
- BACSU, J. et al. Healthy Aging in Place: Perceptions of Rural Older Adults. *Educational Gerontology*, v. 40, n. 5, p. 327–337, 1 maio 2014.
- BARROS, M.M.L de, et al. "Velhice ou terceira idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1998.
- BERGMAN, H. et al. Développement d'un cadre de travail pour comprendre et étudier la fragilité. *Gérontologie et société*, v. 27 / n° 109, n. 2, p. 15–29, 2004.
- BLOOM, D. E. et al. Macroeconomic implications of population ageing and selected policy responses. *Lancet* (London, England), v. 385, n. 9968, p. 649–657, 14 fev. 2015.
- BOCK, J.O.; KÖNIG, H.H.; BRENNER, H., et al. Associations of frailty with health care costs: results of the ESTHER cohort study. *BMC Health Serv Res.*, v. 16, p. 128, 2016;.
- BOORSE, C. Health as a Theoretical Concept. *Philosophy of Science*, v. 44, n. 4, p. 542-573, 1977.. Retrieved from www.jstor.org/stable/186939.

BRASIL. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 15 jun. 2019.

BRIGEIRO, M. “Envejecimiento exitoso” y “tercera edad”: Problemas y retos para la promoción de la salud. *Investigación y Educación en Enfermería*, v. XXIII, n. 1, p. 102–109, 2005.

BUCH, E. D. Anthropology of Aging and Care. *Annual Review of Anthropology*, v. 44, n. 1, p. 277–293, 2015.

BUCKINX, F.; ROLLAND, Y.; REGINSTER, J.Y.; RICOUR, C.; PETERMANS, J.; BRUYÈRE, O. Burden of frailty in the elderly population: perspectives for a public health challenge. *Archives of Public Health.*, v. 73, n. 1, p.19, 2015.

CALHA, A.A condição sénior no Sul da Europa e na Escandinávia. *Saúde e Sociedade*. v. 24, p. 527–542, jun. 2015.

CAMPOS, G. W. de S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n. 2, p. 219–230, 2000.

CANESQUI, A. M. Os estudos de antropologia da saúde/doença no Brasil na década de 1990. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 1, p. 109–124, 2003.

CARNEIRO A. P. M. et al. Contribuições da socialização e das políticas públicas para a promoção do envelhecimento saudável: uma revisão de literatura. *Revista Brasileira em promoção da Saúde*, v. 29, n. 1, p. 124–131, 30 mar. 2016.

CARNEIRO, J.A.; CARDOSO, R.R.; DURÃES, M.S.; GUEDES, M.C.A., SANTOS, F.L., COSTA, F.M. da, et al. Fragilidade em idosos: prevalência e fatores associados. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 70, n. 4, p. 747-52, 2017.

CARRIÈRE JC. *Fragilidade*. Rio de Janeiro: Editora Objetiva; 2007.

CECILIO, L.C de O. *O cuidado em saúde. Curso de Especialização em Saúde Mental UNIFESP UNASUS*, 2016.

CERQUEIRA, M. B. Envelhecimento, Saúde e Novas Sociabilidades. *Revista Kairós : Gerontologia*, v. 16, n. 4, p. 345–355, 30 dez. 2013.

CHEN, C. Y.; GAN, P.; HOW, C. H. Approach to frailty in the elderly in primary care and the community. *Singapore Medical Journal*, v. 59, n. 5, p. 240–245, maio 2018.

CHENG, M.H.; CHANG, S.F. Frailty as a risk factor for falls among community dwelling people: evidence from a metaanalysis. *J Nurs Scholarsh*, v. 49, n. 5. p. 529-536, 2017.

CLEGG, A.; YOUNG, J.; ILIFFE, S.; RIKKERT, M.O.; ROCKWOOD, K. Frailty in elderly people. *Lancet*.,v. 381, n. 9868, p.752-762, 2013.

COLLARD, R.M.; BOTER, H.; SCHOEVEERS, R.A.; OUDE VOSHAAR, R.C. Prevalence of frailty in community-dwelling older persons: a systematic review. *J Am Geriatr Soc.* 2012;60(8):1487-1492.

COLUSSI, E. L. et al. Perceptions of the Elderly and Their Relatives about Aging. *Rev Bras Geriatr Gerontol.*, v. 22, n. 1, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1809-98232019000100209&lng=en&nrm=iso&tlng=en. Acesso em: 10 set. 2019.

CONRAD, P.; BARKER, K.K. The social construction of illness: Key insights and policy implications. *Journal of Health and Social Behavior*, n. 51, p. S. 67-79, 2010.

CORIN, E. The Culture Frame: context and meaning in the construction of health. In: AMICK III, Benjamin; LEVINE, Sol; TARLOV, Alvin R.; WALSH, Diana Chapman. (eds.). *Society and Health*. Oxford: Oxford University Press, 1995, p. 272-304. Disponível em http://books.google.com.br/books?hl=pt-R&lr=&id=J3Uer_Iv0V8C&oi=fnd&pg=PA272&dq=CORIN,+E.,+1995.+The+culture+frame:+Comtext+and&ots=ulbVwR8suM&sig=E5N9jGmjyE8eVFW_5rpr76AE79E#v=onepage&q&f=true. Acesso em 02/05/2019.

CORIN, E.; BIBEAU, G.; MARTIN, J.C.; LAPLANTE, R. Comprendre pour Soigner Autrement. *Repères pour Régionaliser les Services de Santé Mentale*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal, 1990.

CORIN, E.; BIBEAU, G.; UCHOA, E. Éléments d'une sémiologie anthropologique des troubles psychiques chez les Bambara, Soninké et Bwa du Mali. *Anthropologies et Sociétés*, v. 17. . 1-2, pp. 125-156, 1993.

CORIN, E.; UCHÔA, E.; BIBEAU, G.; HARNOIS, G. Les Attitudes Dans le Champ de la Santé Mentale. *Repères Théoriques et Méthodologiques pour une Étude Ethnographique et Comparative*. Rapport Technique. Montréal: Centre de Recherche de l'Hôpital Douglas, 1989.

CORIN, E.; UCHÔA, E.; BIBEAU, G. & KOUMARE, B.,. Articulation et variations des systèmes de signes, de sens et d'actions. *Psychopathologie Africaine*, v. 24, p. 183-204, 1992a

CORIN, E.; UCHÔA, E.; BIBEAU, G.; KOUMARE, B.; COULIBALY, B.; COULIBALY, M.; MOUNKORO, M. & SISSOKO, M., La place de la culture dans la psychiatrie africaine d'aujourd'hui. Paramètres pour un cadre de références. *Psychopathologie Africaine*, v. 24, p. 149-181, 1992b..

DÁTILO, G. M. P. de A.; MARIN, M. J. S. O envelhecimento na percepção de idosos que frequentam uma universidade aberta da terceira idade. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, v. 20, n. 2, 23 dez. 2014. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/48932>. Acesso em: 9 dez. 2018.

DEBERT, G. Velhice e o curso da vida pós-moderno. *Revista USP*, v. 42, p. 70–83, 30 ago.1999.

DEBERT, G. A dissolução da vida adulta e a juventude como valor. *Horizontes Antropológicos*, v. 16, p. 49–70, 1 dez. 2010.

DIONIGI, R. A. Stereotypes of Aging: Their Effects on the Health of Older Adults. *Journal of Geriatrics*, v. 2015, p. 1–9, 2015.

DUARTE, M.; PAÚL, C. Indicadores de saúde mental como fatores preditores de fragilidade nos idosos. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, n. SPE1, p. 27–32, abr. 2014.

EDGAR, P. Re-Thinking Ageing Research: Questions We Need to Know More About. *n*, n. 94, p. 45, 2014.

EISENBERG, L. Disease and illness: distinctions between professional and popular ideas of sickness. *Cult Med Psychiatry*, v. 1, n. 1. P. 09-23, 1977..

FALLER, J.W. et al . Cuidado filial e o relacionamento com o idoso em famílias de diferentes nacionalidades. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília , v. 70, n. 1, p. 22-30, Fev. 2017.

FALLER, J.W.; TESTON, E.F.; MARCON, S.S. A velhice na percepção de idosos de diferentes nacionalidades. *Texto & Contexto - Enfermagem*, Florianópolis , v. 24, n. 1, p. 128-137, Mar. 2015 .

FRIED, L. P. et al. Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* , v. 56, n. 3, p. M146-M156, 2001 Mar.

FRIED, L. P. et al. Untangling the Concepts of Disability, Frailty, and Comorbidity: Implications for Improved Targeting and Care. *The journals of gerontology*, 2004; 59A(3), ProQuest Psychology Journals. p. 256.

GEERTZ, C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: L T C, 2008.

GERGEN, M. M.; GERGEN, K. J. Position aging: new images for a new age. *Ageing International*, v. 27, n. 1, p. 3-23, 2012.

GIACOMIN, K. C. et al. Cuidado e limitações funcionais em atividades cotidianas – ELSI-Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 52, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-89102018000300514&lng=pt&nrm=iso&tlng=en. Acesso em: 14 set. 2019.

GOBBENS, R. J. J. et al. The Tilburg Frailty Indicator: Psychometric Properties. *Journal of the American Medical Directors Association*, v. 11, n. 5, p. 344–355, jun. 2010.

GUEDES, M. B. O. G. et al. Apoio social e o cuidado integral à saúde do idoso. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 27, n. 4, p. 1185–1204, dez. 2017.

CASTILLO, C. A. G; VÁSQUEZ, M. L. El cuidado de sí de la embarazada diabética como una vía para asegurar un hijo sano. *Texto & Contexto - Enfermagem*, v. 15, n. 1, p. 74–81, mar. 2006.

HELMAN, C.G. *Cultura, Saúde e Doença*. Tradução Cláudia Buchweitz e Pedro M. Garcez. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>. Acesso em: 15 set. 2019.

JESUÍNO, J.C et al. Contribuições para uma gerontologia crítica. In: SILVA, A. O. (Org.); CAMARGO, B. V. (Org.). *Representações sociais do envelhecimento e da saúde*. [s.l.] Editora da UFRN, 2018.

KALACHE, A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1107-11, Ago. 2008.

KLEINMAN, A. Caregiving as Moral Experience. *The Lancet*, v. 380, n. 9853, p. 1550–1551, 3 nov. 2012.

KLEINMAN, A. Caregiving: The Odyssey of Becoming More Human. *The Lancet*, v. 373, n. 9660, p. 292–293, jan. 2009.

KLEINMAN, A. Culture, Illness, and Care: Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research. *Annals of Internal Medicine*, v. 88, n. 2, p. 251, 1 fev. 1978.

KLEINMAN, A. *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland Between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. [s.l.] University of California Press, 1980.

KLEINMAN, A.; EISENBERG, L.; GOOD, B. Culture, illness and care: Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *The journal of lifelong learning in psychiatry*, 2006, vol. IV, no. 1.

KOJIMA, G. Frailty as a predictor of disabilities among community-dwelling older people: a systematic review and meta-analysis. *Disabil Rehabil.*, v. 39, n. 19, p. 1897-1908, 2017..

KOJIMA, G. Frailty as a predictor of emergency department utilization among community-dwelling older people: a systematic review and meta-analysis. *J Am Med Dir Assoc.*, v. 20, n. 1, p. 103-105, 2019.

KOJIMA, G. Frailty as a predictor of nursing home placement among community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis. *J Geriatr Phys Ther.*, v. 41, n. 1, p. 42-48, 2018.

KOJIMA, G; ILIFFE, S.; WALTERS, K. Frailty Index as a predictor of mortality: a systematic review and meta-analysis. *Age Ageing.*, v. 47, n. 2, p. 193-200, 2018.

KOTTER-GRÜHN, D.; HESS, T. M. The Impact of Age Stereotypes on Self-perceptions of Aging Across the Adult Lifespan. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, v. 67, n. 5, p. 563–571, set. 2012.

KUCHEMANN, B. A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. *Sociedade e Estado*, v. 27, n. 1, p. 165–180, abr. 2012.

LANA, L. D.; SCHNEIDER, R. H. Síndrome de fragilidade no idoso: uma revisão narrativa. *Rev Bras Geriatr Gerontol.*, v. 17, n. 3, p. 673–680, set. 2014.

LARANJEIRA C.A. Velhos são os Trapos: do positivismo clássico à nova era. *Saúde Soc.*, v. 19, n. 4, p. 763-770, 2010.

LE BRETON, D. *Antropologia do corpo*. 4.ed. Petrópolis: Vozes; 2016.

LEE, L.; HECKMAN, G.; MOLNAR, F. J. Frailty: Identifying Elderly Patients at High Risk of Poor Outcomes. *Canadian Family Physician*, v. 61, n. 3, p. 227–231, 1 mar. 2015.

LIPOVETSKY, G. *O império do efêmero: A moda e seu destino nas sociedades modernas*. [s.l.] Editora Companhia das Letras, 2009.

LOURENÇO, R. A. et al. Prevalência e Fatores Associados à Fragilidade Em Uma Amostra de Idosos Que Vivem Na Comunidade Da Cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil: Estudo FIBRA-JF. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 1, p. 35–44, jan. 2019.

LÖCKENHFF, C. E. et al. Perceptions of aging across 26 cultures and their culture-level associates. *Psychology and aging*, Washington, v. 24, p. 941-954, 2009.

MANDÚ, E.N.T. Intersubjetividade na qualificação do cuidado em saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 12, n. 4, p. 665-675, 2004.

MENDES, C. K. T. T. et al. Representações sociais de trabalhadores da atenção básica de saúde sobre envelhecimento. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 33, n. 3, p. 148–155, set. 2012.

MERCADANTE, E. Aspectos Antropológicos do Envelhecimento. In: PAPALÉO Netto, Matheus Papaléo. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo, Atheneu, 1999. p.73-76.

MINAYO, M. C. S. O Imperativo de Cuidar Da Pessoa Idosa Dependente. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 1, p. 247–252, jan. 2019.

MINAYO, M. C. S.; FIRMO, J. O. A. Longevidade: bônus ou ônus? *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, p. 4–4, 2019.

MINAYO, M.C.S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa*, São Paulo, v.5, n.7, p.1-12, 2017.

MINAYO, M.C.S. Manual de Enfrentamento à Violência contra a pessoa idosa. É possível prevenir. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos do Brasil; 2014. 88p.

MOL, A.; MOSER, I.; POLS, J. Care: putting practice into theory. In: MOL, A.; MOSER, I.; POLS, J. (Ed.). Care in Practice. Bielefeld: transcript Verlag, 2010.

MORAES, G.V de O. Influência do Saber Biomédico na Percepção da Relação Saúde/Doença/Incapacidade em Idosos da Comunidade. Dissertação (mestrado) Programa de Pós - Graduação em Ciências da Saúde do Centro de Pesquisas René Rachou. 2012, 75p.

MORAES, E. N. de. The frail elderly and integral health management centered on the individual and the family. Rev. bras. geriatr. Gerontol., v. 20, n. 3, p. 307–308, maio 2017.

MORLEY, J. E. et al. Frailty Consensus: A Call to Action. Journal of the American Medical Directors Association, v. 14, n. 6, p. 392–397, jun. 2013.

NERI, A.L. et al . Metodologia e perfil sociodemográfico, cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo FIBRA. Cad. Saúde Pública, v. 29, n. 4, p. 778-792, Abr. 2013.

NUNES, D. P. et al. Screening for frailty in older adults using a self-reported instrument. Revista de Saúde Pública, v. 49, n. 0, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102015000100212&lng=en&tIng=en. Acesso em: 13 out. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Relatório Mundial da Saúde. Saúde mental: Nova concepção, nova esperança. 1.ª edição, Lisboa, Abril de 2002. Disponível em: https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf. Acesso em: 16 set. 2019.

PAPALIA, D. E.; FELDMAN, R. D. Desenvolvimento Humano - 12ed. [s.l.] Artmed Editora, 2013.

PEIXOTO, C. Entre estigma e compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, terceira idade...In: BARROS, MML de, et al. "Velhice ou terceira idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1998.

PEIXOTO, F. C. Três ensaios sobre os impactos econômicos do envelhecimento populacional no Brasil. Tese (doutorado). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Economia do Desenvolvimento. 2019, 77p. Disponível em: <http://tede2.pucrs.br:80/tede2/handle/tede/8769>

PEREIRA, T. T. S. O.; BARROS, M. N. dos S.; AUGUSTO, M. C. N. de A. O cuidado em saúde: o paradigma biopsicossocial e a subjetividade em foco. Mental, v. 9, n. 17, p. 523–536, dez. 2011.

PERSICO, I.; CESARI, M.; MORANDI, A., et al. Frailty and delirium in older adults: a systematic review and meta-analysis of the literature. *J Am Geriatr Soc.*, v. 66, n. 10, p. 2022-2030, 2018.

PINHEIRO, A.; SOUZA, A. C. Brasil 2050: desafios de uma nação que envelhece. Brasília (DF): Edições Câmara, 2017.

POLI, S. et al. Frailty Is Associated with Socioeconomic and Lifestyle Factors in Community-Dwelling Older Subjects. *Aging Clinical and Experimental Research.*, v. 29, n. 4, p. 721–728, 1 ago. 2017.

PUTS, M. et al. Frailty and successful aging, what do these concepts mean to older community-dwelling adults? In: *Frailty: Biological risk factors, negative consequences and quality of life* (Cap. 7, p. 145-162). Amsterdam: Vrije Universiteit. 2006.

SAAD, P.M. "Envelhecimento populacional: demandas e possibilidades na área de saúde". *Séries Demográficas*, v. 3, p. 153-166, 2016.

SANTOS, J. L. F.; WESTPHAL, M. F. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. *Estudos Avançados*, v. 13, n. 35, p. 71–88, abr. 1999.

SANTOS, V. B. dos; TURA, L. F. R.; ARRUDA, A. M. S. As representações sociais de “pessoa velha” construídas por idosos. *Saúde e Sociedade*, v. 22, n. 1, p. 138–147, mar. 2013.

SCHULZE, C. M. N. Social Representations of Ageing Shared by Different Age Groups. *Temas em Psicologia*, v. 19, n. 1, p. 43–57, jun. 2011.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 17, p. 29–41, abr. 2007.

SELIGMAN, M. E. P. Positive Health. *Applied Psychology*, v. 57, n. s1, p. 3–18, 2008.

SILVA, H. S.; LIMA, Â. M. M. DE; GALHARDONI, R. Envelhecimento bem-sucedido e vulnerabilidade em saúde: aproximações e perspectivas. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.14. n. 35, p. 867–77, Dez. 2010.

SILVEIRA, D.R. A tessitura de resiliência em idosos em processo de fragilização: a construção de superações, “apesar de”. 2018. Tese (doutorado). Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Instituto René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte. 2018, 102p.

TEIXEIRA, I. N. D. O. Percepções dos profissionais de saúde sobre os critérios para indicar fragilidade no idoso. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar, Umuarama*, v. 12, n. 2, p. 127-132, maio/ago. 2008.

TEIXEIRA, L. M. F. Solidão, depressão e qualidade de vida em idosos: um estudo avaliativo exploratório e implementação-piloto de um programa de intervenção.

Dissertação (Mestrado). Secção de Psicologia Clínica e da Saúde, Núcleo de Psicologia da Saúde e da Doença. Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, Lisboa. 2010, 101p.

TEIXEIRA, S. M. de O. et al. Da velhice estigmatizada à dignidade na existência madura: novas perspectivas do envelhecer na contemporaneidade. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, v. 16, n. 2, p. 469–487, 30 jun. 2016.

TKATCH, R. et al. A qualitative study to examine older adults' perceptions of health: Keys to aging successfully. *Geriatric Nursing*, v. 38, n. 6, p. 485–490, 1 nov. 2017.

TORRES, L.T.; CAMARGO, B. V.; BOUSFIELD, A. B. S. Estereótipos sociais do idoso para diferentes grupos etários. [Social stereotypes of elderly for different age groups.]. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 32, n. 1, p. 209–218, 2016.

TURATO, E.R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005.

UCHÔA, E.; VIDAL, J.M. Antropologia Médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. *Cad. Saúde Pública*, v. 10, n. 4, p. 497-504, 1994.

UCHÔA, E. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n. 3, p. 849–853, jun. 2003.

UCHÔA, E.; FIRMO, J. O. A.; LIMA-COSTA, M. F. F. de. Envelhecimento e saúde: experiência e construção cultural. In: Minayo, MCS; Coimbra Júnior, CE A. *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2002. p.25-35.

VARGAS, E. et al. O ser idoso: autopercepção do envelhecimento por idosos que frequentam um centro e referência. *Revista da Jornada de Pós-Graduação e Pesquisa - Congrega Urcamp*, v. 15, n. 15, p. 482–491, 2018.

VELOZ, M. C. T.; SCHULZE, C.M.N.; CAMARGO, B. V. Representações sociais do envelhecimento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 12, n. 2, p. 479–501, 1999.

VERAS, R.P. Novos desafios para o jovem país envelhecido. In: Mirian, G. *Corpo, envelhecimento e felicidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.

VERMEIREN, S.; VELLA-AZZOPARDI, R.; BECKWÉE, D.; HABBIG, A.K.; SCAFOGLIERI, A.; JANSEN, B. et al. Frailty and the prediction of negative health outcomes: a meta-analysis. *J Am Med Dir Assoc.*, v. 17, n. 12, p. 1163-80, 2016.

WALTER, M. I. M. T. A dualidade na inserção política, social e familiar do idoso: estudo comparado dos casos de Brasil, Espanha e Estados Unidos. *Opinião Pública*, v. 16, n. 1, p. 186–219, jun. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Active ageing: a police framework*. A contribution of the World Health Organization to the Second United Nations World Assembly on Ageing. Madrid, Spain, april 2002. Disponível em:

https://web.archive.org/web/20150319062526/http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf. Acesso em: 13 set. 2019.

WILHELM-LEEN, E.R; HALL, Y.N., HORWITZ, R.I., CHERTOW, G.M. Phase Angle, Frailty and Mortality in Older Adults. *Journal of General Internal Medicine*, v. 29, n. 1, p. 147–54, 2014.

ANEXO I: Submissão do artigo

Author Dashboard

- 1 Submitted Manuscripts >
- 1 Manuscripts I Have Co-Authored >
- Start New Submission >
- Legacy Instructions >
- 5 Most Recent E-mails >

Submitted Manuscripts

STATUS	ID	TITLE	CREATED	SUBMITTED
ADM: RBGG, RBGG ADM: Tarcitano, Luiz Antônio	RBGG-2019-0209	Saúde e fragilidade na percepção de idosos: do bem-estar e polência às limitações e demandas de cuidados <ul style="list-style-type: none">Awaiting EIC Assignment. View Submission Cover Letter	13-Sep-2019	18-Sep-2019

Scanned by CamScanner

**ANEXO II: Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto René
Rachou – Fiocruz Minas**

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Fragilidade em idosos: percepções, mediação cultural, enfrentamento e cuidado

Pesquisador: Josélia Oliveira Araújo Firmo

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 49173415.8.0000.5091

Instituição Proponente: Centro de Pesquisas René Rachou/Fundação Oswaldo Cruz/ CPqRR/

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.327.653

Apresentação do Projeto:

A partir de múltiplas variáveis (pessoais, psicossociais, ambientais), chega-se a um envelhecimento com ou sem fragilidade. Além disso, pesquisas demonstram que é possível prevenir a fragilidade, e intervir para a melhoria do quadro da pessoa idosa, o que justifica esta pesquisa.

Por sua vez a fragilidade é determinada por múltiplos fatores, inter-relacionados e variáveis de indivíduo para indivíduo. Além do componente físico, há propostas com enfoques biomédicos e outras sublinham aspectos psicossociais. Dessa forma, a incidência e a prevalência da síndrome da fragilidade variam conforme a definição utilizada para a operacionalização da síndrome.

Em amostra de idosos em Belo Horizonte, Vieira et al (2013) encontraram uma prevalência de fragilidade de 8,7%. Estes resultados são parte do Estudo da Rede FIBRA (Rede de Estudo sobre Fragilidade em Idosos Brasileiros), cujo objetivo é investigar o perfil e a prevalência da Síndrome da Fragilidade em idosos brasileiros e seus fatores associados. Trata-se de um estudo epidemiológico de caráter

transversal, multidisciplinar e multicêntrico, que utiliza os critérios de Fried et al (2001) para definição de idosos frágeis, pré-frágeis e não frágeis. A Rede é composta por quatro polos (Universidade Federal de Minas Gerais, Universidade de Campinas, Universidade de São Paulo-Ribeirão Preto e Universidade do Estado do Rio de Janeiro), sendo o polo da UFMG, responsável por congrega quatro cidades: Belo Horizonte- Minas Gerais, Barueri- São Paulo, Cuiabá-Mato Grosso e Santa Cruz- Rio Grande do Norte, compondo um banco de dados de um total de 1756 idosos. Evidencia-se a importância de buscar um conhecimento em profundidade das formas como a pessoa idosa vivencia o processo de fragilização, como o percebe, como lida com ele, como cuida e é cuidada. Portanto, trata-se de compreender como o idoso frágil vivendo em determinado contexto percebe o processo saúde-doença-fragilidade, o que ele define como problema e quais estratégias utiliza para resolvê-lo.

Neste processo tem papel fundamental o “cuidador”. Cuidar é estar ao lado, presente afetivamente, querendo contribuir para a saúde da pessoa - sentindo com a pessoa.

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa e cunho etnográfico, que utiliza ferramentas da Antropologia Médica. Os participantes do presente estudo serão selecionados no banco de dados de pesquisa sobre fragilidade do idoso (rede FIBRA- Rede de Estudo sobre Fragilidade em Idosos Brasileiros, Polo Belo Horizonte, Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais parecer nº ETIC 187/07), um estudo de coorte, cujo objetivo é investigar o perfil e a prevalência da Síndrome da Fragilidade em idosos brasileiros e seus fatores associados. Idosos foram diagnosticados como portadores de fragilidade de acordo com o fenótipo de Fried et al (2004). Serão realizadas entrevistas presenciais guiadas por roteiro semi-estruturado. A coleta e a análise dos dados serão fundamentadas no modelo de “Signos, significados e ações”. Os relatos permitem reconstruir os comportamentos, os significados dados a eles e a práticas assumidas a partir disto. Todas as entrevistas serão gravadas e transcritas.

Objetivo da Pesquisa:

Compreender a percepção do idoso frágil em relação ao processo de fragilização e sua relação com esse processo.

Objetivos específicos

1. Compreender como a pessoa idosa percebe a saúde e o processo de envelhecimento.
2. Explorar a fragilidade como um desfecho possível da saúde da pessoa idosa.

3. Explorar a dinâmica da fragilidade na saúde do idoso, em termos de fatores pessoais (atitudes, comportamentos, crenças), contextuais (ambiente e recursos), da participação (rede de apoio social) e das condições de saúde.
4. Investigar os elementos favoráveis e desfavoráveis que participam desta dinâmica, na pessoa idosa, em relação ao acesso e aos recursos disponíveis para o cuidado.
5. Investigar as estratégias de enfrentamento do processo de fragilização utilizadas pelo idoso, antes, durante e depois da instalação de uma possível incapacidade.
6. Investigar como o gênero influencia na dinâmica da fragilidade da pessoa idosa.
7. Analisar o impacto da fragilidade percebido (negação, compensação, luto, sofrimento, superação, resiliência) pelo idoso.
8. Explorar a dinâmica da fragilidade na saúde do idoso, em termos de fatores pessoais (atitudes, comportamentos, crenças), contextuais (ambiente e recursos), da participação (rede de apoio social) e das condições de saúde.
9. Investigar os elementos favoráveis e desfavoráveis que participam desta dinâmica, na pessoa idosa, em relação às condições de saúde, ao ambiente, à demanda percebida, ao acesso e aos recursos disponíveis para o cuidado.
10. Investigar os elementos que participam da construção dos significados da fragilidade para a pessoa idosa, diante de um processo de fragilização.
11. Investigar as estratégias de enfrentamento construídas e ou utilizadas pelo idoso, diante de um processo de fragilização.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há riscos, pois o único procedimento é uma entrevista, assegurando-se ao participante o direito de recusar ou desistir da entrevista a qualquer momento.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto de maior relevância, muito bem elaborado, sob a responsabilidade de equipe altamente qualificada. Os participantes do presente estudo serão selecionados no banco de dados de pesquisa sobre fragilidade do idoso (rede FIBRA- Polo Belo Horizonte). A Rede é composta por quatro polos (Universidade Federal de Minas Gerais, Universidade de Campinas, Universidade de São Paulo-Ribeirão Preto e Universidade do Estado do Rio de Janeiro), sendo o polo da UFMG, responsável por congrega quatro cidades: Belo Horizonte- Minas

Gerais, Barueri- São Paulo, Cuiabá-Mato Grosso e Santa Cruz- Rio Grande do Norte, compondo um banco de dados de um total de 1756 idosos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Sendo esclarecido que o grupo do CPqRR integra a Rede Fibra, não haveria necessidade de apresentação de documentação de parceria. Ainda assim, foram apresentados estes documentos, não restando pendencia sobre esta questão.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Os esclarecimentos prestados são suficientes para aprovação do projeto pelo CEP.

Considerações Finais a critério do CEP:

Após submissão e análise do protocolo em questão, constamos que o estudo atende aos aspectos fundamentais da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Diante do exposto, o Comitê de Ética do CPqRR/FIOCRUZ Minas, de acordo com as atribuições á ele concedidas pela Legislação vigente, manifesta - se pela aprovação desta Emenda. Firma-se diante deste documento a necessidade de serem apresentados os relatórios anuais e final, bem como a notificação de eventos adversos, de emendas ou modificações no protocolo para apreciação do CEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_580147.pdf	28/10/2015 14:57:53		Aceito
Outros	RESPOSTA_PARECER.doc	28/10/2015 14:55:51	Josélia Oliveira Araújo Firmo	Aceito
Brochura Pesquisa	Modelo_do_Protocolo_de_Pesquisa.doc	14/09/2015 11:47:47	Josélia Oliveira Araújo Firmo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Idoso_fragil.docx	14/09/2015 09:08:11	Josélia Oliveira Araújo Firmo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_idoso_fragil.docx	10/09/2015 18:44:13	Josélia Oliveira Araújo Firmo	Aceito
Outros	Parecer_COEP_FIBRA.jpg	10/09/2015 17:41:10	Josélia Oliveira Araújo Firmo	Aceito
Outros	Autorizacao_utilizacao_dados_Redebra_MG.pdf	10/09/2015 17:37:17	Josélia Oliveira Araújo Firmo	Aceito

Folha de Rosto	Folha_rostro_idoso_fragil.pdf	10/09/2015 17:30:23	Josélia Oliveira Araújo Firmo	Aceito
----------------	-------------------------------	------------------------	----------------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 18 de Novembro de 2015

**Assinado por:
Naftale Katz
(Coordenador)**

ANEXO III: Autorização para utilização do banco de dados da Rede FIBRA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA, FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA
Av. Antônio Carlos, 6627 – Campus Pampulha – Belo Horizonte – MG. CEP: 31270-901
e-mail: effto-dfit@ufmg.br Telefax: (31)3409-4783

AUTORIZAÇÃO PARA EXPLORAÇÃO DO BANCO DE DADOS DA REDE DE ESTUDOS SOBRE FRAGILIDADE EM IDOSOS (REDE FIBRA)

Autorizo as pesquisadoras Josélia Oliveira Araújo Firmo e Karla Cristina Giacomini a utilizarem os dados do Pólo UFMG da Rede FIBRA para fins de exploração dos mesmos para pesquisas a serem desenvolvidas no Instituto Rene Rachou – FIOCRUZ

A handwritten signature in black ink, reading "Rosângela Correa Dias". The signature is written in a cursive style with a long horizontal stroke at the end.

Profa. Dra. Rosângela Correa Dias

Coordenadora do Pólo UFMG da Rede FIBRA

ANEXO IV: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “Fragilidade em idosos: percepções, mediação cultural, enfrentamento e cuidado”, coordenada pelo Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento (NESPE) do Centro de Pesquisas René Rachou da Fundação Oswaldo Cruz. Essa pesquisa tem como objetivo principal, conhecer e entender como idosos(as) percebem e lidam com a fragilidade.

O(a) senhor(a) foi selecionado(a) para participar desse estudo porque participou, em 2009, do Projeto FIBRA (estudo desenvolvido por pesquisadores da UFMG).

Sua participação nesta pesquisa consistirá em aceitar ter uma conversa com um pesquisador, em forma de entrevista, que será gravada. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Seu nome não será divulgado e somente os pesquisadores terão acesso à gravação da entrevista. Os dados obtidos por não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento, você pode desistir e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará prejuízo algum ao senhor(a).

A sua participação nessa pesquisa não trará riscos ao senhor(a) e sua participação poderá contribuir para um melhor entendimento da relação de idosos com o processo de fragilização, fornecendo subsídios para a melhoria do cuidado nas práticas de saúde.

O(a) senhor(a) receberá uma cópia deste termo onde constam telefones e o endereços institucionais do pesquisador principal e do CEP-CPqRR, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Josélia Oliveira Araújo Firmo - Coordenadora

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

Belo Horizonte, ___ de _____ de 2016.

Sujeito da pesquisa

Josélia Oliveira Araújo Firmo: Av. Augusto de Lima, 1715 – Barro Preto - Belo Horizonte, Cep: 30190-002; telefones: (31) 3349 7733, (31) 33497731

Comitê de Ética (CEP) - CPqRR/FIOCRUZ Minas: Av. Augusto de Lima, 1715, Barro Preto - Belo Horizonte (Cep: 30190-002) Secretária: Bernadete Patrícia Santos – TeleFax: (31) 3349 7825; e-mail: cepsh-cpqr@cpqrr.fiocruz.br

APÊNDICE I: Roteiro Semiestruturado da Entrevista com os Idosos (as)

MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ/FIOCRUZ
Instituto René Rachou – IRR
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
NESPE - Núcleo de Estudo em Saúde Pública e Envelhecimento
Pesquisa: “Fragilidade em idosos: percepções, mediação cultural, enfrentamento e cuidado”

ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DA ENTREVISTA COM OS IDOSOS (AS)

1. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

NOME: IDADE: ESTADO CIVIL: FILHOS? MORA SOZINHO? OU COM QUEM? OU QUEM MORA COM O ENTREVISTADO?

2. O que você entende que é saúde? O que você acha que é saúde boa? Como é uma pessoa que tem a saúde boa?

3. Para você o que é envelhecimento?

4. O que você acha que é uma pessoa velha? Como é uma pessoa velha?

5. Diga-me o que você faz durante todo o seu dia.

6. Você encontra dificuldades para fazer (o que a pessoa relatar) no seu dia-a-dia?

7. Como (a dificuldade citada) interfere na sua vida? O que você faz para resolver essa dificuldade?

8. Como você lida com as dificuldades do seu dia-a-dia desde que elas apareceram?

9. Essas dificuldades mudaram a sua vida? De que forma?

10. Como você se cuida?

11. Você conta com alguma ajuda? De quem?

12. Você vê alguma diferença na sua vida de 10 anos atrás para hoje?

13. Que conselho você dará a uma pessoa mais jovem com relação a sua saúde, para que ela envelheça bem?

14. Você utiliza o SUS (Sistema Único de Saúde)?



APÊNDICE II: Caracterização das pessoas idosas entrevistadas

Idosos (as)	Sexo	Idade *	Regional **	Configuração familiar ***	Relata ser cuidado(a) por	Condição de saúde (queixa principal relatada)	Código de identificação
E1	Fem.	74	Leste	Terreno de família, mora com cônjuge, filho mora em cima e cunhado ao lado.	Pelo esposo, filho, nora, irmãs.	Histórico de hipertensão, atualmente em controle sem medicação, hipótese de pequeno Acidente Vascular Encefálico, relato recente de fraqueza, perda de peso e anemia.	(M1, 74 anos)
E2	Fem.	72	Leste	Viúva, sem filhos, mora sozinha, Sobrinha reside perto, mas queixa de ficar sozinha.	Sozinha (por Deus)	Neuropatia periférica – ataca os nervos/as juntas, endurece as pernas, “doe mesmo”. Relata depressão, uso de medicação para dormir, histórico de quedas, diabetes, hipertensão, fratura na vertebra, desgastes na coluna, problemas no joelho, dor de cabeça, dor de cabeça e refluxo.	(M2, 72 anos)
E3	Mas c.	79	Centro-Sul e Leste	Casado, 2 filhas. Reside com a esposa	Pela esposa; fala da presença dos netos.	Dificuldade de extensão, queimação na perna, desgaste na coluna cervical, teve cálculo renal, trata para colesterol e pré diabetes.	(H3, 79 anos)
E4	Fem.	74	Centro-Sul e Leste	Casada, mora com esposo, tem 2 filhas.	Pelo marido; fala da presença dos netos.	Histórico de cirurgia de vesícula, varizes e catarata.	(M4, 74 anos)
E5	Fem.	76	Nordeste e	Viúva, tem 7 filhos (3 faleceram) mora com 2 netos, reside no lote da família (filha com três filhos).	Por todos membros da família.	Histórico de quedas e fratura.	(M5, 76 anos)
E6	Fem.	89	Barreiro	Mora com esposo. Três filhos revezam para estarem presentes.	Pelo esposo e filhos	Histórico de cirurgia de apêndice, vesícula. Atualmente zumbido na cabeça, perna bamba e nervo.	(M6, 89 anos)
E7	Mas c.	81	Centro-sul	Reside com a esposa. Tem três filhos.	Pela esposa e filhos	Vírus da hepatite, cirurgia de hérnias, alteração da pressão e obstrução no ouvido.	(H7, 81 anos)

E8	Fem.	93	Centro-sul	Solteira, morava sozinha. Atualmente mora com uma sobrinha e tem outras que dividem o cuidado.	Pelas sobrinhas netas.		Três quedas [Parkinson].	(M8, 93 anos)
E9	Mas c.	76	Oeste	Mora com a esposa e um filho. Tem dois filhos.	Hígido. expressa	Não	Glicose, neuropatia, operação de catarata, dor lombar e reposição de B12.	(H9, 76 anos)
E10	Mas c.	79	Barreiro	Reside com cônjuge e uma filha, mas tem mais duas filhas no lote. Possui 8 filhos.	Pelas filhas.		Remédio de tireoide [muitas partes da entrevista inaudível] relata histórico de zonzeira, nervosismo, dor de cabeça e etilismo que diminuíram.	(H10, 79 anos)
E11	Fem.	86	Barreiro	Viúva, 12 filhos (2 morreram) Reside com duas filhas, 1 trabalha e a outra é acamada, tem cuidadora em casa.	Pela filha e cuidadora.		Histórico de artrose que limita o movimento, recente conjuntivite e início de pneumonia.	(M11, 86 anos)
E12	Mas c.	86	Oeste	Separado, tem 8 filhos, reside sozinho e paga duas cuidadoras por período integral.	Pelas cuidadoras, especialmente uma que cuida dele há aproximadamente 15 anos.		Nove anos em diálise, histórico de onze cirurgias e fratura de fêmur.	(H12, 86 anos)
E13	Fem.	74	Barreiro	Reside com cônjuge e uma filha, mas tem mais duas filhas no lote. Possui 8 filhos.	Pelas filhas.		Diabetes com restrição alimentar e dificuldade de cicatrização- relata ferida que demorou dez anos para cicatrizar levou a internação e limitação da funcionalidade.	(M13, 74 anos)
E14	Fem.	78	Centro-sul	Reside com o esposo. Tem 3 filhos.	Hígida. expressa	Não	Colocou stent no coração.	(M14, 78 anos)
E15	Fem.	83	Pampulha	Reside com o esposo (dependente), no lote mora um filho.	Independente; tem ajuda do filho.		Em tratamento oncológico e necessita de cirurgia de hérnia.	(M15, 83 anos)
E16	Fem.	83	Centro-sul	Viúva, tem 3 filhos. Reside com a família de uma filha há 10 anos.	Pela filha.		Fratura no ombro, dor no corpo, problema na coluna cervical – lordose, tratamento de pressão e colesterol.	(M16, 83 anos)
E17	Mas c.	86	Centro-sul	Mora com a esposa e uma filha com necessidades especiais. Possui três filhos. Uma filha mora em frente.	Não expressa, quadro de declínio cognitivo. Especialmente		Portador de Alzheimer.	(H17, 86 anos)

pela esposa.									
E18	Mas c.	69	Centro- Sul e Leste	Reside com cônjuge. Tem 4 filhos e 6 netos.	4	Hígido. expressa	Não	Trata de Leucemia Mielosa Crônica e fez cirurgia de próstata.	(H18, 69 anos)
E19	Fem.	74	Pampul ha	Reside com esposo. Tem 3 filhos casados.	3	Não expressa		Relata somente um pouco de insônia.	(M19, 74 anos)
E20	Fem.	72	Noroest e	Reside com esposo (frágil) e na sala da entrevista tinha 2 filhos, nora, netos e amigos de netos.	2	Não expressa.		Queixa de equilíbrio	(M20, 72 anos)
E21	Fem.	74	Noroest e	Reside com um irmão com sofrimento mental.	1	Não expressa.		Problema de coração	(M21, 74 anos)
E22	Mas c.	74	Centro- Sul e Leste	Mora com a esposa e três filhas.	3	Pela esposa e filhas.		Mae teve toxoplasmose e perdeu 50% de uma visão e 90% da outra.	(H22, 74 anos)

*Idade no dia da entrevista

** Regional de residência no município de Belo Horizonte.

*** Elementos da configuração familiar. Aspectos complementares: Três casais foram entrevistados: H3 e M4; H10 e M13; M14 e H7. 11 entrevistados (M1, H3, M4, M5, H7, H9, M13, H18, M19, M20, H22) expressam espontaneamente e diretamente a participação dos netos em sua rotina.

FONTE: elaborado a partir dos dados da pesquisa.