

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO DE ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA A SAÚDE

LUCIANE PAULA BATISTA ARAÚJO DE OLIVEIRA

**A FRAGILIDADE E SUAS REPRESENTAÇÕES PARA IDOSOS
DOMICILIADOS, NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA**

NATAL/RN
2008

LUCIANE PAULA BATISTA ARAÚJO DE OLIVEIRA

**A FRAGILIDADE E SUAS REPRESENTAÇÕES PARA IDOSOS
DOMICILIADOS, NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA**

Dissertação apresentada no Curso de Mestrado em Enfermagem na assistência à saúde, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, para obtenção do título de Mestre.

Orientação: Profa. Dra. Rejane M^a Paiva de Menezes

NATAL/RN
2008

Catálogo da Publicação na Fonte. UFRN/
Biblioteca Setorial Especializada de Enfermagem Profª Bertha Cruz Enders

O48f Oliveira, Luciane Paula Batista Araújo de.

A fragilidade e suas representações para idosos domiciliados, no contexto da estratégia de saúde da família / Luciane Paula Batista Araújo de Oliveira. – Natal, 2008.

128 f. : il.

Orientadora: Rejane Maria Paiva de Meneses.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

I. Idosos – Cuidados - Dissertação. 2. Envelhecimento – Dissertação. 3. Enfermagem – Dissertação. 4. Saúde da família - Dissertação. I. Meneses, Rejane Maria Paiva de. II. Título.

RN/UF/BS-Enf.

CDU 616-053.9(043.3)

LUCIANE PAULA BATISTA ARAÚJO DE OLIVEIRA

**A FRAGILIDADE E SUAS REPRESENTAÇÕES PARA IDOSOS
DOMICILIADOS, NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA**

Dissertação apresentada no Curso de Mestrado em
Enfermagem na assistência à saúde, da
Universidade Federal do Rio Grande do Norte,
para obtenção do título de Mestre.

Área de Concentração: Atenção à saúde

Data da Defesa:

Resultado:

BANCA EXAMINADORA:

Prof Dra Rejane Maria Paiva de Menezes (Orientadora/ Titular)
Programa de pós-graduação em Enfermagem – UFRN

Prof Dra Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues (Titular)
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

Prof Dr Francisco Arnaldo Nunes de Miranda (Titular)
Programa de pós-graduação em Enfermagem – UFRN

Prof Dra Maria do Socorro Costa Alves Feitosa (Titular)
Programa de Pós-graduação em Odontologia Social - UFRN

DEDICATÓRIA

Aos meus avós, Eptácio Pereira de Araújo (*in memoriam*), Bernadete da Silva Araújo, Antônia Santos de Freitas e José Joaquim de Freitas (*in memoriam*). Durante a realização deste estudo, desde as primeiras palavras escritas, sempre pensava nos meus avós. Ao entrevistar os idosos no Passo da Pátria, algumas falas eram tão familiares para mim, que não lembrá-los seria impossível. Recordo-me de como foi difícil conter a emoção ao entrevistar um dos idosos que tinha um jeito de falar muito parecido com o meu avô Araújo, que nos deixou ainda nos primeiros meses de pós-graduação, mas certamente está muito feliz em me ver vivendo este momento.

A eles dedico, com muito carinho, a realização deste estudo!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a concretização do presente estudo. Em especial, gostaria de agradecer:

Primeiramente a **Deus**, por ter me guiado por tão bons caminhos, que me trouxeram a tudo o que tenho vivido até agora, dando-me força para realizar mais um objetivo, ou melhor, para transformar mais um sonho em realidade.

Aos meus pais, **Edmilson e Dulcinéa**, a quem devo tudo o que sou. A eles, porque me deram a liberdade de escolher aquilo que eu realmente queria ser, porque nunca deixaram de me apoiar. Porque, durante os vinte meses de mestrado, não houve sensação melhor que a de voltar para casa no fim do dia e saber que posso abraçá-los o quanto quiser!

Aos meus irmãos, **Ylka e Ítalo**. Como irmã mais nova, sempre os tive como grandes referências, principalmente de honestidade e da verdadeira amizade que pode haver entre irmãos.

Aos meus familiares (avós(as), tios(as), primos(as)), que sempre, de alguma forma, me apoiaram e se fizeram presentes. Incluo entre os familiares minha cunhada, meu cunhado e sobrinhos, que sempre me faziam sorrir, mesmo nos momentos de preocupação.

Às minhas amigas de Graduação, em especial, **Claudiana, Rayza, Michelly, Priscila e Fernanda**, pessoas muito especiais na minha vida.

Às minhas amigas de Mestrado, agradeço e parablenizo pelo empenho que todas tiveram durante esse percurso. Muito obrigada pelo incentivo e pelos momentos compartilhados, especialmente, na nossa disciplina de “Causas difusas”!

Aos **profissionais da U.S.F. do Passo da Pátria**, e aos **idosos** que participaram deste estudo, obrigada por torná-lo possível!

À minha orientadora, **Rejane M^a P. de Menezes**, que me acompanha desde as primeiras experiências na saúde do idoso, ainda na graduação, até os dias de hoje. Agradeço

todos os ensinamentos, por compreender minhas limitações e pela amizade que construímos ao longo desses anos. Muito obrigada por tudo!

A todos os **docentes** do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, especialmente **Prof^a Bertha C. Enders**, por quem tenho grande admiração e respeito, e **Prof^o Gilson V. Torres**, pelo excelente trabalho na coordenação da Pós-graduação.

Aos professores, e também colegas, da disciplina de Clínica Avançada, da qual fiz parte como professora substituta, em especial, ao **Prof^o Francisco de Assis Pinheiro**, pelo incentivo e por ser exemplo de um professor comprometido com a formação do Enfermeiro.

Às bolsistas **Illa** e **Ana Angélica**, que me auxiliaram na execução deste estudo.

A todos os amigos que a vida me deu. Graças a Deus, são tantos, que não poderia citar todos os nomes. Aproveito e acrescento aqui os colegas da graduação que não foram citados diretamente. Obrigada!

RESUMO

Este estudo teve como objetivo analisar representações sociais para idosos de sua situação de fragilidade em domicílio, com a presença de uma ou mais características, conforme definição estabelecida pelo Ministério da Saúde. É um estudo do tipo descritivo e de natureza qualitativa, fundamentado em princípios teórico-metodológicos da Teoria das Representações Sociais. Teve como cenário o domicílio de idosos residentes em área adscrita da Unidade de Saúde da Família (USF), da zona administrativa leste do Município de Natal/RN. Participaram 10 idosos (as), oriundos de zona rural (com exceção de um). Sete eram mulheres, sete sem cônjuge, apenas um sem filho, todos eles com aposentadoria ou pensão, a maioria sendo chefes de família e morando com filhos e outros parentes. A sua escolha foi intencional e de acordo com a necessidade de visita domiciliária da USF num período de tempo estabelecido, considerando o processo de saturação das informações. Como procedimentos de coleta, foram utilizadas a entrevista semiestruturada acompanhada de formulário e a observação participante, e conforme os preceitos éticos da Resolução nº. 196/96, com parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa da UFRN. Para a análise dos resultados, utilizou-se a análise de conteúdo temática na vertente de elaboração das representações, centrada na totalidade do discurso dos sujeitos, os chamados “sujeitos genéricos” contextualizados e capazes de representar o grupo no indivíduo. Os resultados obtidos indicam que a maioria dos (as) participantes deste estudo se expressava com dificuldades, para falar ou dar significado aos termos *fragilidade* e *ser frágil*, mesmo considerando que a sua maioria (oito) apresentava um ou mais dos aspectos da síndrome de fragilidade. A partir da análise de conteúdo das falas das pessoas idosas participantes deste estudo, foram alcançadas as seguintes categorias: *Fragilidade como doença e Doença como envelhecimento; O envelhecimento e a fragilidade como causadores de mudanças e dificuldades na vida diária; A presença de familiares na vida da pessoa idosa frágil; Fragilidade como algo que representa fraqueza e sua relação com o risco de sofrer quedas; A percepção de que ser frágil torna o idoso uma pessoa diferente; e A fragilidade não faz parte da vida do idoso*. Contudo, a partir do referencial da Teoria das Representações Sociais, inferiu-se que a fragilidade está ancorada no contexto domiciliar, nas atividades da vida diária, na condição de saúde, nas alterações fisiológicas percebidas e nas dificuldades de vida enfrentadas. Portanto, através desses processos, o “ser frágil” transformou-se em algo familiar e concreto, mostrando que o significado da fragilidade, além da definição científica encontrada nos universos reificados, pode ser ressignificado e construído dentro de universos consensuais. Sobre a atenção recebida pela equipe de Saúde da Família e pelo (a) enfermeiro (a), na visão dos idosos, ainda não aparecem como profissionais presentes e atuantes, embora eles façam menção à atuação do Agente Comunitário de Saúde (ACS).

Palavras-chave: Envelhecimento; idoso fragilizado; enfermagem; saúde da família.

ABSTRACT

This study aims to analyze social representations of elders to their fragile situation at home, with the presence of one or more characteristics, as defined by the Brazilian Ministry of Health. It is a descriptive and qualitative study, based on methodological principles of the Theory of Social Representations. Setting was the homes of elderly residents in the area ascribed to a Family Health Unit (FHU) in the city of Natal. A total of 10 elderly subjects, whose choice was intentional and according to the need for USF home visit in a period of time, considering the saturation process of the information. As collection procedures were used the semi-structured interview and participant observation in accordance with the ethical rules of Resolution No. 196/96, with the assent of the Ethics and Research UFRN. To analyze the results, it was used the thematic content analysis in the aspect of preparation of representations, focusing on the totality of the discourse of the subjects. The results indicate that most study participants felt difficult to give meaning to the terms *weakness* and *to be weak*, although many present one or more aspects of the syndrome of frailty. From the content analysis of participants' speeches in this study, we achieved the following categories: *fragility as illness and disease as aging, aging and frailty as causes of changes and difficulties in daily life, the presence of family life in the fragile elderly, fragility as weakness and the risk for falls, the perception of being weak like a different person in addition to the absence of fragility in elderly life*. Thus, through the processes of anchoring and objectification, the "fragile being" became familiar and concrete, showing that the meaning of *weakness*, besides the scientific definition found in the reified universes, can be reinterpreted and built within the consensus universes. About the care received by the staff of Family Health, from the viewpoint of older people there seems to be an understanding about the role of professional nurses; on the other hand, older people often mention the role of the Community Health Agent.

Key-words: Aging; frail elderly; nurse; health family.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fenótipo de fragilidade. Fonte: Brasil, 2006a	29
Figura 2 – Ciclo da fragilidade. Fonte: Brasil, 2006a	31
Figura 3 – Processo de Ancoragem de “Ser frágil”, para os idosos entrevistados	81

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Caracterização de idosos(as) residentes em área adscrita do Passo da Pátria quanto às categorias sociais, Natal/RN, 2008	66
Quadro 2 – Caracterização dos aspectos definidores para fragilidade em idosos residentes em área adscrita do Passo da Pátria, Natal/RN, 2008	68

LISTA DE SIGLAS

ABNT: Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACD: Auxiliar de Consultório Dentário
ACS: Agente Comunitário de Saúde
AVDs: Atividades da Vida Diária
ABVDs: Atividades Básicas da Vida Diária
AIVDs: Atividades Instrumentais da Vida Diária
CEP-UFRN: Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte
CREAI: Centro de Referência de Atenção ao Idoso
DCNTs: Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DIPs: Doenças Infecciosas e Parasitárias
ESF: Estratégia de Saúde da Família
ILPI: Instituição de Longa Permanência para Idosos
MS: Ministério da Saúde
NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS: Organização Mundial de Saúde
ONU: Organização das Nações Unidas
PID: Programa de Internação Domiciliar
PNAB: Política Nacional de Atenção Básica
PSF: Programa de Saúde da Família
SAS: Secretaria de Assistência à Saúde
SM: Salário Mínimo
SMS/Natal: Secretaria Municipal de Saúde de Natal
SUS: Sistema Único de Saúde
UFRN: Universidade Federal do Rio Grande do Norte
USF: Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 OBJETIVOS	23
1.1.1 Objetivo geral	23
1.1.2 Objetivos específicos	23
2 REVISÃO DE LITERATURA	24
2.1 O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO HUMANO	25
2.2 CONCEITOS DE FRAGILIDADE	28
2.3 POLÍTICAS DE ATENÇÃO AO IDOSO	37
2.4 MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE	41
2.4.1 Atenção à saúde do idoso	45
2.5 O IDOSO, A FAMÍLIA E O CONTEXTO DOMICILIAR	46
2.6 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	50
3 CAMINHO METODOLÓGICO	55
3.1 CONTEXTO DE ESTUDO	57
3.2 OS PARTICIPANTES	58
3.3 ASPECTOS ÉTICOS	59
3.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA	59
3.5 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS RESULTADOS	61
4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	62
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	63
4.2 O IDOSO E A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA	68
4.3 ANÁLISE DE CONTEÚDO	69
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
REFERÊNCIAS	88
ANEXOS E APÊNDICES	98

Introdução

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, alguns temas relacionados à geriatria e gerontologia têm recebido maior ênfase da literatura especializada e de estudiosos, em função da necessidade de novas perspectivas para a saúde do idoso.

De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (2005), a proporção de idosos, em todo o mundo, está crescendo mais do que em qualquer outra faixa etária. Em 2025, estima-se que existirão aproximadamente 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos, podendo chegar aos 2 bilhões em 2050, entre os quais 80% viverão em países em desenvolvimento.

Entende-se ser o envelhecimento uma consequência da transição demográfica e epidemiológica vivenciada no mundo, em princípios do século XX nos países desenvolvidos e, em meados do mesmo século, pelos países em desenvolvimento, como o Brasil, tendo como principais fatores a queda da fecundidade e mortalidade, e o aumento da expectativa de vida em vários países.

Desse modo, a população brasileira passou por várias transformações no decorrer do século XX, entre elas a mudança do perfil de morbidade e mortalidade no país. Observa-se uma redução da mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias (DIPs) e o aumento das causas crônico-degenerativas, embora essas modificações não signifiquem que as doenças transmissíveis tenham sido completamente superadas. De acordo com especialistas do assunto, as DIPs tiveram uma redução de 45,7% no total de óbitos no Brasil em 1930, para 5,9% em 1999. Por sua vez, as doenças cardiovasculares seguiram o caminho inverso, quando, no mesmo período, apresentaram um aumento de 11,8% para 31,3%/, no total de óbitos ocorridos no Brasil (CARMO; BARRETO; SILVA JR, 2003).

Lebrão (2007, p. 140) assegura que “tanto nos países desenvolvidos como em desenvolvimento, as doenças e agravos crônicos não transmissíveis são significativos, podendo causar incapacidade e reduzida qualidade de vida nos idosos”. Segundo a mesma autora, há de se mudar o paradigma atual, pois o fato de as pessoas idosas estarem associadas às doenças e à dependência tem de ser substituído por mudanças que lhes favoreçam viverem mais, porém permanecendo ativas e independentes por mais tempo.

Embora o envelhecimento, as doenças e as incapacidades não sejam sinônimos, frequentemente as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) são encontradas entre os idosos, podendo trazer consequências para sua saúde, como o surgimento de incapacidades

funcionais. Em condições adversas, como doenças, acidentes, dificuldades econômicas e estresse emocional, podem surgir condições patológicas que requeiram assistência e adaptações à vida diária, não só do idoso, mas de toda a família.

Em meio a essas transformações populacionais, observa-se também um aumento do grupo dos idosos mais idosos, em todo o mundo. No caso do Brasil, segundo resultados do censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2000), dos 14.536.029 idosos, uma parcela de 3.611.692 indivíduos encontra-se com 75 anos de idade ou mais, sendo que, entre 1991 e 2000, foi o segmento da população idosa o que mais cresceu, correspondendo a um crescimento de 49,3%, alterando a composição interna do próprio grupo e revelando uma heterogeneidade de características (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2000).

Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a), existem atualmente idosos frágeis vivendo no domicílio, principalmente dentro do grupo dos *mais idosos* (46% deles com 85 anos ou mais). Nesse sentido, vê-se que os anos a mais que são acrescentados na expectativa de vida dos brasileiros algumas vezes são acompanhados pelo surgimento das doenças crônicas e das incapacidades, reduzindo, assim, a perspectiva de uma velhice saudável e ativa.

Essa nova caracterização de idosos cada vez *mais idosos* também apresenta mudanças em seu perfil de morbimortalidade e contribui para que novas doenças se instalem nesta fase avançada da vida. Dentre elas, uma das condições comumente observada tem sido a chamada síndrome da fragilidade, de causa multidimensional (pois envolve fatores biológicos, psicológicos e sociais do indivíduo), que tem como consequência maior a vulnerabilidade a desfechos clínicos adversos (FRIED et al., 2001).

Compreende-se, então, que o processo de fragilidade no ser humano ocorre numa fase da vida em que existem as alterações físicas próprias da idade avançada e, quando associadas à presença de doenças crônicas, podem acelerá-lo. A fragilidade – entendida como uma síndrome – caracteriza-se por um estado de vulnerabilidade fisiológica relacionado à idade, que resulta da deficiente reserva metabólica e do comprometimento orgânico decorrente das alterações ocasionadas pelo envelhecimento e/ou da presença de doenças, levando a uma reduzida capacidade do organismo para suportar ou resistir ao estresse e/ou aos desafios ambientais (FRIED et al., 2001). Para esses autores, as principais mudanças relacionadas à idade que estão ligadas à síndrome da fragilidade são as alterações neuromusculares, a desregulação do sistema neuroendócrino e a disfunção do sistema imunológico.

Ressalta-se que hoje, no Brasil, há um grande contingente de idosos, dos quais muitos apresentam algum tipo de fragilidade. De acordo com estimativas do Ministério da Saúde, acredita-se que existam entre 10 a 25% de pessoas com mais de 65 anos e 46% daquelas que estão acima dos 85 anos, vivendo na comunidade, com algum grau de fragilidade, e com alto risco para desenvolver problemas adversos (BRASIL, 2006a).

É provável que a síndrome da fragilidade faça parte, com maior frequência, da realidade das pessoas idosas domiciliadas que se apresentam com a saúde debilitada, associada à incapacidade funcional, relacionadas ou não a déficits de marcha, diminuição auditiva e visual que, por se tratarem de perdas sensoriais importantes, certamente impõem mudanças na vida desses idosos e da sua família. Como consequência ou associado à fragilidade, também pode estar presente o isolamento social, acompanhado por uma sensação de tristeza e abandono sentida pelo idoso, agravando o ciclo da fragilidade e/ou reduzindo a expectativa de vida saudável ou livre de incapacidades. O próprio quadro clínico da síndrome torna o idoso mais vulnerável às complicações clínicas que, por sua vez, têm repercussões em sua vida diária e no convívio social.

Exemplos desses idosos com problemas crônicos de saúde e incapacidades são encontrados pelos profissionais de saúde nos diversos níveis de atenção (baixa, média e alta complexidade), apresentando um ou mais sinais de fragilidade identificados, na maioria das vezes, tardiamente e em estágio avançado, o que dificulta a aplicação de intervenções que possam subvertê-los ou minimizá-los. Compreende-se ainda que, de um modo geral, o avanço da idade está associado ao maior risco de ocorrência da síndrome da fragilidade, tornando prioritário o desenvolvimento de ações que possam prevenir e assistir esse grupo mais efetivamente.

Por outro lado, deve-se considerar também que muitos idosos são viúvos ou separados de seus companheiros, fato que os levam a conviver com familiares, em geral, filhos e netos, o que os torna parte de um novo cenário familiar. Ou, de outro modo, preferem morar sozinhos e contar com a ajuda de alguém contratado para esse fim.

Num outro aspecto, observa-se haver uma demanda de idosos acamados que permanecem à espera de um atendimento em domicílio, pois muitas vezes encontram-se incapacitados de se locomoverem até o atendimento de saúde. Dessa forma, pressupõe-se que, quanto mais cedo forem detectadas as alterações da síndrome da fragilidade em idosos domiciliados, maior será a chance de se promover saúde e prevenção das incapacidades.

Essas e outras situações são dificuldades enfrentadas pelo idoso frágil, o que cada vez mais os coloca na dependência de alguém para a realização de suas atividades da vida

diária. Percebe-se que somente o atendimento em nível de atenção básica de saúde não é suficiente, ao mesmo tempo em que se entende ser urgente um atendimento voltado para a promoção à saúde e manutenção da sua autonomia e independência funcional.

Embora as políticas governamentais de saúde voltadas para a pessoa idosa sejam bem elaboradas, ainda encontram-se em fase de implantação, não havendo, portanto, uma estrutura completa de serviços para a pessoa que envelhece e necessita de um acompanhamento mais focado nessa perspectiva, haja vista a importância de uma rede de suporte social especializada que atenda a todas essas demandas.

O Ministério da Saúde chama a atenção para a necessidade de se identificar as pessoas idosas que se encontram em uma condição subclínica da síndrome de fragilidade e, portanto, passíveis de intervenções preventivas, a fim de evitar ou retardar ao máximo a ocorrência dos sintomas adversos à saúde. Além disso, para aqueles que já apresentam manifestações da síndrome, a adoção de critérios de avaliação específicos contribuirá para o adiamento ou a amenização de tais respostas, permitindo preservar por mais tempo a autonomia e independência funcional dos idosos. (BRASIL, 2006a).

No ano de 2006, foi elaborada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, aprovada pela Portaria nº. 2.528, de 19 de outubro de 2006, tendo como principal finalidade a recuperação, manutenção e promoção da autonomia e independência dos idosos, através de medidas consoante os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Com essa política, ficam estabelecidos os dois grandes eixos norteadores para a integralidade de ações: o enfrentamento de fragilidades da pessoa idosa, da família e do sistema de saúde, e a promoção da saúde e da integração social, em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2006e).

Sendo assim, o idoso que procura assistência à saúde tem como porta de entrada no SUS os serviços de atenção básica, no contexto da Estratégia de Saúde da Família (ESF), caracterizada por “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde”. (BRASIL, 2006f, p. 10).

Atualmente, observa-se o aumento de idosos em processo de fragilidade em todos os níveis de assistência à saúde – hospitais, ambulatorios, clínicas especializadas, tanto no serviço público como na rede privada e no domicílio. O que implica na necessidade de profissionais preparados para atender a uma demanda de pessoas que precisam de uma atenção integral, e que considerem desde as questões mais gerais da saúde da pessoa idosa até os aspectos da fragilidade, independente do nível de atenção em que o usuário se encontre.

O atual modelo da Estratégia de Saúde da Família preconiza, prioritariamente, ações de promoção e prevenção em domicílio, evitando o aumento das complicações, através da prevenção dos agravos e outras alterações que possam surgir e alterar o estado de saúde e, ao mesmo tempo, postergar o atendimento em outro nível de atenção de maior complexidade.

A assistência à saúde no domicílio enfatiza ações de promoção à saúde, proteção específica e prevenção de agravos, através da atuação de uma equipe interdisciplinar, além de contar com o apoio da família. Contudo, as ações de saúde destinadas para a pessoa idosa, nesse nível de atendimento, não têm ocorrido de forma integral, uma consequência da incapacidade do sistema por nem sempre poder garantir os serviços secundários necessários ao atendimento integral da atual demanda de idosos, nesses serviços.

Cuidar de um idoso dependente e frágil no domicílio é uma tarefa complexa, pois o estado de saúde alterado implica na necessidade desse idoso ter alguém que possa responsabilizar-se pelo seu cuidado. Assim, esse cuidador tem papel importante e poderá ser ou não um familiar, que em algumas situações se encontra sobrecarregado, a ponto de ter que modificar sua rotina como forma de adaptar-se ao idoso, para prestar-lhe cuidados.

Considerando a enfermagem como uma profissão que, desde o início de sua história, é marcada pela tradição do cuidar, seja no ambiente domiciliar ou em instituições de saúde, o enfermeiro deve desempenhar importantes tarefas no cuidado ao idoso frágil.

No atual contexto de saúde da população que envelhece em condições precárias de vida, fazem-se necessárias outras medidas mais voltadas às pessoas idosas. Nesse sentido, os profissionais de saúde devem apresentar competências e habilidades suficientes para dar respostas às necessidades de saúde dos idosos que vivem na comunidade e, em especial, àqueles que apresentam fragilidade ou algum risco para desenvolvê-la.

A literatura pesquisada acerca do tema refere-se às ações do cuidado ao idoso com fragilidade através da atuação de uma equipe multiprofissional, consequência da sua multidimensionalidade, muito embora, tradicionalmente, o enfermeiro realize suas intervenções em domicílio. Razão esta, que ressalta o atendimento desse profissional à pessoa idosa, numa etapa inicial, através do rastreamento de idosos em situação de fragilidade no domicílio, junto à família ou morando sozinhos, de maneira que, a partir daí, sejam imediatamente aplicadas as medidas necessárias pelos outros profissionais da equipe.

Entende-se que o enfermeiro pode contribuir através de um atendimento domiciliário, buscando a interação entre familiares e/ou cuidadores, compartilhando conhecimentos, provendo ambientes favoráveis à manutenção da capacidade funcional, de forma a assumir a corresponsabilidade no cuidado ao idoso.

O presente estudo desenvolve-se, assim, a partir da importância que possuem o processo de envelhecimento e a saúde do idoso fragilizado no ambiente domiciliar, no contexto da Estratégia de Saúde da Família, considerando idosos que estejam em domicílio, apresentando alguma dificuldade de acesso ao serviço de saúde e que, por alguma razão, tenham solicitado uma visita da equipe da USF.

Apesar das políticas nacionais enfatizarem a importância do atendimento ao idoso no âmbito do domicílio, os serviços de atenção básica ainda não oferecem uma assistência voltada para as questões do idoso frágil. Por outro lado, considera-se igualmente importante que haja compreensão acerca da fragilidade por parte do próprio idoso que vivencia esse processo e pode ter suas representações sobre o “ser frágil”. Por isso, é fundamental conhecer o idoso em processo de fragilidade no domicílio, tendo em vista a frequência com que se encontram idosos vivendo, na comunidade, com limitações funcionais, incapacidades físicas e/ou mentais, enfrentando situações difíceis em seu cotidiano.

É preciso, então, que o enfermeiro esteja atento não só às alterações físicas e fisiológicas advindas do processo de envelhecimento, mas também para possíveis alterações da dinâmica familiar, visto que uma situação de dependência e redução da capacidade funcional tem grande repercussão na vida das pessoas, pois envolve questões de natureza não só biológica ou física, mas também emocional e social.

Nesse contexto, é fundamental que essa fragilidade e suas repercussões sejam compreendidas não só pelo profissional que presta assistência, mas principalmente pelo próprio idoso, que vivencia todo esse processo no domicílio. No enfrentamento da fragilidade fazem-se necessárias mais que intervenções de uma equipe de saúde: é preciso que o próprio idoso compreenda a situação vivida por ele, visto que ele é a pessoa que pode expressar verdadeiramente como a percebe, considerando seu contexto de vida e, assim, suas representações relativas à fragilidade.

Para melhor compreensão acerca das alterações fisiológicas e patológicas, além de outras mudanças sociais e psicológicas instaladas no processo de envelhecimento que envolvem pessoas idosas e/ou os idosos mais idosos e a síndrome da fragilidade, este estudo destina-se a encontrar respostas para os seguintes questionamentos:

- Qual o significado de “ser frágil”, para os idosos deste estudo?
- Quais as principais alterações fisiológicas apresentadas pelos idosos relacionadas à instalação da síndrome de fragilidade (de acordo com a caracterização do Ministério da Saúde), expressas pelos idosos em seu domicílio?

- Que dificuldades enfrentam os idosos e seus familiares, no processo de instalação de fragilidade?

- Como os idosos e/ou familiares deste estudo identificam a atenção recebida pelo enfermeiro(a), no atendimento aos seus problemas de saúde?

Portanto, o problema de pesquisa deste estudo tem como foco os idosos no domicílio, apresentando uma ou mais características da instalação da síndrome de fragilidade, com susceptibilidade a eventos adversos como quedas, agravamento de comorbidades e/ou surgimento de incapacidades. Ressalta-se, aqui, que nem todos os indivíduos vivenciam o envelhecimento da mesma forma. Sendo alguns mais influenciados por fatores biológicos, sociais e psicológicos, encontram-se mais fragilizados, com maior propensão a desenvolver comorbidades e complicações de doenças preexistentes, caso não haja um acompanhamento adequado, principalmente no âmbito do domicílio.

Com base nas afirmações e discussão da problemática, elaboraram-se os seguintes pressupostos:

- A pessoa idosa que se encontra no domicílio, com algum problema crônico de saúde, dificuldades de locomoção e limitações na realização de suas Atividades da Vida Diária (AVDs), poderá desenvolver um quadro de saúde que favoreça a instalação da síndrome de fragilidade.

- Ao identificar mudanças advindas do processo de fragilidade em idosos domiciliados, considera-se que o enfermeiro capaz de desenvolver ações de promoção, prevenção e proteção específica, juntamente com a equipe da USF, possa contribuir para postergar a instalação de incapacidades nos idosos.

- Acredita-se que, quando o idoso elabora representações acerca da fragilidade, ele poderá compreender esse processo, eventualmente contribuindo para o seu próprio enfrentamento diante dessa situação vivida no domicílio, junto aos familiares.

Acredita-se também que o idoso em processo de síndrome de fragilidade e a sua família precisam ser orientados de forma enfática quanto à fragilidade e/ou a instalação do processo de fragilidade. Principalmente, quando se tratar do grupo de idosos acima de 75 anos, pelo fato de ser exatamente esse grupo que, em geral, apresenta uma ou mais doenças crônicas, algumas vezes, déficits sensoriais, ou que já se submeteu a cirurgia, além de outros aspectos sociais e psicológicos que os colocam em situações limítrofes para a instalação da síndrome de fragilidade.

Portanto, é importante que cuidadores, familiares e, principalmente, o próprio idoso, compreendam todo esse processo, de forma que possam contribuir positivamente durante a sua instalação, já que esta pode levar anos para manifestar-se.

De acordo com a política de atenção básica em saúde, deve existir uma assistência integral à saúde (incluindo a assistência de enfermagem) tendo como porta de entrada a ESF. No entanto, a ESF possui algumas limitações e em certas situações mantém seu enfoque nas questões clínicas, deixando de dar respostas à população.

Logo, espera-se que, ao final deste estudo, tanto o idoso, como seus familiares possam conhecer e identificar a síndrome da fragilidade e o enfrentamento de mudanças consequentes dessa condição que atualmente acomete cada vez mais os idosos no domicílio, junto aos seus familiares. Assim, o objeto deste estudo é definido como sendo a forma como a pessoa idosa portadora da síndrome da fragilidade, ou com risco para desenvolvê-la, vive no domicílio, no contexto da ESF, e o significado atribuído a essa situação.

As razões que me motivaram à realização deste estudo remetem às minhas experiências como aluna de graduação, como monitora da disciplina Enfermagem em Clínica Ampliada no Contexto de Atenção à Saúde do Idoso, no curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). E à vivência do ensino teórico-prático dessa área, na assistência individual no contexto hospitalar e ambulatorial, bem como na saúde coletiva, em nível de atenção básica de saúde.

Desde então, desenvolvo atividades relacionadas com grupos de idosos, seja em nível de promoção à saúde, seja em atenção individual na clínica médica, no ensino teórico-prático de enfermagem em clínica avançada, como professora substituta no curso de graduação de enfermagem da UFRN, como também neste trabalho, o qual foi pesquisado no contexto da Estratégia de Saúde da Família.

Neste caminho de aproximação com a temática, os problemas que envolvem o envelhecimento humano se tornaram cada vez mais presentes, daí a decisão de desenvolver este estudo como exigência para o grau de Mestre.

Após algumas experiências com idosos domiciliados que vivem junto aos familiares e são portadores de doenças crônicas e em processo avançado de fragilidade, no enfrentamento do sofrimento advindo dessa síndrome ou pela falta de um atendimento mais humanizado e integral dos serviços de atenção básica de saúde, compreendo ser cada vez maior a necessidade do desenvolvimento de um estudo no contexto da ESF.

Portanto, a partir da problemática descrita, este estudo abordará o idoso em domicílio, morando sozinho ou com familiares, o qual apresente pelo menos um dos aspectos

que indicam sinais de fragilidade, de acordo com a conceituação do Ministério da Saúde, e assim definido:

Considera-se 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, 2006e)

Espera-se que, ao final deste estudo, após conhecer como o idoso representa a fragilidade vivida por ele no domicílio, junto a familiares ou não, no contexto da Estratégia de Saúde da Família, possa haver contribuição tanto para os idosos que vivem esse processo, como para a família, ao reconhecerem a fragilidade como algo que pode fazer parte do envelhecimento, mas que deve ser prevenido ou minimizado, para se ter uma velhice na qual a capacidade funcional e autonomia do idoso possam ser preservadas. Acredita-se que será possível contribuir também com os profissionais que atendem a idosos nos serviços de saúde, nos diferentes níveis da assistência e, em especial, na atenção básica, dado o contexto em que o estudo se desenvolve, ao demonstrar as manifestações que caracterizam a presença da fragilidade e ao identificar como o idoso percebe a atuação da enfermagem, no âmbito do domicílio.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

- Analisar as representações sociais de idosos domiciliados que apresentem uma ou mais características para o desenvolvimento da fragilidade, no contexto da Estratégia de Saúde da Família.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Identificar as dificuldades apresentadas pelo idoso e seus familiares quanto às mudanças decorrentes do envelhecimento.

- Descrever os significados das alterações fisiológicas apresentadas pelos idosos com riscos para desenvolver a fragilidade, de acordo com o conceito do Ministério da Saúde.

- Identificar como a atuação da enfermagem é percebida pelo idoso, no contexto de atenção em domicílio, na ESF.

- Identificar as representações sociais de idosos domiciliados acerca da fragilidade.

Revisão da Literatura

2 REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo consiste na fundamentação teórica de alguns referenciais que conceituam, explicam, interpretam e analisam a temática deste estudo, sobre a fragilidade e a sua representação para pessoas idosas domiciliadas, desde o entendimento de sua problemática, como foco atual de preocupação nos serviços de assistência a saúde, até as políticas de atenção voltadas para a pessoa idosa. Além disso, se aborda o significado da fragilidade como situação vivida por uma grande parcela dos idosos mais idosos, que necessita de maior atenção por parte dos profissionais que hoje compõem a rede de serviços de atenção à saúde da pessoa idosa.

Assim sendo, este capítulo é subdividido em temas que se constituem de interesse principal deste estudo, a saber: o processo de envelhecimento humano e da sociedade, suas definições e processos; a teoria e o conceito de fragilidade, e a condição de fragilidade; as políticas de atenção ao idoso; o modelo de assistência à saúde e a atenção à saúde do idoso; o idoso, a família e o contexto domiciliar; e, finalmente, a Teoria das Representações Sociais.

2.1 O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO HUMANO

As mudanças que ocorreram na estrutura demográfica da população brasileira, nas últimas décadas, com redução da mortalidade infantil e da fecundidade, provocaram alterações no quadro de morbimortalidade, no qual as doenças infecciosas agudas, que atingem com maior frequência a população infantil, estão sendo substituídas pelas doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), que acometem os indivíduos na idade adulta e idosos. Por isso, a OMS tem alertado todos os países para o fato de que as doenças crônicas serão a principal causa de morte e incapacidade no mundo, em 2020, contribuindo com cerca de dois terços do total das doenças e trazendo altos custos com os cuidados de saúde, para toda a sociedade. (LITVOC; BRITO, 2004).

Portanto, as consequências do processo de transição demográfica da população brasileira é que vão modificando a idade de morrer e, conseqüentemente, existirá um número crescente de pessoas acometidas por DCNT, fato que tem grande importância para o

planejamento dos serviços de saúde e para a formação de recursos humanos e de ensino na área médico-assistencial (LITVOC; BRITO, 2004).

Conforme Lebrão (2007, p. 138), “a transição epidemiológica implica em mudanças nos padrões de morbidade, além da mortalidade [...], pois a queda inicial da mortalidade se concentrou nas causas de mortes infecciosas”, já que atualmente existem várias formas de prevenir e tratar doenças infecciosas e a frequência destas tem diminuído. Contudo, observa-se um número crescente de pessoas acometidas pelas chamadas Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

O processo de envelhecimento ocorreu nos países desenvolvidos, ao longo de 200 anos, dando tempo para programar estratégias institucionais para compensar os efeitos das desigualdades sociais e econômicas, pelo menos, na área de acesso aos serviços de saúde (LEBRÃO, 2007). Assim, observa-se que os países desenvolvidos primeiro ficaram ricos e depois envelheceram; e os países da América Latina e Caribe estão ficando velhos antes de serem ricos. (PALLONI; PINTO-AGUIRRE; PELAEZ, 2002).

O crescimento da população idosa no Brasil e em toda a América Latina está mais ligado à redução da mortalidade infantil que ocorre a partir da década de 1930 do que às melhorias nos padrões gerais de vida. É importante lembrar que muitos idosos dos países em desenvolvimento foram expostos à desnutrição e outras doenças, em uma etapa precoce da vida, diferentemente do que ocorreu com os idosos dos países industrializados, e por isso acredita-se que tais questões possam ter efeitos fisiológicos duradouros, capazes de afetar consideravelmente o estado de saúde dos adultos e idosos. (PALLONI; PINTO-AGUIRRE; PELAEZ, 2002).

Assim, diante do processo de envelhecimento no Brasil e na América Latina, considera-se importante conhecer as condições de vida, de saúde, econômicas e de suporte social dos idosos, para que se possa estar preparado para atender às demandas sociais, sanitárias, econômicas e afetivas dessa parcela da população, que, atualmente, é a que mais cresce nessas regiões. (LEBRÃO, LAURENTI, 2005).

Segundo Hayflick (1997), o envelhecimento não é a mera passagem do tempo: é a manifestação de eventos biológicos que ocorrem ao longo de um período, algo onipresente no mundo material e vivo, sendo um fenômeno que ocorre com todos. Alguns encaram o envelhecimento como algo inevitável, aceitando-o como o destino da maioria das coisas com as quais estamos familiarizados e como uma consequência normal da passagem do tempo. Outros levam uma parte substancial de suas vidas em atividades destinadas a deter ou anular os efeitos indesejados do envelhecimento, em si próprios e naquilo que os cerca.

À medida que envelhecemos, ocorrem milhares de mudanças em todos os órgãos e tecidos, em cada célula que os compõe, dando origem às manifestações mais óbvias do envelhecimento, incluindo mudanças nos sistemas imunológico, endócrino e cardiovascular, as quais são consideradas normais e não estados de doenças. (HAYFLICK, 1997).

O envelhecimento é caracterizado como um processo dinâmico, progressivo e irreversível, no qual interagem fatores biológicos, psíquicos e sociais. Apesar da indefinição sobre o início do processo, é certo que o fenômeno do envelhecimento é multifatorial e multidimensional. Esses múltiplos fatores e o diferente grau de interação entre os mesmos justificam a grande variabilidade de comportamento biológico e psicossocial de um idoso em relação a outro. (ELIOPOULOS, 2005).

Os dados científicos relacionados com o envelhecimento e adaptações de vida combinam-se com informações das ciências sociológicas, biológicas, da psicologia e outras ciências, para proporcionar cuidado especializado à população mais idosa. (ELIOPOULOS, 2005).

De acordo com Elias (2001, p. 82),

A maneira como as pessoas dão conta, quando envelhecem, de sua maior dependência dos outros, da diminuição de sua força potencial, difere amplamente de uma para outra. Depende de todo o curso de suas vidas e, portanto, da estrutura de sua personalidade. Mas talvez seja útil lembrar que algumas das coisas que os velhos fazem, em particular coisas estranhas, estão relacionadas a seu medo de perder a força e a independência, e especialmente de perder o controle de si mesmos.

Ainda existem dúvidas a respeito dos mecanismos que acarretam modificações das funções orgânicas das pessoas idosas, particularmente daquelas que atingem idades mais avançadas, o que torna adultos saudáveis em idosos frágeis, com redução das reservas funcionais, maior vulnerabilidade a muitas doenças e, conseqüentemente, à morte (BRITO; LITVOC, 2004).

Deve-se ressaltar que a alta de prevalência das doenças crônicas não transmissíveis tem importantes implicações para a saúde das pessoas que estão envelhecendo. Tem sido descrita uma associação significativa, em populações portadoras dessas doenças crônicas, entre a utilização excessiva dos serviços de saúde, institucionalizações desnecessárias e as diversas incapacidades e limitações físicas ou cognitivas para realizar as tarefas do dia-a-dia (BRITO; LITVOC, 2004).

Apesar de ser um processo natural, muitas pessoas enfrentam o envelhecimento como se fosse uma experiência patológica; assim, uma compreensão precisa desse processo pode promover uma atitude positiva dirigida à idade avançada. O enfermeiro deve, então, entender os múltiplos fatores que influenciam o processo de envelhecimento (como hereditariedade, nutrição, estado de saúde, experiências de vida, o ambiente, a atividade e o estresse) e reconhecer que os resultados são peculiares a cada indivíduo. (ELIOPOULOS, 2005).

Para Eliopoulos (2005), costuma-se definir o envelhecimento como “os preconceitos e estereótipos que são aplicados aos idosos unicamente com base em sua idade”, o que nos remete a pensar que envelhecer não pode ser atribuído unicamente à passagem do tempo, haja vista a diversidade de fatores relacionados a esse processo.

A mesma autora, ao descrever o processo do envelhecimento, afirma que “a vida é um processo de modificação contínua. Os bebês tornam-se crianças, os adolescentes florescem em jovens adultos e tornam-se cidadãos adultos independentes. A continuação das mudanças mais tarde na vida é natural e esperada”.

2.2 CONCEITOS DE FRAGILIDADE

Para melhor compreender acerca das mudanças percebidas pelo idoso relacionadas à fragilidade, buscaram-se fontes que tratam sobre a temática. Isso possibilitou a reunião de informações sobre fragilidade a partir de diferentes pontos de vista (o ponto de vista de autores das ciências sociais, daqueles que veem a fragilidade como uma síndrome, como uma condição de saúde, e outros), discutidos a seguir.

A ideia de fragilização – que pode aparecer como característica do envelhecimento – está coberta de vários significados, dependendo, em grande medida, da forma como o termo é utilizado em diferentes áreas do conhecimento. (ALVES, 2002). Segundo o citado autor, parece haver um consenso entre os pesquisadores sobre a associação entre a fragilização e a vulnerabilidade, onde a primeira está ligada a algo “quebradiço, pouco vigoroso ou débil”, e a segunda se refere ao estado no qual o indivíduo encontra-se susceptível a algo que possa alterar seu estado físico e/ou mental. Alves (2002) observa que o significado de fragilidade geralmente se refere a eventos tidos como provocadores de determinadas desordens nos indivíduos.

Para tornar compreensível o significado de fragilização (ou do processo de fragilização) é importante observar que, quando se analisa uma situação de vulnerabilidade do indivíduo, deve-se levar em consideração a presença de um conjunto de elementos, como a intersubjetividade, contexto e situação social em que se encontra esse “eu” (ALVES, 2002).

Ao considerar-se a ideia de fragilidade do ponto de vista da experiência, se podem relacionar importantes questões. Por exemplo: “como [os idosos] dão significado às experiências tidas como fragilizadoras?” ou “em que sentido [eles] se sentem fragilizados e impotentes para administrar suas vidas, levando-se em conta as situações cotidianas de [sua comunidade]?” (ALVES, 2002).

Tendo em vista o conflito de alguns autores na definição do que seria fragilidade, adotar-se-à neste estudo o mesmo conceito citado pelo Ministério da Saúde, qual seja, o definido por Fried et al. (2001), que afirma ser a fragilidade uma síndrome clínica na qual três ou mais dos critérios a seguir estão presentes: perda de peso não-intencional¹ (10 libras ou 4,5 kg no último ano), exaustão auto-referida, fraqueza (força de preensão), baixa velocidade da marcha, e baixa tolerância a atividade física.

Os cinco critérios acima compõem o fenótipo da fragilidade e encontram-se esquematizados a seguir (Figura 1). A autora utiliza o termo fenótipo como “aparência externa do indivíduo, forma ou imagem, masculino ou feminino (características observáveis do organismo). É o produto da interação entre os genes, e da interação entre o genótipo e o ambiente” (FRIED ET al., 2001).

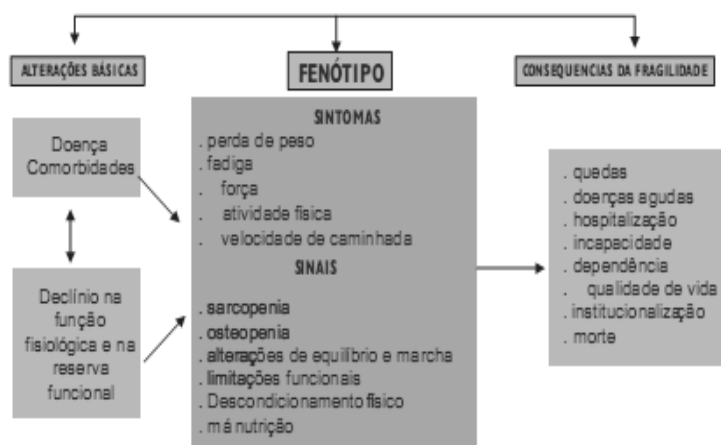


Figura 1 – Fenótipo de fragilidade

Fonte: (BRASIL, 2006a)

¹ Nas citações diretas e títulos de obras (livros/artigos), a ortografia antiga será mantida, por fidelidade à obra citada.

Em um dos cadernos de atenção básica do Ministério da Saúde, que trata do envelhecimento e saúde da pessoa idosa, há uma seção dedicada à fragilidade do idoso na qual as considerações apresentadas fazem referência a estudos americanos realizados por Fried e seus colaboradores (2001).

Tendo em vista o conflito de definições entre os autores sobre fragilidade, adotou-se neste estudo o mesmo referencial preconizado pelo Ministério da Saúde. Assim sendo, este estudo faz uso da definição de Fried et al. (2001) citada a seguir:

Uma síndrome multidimensional envolvendo uma interação complexa dos fatores biológicos, psicológicos e sociais no curso de vida individual, que culmina com um estado de maior vulnerabilidade, associado ao maior risco de ocorrência de desfechos clínicos adversos – declínio funcional, quedas, hospitalização, institucionalização e morte.

Alguns profissionais consideram a fragilidade como uma condição intrínseca do envelhecimento, o que pode ocasionar intervenções tardias, com menor chance de reversão das consequências adversas da síndrome; isso inclui a redução da expectativa de vida saudável ou livre de incapacidades. (BRASIL, 2006a).

De acordo com dados do Ministério da Saúde, estima-se que entre 10 e 25% das pessoas com mais de 65 anos e 46% das que estão acima dos 85 anos vivendo na comunidade sejam frágeis, com um alto risco para desenvolver problemas adversos. Percebe-se que a idade mais avançada pode estar associada ao maior risco de ocorrência da síndrome, o que mostra a importância de se priorizar grupos de pessoas idosas na fase de velhice avançada, na organização dessa atenção. (BRASIL, 2006a).

Segundo o modelo proposto por Fried et al. (2001), as principais mudanças relacionadas à idade que estão subjacentes à síndrome da fragilidade são: alterações neuromusculares (principalmente a sarcopenia), desregulação do sistema neuroendócrino, disfunção do sistema imunológico (Figura 2).

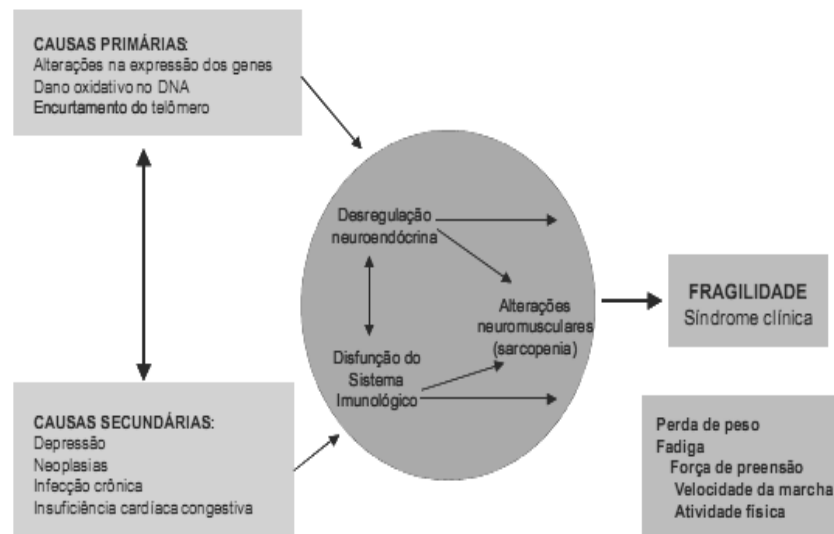


Figura 2 – Ciclo da fragilidade
Fonte: (FRIED et al., 2001)

Dessa forma, “eventos simples como uma infecção respiratória podem desencadear conseqüências em outros sistemas levando, por exemplo, a um quadro de insuficiência cardíaca e renal, elevando a mortalidade”. (CHAIMOWICZ, 1997).

Em estudo recente realizado na Dinamarca e publicado nos arquivos de gerontologia e geriatria, procurou-se verificar se a fadiga durante a realização de AVD poderia ser uma forma de mensurar, subjetivamente, a fragilidade em idosos vivendo na comunidade (SCHULTZ-LARSEN; AVLUND, 2007).

De acordo com os autores acima, na prática clínica os termos “comorbidade”, “fragilidade”, “incapacidade” e conceitos similares são analisados na busca de se entender o processo de incapacidade no envelhecimento. Pesquisas recentes mostram que comorbidade, fragilidade e incapacidade definem entidades clínicas distintas, que são comumente relacionadas, onde cada um tem diagnóstico próprio e necessita de cuidados específicos (SCHULTZ-LARSEN; AVLUND, 2007).

Em pesquisa realizada na Dinamarca por Schultz-Larsen e Avlund (2007), os idosos participantes realizaram vários exames e testes, a fim de identificar a existência de comorbidades, e foram acompanhados por um período de 15 anos, com intervalos de 5 anos para avaliação. As condições crônicas encontradas foram: hipertensão arterial, diabetes mellitus, bronquite, osteoartrites, estenose arterial e infarto do miocárdio. Ao associar a fadiga nas AVDs com as variáveis (gênero, anos de estudo, renda, comorbidade e tolerância máxima a exercícios físicos), demonstrou-se que pessoas que não relatavam fadiga nas AVDs eram

fisicamente mais fortes e mais saudáveis, e tinham maior renda que aquelas que referiam fadiga.

Durante os cinco, dez e quinze anos de seguimento do estudo, as mulheres adquiriram incapacidades com maior frequência, quando comparadas aos homens; a mortalidade foi maior entre os homens; e a maioria dos que faleceram estavam entre os que referiam fadiga. Mesmo ajustando os resultados de acordo com as variáveis, a fragilidade é um fator que predispõe risco para desfechos adversos, como incapacidade e morte. A fadiga ou indisposição nas AVDs também têm sido associadas a limitações funcionais, hospitalização e cuidados domiciliários (SCHULTZ-LARSEN; AVLUND, 2007).

Segundo Schultz-Larsen e Avlund (2007), os resultados encontrados sobre idosos vivendo na comunidade com fragilidade física (52% da amostra) se comparam aos encontrados por Fried et al. (2001), visto que o percentual de idosos do estudo dinamarquês citado anteriormente apresentam semelhanças com relação aos 46,6% dos sujeitos estudados por Fried, classificados como “idosos com fragilidade intermediária”.

Foi analisado que a fadiga na realização das AVDs não só é um forte fator de predisposição de incapacidade e mortalidade, como também é um mediador nos efeitos da comorbidade e na capacidade de realizar exercícios que exigem esforço físico, configurando-se então como uma medida subjetiva válida para identificar sinais de vulnerabilidade à fragilidade em idosos, mostrando a necessidade de estratégias de prevenção (SCHULTZ-LARSEN; AVLUND, 2007).

Por fim, os autores afirmam que a definição de fragilidade deve se basear numa perspectiva bidimensional: uma dimensão que reflita uma interpretação objetiva e quantitativa da fragilidade, feita por um profissional de saúde, e uma dimensão que represente a percepção subjetiva e as experiências de saúde do idoso (SCHULTZ-LARSEN; AVLUND, 2007).

De acordo com a Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa – Portaria nº. 2.528/2006),

Considera-se 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, apresenta 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, 2006e)

Por critério etário, a literatura estabelece que também seja frágil o idoso com 75 anos ou mais de idade, podendo ser acrescentados ou modificados outros critérios, de acordo com as realidades locais. Uma vez conhecida a condição de fragilidade, será necessário avaliar os recursos locais para lidar com essa síndrome, de modo a facilitar o cuidado domiciliar, incluir a pessoa que cuida no ambiente familiar como um parceiro da equipe de cuidados, fomentar uma rede de solidariedade para com o idoso frágil e sua família, bem como promover a reinserção da parcela idosa frágil na comunidade (BRASIL, 2006e).

De acordo com Torres, Sé e Queroz (2006), idosos fragilizados são aqueles com comprometimento da capacidade funcional ou que apresentam limitações advindas de doenças, lesões ou afecções, crônicas e agudas. Para os autores, a fragilidade é forte determinante de incapacidade e de dependência, mas não é a única causa desses processos, pois eles podem ser também motivados por eventos sociais e psicológicos. Embora se relacione com fragilidade, a dependência é um fenômeno com muitas interfaces com aspectos mentais, físicos, econômicos, sociais e emocionais. A dependência na velhice tem caráter multidimensional, multifuncional e multicausal.

A dependência na velhice pode resultar de mudanças ocorridas no âmbito biológico e social, e da interação com o ambiente. A dependência física é principalmente causada pelo agravamento de doenças crônicas ou pelo surgimento de doenças típicas da velhice, tais como a Doença de Alzheimer, por depressão e por iatrogenia, entre outros fatores.

Com o avanço da idade, cresce a probabilidade de ocorrência de fragilidade, que é mais comum aos 80 anos e mais, caracteriza-se pela presença de três ou mais doenças ou de uma ou mais síndromes geriátricas e, ainda, pela dependência acentuada para a realização das AVDs (TORRES; SÉ; QUEROZ, 2006).

A fragilidade e a incapacidade funcional são enormes desafios para a maioria das pessoas que envelhecem que, não por acaso, costumam pensar e dizer que têm mais medo desses eventos do que da própria morte. É em boa parte por isso que prestar cuidado a um familiar fragilizado e dependente mobiliza tantas emoções.

A situação de dependência e cuidado exige que os envolvidos acionem recursos pessoais, entre os quais o uso das crenças sobre si mesmo, justamente porque colocam o indivíduo em contato com o que acredita que é capaz de fazer para lidar com situações adversas.

Na situação de dependência, um enfrentamento adaptativo refere-se à aceitação da irreversibilidade e da inevitabilidade das perdas e sua subordinação a um desígnio superior. Segundo Torres, Sé, Queroz (2006), os idosos podem manter o bem-estar subjetivo na medida

em que conseguem aceitar as perdas inerentes ao seu estado de saúde e à sua fragilidade física, estabelecendo novos desejos e planos de vida.

O envelhecimento como processo natural pode ser vivido em condição normal, na qual os indivíduos se mantêm saudáveis e têm uma vida ativa. Contudo, em condições adversas, tais como doenças, acidentes, dificuldades econômicas e estresse emocional, pode estar associado às condições patológicas que requerem assistência permanente e adaptações na vida diária do idoso, da sua família e demais envolvidos direta e indiretamente no cuidado.

Atualmente, no Brasil, há uma grande proporção de idosos frágeis vivendo no domicílio, principalmente dentro do grupo dos mais idosos (46% daqueles com 85 anos ou mais). Essa nova caracterização de idosos *mais idosos* interfere em seu perfil de morbimortalidade, através das novas doenças que se instalam nessa fase avançada de vida (BRASIL, 2006a).

Dentre outras novas condições de saúde, surge a denominada síndrome da fragilidade, que possui uma definição tanto unidimensional, como multidimensional que, segundo a literatura, envolve fatores biológicos, psicológicos e sociais do indivíduo, tornando-o vulnerável a desfechos clínicos adversos. Embora não seja ainda consenso da geriatria e gerontologia, uma definição precisa sobre o termo “fragilidade”, algumas definições são apresentadas pela literatura especializada e utilizadas por profissionais de saúde para indicar uma condição em pessoas idosas que se apresentam com alto risco para quedas, hospitalização, incapacidades, institucionalização e morte (FRIED et al., 2001).

O Ministério da Saúde reconhece a importância e urgência, para o Brasil, de operacionalizar a atual política, introduzindo manuais, portarias e resoluções, como subsídios técnicos específicos à pessoa idosa, para facilitar a prática diária dos profissionais de saúde. Assim, a PNSPI traz critérios próprios para identificar as pessoas que podem ser consideradas como “idoso frágil”. Tais critérios são bastante úteis, pela possibilidade de serem mais facilmente aplicados na prática diária, já que consideram a idade e hospitalização recente (entre os demais) como fatores que podem definir a presença ou não da fragilidade no idoso.

Uma vez identificada a condição de fragilidade na pessoa idosa, é necessário avaliar os recursos locais existentes para atendê-la, de modo a facilitar o cuidado domiciliar, incluir a pessoa que cuida no ambiente familiar como um parceiro da equipe de cuidados, fomentar uma rede de solidariedade para o idoso frágil e sua família, bem como promover a reinserção dos idosos frágeis da população na comunidade. (BRASIL, 2006a).

De acordo com a PNSPI (BRASIL, 2006b), as pessoas idosas, mesmo independentes, mas que apresentam alguma dificuldade em desenvolver as atividades instrumentais de vida

diária (AIVDs) – como preparar refeições, controlar a própria medicação, fazer compras –, são consideradas idosos com potencial para desenvolver fragilidade. Por isso, devem ser acompanhadas com maior frequência e receber atenção específica dos profissionais de saúde.

Dessa forma, para que os profissionais de saúde possam identificar a presença da fragilidade em idosos e prestar os cuidados necessários, com o objetivo de revertê-la ou minimizá-la, é preciso compreendê-la e atualizar seus conhecimentos.

Considera-se ser este um tema de grande importância nos dias atuais, por se tratar de uma condição que acomete pessoas idosas e mais idosas, causando prejuízos para a saúde, além de, algumas vezes, implicar em perda ou redução da capacidade funcional e dependência, demandando cuidados e atenção da família e dos serviços de saúde.

Oliveira et al (2009), em recente revisão sobre a fragilidade, identificaram uma associação e prevalência do tema *assistência hospitalar ao idoso*, seguido pelo tema *formação profissional*, e consideraram o fato como uma consequência do atual perfil epidemiológico centrado nas doenças crônico-degenerativas e suas implicações em idosos, o que resulta numa demanda mais frequente aos serviços de saúde e provável hospitalização (MARTINS et al., 2008).

Quanto à formação profissional, Pavarini et al. (2005) referem que a política nacional e organizações internacionais já apontam para a necessidade da formação de profissionais capacitados para lidar com o universo da gerontologia, uma ciência que estuda o processo de envelhecimento em suas diversas dimensões e hoje se constitui como uma especialidade de diferentes profissões, por reunir conceitos provenientes de diferentes disciplinas em torno do seu objeto de estudo.

A avaliação da capacidade funcional em idosos tem sido um importante indicativo da sua qualidade de vida e do nível de dependência que apresentam (DIOGO, 2003). Por sua vez, as limitações funcionais, definidas como a restrição das capacidades física ou mental para efetuar as tarefas que requerem uma vida independente, são importantes preditores de mortalidade, morbidade e incapacidade no idoso (ARROYO et al., 2007).

Segundo Veras et al. (2007), as deficiências cognitivas são um problema de saúde pública, com ocorrência crescente, visto que o aumento do tempo de vida e do número de idosos na população continuará a existir e se ampliar. As síndromes demenciais são caracterizadas por déficit cognitivo, em múltiplas esferas, não associado ao prejuízo da consciência, e se configuram como principal causa de incapacidade e dependência na velhice, situando-se entre as doenças que mais matam atualmente.

Tais disfunções sensoriais levam os idosos a apresentarem certos prejuízos no que se refere à *realização das Atividades da Vida Diária (AVDs)*. Nesse aspecto, pesquisas mostram que pessoas entre 75 e 84 anos que necessitam de ajuda para a realização de AVD têm 14 vezes maior probabilidade de cair do que os idosos independentes nessas funções (FABRÍCIO, RODRIGUES 2006). As quedas, evento comum no dia-a-dia do idoso, podem contribuir para o declínio da sua capacidade funcional, tornando-o incapacitado em alguns aspectos e interferindo no modo como cada indivíduo envelhece (FABRÍCIO, RODRIGUES, 2006).

A temática da fragilidade, quando investigada nas principais bases de dados em relação ao período de 2003 a 2008, demonstrou a dificuldade atual, pois apenas dois documentos foram encontrados. Tal escassez de artigos e publicações pode ser uma consequência de a temática ser considerada ainda recente pelos seus estudiosos.

Apesar dessa escassez, vislumbra-se uma tendência para o aumento do número de estudos e publicações na área do envelhecimento humano relacionados à fragilidade em idosos, nos próximos anos.

Entende-se ser este um fato pertinente às consequências da transição epidemiológica e demográfica próprias de uma sociedade que envelhece e cada vez mais apresenta elevados indicadores, quando relacionados à atual expectativa de vida no mundo.

Com esses resultados espera-se que outros estudos sobre a temática da fragilidade sejam desenvolvidos e estimulados, principalmente nos cursos de formação e de pós-graduação, tendo em vista a importância desse conhecimento para um melhor encaminhamento das ações de saúde para essa demanda. Por outro lado, a realidade da atual demanda de saúde apresenta outra conformação, com a presença de situações nas quais o foco principal é o idoso fragilizado, seja no ambiente hospitalar, em instituições de longa permanência para idosos ou no domicílio e, portanto, se faz necessário que as ações em saúde estejam voltadas para esta realidade.

A tendência dos estudos mostra, então, uma preocupação em refletir como deve ser a formação do profissional que atende a uma demanda crescente de idosos nos diversos níveis de assistência a saúde ou em outros serviços da comunidade, o que pode refletir em melhoras nos serviços e na assistência ao idoso, nos próximos anos.

2.3 POLÍTICAS DE ATENÇÃO AO IDOSO

Uma das mobilizações iniciais a favor dos idosos no mundo foi a primeira Assembleia Mundial do Envelhecimento, em agosto de 1982, em Viena, Áustria, realizada pela Organização das Nações Unidas (ONU). Ela teve como propósito principal traçar um Plano Internacional de Ação, sensibilizando os governos e a sociedade da necessidade de se instituir um Sistema de Seguridade Econômico Social para os idosos, assim como de dar-lhes oportunidades de participação e contribuição no desenvolvimento de seus países (Organização das Nações Unidas, 2002).

O Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento de 2002, oriundo da 2ª Assembleia Mundial do Envelhecimento, apresenta diretrizes que exigem mudanças nas atitudes, políticas e práticas, em todos os níveis e em todos os setores, para que possam se concretizar as enormes possibilidades que oferece o envelhecimento no século XXI (Organização das Nações Unidas, 2002).

O objetivo do Plano consiste em garantir que, em todas as partes, a população possa envelhecer com segurança e dignidade, e que os idosos possam continuar participando em suas respectivas sociedades como cidadãos com plenos direitos. Além disso, apresenta a proposta de um instrumento prático que auxilia na formulação de políticas, ao considerar os temas centrais vinculados às metas e compromissos que devem fazer parte das prioridades básicas associadas com o envelhecimento dos indivíduos e das populações (ONU, 2002).

A Política Nacional do Idoso, criada pela Lei nº. 8.842, de 4 de janeiro de 1994 e regulamentada pelo Decreto nº. 1.948, de 3 de julho de 1996, tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.

De acordo com as diretrizes dessa política, deve-se priorizar o atendimento ao idoso em sua própria família, em detrimento do atendimento asilar, exceto nos casos em que o idoso não possua condições de garantir sua própria sobrevivência (BRASIL, 1994).

Através de suas diretrizes, a referida política trata da viabilização de formas alternativas de participação, ocupação do idoso e convívio intergeracional através de suas organizações representativas. Os idosos devem participar também da formulação, implantação, avaliação e divulgação das políticas, planos, programas e projetos a serem desenvolvidos. Abordam-se a importância da capacitação e qualificação dos recursos

humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços, assim como da divulgação de informações educativas sobre os aspectos biopsicossociais do envelhecimento.

Recentemente, foi aprovada a Política Nacional de Saúde do Idoso – Portaria nº. 1.395/GM, de 10 de dezembro de 1999, cujo propósito basilar é a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade (BRASIL, 1999).

Essa portaria, além de aprovar a Política Nacional de Saúde do Idoso, determina que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da política, promovam a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas.

Por sua vez, a Portaria nº. 702/SAS/MS, de 2002, cria mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do idoso e determina que as Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios em gestão plena do Sistema Municipal de Saúde devem adotar as providências necessárias à implantação das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso e à organização/habilitação e cadastramento dos Centros de Referência que integrarão essas redes (BRASIL, 2002b).

As redes estaduais de assistência à saúde do idoso, às quais se faz referência, são integradas por Hospitais Gerais e Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso que fazem parte do Sistema Único de Saúde. Nessa portaria fica definido que Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso é aquele hospital que:

[...] disponha de condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos específicos e adequados para a prestação de assistência à saúde de idosos de forma integral e integrada envolvendo as diversas modalidades assistenciais como a internação hospitalar, atendimento ambulatorial especializado, hospital-dia e assistência domiciliar, e tenha capacidade de se constituir em referência para a rede de assistência à saúde dos idosos. (BRASIL, 2002b, p. 2)

A portaria estabelece ainda que, ao definir os quantitativos e distribuição geográfica dos Hospitais e Centros de Referência que integrarão as Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, as Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal devem utilizar como critérios: a população geral, população idosa, as necessidades de cobertura assistenciais,

os mecanismos de acesso e fluxos de referência e contrarreferência, o nível de complexidade dos serviços, a série histórica dos atendimentos realizados a idosos, a distribuição geográfica dos serviços e a integração com a rede de atenção básica e com o Programa de Saúde da Família.

Uma vez definida a Rede Estadual de Assistência à Saúde do Idoso, as Secretarias de Saúde devem estabelecer os fluxos assistenciais, mecanismos de referência e contrarreferência dos pacientes idosos e adotar as providências necessárias para que haja uma articulação assistencial entre a Rede constituída e a rede de atenção básica e o Programa de Saúde da Família. (BRASIL, 2002).

No caso do Estado do Rio Grande do Norte, na data da publicação da referida portaria, contávamos com apenas um (1) centro de referência (a saber, o Centro Especializado de Atenção a Saúde do Idoso – CEASI).

No ano de 2003 foi formulada a Lei nº. 10. 741, que dispõe sobre a criação do Estatuto do Idoso, simbolizando um grande avanço da legislação brasileira, que veio para regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. (BRASIL, 2006b).

O Estatuto garante, além de outras providências, que o idoso tenha atendimento preferencial imediato e individualizado, além da preferência na formulação e na execução de políticas sociais públicas específicas. Determina que devem ser destinados recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção ao idoso, e ainda que devem ser viabilizadas formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso com as demais gerações (BRASIL, 2006b).

De acordo com o Estatuto, em seu artigo 3º, inciso V, determina-se “a priorização do atendimento do idoso por sua própria família, em detrimento do atendimento asilar, exceto dos que não a possuam ou careçam de condições de manutenção da própria sobrevivência”. (BRASIL, 2006b).

No ano de 2006, o Ministério da Saúde divulgou o Pacto pela Saúde 2006 (Portaria nº. 399/2006), uma agenda de compromissos sanitários elaborados a partir de uma análise da situação de saúde do país e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais, dividido em três áreas: Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do SUS. (BRASIL, 2006c).

De acordo com o Ministério da Saúde, entre as seis ações prioritárias do Pacto pela Vida, três se relacionam ao idoso. A saber: a saúde do idoso (a fim de implantar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, buscando a atenção integral); a promoção da saúde (para

elaborar e implantar a Política Nacional de Promoção da Saúde, como forma de internalizar a responsabilidade individual na adoção de hábitos saudáveis) e a atenção básica à saúde (com o intuito de consolidar e qualificar a Estratégia da Saúde da Família como modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS). (BRASIL, 2006c).

A Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa, aprovada pela Portaria nº. 2.528, de 19 de outubro de 2006, prioriza o atendimento em saúde no nível da atenção de baixa complexidade no âmbito da Estratégia de Saúde da Família (ESF), a fim de assistir àqueles idosos domiciliados com potencial para desenvolver a síndrome da fragilidade ou já acometidos por essa condição. (BRASIL, 2006b).

As diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa tratam da promoção do envelhecimento ativo e saudável e estimulam as ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção à saúde da pessoa idosa. Estimulam também a participação e fortalecimento do controle social, a formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa (para assim assegurar a qualidade da atenção), a promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas. (BRASIL, 2006e).

Com essa política ficam estabelecidos os dois grandes eixos norteadores para a integralidade de ações: o enfrentamento de fragilidades da pessoa idosa, da família e do sistema de saúde; e a promoção da saúde e da integração social, em todos os níveis de atenção. Portanto a referida política deve ser divulgada e utilizada não só pelos profissionais de saúde e gestores, mas também pelos usuários do SUS.

Acredita-se ser possível criar ambientes físicos, sociais e atitudinais que possibilitem melhorar a saúde das pessoas com incapacidades tendo como uma das metas ampliar a participação social dessas pessoas na sociedade. (BRASIL, 2006e). Por isso mesmo, é imprescindível oferecer cuidados sistematizados e adequados a partir dos recursos físicos, financeiros e humanos de que se dispõe hoje.

De acordo com essa política, existe no Brasil um grande número de idosos que apresentam incapacidades; assim, torna-se imprescindível incluir a condição funcional ao se formularem políticas para a saúde dos idosos e responder, prioritariamente, às pessoas idosas que já apresentem alta dependência. (BRASIL, 2006e).

Em 2008 foi aprovada a Portaria GM nº. 154, de 24 de Janeiro, que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs), com o objetivo de “ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da Estratégia

de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica”. (BRASIL, 2008, p. 2).

De acordo com a portaria, os NASFs devem ser constituídos por equipes multiprofissionais que atuem em parceria com os profissionais da Estratégia de Saúde da Família, na unidade na qual o NASF está cadastrado. Ressalta-se que os NASFs não se constituem em porta de entrada do sistema, e devem atuar de forma integrada à rede de serviços de saúde, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes de Saúde da Família. (BRASIL, 2008).

2.4 MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE

Para o Ministério da Saúde, o atual modelo de atenção à saúde envolve tudo o que diz respeito ao cuidado com a saúde do ser humano, incluindo as ações e serviços de promoção, prevenção, reabilitação e tratamento de doenças. Segundo Paim (1993, p. 457),

Modelos assistenciais são combinações tecnológicas utilizadas pela organização dos serviços de saúde em determinados espaços-populações, incluindo ações sobre o ambiente, grupos populacionais, equipamentos comunitários e usuários de diferentes unidades prestadoras de serviços de saúde com distinta complexidade.

O modelo atual reflete as medidas propostas pela reforma sanitária brasileira ocorrida no final dos anos de 1980; tais medidas foram incorporadas ao SUS e aparecem entre os princípios e diretrizes do sistema, a saber, a universalidade, a descentralização, a integralidade, a participação comunitária, entre outras, trazendo medidas que vieram beneficiar a assistência e reorientação da demanda através da busca dos usuários na comunidade, ao invés de esperar que a população procure a unidade espontaneamente. (PAIM, 1993).

No atual Sistema Único de Saúde (SUS), o cuidado com a saúde está ordenado em níveis de atenção, que são a atenção básica, a atenção de média complexidade e a atenção de alta complexidade, uma estruturação que visa melhor programação e planejamento das ações e serviços do sistema, na sua integralidade. Isso deve acontecer por ser levado em consideração que um município pequeno pode garantir a integralidade do atendimento à sua

população por meio de pactos regionais que garantam aos usuários dessas localidades acesso a todos os níveis de complexidade do sistema, tendo em vista a prioridade para todos os municípios terem a atenção básica operando em condições plenas e com eficácia. (BRASIL, 2006d).

Ao longo de sua história, a atenção à saúde no Brasil tem investido na formulação, implementação e efetivação de políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde, havendo um grande esforço na construção de um modelo de atenção à saúde que priorize ações de melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e coletivos. (BRASIL, 2006d).

No ano de 2006, o Ministério da Saúde aprovou a Política Nacional de Promoção à Saúde, através da Portaria nº. 687, de 30 de março de 2006, segundo a qual “a promoção da saúde, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde” (BRASIL, 2006d, p. 6).

De acordo com o SUS, a estratégia de promoção da saúde é retomada como uma possibilidade de focar aspectos que determinam de forma negativa o processo saúde/doença em nosso país – como, por exemplo, violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, baixas condições de habitação. Assim, a promoção da saúde estreita sua relação com a vigilância em saúde, a fim de reforçar que as políticas públicas sejam cada vez mais favoráveis à saúde e à vida, estimulando e fortalecendo o papel dos cidadãos em sua elaboração e implementação, ratificando os preceitos constitucionais de participação social (BRASIL, 2006d).

A chamada atenção primária de saúde – uma estratégia mundial para o alcance da meta de “saúde para todos no ano 2000” – foi assumida como proposta da Organização Mundial de Saúde (OMS), durante a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizada em Alma-Ata, em 1978. Essa proposta visa à utilização de todos os recursos disponíveis pelos países para amenizar os problemas de saúde no mundo, em especial nos países mais pobres. Assim, a OMS e os países participantes dessa Conferência, assumiram a responsabilidade de implantar a atenção primária de saúde como motor das transformações sociais em busca de uma sociedade mais justa e igualitária. (Organização Mundial de Saúde, 1978).

Com base nos progressos alcançados em Alma-Ata, realizou-se no ano de 1986 em Ottawa, Canadá, a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção à Saúde, onde discutiu-se a saúde como um conceito positivo que enfatiza os recursos pessoais e sociais e as capacidades físicas. Nesse sentido, a promoção à saúde é vista como o processo de

capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde; e, para atingirem um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente, vendo a saúde como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. (Organização Mundial de Saúde, 1986).

Recentemente houve a publicação da nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), documento cujas discussões estão fundamentadas nos eixos transversais da universalidade, integralidade e equidade, em um contexto de descentralização e controle social da gestão, princípios assistenciais e organizativos do SUS, registrados na legislação. (BRASIL, 2006f).

Assim, a nova política aponta para a redefinição dos princípios e responsabilidades de cada esfera de governo, estrutura e recursos necessários, características do processo de trabalho, atribuições dos profissionais e as regras de financiamento, incluindo as especificidades da Estratégia Saúde da Família. (BRASIL, 2006f).

Nesse processo histórico, a Atenção Básica foi gradualmente se fortalecendo e deve se constituir como porta de entrada preferencial do SUS, sendo o ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de saúde. O Ministério da Saúde afirma que o ano de 2006 tem a marca da maturidade, no que se refere à Atenção Básica em Saúde. Afinal, corresponde ao ano de publicação do Pacto pela Vida que definiu como prioridade “consolidar e qualificar a estratégia Saúde da Família como modelo de Atenção Básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS” (BRASIL, 2006f).

Assim, as áreas estratégicas para atuação dos serviços de Atenção Básica, em todo o território nacional, incluem eliminação da hanseníase e tuberculose, a saúde da criança e a eliminação da desnutrição infantil, controle da hipertensão arterial e diabetes, a saúde da mulher, a saúde bucal, a promoção da saúde e a saúde do idoso (BRASIL, 2006f).

A Atenção à Saúde da pessoa idosa, na Atenção Básica/Saúde da Família, seja por demanda espontânea ou por busca ativa, deve consistir em um processo diagnóstico multidimensional. De acordo com o Ministério da Saúde, “esse diagnóstico é influenciado por diversos fatores, tais como o ambiente onde o idoso vive, a relação profissional de saúde/pessoa idosa e profissional de saúde/familiares, a história clínica – aspectos biológicos, psíquicos, funcionais e sociais – e o exame físico”. (BRASIL, 2006a, p. 12).

Trata-se de uma política de atenção que visa oferecer à pessoa idosa e à sua rede de suporte social (familiares e cuidadores, quando existentes) uma atenção humanizada com orientação, acompanhamento e apoio domiciliar, com respeito às culturas locais e às

diversidades do envelhecer, de forma a facilitar o acesso do idoso aos serviços de saúde. A adoção de intervenções que criem ambientes de apoio e promovam opções saudáveis são importantes, em todos os estágios da vida, e influenciarão o envelhecimento ativo (BRASIL, 2006a).

Baseada no princípio de territorialização, a Atenção Básica/Saúde da Família se responsabiliza pela atenção à saúde de todas as pessoas idosas que estão na área de abrangência de sua respectiva Unidade de Saúde da Família (USF), inclusive aquelas que se encontram em instituições, públicas ou privadas; além de ser uma proposta capaz de romper com o modelo tradicional de assistência, por priorizar ações de prevenção de doenças e promoção da saúde junto à comunidade, estabelece uma relação entre os profissionais de saúde e a população assistida, através de um atendimento humanizado e resolutivo. (BRASIL, 2002a).

A ESF tem como objetivo principal a reorganização da prática assistencial, estruturada a partir da USF até o domicílio, centrada na família entendida a partir de seus ambientes físico e social, possibilitando uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas. (BRASIL, 2001a).

As equipes multiprofissionais da ESF são compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACSs). A partir de 2001, algumas equipes passaram a contar com cirurgião-dentista e auxiliar de consultório dentário (ACD).

Cada equipe é responsável pelo mapeamento da realidade das famílias pelas quais é responsável, através do cadastramento destas e de seus perfis demográficos e epidemiológicos, por elaborar plano local para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde/doença e por prestar assistência integral, entre outras atribuições específicas de cada profissional. (BRASIL, 2001a).

Nesse contexto, o enfermeiro deve, além das atividades já descritas, desenvolver ações educativas e intersetoriais no enfrentamento dos problemas de saúde identificados, organizar e prestar assistência aos grupos populacionais residentes na área adstrita à sua USF, como idosos, crianças, gestantes e demais usuários. Desse modo, o acompanhamento realizado pela equipe de saúde da família inclui atividades que ampliam o vínculo da população com os profissionais e aumentam a qualidade e abrangência do trabalho realizado. (BRASIL, 2001a).

O documento “(Re)desenhando a Rede de Saúde na Cidade de Natal”, da Secretaria Municipal de Saúde de Natal/RN, cita que, de acordo com a Portaria SAS/MS nº. 511/2000, que determina a criação do banco de dados nacional de estabelecimentos de saúde, define-se Unidade de Saúde da Família como:

Unidade pública específica para prestação de assistência em atenção contínua programada nas especialidades básicas e com equipe multidisciplinar para desenvolver as atividades que atendam as diretrizes da Estratégia Saúde da Família, do Ministério da Saúde. (NATAL, 2007)

Acredita-se que a busca de novos modelos de assistência decorre de um momento onde o modelo biomédico não atende mais à emergência das mudanças do mundo moderno e, conseqüentemente, às necessidades de saúde das pessoas.

2.4.1 Atenção à saúde do idoso

Nas últimas décadas surgiram novas políticas e programas de saúde que se referem à saúde do idoso. No caso do Brasil, destacam-se a Política Nacional do Idoso, seguida criação do Estatuto do Idoso, no ano de 2003, e da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, conquistas de todos e, em especial, daqueles com 60 anos ou mais.

Para Veras, Ramos e Kalache (1987, p. 231),

A questão social do idoso, face à sua dimensão, exige uma política ampla e expressiva que suprima, ou pelo menos amenize, a cruel realidade que espera aqueles que conseguem viver até idades mais avançadas. Após tantos esforços realizados para prolongar a vida humana, seria lamentável não se oferecer as condições adequadas para vivê-la.

Amparando-se no princípio da equidade, a Secretaria de Saúde do Município de Natal/RN (SMS/Natal) percebe a necessidade de organização das ações e serviços para a clientela idosa. O segmento da população idosa vem apresentando um avanço no seu quantitativo e, proporcionalmente, vem exigindo a adoção de medidas que vislumbram sua cobertura assistencial (NATAL, 2007).

Para tanto, a SMS/Natal redefiniu o desenho da rede assistencial, baseando-se na garantia do acesso, integralidade da atenção, humanização e resolutividade. Para garantir a integralidade do cuidado, a atenção à saúde do idoso deve perpassar a atenção básica até os níveis mais complexos da assistência, inclusive com associação ao Programa de Internação Domiciliar (PID) (NATAL, 2007).

Assim, a partir dos serviços de atenção em nível primário, os idosos devem ser referenciados para unidades de maior complexidade no cuidado. No caso do Estado do Rio Grande do Norte, temos o Centro Especializado de Atenção à Saúde do Idoso (CEASI), implantado em 1998, e que disponibiliza, além de consultas e exames de apoio diagnóstico, o adequado tratamento para a clientela. Essa unidade de referência tem também importante papel no diagnóstico e tratamento qualificado ao portador da Doença de Alzheimer, a partir de orientações e realização de planos terapêuticos por equipe multiprofissional e transdisciplinar (NATAL, 2007).

2.5 O IDOSO, A FAMÍLIA E O CONTEXTO DOMICILIAR

A expressão “família” foi criada pelos romanos para designar um novo organismo social, cujo chefe mantinha sob seu poder a mulher, os filhos e certo número de escravos, com o direito de vida e morte sob todos eles. O primeiro efeito do poder exclusivo dos homens no interior da família, já entre os povos civilizados, é o patriarcado, uma forma de família que assinala a passagem do matrimônio sindiásmico (matrimônio onde a poligamia e a infidelidade permanecem como um direito dos homens) à monogamia, que nasce no período de transição entre a fase média e superior da barbárie (ENGELS apud MARCASSA, 2006).

Segundo Carvalho (2006, p. 26), a família consiste em “um grupo de pessoas, vivendo numa estrutura hierarquizada, que convive com a proposta de uma ligação afetiva duradoura, incluindo uma relação de cuidado entre os adultos e deles para com as crianças e idosos que aparecerem nesse contexto”.

Para Vitale (2006), a família aparece como o primeiro grupo responsável pela tarefa socializadora do indivíduo, sendo uma das mediações entre o homem e a sociedade. Com a família na base do processo socializador, as relações entre gerações permitem apreender o movimento da socialização. As relações intergeracionais são um meio de transmissão,

reprodução e transformação do mundo social, por serem portadoras de história, ética e de representações peculiares do mundo.

A partir da década de 1970, as questões da família e da sociabilidade passaram a fazer parte do repertório de estudos sobre a velhice, no Brasil. Nesse momento, a visão binária da família – extensa e patriarcal *versus* nuclear e conjugal – começa a ceder lugar para a pluralidade das composições familiares. Nos estudos sobre a família contemporânea, os velhos, como avós, surgem como personagens que põem em xeque o individualismo da família conjugal restrita aos pais e filhos, isolados dos demais parentes (ALVES, 2007).

Pesquisa realizada recentemente sobre idosos brasileiros mostra que, na composição familiar desses indivíduos, 71% dos homens idosos residem com a esposa e, destes, 51% vivem também com pelo menos um filho ou filha. As esposas aparecem como aquelas que mais dão atenção aos seus maridos idosos (58%), e os filhos e filhas são os que mais cuidam de suas mães idosas (ALVES, 2007).

Assim, de acordo com Alves (2007), o casamento e os filhos são a garantia de atenção que se tem na velhice, a qual parece ser mais sólida quando a esposa e/ou filhos residem no mesmo domicílio que a pessoa idosa.

De acordo com Carvalho (2006, p. 15),

A maior expectativa em relação à família é que ela produza cuidados, proteção, aprendizado dos afetos, construção de identidades e vínculos relacionais de pertencimento, capazes de promover melhor qualidade de vida aos seus membros e efetiva inclusão social na comunidade e sociedade em que vivem. No entanto, estas expectativas são possibilidades, e não garantias.

Quando surgem situações nas quais o idoso que se encontra no domicílio passa a necessitar de cuidados de saúde e/ou de algum tipo de auxílio para desempenhar atividades que antes executava independentemente, a família pode passar por mudanças necessárias para se adequar a uma nova realidade. (NERI, 2003).

Por isso, proporcionar cuidados entre os membros de uma família é um momento na vida familiar que lhes acarreta demandas econômicas, físicas, afetivas e sociais específicas, típicas do exercício do dever de reciprocidade nas relações intergeracionais, o qual é um elevado valor cultural. (NERI, 2003).

Cuidar de um idoso fragilizado pode ser considerado “um papel normativo ou esperado na vida de um cuidador, na medida em que ele o exerce em virtude de expectativas sociais baseadas em relações de parentesco, de gênero e idade [...] típicas de seu grupo

social”, principalmente se o cuidador for uma mulher casada, filha, nora mais velha, filha solteira ou viúva (NERI, 2003, p. 239).

Quanto ao local de moradia, os idosos podem estar no ambiente familiar ou em instituições de longa permanência para idosos (ILPIs). Cuidados institucionais não são uma prática generalizada nas sociedades latinas. É consenso entre as mais variadas especialidades científicas que a permanência dos idosos em seus núcleos familiares e comunitários contribui para o seu bem-estar (CAMARANO et al., 2004; BRASIL, 2006a).

Assim como cresce o número de idosos, cresce a necessidade de incremento de serviços para assisti-los adequadamente. A maioria dos quadros de dependência vivenciados por essa população está associada a condições crônicas que podem ser adequadamente manipuladas fora de instituições (hospitais ou instituições asilares) (DUARTE; DIOGO, 2000).

A meta global da assistência em gerontologia é a manutenção dos idosos na familiaridade, conforto e dignidade de seus lares, pelo maior tempo possível. Os profissionais envolvidos na assistência a essa população muito têm se esforçado para reduzir o impacto causado pelas doenças ou agravos aos idosos. É importante, no entanto, que eles compreendam o significado do cuidado ao idoso em seu ambiente doméstico. O conhecimento da real situação existente no domicílio do idoso é uma informação essencial para uma completa e mais correta avaliação do caso apresentado e o estabelecimento de medidas mais eficazes para administrar a terapêutica a ser adotada, em especial com os idosos mais fragilizados (DUARTE; DIOGO, 2000).

Estudos têm demonstrado que os idosos preferem o atendimento domiciliário a outros tipos de assistência à saúde; em contrapartida, o próprio Ministério da Saúde afirma haver um número insuficiente de serviços de cuidado domiciliar ao idoso frágil previsto no Estatuto do Idoso (DUARTE; DIOGO; DUARTE, 2000, p. 10). Conforme Diogo e Duarte (2006), esta é uma modalidade de assistência que mostra-se uma alternativa eficaz à manutenção do convívio familiar e de sua qualidade de vida.

Segundo a Portaria nº. 73, de 10 de maio de 2001, que dispõe sobre as Normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil, a assistência domiciliária, ou atendimento domiciliário, consiste naquele cuidado “prestado à pessoa idosa com algum nível de dependência, com vistas à promoção da autonomia, permanência no próprio domicílio, reforço dos vínculos familiares e de vizinhança” (BRASIL, 2001a).

Essa portaria prevê ainda a necessidade de um planejamento do ambiente onde o idoso vive, cujo projeto deve estar em conformidade com a NBR 9050, da Associação

Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) sobre acessibilidade a Edificações, Mobiliário, Espaços e Equipamentos Urbanos, além da necessidade de uma equipe interdisciplinar capacitada na atenção ao idoso. (BRASIL, 2001a).

Entre tantas vantagens que a assistência prestada ao idoso no domicílio pode trazer, as autoras referem que temos também questões relativas aos gastos com saúde, visto que a assistência domiciliária tende a reduzir de 20 a 80% os custos assistenciais comparativamente às mesmas intervenções realizadas em ambiente hospitalar. (DIOGO; DUARTE, 2006).

Nesse sentido, observa-se que grande parte dos idosos que se encontram no domicílio são aqueles em idade mais avançada, uma população que, pelas próprias mudanças do envelhecimento, está mais vulnerável a desenvolver o quadro de síndrome da fragilidade.

A assistência domiciliária, caso seja prestada por uma equipe multiprofissional articulada com o idoso, a família, o contexto domiciliar e o cuidador, – os cinco elementos propostos por Duarte e Diogo (2000) – pode ser uma boa maneira de cuidar do idoso, prevenindo, entre outros achados clínicos, a instalação da síndrome da fragilidade.

A relação entre o idoso e sua família é influenciada pelos modelos de família existentes na sociedade, principalmente daqueles em que o idoso se insere, pela saúde dos seus membros e pelos fatores vinculados às relações interpessoais. O processo de cuidar da pessoa idosa depende da integração das relações familiares, da disponibilidade de recursos pessoais e externos em diferentes momentos e situações, e da história anterior de relacionamento com o idoso. (PERRACINI, 1994).

As mudanças ocorridas na estrutura familiar impossibilitam identificar um modelo único ou ideal de família. Pelo contrário, ela se manifesta como um conjunto de trajetórias individuais que se expressam em arranjos diversificados e organizações peculiares. Essa nova estrutura familiar contribui para que existam novas formas de relações entre as gerações. (TORRES, SÉ, QUEROZ, 2006).

A despeito de todas essas mudanças, a família ainda é espaço privilegiado para a garantia da sobrevivência, do desenvolvimento e da proteção integral aos membros que a compõem, entre eles os idosos, independentemente do tipo de arranjo familiar que vigora ou da forma como se estrutura. (TORRES, SÉ, QUEROZ, 2006).

A família tem um papel de suma importância, não só em termos de proporcionar ajuda nas atividades de vida diária, como também em proporcionar suporte emocional ao idoso, e é nesse ponto que incidem as maiores dificuldades dos familiares ao cuidar da pessoa idosa. (TORRES, SÉ, QUEROZ, 2006).

2.6 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

A teoria das Representações Sociais é uma forma sociológica da psicologia social introduzida por Serge Moscovici, em 1961, com a publicação de seu livro sobre a representação da psicanálise. (FARR, 2008). Apesar de o seu próprio fundador afirmar não existirem “definições claras sobre ela”, trata-se de uma teoria que estabelece relações complexas entre suas proposições e não enuncia hipóteses que possam ser submetidas à verificação. De acordo com Moscovici (2008), as representações sociais são racionais, não por serem sociais, mas porque elas são coletivas; segundo o autor, não é possível isolar um princípio simples e único capaz de descrever e explicar os fenômenos dos quais as representações sociais se ocupam, pois fazer isso seria aceitar uma redução drástica das nossas descrições e experiências. (MOSCOVICI, 2008).

Os fenômenos sociais que nos permitem identificar de maneira concreta as representações sociais e de trabalhar sobre elas são as conversações, dentro das quais se elaboram os saberes populares e o senso comum. Segundo Moscovici (2008), as conversações não devem ser consideradas à parte e também não são as únicas que expressam as representações sociais, pois estas podem ser encontradas também nas ciências, religiões, ideologias e em outras circunstâncias.

De acordo com Moscovici (1978), as representações sociais circulam, cruzam-se e se cristalizam incessantemente através de uma fala, um gesto, um encontro em nosso universo cotidiano, e são construídas de conceitos, afirmações e explicações presentes no meio social.

Para Jodelet (1984), seguidora do trabalho de Moscovici, as representações sociais são imagens que permitem interpretar o que acontece conosco e dar um sentido ao inesperado; constituem uma maneira de interpretar e pensar a realidade cotidiana, situando-nos na interface entre o social e o psicológico, sendo uma forma de conhecimento elaborado e partilhado.

A construção das representações sociais emerge como elaborações de sujeitos sociais sobre objetos socialmente valorizados e, como formas de conhecimento, são estruturas cognitivo-afetivas e por isso não podem ser reduzidas apenas ao seu conteúdo cognitivo (JODELET, 1984).

Nesse contexto, o sujeito social é um indivíduo adulto, inscrito numa situação social e cultural definida, tendo uma história pessoal e social; não é um indivíduo isolado que é tomado em consideração, mas sim as respostas individuais como manifestações de tendências

do grupo de pertença ou de afiliação na qual os indivíduos participam, e é neste sentido que as representações são “estruturas estruturadas” ou campos socialmente estruturados. (SPINK, 2008).

As “estruturas estruturantes” são uma expressão da realidade intraindividual, uma exteriorização dos afetos; assim, revelam o poder de criação e de transformação da realidade social. (SPINK, 2008).

Dessa forma, como produtos sociais, as representações sociais têm sempre que ser remetidas ao seu contexto de produção, ou seja, às condições sociais que as engendram. O contexto tem sido marcado não apenas pelo espaço social em que a ação se desenrola, mas também pelos diferentes tempos históricos que permeiam a construção dos significados sociais. (SPINK, 2008).

A perspectiva temporal é marcada pelo tempo curto que trata da interação tendo como foco a funcionalidade das representações, o tempo vivido que inclui a processo de socialização, e o tempo longo das memórias coletivas onde estão os conteúdos culturais cumulativos, ou seja, o imaginário social. (SPINK, 2008).

Os fenômenos estudados nas representações apresentam-se sempre em situação de conflito com dupla face – representações como produto e como processo. Como produto, as representações sociais emergem como pensamento constituído ou campo estruturado, no qual a pesquisa visa depreender os elementos constitutivos das representações: informações, imagens, opiniões, crenças. Se referem às condições de produção, e neste caso a análise dimensional do conteúdo tende a ser complementada pela investigação dos fatores determinantes da estruturação do campo de representação em pauta. (SPINK, 1995).

Como processo, as representações emergem como pensamento constituinte ou núcleos estruturantes, e volta-se à compreensão da elaboração e transformação das representações sob a força das determinações sociais, ou à compreensão do funcionamento e eficácia das representações na interação social. (SPINK, 1995).

Para Spink (2008), o movimento das representações sociais trata de uma ampliação do olhar, de modo a ver o senso comum como conhecimento legítimo e motor das transformações sociais; não se tratando apenas de reabilitar o senso comum como forma válida de conhecimento, mas de situá-lo como teia de significados capaz de criar efetivamente a realidade social. (GEERZ apud SPINK, 2008).

A teoria das representações sociais foi muito criticada por não isolar um princípio simples e único capaz de descrever e explicar os fenômenos dos quais se ocupa, o que é justificado por Moscovici (2008), pelo fato desta ser uma teoria elástica e complexa, sendo

impossível reduzi-la a um conceito, posto que isso seria uma mutilação dos fenômenos psicossociais. A teoria centra seu olhar sobre a relação entre sujeito e objeto, recuperando um sujeito que, através da sua atividade e relação com o objeto-mundo, constrói tanto o mundo como a si próprio (GUARESCHI, JOVCHELOVITCH, 2008).

O fenômeno das representações sociais e a teoria que se ergue para explicá-lo dizem respeito à construção de saberes sociais e envolvem a cognição. O caráter imaginativo e simbólico desses saberes traz à tona a dimensão dos afetos porque, quando sujeitos sociais empenham-se em entender e dar sentido ao mundo, eles também o fazem com emoção, com sentimento e com paixão, assim cognição e afetos são alguns dos elementos que dão à Teoria das Representações Sociais seu caráter inovador (GUARESCHI, JOVCHELOVITCH, 2008).

Segundo Farr (2008), é propício estudar empiricamente assuntos que tenham sido divulgados através da mídia, visto que somente vale a pena estudar uma representação social se ela estiver relativamente espalhada dentro da cultura em que o estudo é realizado.

Para Herzlich (2005), o objetivo dos estudos de representação é evidenciar o código a partir do qual se elaboram significações ligadas às condutas individuais e coletivas; para a autora, uma representação social permite, em princípio, compreender por que alguns problemas sobressaem numa sociedade, e esclarecer alguns aspectos de sua apropriação pela sociedade, como os debates e os conflitos que se desenrolam entre diferentes grupos de atores sociais.

Devido ao seu caráter original, o objeto da representação parece, para os que dela compartilham, pura e simples percepção; o pesquisador deve tentar articular em sua análise o fato de que a representação constitui um reflexo da construção do real que ultrapassa cada um individualmente e chega ao indivíduo, em parte, de fora dele. (HERZLICH, 2005).

Em estudo sobre a representação social e sua utilidade no campo da doença, Herzlich (2005) defende que as relações entre o saber médico e as concepções do senso comum podem estabelecer-se nos dois sentidos, entre o pensamento erudito e o pensamento do senso comum. Assim, saúde e doença têm elementos de estabilidade que as fazem objetos privilegiados para o estudo das representações, pois são susceptíveis de serem engendradas ou transformadas em metáforas. A doença, por exemplo, engendra sempre uma necessidade de discurso que é uma das condições de cristalização de uma representação estruturada; nas representações de saúde e doença aparecem, relacionadas, nossas visões do biológico e do social (HERZLICH, 2005).

Os conteúdos das representações sociais são regulados pelos processos de objetivação e ancoragem; o primeiro analisa as formas através das quais um conceito é objetivado, um fenômeno é pensado de forma objetivada, ou seja, eles adquirem materialidade

e se tornam expressão de uma realidade vista como natural. O conhecimento (ideias ou crenças) sobre um fenômeno, quando objetivado, não só é visto como exterior aos indivíduos, como informação, e por isso não apenas é válido, como se torna um estímulo, como se de uma realidade física se tratasse, para a organização de comportamentos e de novos conhecimentos (ORDAZ, VALA, 1997).

Ordaz e Vala (1997) propõem que a objetivação das representações sociais se processam, nomeadamente, através da figuração, da ontologização e da personificação. No presente estudo, será realizada a objetivação dos significados da condição de saúde e fragilidade para idosos domiciliados, através da ontologização, que consiste em atribuir características de coisas ou seres às ideias e palavras, analisando as metáforas utilizadas para descrever o fenômeno.

Segundo Ordaz e Vala (1997), é frequente, na mesma cultura, que conceitos mais abstratos sejam estruturados metaforicamente a partir de conceitos mais concretos. Um conceito é pensado a partir de várias metáforas, as quais evidenciam alguns aspectos do conceito, encobrendo outros, o que as torna de fato produtoras de sentido e fatores estruturantes da experiência. Compreender as experiências, as ideias e os conceitos em termos de objetos ou substâncias permite classificá-los e avaliá-los, pensar sobre eles.

O processo de ancoragem diz respeito ao enraizamento social da representação. Sua função é de realizar a integração cognitiva do objeto representado num sistema de pensamento preexistente. Dessa maneira, os novos elementos de conhecimento são colocados numa rede de categorias mais familiares. O sistema de classificação utilizado supõe uma base de representação partilhada coletivamente, isto é, categorias socialmente estabelecidas, por isso pode-se dizer que o grupo exprime sua identidade a partir do sentido que ele dá à representação. (CHAMON, 2007).

Assim, a ancoragem se refere às significações distintas daquelas internas ao conteúdo de uma representação. São as significações que intervêm nas relações simbólicas existentes no grupo social que representa o objeto (CHAMON, 2007).

Doise (1992 apud CHAMON, 2007) propõe uma análise da ancoragem das representações sociais, a partir de uma classificação em três modalidades: (1) a ancoragem do tipo psicológico diz respeito às crenças ou valores gerais que podem organizar as relações simbólicas com o outro; (2) a ancoragem do tipo psicossociológico inscreve os conteúdos das representações sociais na maneira como os indivíduos se situam simbolicamente nas relações sociais, e nas divisões posicionais e categoriais próprias a um campo social definido; e (3) a

ancoragem do tipo sociológico refere-se à maneira como as relações simbólicas entre grupos intervêm na apropriação do objeto.

Para a construção da realidade social, concorrem universos de pensamento classificados como reificados e consensuais. Nos universos reificados se produzem e circulam as ciências, a erudição e o conhecimento técnico. Os universos consensuais correspondem àqueles onde, a partir da reificação e dos processos de ancoragem e de objetivação, são elaboradas as representações sociais (SÁ, 1993).

Camino Metodológico

3 CAMINHO METODOLÓGICO

Este estudo é descritivo, de natureza qualitativa, e segue alguns princípios teórico-metodológicos da Teoria das Representações Sociais.

É descritivo porque possibilita a descrição das características de determinada população ou fenômeno e, especificamente, nesse caso, da pessoa idosa que vivencia o processo de fragilidade no domicílio, junto à família, em áreas adscritas às Unidades de Saúde da Família.

De acordo com Minayo (2004), as metodologias qualitativas são capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo estas últimas tomadas como construções humanas significativas; esses estudos não se preocupam em quantificar, mas em explicar as relações sociais consideradas essência e resultado da atividade humana, que podem ser apreendidas através do cotidiano, da vivência e da explicação do senso comum.

Sendo o objeto do presente estudo essencialmente qualitativo, e por tratar de questões que dizem respeito ao senso comum de idosos acerca da fragilidade, optou-se por trabalhar à luz do referencial teórico da Teoria das Representações Sociais.

As representações sociais são racionais, não por serem sociais, mas porque elas são coletivas; segundo Moscovici (1978), não é possível isolar um princípio simples e único capaz de descrever e explicar os fenômenos dos quais as representações sociais se ocupam, pois fazer isso seria aceitar uma redução drástica das nossas descrições e experiências.

O referencial da Teoria das Representações Sociais permeia a realização deste estudo, passando pelos processos de ancoragem e objetivação. Para fim de análise, considera-se a abordagem de Spink (2008), que trabalha com a análise do discurso e produção de sentidos, o qual define a teoria como forma de conhecimento prático, que se insere entre as correntes que estudam o conhecimento do senso comum. Para a autora, as representações são também uma expressão da realidade intraindividual, uma exteriorização do afeto, ou seja, “estruturas estruturantes” que revelam o poder de criação e de transformação da realidade social.

Para a autora, os discursos dos sujeitos podem competir entre si ou podem criar versões de realidade que são distintas e incompatíveis, desse modo ficando posta a polissemia intrínseca às práticas discursivas. (SPINK; GIMENES, 1994).

Assim, do ponto de vista conceitual e metodológico, a análise que será empreendida, da condição de saúde e fragilidade do idoso domiciliado, será guiada pela Teoria das Representações Sociais, sendo seus conteúdos regulados pelos processos de objetivação e ancoragem e pela análise do discurso de Spink (2008).

3.1 CONTEXTO DO ESTUDO

O local escolhido para o desenvolvimento deste estudo corresponde à área adscrita da USF do Passo da Pátria, no Município de Natal/RN. A escolha por essa região foi efetuada em função da sua localização central e por ser uma das áreas mais antigas da cidade, cujos indicadores demográficos demonstram um considerável número de idosos residentes.

O Passo da Pátria é uma favela localizada no distrito leste do Município de Natal/RN, à margem direita do Rio Potengi, vizinho a três dos bairros da maior importância histórica e comercial para a cidade: Cidade Alta, Ribeira e Alecrim, os bairros mais antigos da cidade de Natal (Anexo A). Sua área totaliza 205.506 m² e comporta quatro comunidades: Pedra do Rosário, Passo, Areado e Pantanal (Anexo C). A área em que se situa o Passo da Pátria era de Patrimônio da União e foi caracterizada como um assentamento subnormal; mas a partir de 2002 passou a ser classificada como uma Área Especial de Interesse Social. (SOUZA, 2007).

O registro mais remoto sobre a origem do Passo da Pátria data do ano de 1780, onde, à margem do Rio Potengi havia o Porto do Oitizeiro, chegavam mercadorias provenientes dos municípios vizinhos de Macaíba e São Gonçalo, para serem comercializadas em uma feira no local, além de servir como local de desembarque de passageiros, configurando-se como um importante ponto de comércio da cidade. Assim, o Passo da Pátria tornava-se importante por proporcionar, através do rio, o abastecimento e integração da cidade. (SOUZA, 2007).

A denominação de Passo da Pátria surgiu a partir de uma das primeiras ruas que davam acesso ao local; ela recebeu este nome por sugestão do presidente Olinto Meira, ao fazer referência à vitória do General Osório em um conflito entre brasileiros e paraguaios, o qual ocorreu em uma cidade Paraguaia chamada de Passo da Pátria. (SOUZA, 2007).

Os primeiros moradores, em geral, eram pessoas de baixo poder aquisitivo, que vislumbraram no Passo da Pátria uma solução para a sua necessidade de moradia, além de uma localização estratégica, próxima à área central de comércio, escolas e hospitais da cidade.

Atualmente, em seu interior, encontram-se cerca de 952 habitações e uma população estimada em mais de 3.700 pessoas. (SOUZA, 2007).

Na classificação oficial determinada pelos órgãos públicos, o complexo favelar dessa área é composto de três favelas: Passo da Pátria, Areado e Pantanal. Essa identificação surgiu da autodenominação atribuída pelos próprios moradores e associações comunitárias. Há ainda outra área sem uma denominação oficial, mas conhecida pelos moradores como Pedra do Rosário. Os moradores mais antigos vivem nas áreas denominadas de Passo e de Pedra do Rosário, de ocupação mais remota. (SOUZA, 2007).

3.2 OS PARTICIPANTES

Os participantes são idosos residentes na favela do Passo da Pátria, apresentando situações que caracterizam a condição de fragilidade, conforme o conceito e os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006e), quais sejam: acamados, institucionalizados, hospitalizados recentemente por qualquer razão, portadores de doenças sabidamente causadoras de incapacidade funcional, que vivem situações de violência doméstica e que tenham acima de 75 anos.

A constituição do grupo de participantes idosos inclui requisitos para uma pesquisa qualitativa, sem que o aspecto quantidade seja uma prioridade. Ela atende a alguns critérios iniciais de inclusão, tais como ser idoso, conforme o estabelecido na Lei de nº. 8.842/94, ser residente na área adscrita da Unidade de Saúde da Família Passo da Pátria, apresentar pelo menos uma das características de fragilidade descritas pelo Ministério da Saúde, apresentar funções físicas, sensoriais e cognitivas que possibilitasse responder aos instrumentos de pesquisa, e ser voluntário.

O grupo de idosos foi constituído intencionalmente, sendo os participantes abordados no momento em que buscavam atendimento na USF e, em algumas situações, citados pela equipe como um usuário que necessitava de visita domiciliária. Posteriormente, houve uma delimitação do total, de acordo com o processo de saturação das informações, perfazendo 10 participantes.

Não participaram idosos portadores de qualquer demência comprovada por diagnóstico médico, idosos e familiares que não concordassem em participar da pesquisa, idosos que estivessem sob guarda legal de um tutor (familiar ou amigo), ou que não

apresentassem as condições adotadas pela Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa que definem o chamado idoso frágil (BRASIL, 2006e).

Como forma de preservar a identidade dos entrevistados, os participantes deste estudo foram identificados a partir de nomes de pedras preciosas, por se considerar que as pedras podem ser frágeis, mas são também muito valiosas, como as pessoas idosas que fizeram parte desse estudo. Elas foram então identificados como Pérola, Ametista, Esmeralda, Rubi, Citrino, Água, Turmalina, Topázio, Ônix e Safira.

3.3 ASPECTOS ÉTICOS

As exigências definidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996b), relacionadas aos aspectos éticos que envolvem pesquisas com seres humanos foram cumpridas. Enviou-se um ofício à Secretaria de Saúde do Município de Natal/RN (Apêndice A), comunicando sobre o estudo a ser desenvolvido, bem como solicitando autorização para sua realização em área administrativa de saúde sob sua jurisprudência. Após posição favorável, encaminhou-se uma carta de anuência ao diretor da unidade, solicitando sua autorização, que, em reunião administrativa, teve apreciação positiva.

O projeto foi então encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (CEP-UFRN), para análise e parecer, de acordo com as exigências e normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1996b).

Após análise com parecer favorável do Comitê (Anexo C), os participantes da pesquisa foram selecionados, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos. Os participantes tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e somente aqueles que concordaram em participar assinaram esse documento. O TCLE utilizado segue o modelo disponível na página virtual do CEP-UFRN (Apêndice B).

3.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA

Os dados foram coletados no período de julho a setembro de 2008. Inicialmente, alguns contatos prévios foram realizados junto às pessoas idosas, através das reuniões do

grupo de hipertensos e diabéticos (Hiperdia) e eventos realizados na Unidade de Saúde, como festa junina e campanhas de vacinação, em uma breve abordagem aos que buscavam atendimento na unidade, assim como com aos profissionais da Unidade. Neste primeiro contato, havia uma apresentação inicial da pesquisadora quanto ao motivo de estar na Unidade, sobre os objetivos e importância do estudo a ser desenvolvido e quanto ao convite para participação. Na medida em que se notava uma receptividade positiva por parte do idoso, o convite era realizado, seguido por algumas questões, para identificar se poderiam atender ou não aos critérios de inclusão. Tais questões continham perguntas abertas referentes aos aspectos definidores da síndrome da fragilidade e/ou dos fatores que acelerem a sua instalação, podendo alguns deles estarem presentes nos idosos participantes deste estudo (Apêndice C).

Antes de dar início às entrevistas, foi realizado pré-teste com uma idosa, a partir do qual algumas questões do roteiro foram modificadas, para uma adequação aos objetivos da pesquisa e para que houvesse um melhor entendimento por parte dos sujeitos. Para os idosos que atenderam aos critérios, foi agendada, de comum acordo com os mesmos, uma visita domiciliária para a realização da investigação propriamente dita.

Utilizaram-se dois instrumentos para levantamento das informações: a entrevista semiestruturada e a observação participante. A entrevista semiestruturada pode combinar “perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas e permite ao entrevistado a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador”. (MINAYO, 2004, p. 108). Adotou-se esse tipo de instrumento com a finalidade de “apreender o ponto de vista dos atores sociais previstos nos objetivos da pesquisa”, além de “orientar uma ‘conversa com finalidade’ que é a entrevista”, facilitando a abertura, ampliação e aprofundamento da comunicação que se pretendia (MINAYO, 2004, p. 99).

O roteiro constituiu-se de duas questões iniciais e outras seis específicas; contudo durante o processo de entrevista, questões ocasionais ocorreram ante a necessidade de complementação (POTELLI, 1997).

Para uma melhor apreensão do discurso, as entrevistas foram gravadas mediante autorização do idoso, sendo assim com todos os participantes, haja vista as suas respostas positivas ante a solicitação.

Associada à entrevista, fez-se uso da observação participante (Apêndice D), um processo pelo qual se mantém a presença do observador numa situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica, devendo ele colocar-se, sob o ponto de vista do grupo pesquisado, com respeito, empatia e inserção da forma mais íntima possível

(SCHWARTZ, SCHWARTZ, 1955 apud MINAYO, 1999). A observação foi realizada no domicílio de cada um dos participantes, visto que o objeto de estudo está relacionado com o contexto familiar e o ambiente domiciliar no qual vive o idoso, e onde se encontram seus familiares, cuidadores e amigos que constituem esse contexto.

3.5 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS RESULTADOS

Seguindo o referencial teórico das representações sociais, a análise é conduzida de acordo com a abordagem proposta por Moscovici (1978), a qual afirma que, por serem as representações sociais teorias do senso comum, as técnicas de análise empregadas em seu estudo procuram, de alguma forma, desvendar a associação de idéias subjacente. As vertentes analíticas se distinguem, então, pelas exigências formais da linguagem utilizada (de números ou de palavras); e a opção por qual delas seguir deve levar em consideração os objetivos da pesquisa, ou seja, se estão voltadas para a lógica da construção ou para a distribuição de conteúdos em uma população.

Com base nos objetivos propostos, a análise de dados do presente estudo adota a vertente da elaboração das representações, estando centrada na totalidade do discurso e, por isso, trabalhando com poucos sujeitos, os chamados “sujeitos genéricos” que, se devidamente contextualizados, são capazes de representar o grupo no indivíduo. (SPINK, 2008).

Bardin (2000, p. 36) sugere àqueles que se iniciam na análise de conteúdo que sejam obedecidas regras para se chegar às *categorias de fragmentação de comunicação*, e assim, para que a análise seja válida. Essas regras determinam que as categorias devem ser homogêneas, exaustivas, exclusivas, objetivas e adequadas ou pertinentes.

Realizadas as etapas da análise de conteúdo, buscou-se alcançar os processos de ancoragem e objetivação, elementos importantes na construção das representações que os idosos deste estudo tinham sobre “ser frágil”, do ponto de vista conceitual e metodológico da Teoria das Representações Sociais. Essa busca foi orientada a partir da seguinte questão: Em alguns momentos do seu dia-a-dia a pessoa idosa pode se sentir frágil, ou seja, apresentar-se em estado de fragilidade, ficando mais predisposta a apresentar problemas em sua saúde. Para o(a) senhor(a), o que significa ser frágil?.

Análise e discussão dos resultados

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados deste estudo serão apresentados inicialmente, pela caracterização social e demográfica dos seus participantes, com relação aos aspectos: sexo, idade, estado civil, número de filhos, renda, escolaridade e ocupação (Quadro 1), seguidos dos aspectos definidores de fragilidade e/ou “ser frágil”, de acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2006e) e presentes nos idosos deste estudo (Quadro 2); completando essa caracterização, a visão dos idosos sobre a atenção recebida da equipe da USF diante dos problemas de saúde por eles enfrentados, como também sobre a atenção recebida do(a) enfermeiro(a) (Quadro 3).

Em seguida, os resultados são apresentados a partir de uma análise temática de conteúdo da fala das pessoas idosas acerca do significado da *fragilidade* e de *ser frágil*, tendo como plano de fundo o referencial teórico das representações sociais.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Conforme os aspectos apresentados no Quadro 1, sobre a idade dos participantes observa-se que esta situava-se entre 62 e 88 anos, sendo que três dos participantes possuíam idade acima de 75 anos, indicando ser uma das características definidoras de fragilidade, segundo o conceito do Ministério da Saúde (Brasil, 2006).

Quanto ao sexo, sete dos dez participantes eram do sexo feminino e três do sexo masculino, fato que corrobora com a literatura sobre a feminização da velhice, sobre a qual afirma que as mulheres vivem mais do que os homens pelo fato de terem mais cuidados com a saúde, possuírem certa proteção hormonal e morrerem menos por causas relacionadas à violência.

A predominância de pessoas pertencentes ao sexo feminino reflete a maior longevidade das mulheres em relação aos homens, fenômeno que tem sido atribuído à menor exposição a determinados fatores de risco, notadamente no trabalho, menor prevalência de tabagismo e etilismo, diferenças quanto à atitude em relação a doenças e incapacidades, e à maior cobertura da assistência gineco-obstétrica. (VERAS, RAMOS e KALACHE, 1987).

De acordo com o estado civil, três dos idosos eram casados (união consensual) e, dos sete restantes, cinco eram viúvos, um separado e um outro solteiro, situação esta explicável pelo fato de a maioria (oito deles) terem 66 anos ou mais. Dessa forma, o casamento entre

idosos *mais idosos* tem sido mais difícil de se manter em função da viuvez ou separação que, por uma razão ou outra, não os motivam mais para outro relacionamento.

Sobre os(as) idosos(as) participantes deste estudo, apresentaremos inicialmente uma caracterização com relação aos aspectos idade, sexo, estado civil, número de filhos, renda, escolaridade e ocupação.

Sobre a categoria número de filhos, vê-se que todos os participantes tiveram filhos, com exceção de um deles que não tinha filhos. Nesse sentido, é importante dizer que sete desses idosos, residiam com seus filhos ou netos, sendo que, destes, cinco continuavam como chefes do domicílio, o que nos faz compreender que eram os filhos que continuavam com os pais. Essa situação tem sido comum ser encontrada entre idosos no Brasil, consequência de filhos e netos desempregados que acabam se alojando com a família em casa dos pais ou avós.

Com relação à renda familiar, sete dos participantes apresentavam renda mensal oriunda das aposentadorias e pensões, indicando ser baixo seu poder aquisitivo. Dos(as) dez idosos(as), seis possuem renda familiar de um salário mínimo (S.M.), quantia utilizada para o sustento de toda a família. Outros dois recebiam 2 SM, e mais dois deles recebiam entre 2 e 3 SM. Nestes últimos, a renda familiar correspondia à soma de sua aposentadoria adicionada aos rendimentos de outro membro da família. Ressalta-se aqui que, entre todos, apenas dois tinham outra atividade para complemento de renda, através do trabalho informal de lavadeira e feirante.

Percebeu-se que a renda familiar dos idosos entrevistados, em geral, era originária da aposentadoria, segundo eles beneficiados pelo Funrural, e em grande parte correspondia ao valor de um salário mínimo, insuficiente para atender as suas demandas, e ainda ajudar a sua família.

Segundo Beltrão, Camarano, Mello (2004), o montante de recursos disponíveis por família depende não apenas das oportunidades de mercado de trabalho e transferências do Estado, mas, dentre outros fatores, da etapa do ciclo de vida em que cada membro da família se encontra. Nos anos de 1990, a pobreza e a indigência reduziram-se em todos os tipos de famílias, tendo uma redução mais intensa naquelas em que o chefe da família é um idoso, pela presença de benefícios pagos pela Previdência (BELTRÃO; CAMARANO; MELLO, et al., 2004).

Referindo-se à categoria escolaridade, entre todos os idosos entrevistados, seis deles nunca frequentaram a escola e, segundo eles, pelo fato de muito cedo necessitarem trabalhar para ajudar a família. Entre os idosos que não estudaram, dois afirmaram saberem fazer contas e que reconheciam o valor das cédulas pela cor.

Para outros três que frequentaram a escola em algum momento de sua vida, duas delas o fizeram ainda na infância e tiveram que deixar de estudar para trabalhar e ajudar a família. E outra, que disse ter estudado até o 1º ano do ensino fundamental, por isso sabia ler um pouco e, embora não escrevesse, apenas assinava seu nome. Nessas circunstâncias de escolaridade, vê-se que as mudanças na educação para adultos e idosos não são realidade em regiões pouco favorecidas como o nordeste brasileiro.

Portanto, o grau de escolaridade encontrado entre os idosos deste estudo corrobora com a tendência nacional que, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2000), corresponde a uma média de 3,4 anos de estudo.

Em relação à procedência dos participantes, observa-se que, com exceção apenas de um idoso, todos eram oriundos de zona rural. Vieram para a capital almejando emprego e, conseqüentemente, melhoria da condição de vida, haja vista as dificuldades com o clima da região, castigado pelos períodos de seca e fazendo o homem do campo emigrar em busca de melhores condições de vida.

Os fluxos migratórios de pessoas do Nordeste, não só internamente, da zona rural para regiões metropolitanas, mas também em direção a outras regiões do Brasil, têm implicações nas condições de vida dos idosos, na medida em que enfraquecem a rede de suporte da família, e contribuem para o aumento proporcional da população com idade avançada, dada a maior migração de pessoas jovens. As capitais nordestinas experimentam atualmente rápido aumento de suas populações, tornando-se envoltas por aglomerados urbanos onde seus habitantes envelhecem sob condições de vida extremamente adversas. (COELHO FILHO, RAMOS, 1999).

Categorias sociais/ Participantes	Sexo e Idade	Estado Civil	Nº. de filhos	Escolaridade	Procedência	Ocupação/ Renda mensal
Pérola	F – 66a	Separada	07 (02 morreram crianças)	Sabe ler. Não sabe escrever.	Zona rural	Aposentada e lavadeira/ 01 S.M.
Ametista	F – 68a	Viúva	05 (04 falecidos)	Nunca estudou.	Zona rural	Aposentada/ 01 S.M.
Esmeralda	F – 88a	Viúva	16 (14 falecidos)	Não sabe ler ou escrever.	Zona rural	Pensionista/ 01 S.M.
Rubi	F – 72a	União consensual	04 (01 falecido)	Nunca estudou, sabe contar dinheiro.	Zona urbana	Aposentada/ 01 S.M.
Citrino	M – 65a	Solteiro	-	Não sabe ler ou escrever.	Zona rural	Aposentado/ 01 S.M.
Ágata	F – 66a	Viúva	10 (05 falecidos)	Nunca estudou.	Zona rural	Pensionista/ 01 S.M.
Turmalina	F – 71a	Viúva	12 (09 falecidos)	Nunca estudou, sabe assinar o nome.	Zona rural	Aposentada e feirante/ De 02 a 03 S.M.
Topázio	M – 82a	Viúvo	06 (01 falecido)	Nunca estudou, sabe contar dinheiro.	Zona rural	Aposentado/ 02 S.M.
Ônix	M – 84a	União consensual	01 (não conhece)	Nunca estudou.	Zona rural	Aposentado/ 02 S.M.
Safira	F – 62a	União consensual	08 (03 falecidos)	Nunca estudou, mas sabe assinar o nome e contar dinheiro.	Zona rural	Dona de casa/ De 02 a 03 S.M.

Quadro 1 – Caracterização de idosos(as) residentes em área adscrita do Passo da Pátria quanto às categorias sociais, Natal/RN, 2008

*Legenda: F = Feminino, M= Masculino, a= anos, S.M.= Salário Mínimo

Sobre os resultados do Quadro 2 referentes aos aspectos que caracterizam a fragilidade ou um ser frágil, características presentes nos idosos deste estudo, oito deles apresentavam mais de uma condição crônica de saúde. Somente uma idosa tinha apenas uma doença (neste caso, tuberculose pulmonar), e outro que não apresentava nenhuma doença.

É notório que, à medida que se envelhece, aumentam a vulnerabilidade, os riscos de agravos e a prevalência de doenças crônicas, que podem levar à ocorrência de incapacidade nos idosos (FIGUEIREDO et al., 2008).

Segundo Diogo, Paschoal e Cintra (2000), a presença de doenças crônicas não transmissíveis pode ocasionar um rápido comprometimento da capacidade funcional do idoso, levando-o a uma situação de incapacidade e dependência.

Quanto à categoria idade acima de 75 anos, como critério de definição de fragilidade, três dos idosos participantes do estudo apresentavam idade acima de 75 anos. O número de idosos brasileiros com 75 anos ou mais, no período de 1991 a 2000, aumentou de 2.419.869 para 3.611.692 idosos, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2002). Segundo Chaimowicz (1997), estima-se que, no Brasil, a proporção de maiores de 80 anos varie de 9,0% a 11,3% entre 1995 e 2020, sendo que a proporção daqueles acima de 70 anos vem aumentando progressivamente.

Quanto à categoria hospitalização recente, dois dos idosos entrevistados vivenciaram a experiência, sendo que um deles teve como causa um Acidente Vascular Encefálico e outro para submeter-se a tratamento clínico de artrose.

Segundo Martins et al. (2008), a hospitalização representa, para muitos idosos, um momento de fragilidade e de medo, pois, além do sofrimento, da sensação desagradável e da insegurança que a doença ocasiona, eles irão necessitar da atenção de uma equipe de saúde que esteja atenta a uma série de alterações físicas, psicológicas e sociais que normalmente ocorrem nesses pacientes e que justificam um cuidado diferenciado.

Sobre a categoria violência doméstica, como característica que também pode indicar a presença de fragilidade, duas idosas afirmaram sofrer algum tipo de violência causada por parentes próximos. Uma delas, por ter um filho que vive com ela e é viciado em drogas, e constantemente provoca atritos e confusão dentro de casa, causando medo e pânico para todos, principalmente para ela, que vive sobressaltada. E outra que relatou se sentir assustada pela presença do neto, pois este tem o hábito de ouvir música em volume alto e fala com a idosa usando um tom de voz agressivo.

Os idosos tornam-se mais vulneráveis à violência intradomiciliar na medida em que necessitam de maiores cuidados físicos ou apresentam dependência física ou mental. Quanto maior a dependência, maior o grau de vulnerabilidade, e assim o convívio familiar estressante e cuidadores despreparados agravam essa situação (BRASIL, 2001b).

O Ministério da Saúde constatou que a maioria dos profissionais de saúde ainda não está capacitada para identificar e encaminhar adequadamente os casos de violência doméstica contra idosos nos serviços de saúde ou de referência nas áreas de segurança e justiça. (BRASIL, 2001b).

Outra categoria investigada foi o fato de ser acamado, situação apresentada por um dos participantes, o que pode indicar que os idosos com idade superior a 75 anos estejam melhorando a sua condição de saúde na velhice.

O fato de ser acamado e, portanto, ter sua mobilidade prejudicada, implica no surgimento de outras condições mórbidas que agravam a qualidade de vida e tornam o idoso cada vez mais dependente dos cuidados dos outros. Isso aponta para necessidade de uma alternativa assistencial especializada, contínua, de uma equipe multiprofissional, capaz de minimizar o grau de dependência desses idosos, através do tratamento adequado das patologias e estratégias de otimização do cuidado no próprio domicílio (FIGUEREDO et al., 2008).

Participantes	Igual ou > 75 anos	Hospitalização recente	Acamado	Violência doméstica	Doença causadora de incapacidade	Nº. de DCNT
Pérola	Não	Não	Não	Sim	Artrose, hipertireoidismo	02
Ametista	Não	Não	Não	Não	Tuberculose	01
Esmeralda	Sim	Não	Sim	Não	HAS, Deficiência visual	02
Rubi	Não	Sim	Não	Sim	HAS, sequela de AVC	02
Citrino	Não	Não	Não	Não	HAS, DM, Déficit visual	03
Ágata	Não	Não	Não	Não	HAS, DM	02
Turmalina	Não	Não	Não	Não	Osteoporose, Déficit visual	02
Topázio	Sim	Sim	Não	Não	Parkinson, Artrose	02
Ônix	Sim	Não	Não	Não	Não	-
Safira	Não	Não	Não	Não	Artrose, depressão	02

Quadro 2 – Caracterização dos aspectos definidores para fragilidade em idosos residentes em área adscrita do Passo da Pátria, Natal/RN, 2008

4.2 – O IDOSO E A ATENÇÃO RECEBIDA PELA EQUIPE DA ESF

Quando são discutidos aspectos relacionados à atenção em saúde dada aos idosos residentes em área adscrita do Passo da Pátria, percebe-se que cada idoso descreve esse atendimento em saúde baseado em experiências de contatos anteriores com esses profissionais. Sendo assim, enquanto alguns idosos afirmaram buscar a USF sempre que necessário e que conseguiam atendimento, outros disseram não conhecer nenhum profissional. Neste último caso, pensa-se que ou o idoso nunca procurou a USF ou nunca recebeu uma Visita Domiciliária, uma prática que deve fazer parte da rotina de qualquer unidade onde exista uma equipe de saúde da família.

De modo geral, percebe-se haver um bom relacionamento entre idosos e profissionais da ESF, em especial com o Agente Comunitário de Saúde, o qual é citado como alguém que

visita o idoso frequentemente, que se preocupa em saber como está a saúde do usuário, além de trazer informações da unidade e realizar agendamento de consultas.

A aproximação com esse profissional é justificada pelo fato de o ACS ser alguém que não só trabalha naquela determinada área, mas que também vive na comunidade, e, em muitos casos, conhece os usuários há bastante tempo, o que favorece o estabelecimento de uma confiança mútua e da formação de um vínculo profissional-usuário.

A atual Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006f) descreve que a realização do cuidado em saúde da população da área adscrita à ESF (o que inclui os idosos residentes na localidade em estudo), se dá tanto no âmbito da unidade de saúde, como no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), e que a escuta qualificada das necessidades dos usuários, em todas as ações, proporciona atendimento humanizado e viabiliza o estabelecimento do vínculo, estando entre as atribuições que são comuns a todos os membros da equipe de Saúde da Família.

Segundo alguns idosos entrevistados, é raro receberem uma visita da equipe da ESF, mas compreendem o fato por reconhecerem que os profissionais têm muito trabalho a fazer na unidade de saúde, por isso só procuram atendimento na unidade quando realmente percebem que precisam de assistência. Um dos participantes do estudo, o Sr. Ônix, afirma que, embora reconheça que todos os profissionais prestam atendimento à população, nem todos oferecem um cuidado humanizado, referindo-se a este fato da seguinte forma:

Esse pessoal do posto... é difícil eles virem aqui em casa [...] o pessoal que trabalha lá também não pode sair do lugar pra ir em outro canto né? [...] Enquanto eu aguentar, eu não vou lá [...] eu sei que tem algumas pessoas que trabalham no posto de saúde que [nos] recebem com satisfação, com alegria, e já tem outros que não... porque quem trabalha com a humanidade não pode ser assim não, eles têm que receber todo mundo igual, nem que eles não gostem. (Ônix)

Conforme Comerlato, Guimarães e Alves (2007), a técnica e a padronização no atendimento à população não impõem a reflexão sobre o objeto de trabalho, onde o parcelamento das tarefas implica também na fragmentação das relações. Para os autores, a falta de qualificação especializada para o cuidado integral da pessoa idosa interfere nas práticas de cuidar em saúde, pois em estudo recente, observaram que o conhecimento sobre o envelhecimento entre os profissionais de saúde ainda é conceitual, e que os elementos desse conhecimento não estão integrados à realidade social.

Assim, enquanto o conhecimento reificado do profissional de saúde sobre o

envelhecimento enfatiza a promoção da saúde e a prevenção, sua prática diária ainda é focalizada nas ações curativas; portanto, sugere-se que, para haver um redirecionamento de políticas de saúde e educação, os universos consensuais e reificados devam ser integrados (COMERLATO, GUIMARÃES, ALVES, 2007).

Sobre a atenção recebida do(a) enfermeiro(a), de acordo com alguns idosos, parece não haver clareza sobre as funções dos enfermeiros, fato observável quando, ao falarem da visita que recebem, sempre relacionarem ao profissional que *vai verificar a pressão...* e que sabe-se, na maioria das vezes, é a técnica de enfermagem ou o ACS.

Segundo alguns dos idosos, o(a) enfermeiro(a) tem sido o(a) profissional que faz o encaminhamento das referências, realiza algumas visitas domiciliares, orienta-os sobre a importância das vacinas, orienta quanto ao uso de medicamentos e faz renovação das prescrições (transcrição); para um dos participantes, o enfermeiro é o profissional que substitui o médico quando este, por algum motivo, não pode realizar o atendimento.

Por considerar que muitas pessoas idosas apresentam dificuldades de deslocamento e assim nem sempre podem ir até a USF, faz-se necessária uma ampliação do cuidado que é prestado no domicílio e que este vise ações capazes de promover saúde para este grupo populacional que apresenta peculiaridades decorrentes do processo de envelhecimento, vivenciado de diferentes formas.

A compreensão limitada dos idosos acerca do papel do enfermeiro na ESF elucida a necessidade do profissional refletir sobre a sua prática, e que o exercício dessa profissão precisa ser pautado, de fato, nos princípios da política de saúde vigente, visando não só a consolidação da Atenção Básica, mas o fortalecimento de sua própria identidade profissional.

4.3 ANÁLISE DE CONTEÚDO DOS RESULTADOS

Para a análise qualitativa, este estudo pautou-se na análise de conteúdo definida por Bardin (2000), como sendo um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, complementada pela orientação de Minayo (2004) que operacionaliza a análise de conteúdo temática em três etapas, a saber: pré-análise (leitura flutuante, constituição do corpus, formulação de hipóteses e objetivos), exploração do material, e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Para tanto, as entrevistas foram transcritas e, juntamente com as informações coletadas na observação de campo, submetidas à leitura flutuante, que resultou na elaboração de um quadro sinóptico com recortes das falas que representavam as unidades de registro – constituição do corpus.

As categorias que surgem e são estabelecidas expressam os meios pelos quais os entrevistados tentam traduzir e organizar sua experiência. Assim sendo, a análise foi então permeada pelo referencial teórico-metodológico da Teoria das Representações Sociais.

As representações sociais constituem formas de conhecimento socialmente elaboradas que são produzidas pelos grupos de indivíduos para comunicarem-se e entenderem tudo aquilo que lhes é estranho e não familiar. Nem todo assunto se torna um objeto de representação social para os grupos, e nem todos os fenômenos do mundo que rodeiam o indivíduo são tributários de converterem-se em problemas de pesquisa científica da representação social (TEIXEIRA; NASCIMENTO-SCHULZE; CAMARGO, 2002).

É provável que neste estudo a *fragilidade* e o *ser frágil* sejam temas de vocabulário novo para os seus participantes, tanto para profissionais de saúde como para a população em geral, em função de que, ao se dirigirem aos idosos, eles se sentiam hesitantes e inibidos, bem como permaneciam silenciosos diante dos questionamentos, nas entrevistas, quando se indagou: “Para o(a) senhor(a), o que significa ser frágil?”. Por outro lado, caso fosse um tema já usado pelos profissionais, os idosos poderiam estar mais familiarizados com o termo.

Segundo Joffe (2008, p. 298), “objetos sociais estranhos evocam medo, porque eles ameaçam o sentido de ordem das pessoas e sua sensação de controle sobre o mundo. Uma vez representado sob uma feição mais familiar, o objeto social se torna menos ameaçador”. Dessa forma, tal processo nos ajuda a entender as representações sociais da fragilidade expressas pelas pessoas idosas.

Além do questionamento realizado diretamente acerca da *fragilidade* e *ser frágil*, os participantes foram indagados quanto à forma pela qual as pessoas que com eles conviviam percebiam sua atual condição de saúde, atividades que realizavam no seu cotidiano, as dificuldades enfrentadas, além da visão da pessoa idosa sobre a atenção recebida pela equipe de saúde.

Os objetos e os temas investigados adquirem sentidos diversos quando configurados pelo olhar do investigador ou quando considerado o contexto em que as situações descritas neste estudo se situam. A partir da leitura flutuante dos discursos compilados, foram então captadas as unidades de registro, unidades de contexto e, assim, estabelecidas as categorias.

A partir da análise de conteúdo das falas das pessoas idosas participantes deste estudo, foram alcançadas as seguintes categorias: *Fragilidade como doença e doença como envelhecimento; O envelhecimento e a fragilidade como causas de mudanças e dificuldades na vida diária; A presença de familiares na vida da pessoa idosa frágil; Fragilidade como fraqueza e o risco para quedas; A percepção do ser frágil como uma pessoa diferente; e a Ausência da fragilidade na vida do idoso.*

Fragilidade como doença e doença como envelhecimento

A maioria dos idosos deste estudo descreveram suas queixas relacionadas à atual condição de saúde, referindo desde alguma Doença Crônica Não Transmissível (DCNT), passando pela hipertensão arterial, artrose, déficit visual, diabetes mellitus, doença de parkinson, hipertireoidismo, osteoporose, sequelas de acidente vascular encefálico (AVE), até tuberculose pulmonar e depressão.

Quase todos apresentaram uma ou mais condições crônicas de saúde, com exceção apenas de uma idosa que afirmava ter adquirido uma doença infecciosa (neste caso, tuberculose pulmonar), e outro idoso que referiu não apresentar nenhuma doença. Influenciados pela presença dessas patologias ou por outros fatores, como o próprio contexto domiciliar e algumas mudanças advindas do processo de envelhecimento, os idosos apresentaram queixas diversas com relação à sua saúde e pareciam relacionar a presença destas ao processo de envelhecimento.

Segundo Lebrão e Duarte (2003), à medida que a população envelhece, aumentam a incidência das DCNTs, e estas podem ser evitadas em grande parte, já que seus fatores determinantes não se referem apenas aos fatores genéticos e/ou mudanças da idade, mas também aos fatores de risco ambiental e comportamental.

Outros idosos investigados demonstraram não estarem satisfeitos com sua atual condição de saúde e afirmaram que, apesar da terapêutica medicamentosa, não observavam melhora, dizendo que estavam piores quando comparado ao momento antes do tratamento, como observado na seguinte fala: *Está ficando pior porque eu estou com azia e com essa coceira. Não sinto fome! Eu fico tão nervosa, mas eu me controlo* (AMETISTA).

Alguns dos idosos entrevistados relacionaram ainda os seus problemas e condição de saúde diretamente à existência de doenças crônicas, como foi o caso do Senhor Citrino que sofria de hipertensão arterial, diabetes mellitus, tinha déficit visual, queixava-se de dores nos membros inferiores e referia que todo o seu problema era consequência do Diabetes.

O avanço da idade foi relacionado, por parte de alguns idosos, como sinônimo de doença, e essa população parece possuir um caráter crônico que envolve gastos diários com os quais a pessoa idosa nem sempre pode arcar, gerando desconforto e insatisfação, como demonstram alguns entrevistados:

Eu vivo muito adoentada; tem a idade também. Estou com 71 anos, não tenho mais saúde que preste. Vivo mais de medicamento [...] tudo é problema, gasto muito. Remédio é direto! (TURMALINA)

Quando a gente tem uma certa idade, tem dia que amanhece com a perna doendo, a junta [articulação] doendo, a cabeça doendo, mas vamos levando... (PÉROLA)

Em estudo realizado por Lima-Costa, Barreto e Giatti (2003), a percepção da própria saúde como ruim foi relatada por 10,5% dos idosos entrevistados, e a pior percepção da saúde aumentou com a idade entre os homens, mas não entre as mulheres; os idosos que relataram ter pelo menos uma doença crônica corresponderam a 69,0%, sendo essa proporção maior entre mulheres (74,5%) do que entre os homens (62,2%).

Apenas um entrevistado deste estudo não referiu problemas de saúde, o Sr. Ônix, de 84 anos, sexo masculino, casado, que não possuía no momento da entrevista doença causadora de incapacidade diagnosticada. Ele afirmava não ter do que reclamar, pois dificilmente sentia algum incômodo ou adoecia. Tal depoimento induz-nos a dizer que nem sempre o fato de ser idoso mais idoso esteja associado à presença de doenças incapacitantes, mostrando que essa fase da vida pode ser saudável desde que adaptações sejam feitas às limitações existentes.

À luz do referencial da Teoria das Representações Sociais, as pessoas idosas entrevistadas podem ser vistas como atores sociais, e por isso acabam construindo teorias de senso comum que, de acordo com Teixeira, Nascimento-Schulze, Camargo (2002), em parte servem para explicar esses fenômenos por eles representados e, por outro lado, podem sustentar suas práticas sociais em relação a como permanecer saudável na velhice. A fragilidade ou o “ser frágil” também foi objetivado na *doença*, no surgimento repentino de problemas de saúde, e no estar hospitalizado, demonstrado nas respectivas falas:

É quando alguém está se sentindo bem, e de repente morre. É você apagar. (Ágata)

Às vezes a pessoa está bem e de repente está na cama de um hospital [...] tenho muito medo de chegar a viver hospitalizada, dando trabalho aos filhos. (Pérola)

O envelhecimento e a fragilidade como causas de mudanças e dificuldades na vida diária

Os idosos entrevistados vivenciavam o processo de envelhecimento de forma variável, influenciados pelo contexto em que viviam e pelos múltiplos fatores – biológicos, psicológicos e sociais – o que pôde ser demonstrado através das falas nas entrevistas e observação de campo.

Considerando as mudanças físicas e fisiológicas advindas do envelhecimento, alguns idosos referiam que as mesmas relacionavam-se com as dificuldades na sua vida cotidiana, enfrentadas por eles e os seus familiares. Eles expressavam que existiam mudanças na sua saúde que implicavam em dificuldades para a sua vida diária, como o fato de não deambular e ter déficit visual. Diziam que, devido a esses fatores, não podiam fazer nada, pois com saúde poderiam ajudar suas filhas com os cuidados domésticos, e refletiam, dizendo que haviam se tornado pessoas diferentes das que era antes.

Sobre as mudanças próprias do envelhecimento vividas, o Senhor Citrino falou que costumava se movimentar, fazer serviço pesado e ser uma pessoa ativa, e, quando caminhava regularmente, conseguia ter o sono preservado, mas já não vinha caminhando devido à perda visual consequente do Diabetes e pela dificuldade de deambulação; por causa disso, quando ia à feira (atividade costumeira e que gostava de fazer) precisava ir com alguém que o acompanhasse, lembrando ainda que “não é bom um idoso dormir só”.

O Diabetes Mellitus constitui uma das principais causas de cegueira, amputação de membros inferiores, insuficiência renal e doenças cardiovasculares, com impacto significativo na qualidade de vida das pessoas acometidas, por isso é imprescindível que os profissionais de saúde a detectem precocemente e expliquem ao idoso e sua família a importância do tratamento (LEBRÃO; DUARTE, 2003).

Para a pessoa idosa, a realização das Atividades da Vida Diária (AVDs) aparece como algo presente e necessário para sua sobrevivência, de forma natural em seu dia a dia, mantendo-a participativa tanto na gestão e nos cuidados com a própria saúde, como no desenvolvimento de tarefas domésticas.

Segundo Duarte, Andrade e Lebrão (2007), as condições crônicas tendem a se manifestar de forma simultânea e com maior expressão nos idosos, e, embora não sejam fatais, tais condições podem comprometer, de forma significativa, a qualidade de vida dos idosos. Sendo assim, pode surgir um processo incapacitante pelo qual uma determinada condição (aguda ou crônica) afeta a funcionalidade dos idosos e, conseqüentemente, o desempenho das atividades cotidianas.

Em situação na qual o idoso apresenta alguma limitação funcional, como, por exemplo, dificuldade em deambular, obviamente haverá maior dependência para a realização das AVDs, podendo necessitar do auxílio dos familiares ou vizinhos quando dispostos a ajudar. A importância de verificar quais idosos não realizam as AVDs é para possibilitar a identificação dos que necessitam de ajuda para a sua realização diária.

A maioria das pessoas idosas entrevistadas apresentava-se com boa capacidade funcional e autonomia, e com a condição de realizar suas AVDs de forma independente, necessitando de ajuda somente para algumas Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs), como o preparo dos alimentos, a realização das compras de alimentos e o uso de medicamentos, de transportes, a limpeza da casa e controle das finanças.

Nesse contexto, vê-se a importância de utilizar uma avaliação funcional que busque verificar em que nível as doenças ou agravos impedem que os idosos desempenhem suas atividades cotidianas de forma autônoma e independente. Um dos instrumentos mais utilizados para avaliação funcional em gerontologia tem sido o índice de Independência nas AVDs desenvolvido por Sidney Katz nos anos de 1960 (DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007).

Embora a aplicação desse tipo de avaliação não tenha sido objeto do presente estudo, durante a observação de campo pôde ser percebido que apenas nos idosos que apresentavam incapacidade funcional instalada se observava dependência de familiares ou cuidadores com os quais conviviam, no auxílio ou mesmo ajuda para a realização das suas AVDs.

Observa-se que no desenvolvimento das AVDs ou AIVDs por parte desses idosos, havia certa indisposição para a realização das atividades domésticas e, neste caso, atividades que despendessem mais esforço físico, como a limpeza da casa e a lavagem da roupa, em geral eram realizadas por um familiar da casa.

A fadiga na realização das AVDs não só é um forte fator de predisposição de incapacidade e mortalidade, como também é um mediador nos efeitos da comorbidade e na capacidade de realizar exercícios que exigem esforço físico, configurando-se então como uma medida subjetiva válida para identificar sinais de vulnerabilidade para a fragilidade em idosos,

mostrando a necessidade de estratégias de prevenção (SCHULTZ-LARSEN; AVLUND, 2007).

Compreende-se ser importante a manutenção da capacidade funcional e autonomia dos idosos, e, para tanto, deve-se estimular a promoção, a prevenção e o controle dos fatores de risco que evitam o surgimento da condição de fragilidade. Entretanto, o fato desses problemas serem comuns no dia a dia dos idosos nem sempre impede que os mesmos realizem as suas AVDs e AIVDs.

A presença de familiares na vida da pessoa idosa frágil

Para alguns idosos, os aspectos vivenciados no contexto domiciliar com outros familiares influenciam na sua condição de tranquilidade, tornando-os algumas vezes temerosos e inseguros diante da própria família. Em alguns casos, observa-se que a convivência cotidiana entre idosos e familiares pode contribuir para a instalação do processo de fragilidade no idoso ou pode influenciar para a elaboração dessa representação social no idoso.

A vida familiar constitui um espaço importante para a elaboração de um destino comum, para o amadurecimento de um saber sobre o espaço, o tempo, a memória, para a transmissão de conhecimentos e informações, e para a compensação da pouca escolarização com outros aprendizados transmitidos oralmente e por contato direto (VASCONCELOS, 1999).

Neste estudo foram entrevistados idosos solteiros, viúvos ou divorciados, que nunca tiveram filhos ou não mantinham nenhum contato com eles e procuravam apoio em outros familiares ou amigos que pudessem ajudá-los. Compreende-se que a velhice é uma fase de dificuldades entre os idosos, na qual o indivíduo pode necessitar de mais cuidados e apoio da sua família. A esse respeito, Torres e Queiroz (2006) afirmam que o processo de cuidar da pessoa idosa depende da integração das relações familiares, da disponibilidade de recursos pessoais e externos em diferentes momentos e situações, e da história anterior de relacionamento com o idoso.

Uma das participantes do estudo, Sra. Pérola, pensava que chegaria à terceira idade com uma vida sossegada, mas diante da relação de conflito com um de seus filhos – usuário de drogas e autor de assaltos na comunidade –, falava não sentir mais vontade de viver. E descreveu momentos em que seu filho chegava em casa bastante agressivo e discutindo com ela, fatos que a faziam considerar ser esse filho “a cruz mais pesada que carrega”.

Atualmente, a violência familiar parece ser frequente no cotidiano de alguns idosos e influencia diretamente sobre os seus sentimentos, ou pelo menos de algumas idosas deste estudo.

Minayo (2003) afirma que as violências contra pessoas mais velhas precisam ser vistas sob, pelo menos, três parâmetros: demográficos, socioantropológicos e epidemiológicos. Segundo a autora, embora a vitimação dos velhos seja um fenômeno cultural de raízes seculares e suas manifestações facilmente reconhecidas, desde as mais antigas estatísticas epidemiológicas, esse problema não tem se apresentado como algo relevante para a sociedade.

No caso do Brasil, a violência contra a pessoa idosa se expressa em tradicionais formas de discriminação, tratando-as como pessoas “descartáveis” e um “peso social”; por parte do Estado, a pessoa idosa hoje é responsável pelo custo insustentável da Previdência Social. (MINAYO, 2003).

Neste estudo surgiram situações em que os familiares não permitiam que o idoso participasse de atividades como cuidar da casa, e que o faziam por acreditar que essa era uma forma de proteger o idoso ou cuidar de sua saúde, fato este relatado pelos familiares e pelos próprios idosos, como pode ser observado nas seguintes falas: *Em tudo elas me ajudam, eu não faço nada... Se eu faço alguma coisa elas até reclamam* (TURMALINA); *A minha obrigação aqui é comer, tomar banho e dormir* (TOPÁZIO).

Considerando a importância de manter-se ativo durante o processo de envelhecimento, como forma de prevenir a instalação de incapacidades e dependência, considera-se que as atitudes citadas acima devam ser discutidas cuidadosamente.

Com todo um conjunto de limitações que se instala em seu organismo, o idoso sente-se desconfortável, pois gostaria de ajudar seus familiares e participar mais ativamente das tarefas cotidianas, como relatou a Senhora Esmeralda, dizendo que, pelo fato de não deambular e ter déficit visual, não podia fazer nada, pois com saúde poderia ajudar suas filhas com as tarefas domésticas.

De acordo com Goldfarb e Lopes (2006), o papel do velho sofreu modificações substanciais através do tempo, no âmbito familiar e social. Eles perderam o protagonismo que lhes constituía uma referência fundamental e ao qual o idoso ainda amarra seu sentimento de pertencimento e autoestima. Por isso, a retirada dos investimentos traz ainda como consequência sentimentos de desamparo, abandono, solidão, depressão e pode levar a processos de perdas cognitivas como decorrência de abalos vinculares extremos.

Segundo Mazza e Lefèvre (2005), faz-se necessária uma mudança do comportamento atual centrado nos cuidados especializados realizados em instituições, visto que, para atender

a população mais idosa, são necessárias medidas que proporcionem condições de manter essas pessoas, o maior tempo possível, em seus lares e que tenham a família como sustentação para a manutenção tanto física como social deste grupo fragilizado.

A atenção ao idoso pode estar intimamente relacionada à presença de um cuidador que, no espaço privado doméstico, realiza ou ajuda o idoso a realizar suas atividades de vida diária com o objetivo da preservação de sua autonomia e de sua independência (MAZZA; LEFRÈVE, 2005).

Fragilidade como fraqueza e o risco para quedas

Para alguns idosos, o “ser frágil” adquire materialidade em *algo que quebra*, em um estado de *fraqueza*, de *ser fraco* e que, para eles, é uma *consequência da idade avançada*, como demonstrado pelas falas:

Eu acredito que a pessoa vá ser frágil, quando a pessoa é muito fraca. Acredito que ele é frágil porque ele é muito fraco. (ÔNIX)

É aquela fraqueza no corpo, tem dia que amanhece mais mole, sem coragem de fazer nada [...] só vontade de estar deitada, às vezes pega a pensar besteira, ficar nervoso. E todos nós temos isso, a gente de idade, né? (TURMALINA)

Segundo Herzlich (2005), uma representação social é um modo de pensamento sempre ligado à ação, à conduta individual e coletiva, uma vez que ela cria ao mesmo tempo as categorias cognitivas e as relações de sentido que são exigidas.

Em outras situações, “ser frágil” foi relacionado ao risco de *sofrer quedas* e, por isso, à *necessidade de ajuda* de outras pessoas para realizar atividades. Ao se referirem à necessidade de ajuda, percebe-se que, por parte dos idosos, há uma preocupação em depender de outras pessoas para realizar atividades e em não poder fazer o que faziam antes.

É cair? [...] Eu penso assim, que é a pessoa que não tem condições, não tem condições de andar, vive assim, com ajuda dos outros, e é muito doloroso isso. (RUBI)

É quando a pessoa vive doente, dentro de casa, sem poder fazer nada [...] se tivesse com saúde, não precisaria esperar pela ajuda de ninguém. (AMETISTA)

Considerando o envelhecimento, a queda pode representar um problema que compromete a capacidade funcional do cliente, tornando-o dependente de assistência, limitando sua autonomia (FABRÍCIO; RODRIGUES, 2006).

As quedas em idosos têm como consequências, além de possíveis fraturas e risco de morte, o medo de cair, a restrição de atividades, o declínio na saúde e o aumento do risco de institucionalização. Assim, o envelhecimento populacional e o aumento da expectativa de vida demandam ações de prevenção e reabilitação no sentido de diminuir os fatores de risco para quedas, como o comprometimento da capacidade funcional, a visão deficiente e a falta de estimulação cognitiva. (PERRACINI, RAMOS, 2002).

A percepção do ser frágil como uma pessoa diferente

O processo de envelhecimento e a presença de fatores que caracterizam o idoso como uma pessoa frágil podem despertar sentimentos que fazem o idoso se perceber como alguém diferente daquele que costumava ser em tempos passados. Essa percepção é descrita pelo idoso através do repertório que possui para representar a fragilidade ou o ser frágil como algo que o torna diferente, conforme pode ser visto em algumas falas:

É muito diferente quando eu tinha minha saúde pra hoje em dia. Às vezes eu estou assim dormindo, acordo toda assustada, ouvindo pisada, ouvindo vozes, mas às vezes não é, é a doença, né? [...] Mas eu vivo assim, assustada devido à doença, nervosa demais. A minha filha saiu pra essa viagem e eu fiquei impressionada, pensando que iam raptar o menino [bisneto]. (RUBI)

Não tenho vergonha de mentir, às vezes choro [...] Choro, mas é o jeito. Quem era eu, e hoje eu sou... (ESMERALDA)

As falas dos idosos demonstram sentimentos de tristeza e um pensamento saudoso com relação à sua própria vida no passado, fazendo com que a pessoa idosa intuitivamente perceba que com a velhice vieram também algumas perdas. Em geral, as pessoas idosas deste estudo tendiam a comparar outras fases de sua vida com o presente, e relatavam que algumas funções e atividades encontravam-se prejudicadas, como, por exemplo, dificuldades de deambulação as quais implicavam em déficit no desempenho tanto das AVDs como das AIVDs.

A fragilidade como ausência da vida do idoso

Neste estudo, uma das idosas entrevistadas, a Sra. Pérola, apesar de queixar-se de situações de conflito familiar e de dificuldades de enfrentar o envelhecimento, vivendo com uma baixa renda familiar e prejudicada no acesso à saúde, via a fragilidade como algo distante de sua realidade. Pois para ela havia uma interpretação de que ser frágil é ser acamado, tendo em vista de que, quando questionada sobre esse tema, respondeu prontamente da seguinte forma:

Graças a Deus não vivo acamada. Tenho disposição para tudo.
(PÉROLA)

Silva Sobrinho (2005) afirma que, entre os vários conceitos sobre a velhice que circulam no meio social, existem discursos claramente marcados pela negação em que se destacam os sujeitos posicionados discursivamente para recusar a velhice, quando fazem referência a si próprios.

Dessa forma, percebe-se tanto uma visão distorcida daquilo que hoje se entende por fragilidade como também a negação da velhice e de uma condição de fragilidade, onde a própria pessoa idosa apresenta critérios para ser classificada como frágil, considerando a delimitação do Ministério da Saúde.

Embora essa negação tenha aparecido explicitamente na fala de apenas uma participante, considera-se esse resultado relevante, por tratar-se dado valioso para se entender a representação da fragilidade do idoso. E sendo um estudo de natureza qualitativa, o aspecto quantidade não pretere a qualidade dessa informação.

De acordo com Silva Sobrinho (2005), o que está subjacente aos processos de negação da velhice são as relações de trabalho baseadas na exploração dos homens em atividades produtoras de mercadorias, que sugam suas forças físicas e mentais. Segundo esse autor, quando o indivíduo chega a uma determinada idade, ele é aposentado por ser tido como não lucrativo para o capital; assim o jogo de antônimos (velho/jovem) e a negação (não sou velho) não se resumem apenas a um conflito de gerações, pois refletem as exigências da sociedade capitalista de louvar a jovialidade não só das mercadorias (coisas), mas dos próprios homens, assinalando um modo de reprodução das relações sociais capitalistas. Pensa-se que a negação se apresenta como uma forma de protesto, um suspiro do oprimido e, por isso, suscita que ela deverá incidir apenas sobre os adjetivos que (des)qualificam a velhice (SILVA SOBRINHO, 2005).

Segundo Néri (2007), o indivíduo não se reconhece velho e, à medida que envelhece, tende a fixar em idades cada vez mais avançadas aquela que marca a entrada na última fase do ciclo vital.

Percebe-se que ainda existem dificuldades por parte desses idosos em dar significado ao que para eles representa a *fragilidade* ou o *ser frágil*. Fato este que, por um lado, se relaciona com um repertório ou uma terminologia escassa na atual linguagem popular, assim como por parte até de alguns profissionais da ESF, embora grande parte dos idosos apresente alguma característica ou diagnóstico que caracterizam a fragilidade.

Sendo assim, inferiu-se que a representação social do *ser frágil* está ancorada: no contexto domiciliar, na realização das atividades da vida diária (AVDs), nas alterações fisiológicas do envelhecimento e nas dificuldades com as quais se deparam o idoso e seus familiares. Para Herzlich (2005), uma representação social permite, em princípio, compreender por que alguns problemas sobressaem numa sociedade, e esclarecer alguns aspectos de sua apropriação por essa mesma sociedade, como os debates e os conflitos que se desenrolam entre diferentes grupos de atores sociais.

Considera-se a representação da pessoa idosa sobre a fragilidade e o “ser frágil” algo importante para uma compreensão de si mesmo e do momento vivido. Os conteúdos das Representações Sociais são então regulados pelos processos de objetivação e ancoragem, e, de acordo com Chamon (2007), transformando o complexo em simples (objetivação) e o estranho em familiar (ancoragem), a representação social permite uma integração “suave” do novo e do desconhecido. Neste estudo, o processo de ancoragem pode ser expresso através da figura a seguir:



Figura 3 – Processo de Ancoragem de “Ser frágil” para os idosos entrevistados.

A representação dos idosos sobre “ser frágil” pode ter sido influenciada pelo seu contexto de vida, em seu domicílio, em suas relações familiares, na comunidade ou em outras redes sociais. Portanto, os discursos dos participantes exprimem um sentido sobre “ser frágil” que pôde ser percebido através de suas falas e expressado nas unidades de registro, de contexto e nas categorias estabelecidas.

Neste contexto, o “ser frágil” é ancorado através de situações vividas e percebidas pelos idosos – demonstradas nos temas emergentes do discurso –, as quais fazem parte do contexto de produção das representações. Assim, a representação da fragilidade envolve tanto aspectos clínicos ligados à presença ou não de uma ou mais doenças crônicas, como do convívio do idoso com seus familiares no domicílio e com a comunidade, além da atenção que o idoso recebe da equipe de saúde e da rede de serviços.

Considerações finais

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou uma aproximação com os conhecimentos sobre a temática da síndrome de fragilidade no processo de envelhecimento do ser humano, e sobre a sua instalação em um grupo de idosos de uma região periurbana da cidade de Natal/RN, que encontram-se vivenciando a instalação dessa síndrome.

Entende-se que o surgimento das DCNTs tende a ser algo comum ao processo de envelhecimento e provoca, muitas vezes, mudanças e adaptações na vida diária do idoso que, segundo os resultados desta investigação, teve que se adequar a essas mudanças e ser resiliente ante sua condição de fragilidade: novas adaptações ao ambiente doméstico, à rotina da família e à sua própria rotina, onde em algumas situações precisa conviver ainda com as limitações funcionais.

Embora alguns idosos vissem o envelhecimento como um sinônimo de doença e esta como um sinônimo de fragilidade, pôde-se observar que alguns deles eram capazes de viver essa etapa da vida sem a presença de doenças crônicas. Nesse sentido, fortalece-se o discurso da importância da manutenção da capacidade funcional, para que seja possível viver os anos a mais com qualidade de vida.

Para tanto, faz-se necessário que os profissionais de saúde estejam atentos não só às alterações físicas e fisiológicas advindas do processo de envelhecimento, mas também para possíveis alterações da dinâmica familiar e de como o idoso se sente dentro do seu contexto, visto que uma situação de dependência e redução da capacidade funcional tem grande repercussão na vida das pessoas, por envolver questões de natureza não só biológica ou física, mas também emocional e social.

Além das diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde sobre a fragilidade, considera-se que também devam ser analisados aspectos subjetivos da pessoa idosa, em razão de ser esta quem enfrenta, no seu dia a dia, o processo de fragilidade em seu organismo, junto aos familiares ou não, e, assim, com maior propriedade para falar sobre o que sente e ao vivenciá-lo.

A atual Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) recomenda ser o domicílio o espaço preferencial para a convivência do idoso, em detrimento de Instituições de Longa Permanência, o que é positivo por manter o indivíduo junto à sua família. Neste estudo todos os participantes viviam na comunidade, e sua maioria com familiares; todavia, o fato de estar com a família nem sempre significa poder ter uma vida saudável e harmoniosa, pois foi

observado que muitos desses idosos viviam em ambientes com pouca higiene e pouco adaptados para evitar quedas e acidentes (e estas têm sido uma realidade na vida do idoso).

A *fragilidade e o ser frágil*, como novos conceitos para determinadas situações dos idosos mais idosos, parecem ainda poucos difundidos entre os profissionais e sem a realização de intervenções que contemplem as suas necessidades. Elas são descritas com clareza através da Portaria nº. 2.528/2008, que define o *idoso frágil* ou *em situação de fragilidade* como o que vive em ILPI, esteja acamado, tenha se hospitalizado recentemente, apresente doenças causadoras de incapacidade funcional, encontre-se pelo menos com uma incapacidade funcional básica, ou viva situações de violência doméstica.

Entendendo o processo de envelhecimento como consequência da interação entre os fatores biológicos, psicológicos, sociais, entre outros, a variabilidade social com a qual se manifesta nos indivíduos faz com que cada um possa vivenciar o processo de envelhecimento de forma peculiar e não homogênea, estando uns, mais que outros, susceptíveis a desenvolver a chamada síndrome da fragilidade.

Portanto, ao analisar a situação de “ser frágil” e/ou ter “fragilidade”, foi possível entender o seu significado na concepção dos idosos que vivenciam este processo de desequilíbrio em saúde, considerando que uma representação social pode funcionar como atributo de um grupo, e é assim que pensamos que os idosos podem ser capazes de identificar-se, perceber-se, aliar-se ou rejeitar-se através do que para eles representa a fragilidade.

As pessoas idosas deste estudo relataram que percebiam algumas alterações orgânicas por elas vivenciadas nos últimos anos, como déficit visual e motor, alterações na marcha e equilíbrio, perda ponderal, mudanças de humor e o surgimento das doenças crônicas, para citar algumas. Como consequência, essas alterações impõem limitações que dificultam ao idoso fragilizado enfrentar diariamente o seu cotidiano ao deambular, realizar algumas atividades da vida diária e, quando associadas à perda visual, o surgimento de quedas e acidentes, como aconteceu com alguns dos entrevistados.

Tais alterações causam repercussões também na vida social dos idosos, pois, algumas vezes, as suas relações interpessoais tornam-se limitadas ao convívio intrafamiliar, haja vista a necessidade dos idosos portadores de fragilidade de terem alguém para acompanhá-los sempre que tiverem de sair de casa.

A fragilidade, portanto, é algo inerente ao cotidiano do idoso que vive no ambiente domiciliar, junto aos familiares ou não, e que pode ser observado e expresso mesmo que de forma subjetiva. Por essa razão, olhar a fragilidade considerando a perspectiva do idoso permite compreender a construção do que representa para ele “ser frágil”.

Estas representações do “ser frágil”, para os mesmos, são produzidas através das suas atividades de interação social cotidiana no contexto de produção considerado, ou seja, no seu domicílio, com sua família e na comunidade. Assim sendo, são representações sociais que surgiram dos universos consensuais, nos quais os indivíduos têm o mesmo valor, manifestando suas opiniões e apresentando respostas para todos os problemas.

Considera-se ser a representação da pessoa idosa sobre a fragilidade e o “ser frágil” algo importante para que haja uma compreensão de si mesmo e do momento vivido pelo idoso e sua família. É também valioso para o profissional perceber como os idosos se sentem dentro do seu contexto, como representam o “ser frágil”, pois pode conhecê-los melhor, tornando possível assisti-los em suas peculiaridades, já que esses aspectos nem sempre são abordados em sua formação do profissional para atuar em nível de atenção básica na ESF.

A construção do “ser frágil” passa pelos processos de ancoragem e objetivação, onde, no primeiro caso, transforma-se em algo familiar, e no segundo caso é objetivado como *algo que quebra*, em um estado de *fraqueza*, de *ser fraco*, uma *consequência da idade avançada*, *cair*, *necessitar de ajuda e apagar*.

Portanto, os universos consensuais nos quais se encontram as representações do “ser frágil” para a pessoa idosa são formas de conhecimento que podem coexistir com as definições da fragilidade que circulam entre pesquisadores da área e que foram construídas nos universos reificados.

Mesmo reconhecendo a existência de dificuldades para a efetivação desses princípios na atenção básica de saúde para a pessoa idosa, necessita-se que a atual assistência seja repensada no sentido de atender a atual demanda desse grupo etário da população.

Por fim, acredita-se que ao compreender o verdadeiro significado que a fragilidade representa para o senso comum, associando este conhecimento consensual ao reificado, possa-se abordar a pessoa idosa de maneira mais integral e humana no contexto da saúde da família, com a participação efetiva de toda a equipe, sem negligenciar a família e o seu contexto, os quais são elementos essenciais para alcançar esse objetivo.

Embora a política brasileira acerca da saúde e do envelhecimento esteja avançada e em consonância com literatura mundial, observa-se que, no caso específico deste estudo, a atenção prestada à pessoa idosa no domicílio ainda é muito tímida e executada com pouca clareza, segundo a percepção dos idosos.

Nesse sentido, percebe-se que o idoso ou recebe o atendimento e não sabe explicar como o mesmo se dá, ou a atenção do enfermeiro direcionada às questões do idoso ainda não sejam efetivas nesse contexto. É comum, também, o idoso não saber distinguir as ações do

enfermeiro daquela realizada pelos demais membros da equipe de enfermagem. Esse resultado exalta a necessidade de estudos posteriores que possam responder como tem se dado, efetivamente, a assistência da equipe de saúde da família, bem como a do enfermeiro, para idosos fragilizados, no domicílio.

Portanto, considerando o contexto onde este estudo foi desenvolvido, a noção do que significa *fragilidade* e *ser frágil* para a pessoa idosa surge como de grande importância, podendo ser incorporada à avaliação em saúde realizada pelo enfermeiro nas visitas domiciliares e no momento das consultas na USF, tornando-se algo importante para este profissional que atua em nível de atenção básica na ESF, já que esses aspectos nem sempre são abordados em sua formação.

Referências

REFERÊNCIAS

ALVES, A.M. Os idosos, as redes de relações sociais e as relações familiares. In: NERI, A.L. **Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2007.

ALVES, P.C. Nervoso e experiência de fragilização: narrativas de mulheres idosas. In: MINAYO, M.C.S.; COIMBRA JR, C.E.A. **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 153-174, Cap. 7.

ARROYO, P. Et al. Indicadores antropométricos, composición corporal y limitaciones funcionales en ancianos. **Rev. Méd. Chile**, Santiago, v.135, n.7, jul. 2007.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2000.

BELTRÃO, K.I.; CAMARANO, A.A.; MELLO, J.L. Mudanças nas condições de vida dos idosos rurais brasileiros: resultados não-esperados dos avanços da Seguridade Rural. CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO LATINO AMERICANA DE POPULAÇÃO, 1, 2004, Caxambu, MG: 2004. Anais do Congresso da Associação Latino Americana de População.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da saúde, 2006a. (Cadernos de atenção básica nº. 19)

_____. Lei Nº. 10.741, de 1.º de Outubro de 2003. **Estatuto do Idoso**. 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. **O programa de saúde da família e a atenção básica no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/psf_atencaobasica.pdf> Acesso em 02 abr. 2007.

_____. **Portaria Nº. 399/GM de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. Disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>> Acesso em: 06 out. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº. 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. **Política Nacional do Idoso.** Decreto nº. 1.948, de 3 de Julho de 1996. Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Brasília: Ministério da Saúde. 1996a.

_____. **Política Nacional de Promoção à Saúde.** Portaria nº. 687 de 30 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d. Disponível em:
<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria_687_30_03_06.pdf> Acesso em: 15 mar. 2008.

_____. **Política Nacional de Saúde do Idoso.** Portaria nº. 1.395/GM de 10 de dezembro de 1999. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. Disponível em <http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=18541&word=idoso> Acesso em: 10/12/2007.

_____. Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). **Portaria nº.73, de 14 de maio 2001.** Dispõe sobre as Normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, seção 1. Brasília: MPAS, 2001a. p. 174-184.

_____. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.** Portaria nº. 2.528 de 19 de outubro de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006e. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=28208> Acesso em: 02 dez. 2007.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006f.

_____. **Portaria nº. 702, de 12 de abril de 2002.** Dispõe sobre a criação de Redes Estaduais de Assistência à saúde do Idoso. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. Disponível em
<http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/atencao-ao-idoso/Portaria_702.pdf> Acesso em 14 mar. 2008.

_____. Secretaria executiva. **Programa Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001b. Disponível em <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/psf01.pdf>> Acesso em 07 abr. 2008.

_____. **Resolução nº. 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde/MS.** Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 1996b. Disponível em
<<http://www.conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>> Acesso em 26 mar. 2008.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar**: orientações para prática em serviço. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b. (Cadernos de atenção básica nº. 8).

BRITO, F.C.; LITVOC, J. **Envelhecimento Prevenção e Promoção da Saúde**. São Paulo: Atheneu, 2004

CAMARANO, A.A. et al. Caminhos para a vida adulta: as múltiplas trajetórias dos jovens brasileiros. **Última década**, Santiago, v.12, n.21, p. 11-50, dez.2004.

CARMO, E. H. ; BARRETO, M. L. ; SILVA JR, J. B. . Mudanças nos padrões de morbimortalidade da população brasileira: os desafios para um novo século. **Epid e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 12, n. 2, p. 63-76, 2003.

CARVALHO, M.C.B. de (Org.). **A família contemporânea em debate**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Rev. Saúde Pub**, São Paulo, v. 31, n. 2; abr. 1997.

CHAMON, E.M.Q.O. Representação social da pesquisa e da atividade científica: um estudo com doutorandos. **Estud. psicol.**, Natal, v.12, n.1, jan.-abr. 2007.

COELHO FILHO, J.M.; RAMOS, L.R. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo v.33 n.5, out. 1999.

COMERLATO, E.M.B.; GUIMARÃES, I.; ALVES, E.D. Tempo de plantar e tempo de colher: as representações sociais de profissionais de saúde e idosos sobre o processo de envelhecimento. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**, v. 9, n. 3, set- 2007.

DIOGO, M.J.D'E.; DUARTE, Y.A.O. Cuidados em domicílio: conceitos e práticas. In: FREITAS, E.V. (Org.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

DIOGO, M.J.D'E.; PASCHOAL, S.M.P., CINTRA, F.A. Avaliação global do idoso In: DUARTE, Y.A.O.; DIOGO, M.J.D'E. **Atendimento domiciliar**: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 145-71.

DIOGO, M.J.D'E. Avaliação funcional de idosos com amputação de membros inferiores atendidos em um hospital universitário. **Rev. Lat-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.1, jan-fev. 2003.

DUARTE, Y.A.O.; DIOGO, M.J.D'E. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000.

DUARTE, Y.A.O.; ANDRADE, C.L.; LEBRÃO, M.L. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 41, n.2, 317-25, 2007.

ELIAS, N. **A solidão dos moribundos, envelhecer e morrer**. Tradução Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar editora, 2001.

ELIOPOULOS, C. **Enfermagem gerontológica**. Tradução Aparecida Y. Yoshitome e Ana Thorell. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

FABRÍCIO, S.C.C.; RODRIGUES, R.A.P. Percepção de idosos sobre alterações das atividades da vida diária após acidentes por queda. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.14 n.4 dez. 2006.

FARR, R. Representações sociais: a teoria e sua história. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (Org.). **Textos em representações sociais**. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

FIGUEIREDO, M.L.F.et al. Diagnósticos de enfermagem do idoso acamado no domicílio. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v.61, n.4 jul-ago. 2008

FRIED, L.P. (Org.) Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. **Journal of Gerontology: medical sciences**, v. 56a, n. 3, 2001.

GOLDFARB, D.C.; LOPES, R.G.C. Avosidade: a família e a transmissão psíquica entre gerações. In: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de Geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2006.

GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (Org.). **Textos em representações sociais**. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

HAYFLICK. L. **Como e por que envelhecemos**. trad. Ana B. Rodrigues Rio de Janeiro: Campus, 1997.

HERZLICH, C. A Problemática da Representação Social e sua Utilidade no Campo da Doença. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 57-70, 2005. Suplemento

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000. Estudos e Pesquisas - Informação Demográfica e Socioeconômica n. 9. Rio de Janeiro: IBGE, 2002.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo IBGE 2000. **Revista do Censo 2000**. v. 10, Rio de Janeiro, 2000.

JODELET, D. Representation sociale: phenomenes, concept et theorie. In: MOSCOVICI, S. (Org.). **Psychologie sociale**. Paris: Presses Universitaires de France, 1984.

JOFFE, H. “Eu não, o meu grupo não”: Representações sociais transculturais da AIDS. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (Org.). **Textos em representações sociais**. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

LEBRÃO, M.L. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. **Saúde coletiva**, Barueri, v. 17, n. 4, set-out. 2007.

LEBRÃO, M.L.; DUARTE, Y.A.O. **O Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

LEBRÃO, M.L.; LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. **Rev. Bras. Epidemiologia**, São Paulo, v. 8 n. 2, p. 127-141. 2005

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M.; GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, jun 2003.

LITVOC, J.; BRITO, F.C. de (Org.). **Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde**. São Paulo: Atheneu, 2004.

MARCASSA, L.P. A origem da família, da propriedade privada e do Estado - Friedrich Engels [Resenha]. **Rev. de Educação**, Itatiba, v. 9, p. 85-90, 2006.

MARTINS, J.J.; et al. A percepção da equipe de saúde e do idoso hospitalizado em relação ao cuidado humanizado. **Arquivos Catarinenses de Medicina** v. 37, n. 1, 2008.

MAZZA, M.M.P.R.; LEFÈVRE, F. Cuidar em família: análise da representação social da relação do cuidador familiar com o idoso. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.** São Paulo v.15 n.1 abr. 2005

MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 6. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

_____. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

_____. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p.783-791, mai-jun, 2003.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise.** Rio de Janeiro: Zahar editores, 1978.

_____. Prefácio. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (Org.). **Textos em representações sociais.** 10. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

NATAL. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal do Natal. **(Re)desenhando a Rede de Saúde na Cidade do Natal.** Natal: Secretaria Municipal de Saúde de Natal, 2007.

NERI, A.L. Qualidade de vida no adulto maduro: interpretações teóricas e evidências de pesquisa. In: _____ (Org.). **Qualidade de vida e idade madura.** 5. ed. Campinas: Papirus, 2003.

_____. Feminização da velhice. In: NERI, A.L. (Org.). **Idosos no Brasil:** vivências, desafios e expectativas na terceira idade. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, Edições SESC, 2007.

OLIVEIRA, L.P.B.A. de; et al. Considerações sobre a condição de fragilidade em idosos: um artigo de revisão. **FIEP Bulletin**, Foz do Iguaçu, v. 79, jan 2009. Mimeografado.

ORDAZ, O.; VALA, J. Objetivação e ancoragem das representações sociais do suicídio na imprensa escrita. **Análise social**, Lisboa, v. 32, n. 4 5, 1997.

Organização das Nações Unidas. **Plano de ação internacional contra o envelhecimento** 2002. Trad. Arlene Santos. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003.

Organização Mundial de Saúde. **Declaração de Alma-Ata:** Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata: OMS, 1978.

_____. **Carta de Ottawa:** Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da saúde. Ottawa: OMS, 1986.

Organização Mundial de Saúde. **Envelhecimento ativo:** uma política de saúde. Tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-americana de Saúde, 2005.

PAIM, J.S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M.Z. **Epidemiologia e saúde.** 4. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1993.

PALLONI, A.; PINTO-AGUIRRE, G.; PELÁEZ, M. Demographic and health conditions of ageing in Latin America and the Caribbean. **International Journal of Epidemiology,** Oxford, v. 31, 2002.

PAVARINI et. al. A arte de cuidar do idoso: gerontologia como profissão? **Revista Texto & Contexto Enfermagem.**, Santa Catarina, v.14, n.3, jan-abr. 2005. p.81-96.

PERRACINI, M.R. **Análise multidimensional de tarefas desempenhadas por cuidadores familiares de idosos de alta dependência.** Dissertação (Mestrado). Faculdade de Educação, UNICAMP. Campinas, 1994.

PERRACINI, M.R.; RAMOS, L.R. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. **Rev. Saúde Pública,** São Paulo, v.36 n.6, dez. 2002

POTELLI, A. **Forma e significado na história oral:** a pesquisa como instrumento em igualdade. Proj. História, São Paulo, n.14, p. 7-24. fev.1997

SÁ, C.P. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, M.J.P. (Org.) **O conhecimento no cotidiano:** as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1993.

SCHULTZ-LARSEN, K.; AVLUND, K. Tiredness in daily activities: a subjective measure for the identification of frailty among non-disabled community-living older adults. **Archives of Gerontology and Geriatrics,** v. 44, n.1, 83-93. jan-fev. 2007. Disponível em www.elsevier.com/locate/archger. Acesso em: 11 jan. 2008.

SILVA SOBRINHO, H.F. A negação da velhice: uma discursividade ancorada na Memória. **Estudos Lingüísticos**, São Paulo, v. 34, 241-246, 2005.

SOUZA, D.M. **Da pedra do Rosário ao Pantanal**: espaço de urbanização no Passo da Pátria. 2007. 155 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007.

SPINK, M.J.P.; GIMENES, M.G.G. Práticas discursivas e produção de sentido: apontamentos metodológicos para a análise de discursos sobre a saúde e a doença. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 3 n. 2. p. 149-171. 1994

_____. Permanência e Diversidade Nas Representações Sociais de Hipertensão Arterial Essencial. **Temas de Psicologia**, São Paulo, v. 2. p. 199-212. 1995

_____. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das Representações sociais. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (Org.). **Textos em representações sociais**. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

TEIXEIRA, M.C.T.V.; NASCIMENTO-SCHULZE, C.M.; CAMARGO, B.V. Representações sociais sobre a saúde na velhice: um diagnóstico psicossocial na Rede Básica de saúde. **Estud. psicol.**, Natal, v.7, n. 2, jul/dez. 2002.

TORRES, S.V.S.; SÉ, E.V.G.; QUEROZ, N.C. Fragilidade, dependência e cuidado: desafios ao bem-estar dos idosos e de suas famílias. In: DIOGO, M.J.D'E.; NERI, A.L.; CACHIONI, M. (Org.). **Saúde e qualidade de vida na velhice**. 2. ed. Campinas: Alínea, 2006.

VASCONCELOS, E.M. A priorização da família nas políticas de saúde. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 23 n. 53, set-dez, 1999.

VERAS, R.P.; RAMOS, L.R.; KALACHE, A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.21, n.3, 1987, 225-33.

VERAS, R.P. et al. Avaliação dos gastos com o cuidado do idoso com demência. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 34 n.1, 2007.

VITALE, M.A.F. Socialização e família: uma análise intergeracional. In: CARVALHO, M.C.B. (org). **A família contemporânea em debate**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

Anexos e Apêndices

ANEXO C



MINISTÉRIO DE EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP

PARECER Nº 172/2008
(Final)

Prot. nº	044/08 - CEP-UFRN
CAAE	0047.0.051.000-08
Projeto de Pesquisa	Convivendo com a fragilidade do idoso: uma abordagem no contexto de saúde da família
Área de Conhecimento	Ciências da Saúde/Enfermagem – Grupo III
Pesquisador Responsável	Rejane Maria Paiva de Menezes
Instituição Onde Será Realizado	UFRN
Instituição Sediadora	Unidade de Saúde da Família do Passo da Pátria
Finalidade	Obtenção de Grau de Mestrado
Período de realização	início: maio de 2008 Término: dezembro de 2008
Revisão Ética em	10 de julho de 2008

RELATO

Considerando que as pendências expostas por este Comitê, foram adequadamente cumpridas, o Protocolo de Pesquisa em pauta enquadra-se na categoria de APROVADO.

Orientações ao Pesquisador: em conformidade com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) através do Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa (Brasília, 2002) e Resol. 196/96 – CNS o pesquisador responsável deve:

1. entregar ao sujeito da pesquisa uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), na íntegra, por ele assinada (Resol. 196/96 – CNS – item IV.2d);
2. desenvolver a pesquisa conforme foi delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após a análise das razões da descontinuidade pelo CEP/UFRN (Resol. 196/96 – CNS – item III.3z);
3. apresentar ao CEP/UFRN eventuais emendas ou extensões ao protocolo original, com justificativa (Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa – CONEP – Brasília – 2002 – p.41);
4. apresentar ao CEP/UFRN relatório final após conclusão da pesquisa - (Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa - CONEP – Brasília – 2002 – p.65);

Os formulários para os Relatórios Parciais e Final estão disponíveis na página do CEP/UFRN (www.etica.ufrn.br).

Natal, 11 de julho de 2008.

Dulce Almeida
VICE-COORDENADORA DO CEP-UFRN

APÊNDICE A

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PÓS-GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM

AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO

Ilma. Sr(a).

Diretor(a) da Unidade de Saúde da Família

Sr. Jusnaldo Confessor

A mestranda **Luciane Paula Batista Araújo de Oliveira** está realizando uma pesquisa intitulada “A fragilidade e suas representações para idosos domiciliados no contexto da estratégia de saúde da família”, necessitando, portanto, coletar dados que subsidie este estudo junto a esta instituição.

Solicitamos de vossa senhoria sua colaboração no sentido de autorizar o acesso da mestranda para iniciar os procedimentos de coleta de dados, assim como a utilização do nome da instituição no relatório final da investigação. Ressaltamos que os dados serão utilizados somente com fins científicos e acadêmicos, em eventos locais e nacionais. Outrossim, ainda de registrar que o projeto dessa investigação será desenvolvido mediante aprovação do Comitê de Ética da UFRN. Desde já agradeço a atenção dispensada ao assunto.

Autorizo realização do estudo com divulgação e publicação dos resultados

Profª Drª. Rejane Maria Paiva de Menezes

Orientadora

APÊNDICE B



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este é um convite para você participar da pesquisa “A fragilidade e suas representações para idosos domiciliados no contexto da estratégia de saúde da família”, coordenada pela Profª Dra. Rejane Mª Paiva de Menezes. Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento sem que isso lhe traga nenhum prejuízo.

Essa pesquisa procura investigar a situação do idoso que vive na comunidade do Passo da Pátria, na área das equipes que trabalham no Programa de Saúde da Família; a necessidade de se desenvolver essa pesquisa se deve ao grande número de idosos existentes que apresentam riscos para desenvolver problemas de saúde, o que demonstra a importância de se estudar esta temática.

Caso aceite o convite, o (a) senhor (a), seus familiares ou pessoas que convivem com você, serão entrevistados sobre o assunto. Todas as informações obtidas serão mantidas em segredo e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Se você tiver algum gasto devido à sua participação na pesquisa, será devolvido, caso solicite. Em qualquer momento, se você sofrer algum dano à sua saúde comprovadamente decorrente desta pesquisa, você será indenizado.

Você ficará com uma cópia deste Termo e toda a dúvida que tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para Luciane Paula Batista Araújo de Oliveira, no endereço Av. Jaguarari, 5100, Candelária ou pelo telefone (84) 3206.1647. Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN.

Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos e concordo em participar voluntariamente da pesquisa “Potencial de idosos para desenvolver a síndrome da fragilidade: uma abordagem no contexto da Estratégia de Saúde da Família”.

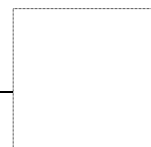
Participante da pesquisa:

Nome

Assinatura

Pesquisador responsável: Profª Dra. Rejane Mª Paiva de Menezes. (84) 3215. 3837

Comitê de ética e Pesquisa UFRN: Praça do Campus Universitário, Lagoa Nova. Caixa Postal 1666, CEP 59072-970 Natal/RN (84)215-3135.



APÊNDICE C

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**Formulário**

1. Identificação:

Nome (Somente as iniciais): _____ Data de Nascimento: _____ Sexo: F () M ()

Estado civil: _____ Escolaridade: _____ Ocupação: _____

Renda mensal: _____ Naturalidade: _____

2. O (a) senhor (a) apresenta alguma das características abaixo?

a) É acamado? Sim () Não ()

b) Esteve hospitalizado recentemente, por qualquer razão? Sim () Não ()

c) Possui alguma das doenças abaixo (doenças capazes de causar incapacidade funcional)?

- Hipertensão Arterial ()

- Diabetes ()

- Osteoporose ()

- Outras (). Qual (is)? _____

d) Vive algum tipo de violência doméstica? Sim () Não (). Caso a resposta seja Sim, por qual tipo de violência o (a) senhor (a) tem passado?

e) Tem mais de 75 anos? Sim () Não ()

APÊNDICE D

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**Roteiro para realização da Observação participante**

1-Ambiente residencial: Condições de moradia, condições sanitárias, existência de riscos ambientais tais como: piso em desnível e escorregadio, presença de degraus, escadas, banheiro distante do acesso ao idoso, presença ou não de barras como apoio a deambulação. Quantos cômodos têm a casa, se são iluminados e ventilados, e se o espaço permite ou não que ele se movimente dentro da casa sem que haja risco para quedas.

2-Quanto ao contexto familiar: Se o (a) idoso (a) vive só, mora com familiares – e quem são esses familiares – ou recebe cuidados formais. No caso do idoso que vive com a família, quantos familiares moram na casa, quem é o responsável pelo domicílio, o idoso recebe ou fornece ajuda financeira à família, se os familiares demonstram preocupação/cuidado com o idoso. O idoso necessita de ajuda para realização de suas atividades da vida diária? Em que ele necessita d ajuda? Além da família, existem outras pessoas, como amigos ou vizinhos, que o ajudam ou o visitam com freqüência? O idoso relaciona-se bem ou tem problemas com a vizinhança?

Roteiro para entrevista destinado ao usuário idoso

1. Quem são as pessoas que moram com o (a) senhor (a)?
2. Os familiares ajudam o (a) senhor (a) na realização das atividades de vida diária (como por exemplo, tomar banho, limpar a casa ou preparar refeições)?
3. Com relação à sua saúde, como o senhor se sente atualmente?
4. O senhor observa alguma (s) mudança (s) acontecendo em sua saúde? Sim () Não (). Caso a resposta seja Sim, que mudanças são essas? O senhor (a) poderia dizer como sente essas mudanças?
5. A equipe de saúde tem sido informada sobre sua saúde? () Sim () Não
6. Como o (a) senhor (a) vê a atenção dada pelo enfermeiro à sua situação de saúde?

7. As mudanças que acontecem com sua saúde causam alguma dificuldade que lhe impede de realizar suas atividades da vida diária? Sim () Não (). Quais?
8. Em alguns momentos do seu dia a dia a pessoa idosa pode se sentir frágil, ou seja, apresentar-se em estado de fragilidade, ficando mais predisposto a apresentar problemas em sua saúde. Para o (a) senhor (a), o que significa ser frágil?
9. Considerando o que o (a) senhor (a) respondeu, você se sente como um “idoso frágil”?
Sim () Não (). Se sim, explique o por que.

APÊNDICE E

Compilação dos dados das entrevistas

Entrevista 01 – Sra Pérola

A primeira pessoa entrevistada foi Pérola, sexo feminino, têm 66 anos, é divorciada, aposentada, e natural do município de Caiçara do Norte, RN, mas mora há muitos anos em Natal no Passo da Pátria. Reside em uma casa de cinco cômodos, próxima a linha do trem (o que traz ruídos altos para quem vive no local), sendo esta um ambiente com pouca ventilação e iluminação, que possui degraus entre os cômodos, o piso está quebradiço e a própria idosa afirma já ter sofrido quedas dentro de casa.

Convive harmoniosamente com a vizinhança, e entre suas atividades de lazer, participa de grupos da igreja, vai à missa, gosta de assistir televisão e de cuidar das plantas do quintal. Costuma fazer caminhada, mas refere que ultimamente isso não tem acontecido devido às chuvas frequentes em Natal.

Mora com uma filha e três netos; realiza suas Atividades da Vida Diária (AVD) de forma independente, mesmo assim, recebe ajuda da filha dividindo as tarefas domésticas, como preparar as refeições e limpar a casa.

A idosa tem relação conflituosa com um de seus filhos, que é usuário de drogas, se envolveu com alguns roubos na comunidade e hoje vive em Caiçara do Norte, RN, sendo sustentado pela mãe que tem renda mensal de um salário mínimo e, para complementá-la, trabalha como lavadeira; a idosa visita o filho no interior levando para ele a feira do mês e alguma contribuição em dinheiro para que ele possa se manter na cidade. A idosa referiu que, até poucos meses quando viviam na mesma casa, era tratada com agressividade por parte do filho, como por exemplo, quando este chegava a casa costumava brigar com a mãe, mas segundo ela nunca houve agressão física.

A mesma se refere a esse filho como “a cruz mais pesada que carrega”. Relata que esperava chegar aos 60 anos de idade, tendo uma vida sossegada, mas ao contrário, as coisas ficaram piores e surgiram preocupações relacionadas a esse filho e, por essas razões, diz que há dias em que não sente mais vontade de viver. Pela forma como fala de sua situação de vida, percebe-se haver uma influência do contexto em que vive sobre seu atual estado de saúde.

Sofre de hipertireoidismo e artrose, queixa-se de dores freqüentes em suas articulações e de tontura, embora não deixe de realizar suas atividades da vida diária. Segundo ela, quando uma pessoa atinge uma “certa idade, tudo que estava escondido aparece”, como por exemplo, fala que em alguns dias amanhece com dores no corpo, mas mesmo com essas queixas, continua tocando sua vida e desenvolvendo suas atividades.

Com relação a sua atual condição de saúde, a idosa respondeu que “Graças a Deus, não vive acamada” e tem disposição para fazer tudo. Tem o hábito de se automedicar em algumas situações, como quando sente dormência nas pernas costuma tomar AAS por conta própria.

Afirma também ter dificuldades para dormir e tem o hábito de tomar chá de capim santo, pois as pessoas costumam lhe dizer que este chá é capaz de melhorar o sono, o que para ela produz efeito algumas vezes, outras não.

Embora afirme não perceber nenhuma mudança em sua saúde que lhe traga dificuldades, a idosa diz que ultimamente sente dores nas articulações, principalmente quando acorda, e tonturas, que a deixou de cama por três dias, pois “não conseguia se levantar, andava em casa caindo e levantando...”; sem conseguir fazer nada, dependendo da ajuda da filha.

Para ela, a equipe de saúde tem sido informada sobre sua atual condição de saúde, pois a agente comunitária de saúde sempre visita sua casa e ela e seus familiares utilizam sempre os serviços da unidade. Com relação à atenção dada pelo enfermeiro, a idosa respondeu que se relaciona bem com esses profissionais e quando procura a unidade de saúde, “eles” prescrevem os remédios, e que não, eles vão até sua casa. Quando questionada sobre a enfermeira, se referiu à assistência prestada por diferentes profissionais, com ênfase na ação da médica e da agente de saúde.

Costuma procurar a Unidade de Saúde para realizar consulta médica e renovar o receituário, pois faz uso de medicamento antilipêmico (seus níveis de colesterol estão aumentados), medicamento que é adquirido gratuitamente através da UNICAT.

Utiliza com freqüência os serviços de saúde, pois além das consultas a cada três meses, faz tratamento gástrico e recentemente fez uma endoscopia digestiva, exame que descreveu como um procedimento desagradável; segundo ela, se a endoscopia for solicitada novamente, ela negar-se-á a fazê-la, pois teve muito medo e uma sensação de ter morrido e nascido de novo, e que só faria de novo “se já estivesse morta” para assim não sentir nada.

Quando questionada sobre o seu entendimento em relação a “ser frágil”, a princípio não compreendeu a pergunta; depois, repetida mais lentamente, ela entendeu que ser frágil é

algo “que quebra e é fraco”, e completa que “às vezes a pessoa está bem e de repente está na cama de um hospital”. Quanto a isso, a idosa reforça que “tem muito medo de chegar a viver hospitalizada, dando trabalho aos filhos”.

Outro questionamento feito é se ela se considera uma “idosa frágil”, e rapidamente esta respondeu que não. Observou-se que a idosa atribuiu um sentido à Fragilidade, embora não se considere uma idosa frágil. Para ela, fragilidade representa estar hospitalizado e/ou acamado, depender de outras pessoas acarretando trabalho para quem cuida; relata ainda, ter medo de viver essa situação, o que demonstra a atribuição de um sentido ruim à fragilidade e que ela não quer para si.

Quanto à presença de critérios da Fragilidade de acordo com o Ministério da Saúde, a idosa apresentou: duas doenças causadoras de incapacidade funcional (artrose e hipertireoidismo), além de demonstrar ter sofrido (e de alguma forma, ainda sofrer) violência doméstica, não apresentando, portanto, os demais caracteres.

Entrevista 02 – Sra Ametista

Amestista, tem 67 anos, sexo feminino, viúva, aposentada pelo Funrural e responsável pelo domicílio. Algumas vezes recebe ou dá ajuda financeira a sua irmã que é também sua vizinha e demonstra preocupação com a mesma, pois além desta apresentar dificuldades financeiras, o marido está desempregado e a fonte de renda da família é a aposentadoria de um filho portador de um distúrbio mental que costuma ser violento. Esta irmã e sua sobrinha lhe ajudam na limpeza da casa e na lavagem da roupa, embora a idosa realize atividades, como varrer a casa, preparar a comida e lavar pequena quantidade de roupa.

A idosa teve cinco filhos, quatro já falecidos, não conhece tios, tias ou outros parentes, tendo apenas uma filha com a qual não se relaciona e não tem contato. Reside sozinha numa casa limpa, bem conservada, com piso nivelado e sem degraus, com quatro cômodos, e o banheiro situado na área externa; o ambiente é iluminado e ventilado, com exceção do quarto que não possui janelas.

Uma sobrinha a ajuda na realização de algumas atividades e conseguiu recentemente um emprego e, provavelmente, não terá mais disponibilidade para ajudá-la. Assim, a idosa terá que desenvolver sozinha as suas atividades durante a semana (a sobrinha virá apenas aos sábados). A idosa cria animal doméstico, um cachorro que fica preso na porta da cozinha; se relaciona bem com os vizinhos, embora não tenha tanta aproximação, e costuma ter contato com as pessoas na rua.

Tabagista desde os treze anos de idade (hoje está com 67 anos), e costumava fumar uma carteira e meia de cigarros por dia. Acaba de receber o diagnóstico de Tuberculose pulmonar estando na fase inicial do esquema terapêutico – tratamento iniciado há aproximadamente uma semana –, tendo diminuído para três a quantidade de cigarros por dia.

Suas queixas de saúde são relacionadas a Tuberculose, pois refere que a tosse incomoda bastante e que se sente do mesmo jeito que estava antes, pois até o momento não vê nenhuma melhora com o esquema de tratamento da Tuberculose, acreditando estar pior, porque após os remédios tem sentido pirose e prurido na pele, além de queixar-se de falta de apetite e adinamia e achar que sua tosse noturna é decorrente da fraqueza que sente. E completa que “às vezes sente uma ‘queimação’ tão grande que pensa ser algo da doença que está saindo”, isso lhe traz algum nervosismo, mas consegue controlá-lo.

Relata que, em geral, no período da manhã se sente disposta, realiza algumas atividades como varrer a casa, mas durante a tarde se sente indisposta; tem pensado em parar de tomar os remédios que fazem parte do esquema de tratamento da Tuberculose.

Quanto às mudanças decorrentes do processo de envelhecimento, primeiramente a idosa respondeu que não percebia mudanças em sua saúde, e logo falou sobre a Tuberculose dizendo que “agora é que estão aparecendo esses problemas [tuberculose], foi pior que das outras vezes, porque antes diziam que era pneumonia...”; chegou a questionar sua médica dizendo que seu problema não era Pneumonia, pois segundo a idosa, “velho não tem esse tipo de doença, é tuberculose”.

Quando adoeceu procurou atendimento num Hospital de atendimento de urgência, sendo encaminhada para o Hospital Giselda Trigueiro onde recebeu o diagnóstico; lá, foi orientada a buscar a Unidade de saúde de seu bairro para iniciar o tratamento. Segundo a idosa, a equipe da Estratégia de Saúde da Família conhece seu problema de saúde, sempre recebe visita do ACS, com quem costuma tirar dúvidas; quanto a atenção dada pelo o enfermeiro, a idosa demonstrou não ter o que falar a respeito, dizendo somente que o atendimento é bom e que “não tem o que falar deles”, referindo-se a não ter queixas sobre esses profissionais. Além disso, procura a Unidade de Saúde com frequência.

Quando questionada sobre o significado de ser frágil, ela respondeu que “é quando a pessoa vive doente, dentro de casa, sem poder fazer nada”. Há momentos em que quer fazer algo, como limpar a casa, mas nem sempre pode fazê-lo se sentindo “um pouco apavorada, porque se tivesse com saúde, não precisaria esperar pela ajuda de ninguém”.

A idosa associa o significado de ser frágil com a presença de uma doença, com a impossibilidade de realizar atividades que fazia anteriormente (como manter sua casa limpa e

organizada) e passar a depender de alguém; ela refere ainda se sentir apavorada com essa situação. Em seguida ela afirma sentir-se frágil devido ao seu problema de saúde relacionado a Tuberculose, e explica que se sente frágil “por causa da doença [Tuberculose]”. Fala que não costumava ser assim, e se sente muito apavorada porque “nunca se tratou dessas coisas, tendo sido a primeira a ter Tuberculose”.

Quanto aos demais critérios de fragilidade: não é acamada, não esteve hospitalizada recentemente, relata não ter sofrido violência doméstica, e tem idade inferior a 75 anos, como já explicitado.

Entrevista 03 - Sra Esmeralda

A idosa Esmeralda, 87 anos, sexo feminino, é viúva, pensionista e natural do município de Jardim do Seridó – RN. Reside na favela desde 1953, com uma filha e um neto que está desempregado, em uma casa com cinco cômodos pequenos, pouco iluminados e sem ventilação; o banheiro fica dentro da casa, após a cozinha, o piso é de cimento, bastante escorregadio, e o espaço pequeno não tem nenhum apoio para a idosa. Existem obstáculos na entrada e na saída para o quintal, uma pequena mureta erguida para impedir a entrada da água. O ambiente apresenta-se pouco higienizado, com mau cheiro, paredes e piso com sujidade aparente. A Sra Esmeralda, não deambula, passa o dia inteiro dentro de casa alternando momentos deitada na cama com momentos em que senta em uma cadeira onde se encontrava no momento da entrevista, e realiza sua higiene no banheiro com o auxílio das filhas que a levam no braço, colocam-na em uma cadeira de plástico abaixo do chuveiro para realizar sua higiene. Essa é uma situação que não ocorre diariamente, pois as filhas relataram que a idosa se recusa a tomar banho e que, segundo elas, “ela dá muito trabalho para ir ao banheiro”, e apresenta déficit de higiene corporal.

A renda da família corresponde à aposentadoria da idosa mais a contribuição da filha que recebe bolsa-família do bisneto e faz faxinas. A Sra Esmeralda dorme em uma cama encostada na parede, atrás da porta da sala de visita; neste cômodo também dorme a filha em uma rede.

Apesar de gostar de conversar e de se relacionar bem com a vizinhança, dificilmente sai de casa (pôde-se observar que as filhas preferem deixá-la em casa); durante a entrevista a idosa recebeu dois vizinhos que falavam sobre problemas com a violência que tem acontecido na região. Quanto a isso, a idosa relata que o Passo da Pátria costumava ser um bairro mais tranqüilo, mas que ultimamente está violento.

Informa que mora na favela desde 1953 e tem familiares que vivem no bairro. São eles: um sobrinho, que mora um pouco distante; e uma filha, que mora na casa ao lado e está sempre na casa da mãe. Esta filha esteve presente nas duas visitas realizadas e interrompia constantemente a entrevista, pois sempre demonstrava uma tentativa de induzir a mãe a dar as respostas que ela queria. Apesar desse fato, a entrevista pôde ser realizada, e a idosa respondeu a todas as questões.

Com relação a sua saúde, relata que sente “um suor, um calor e prurido intenso no corpo”, mas não sente dor nenhuma, apenas uma rigidez na articulação dos joelhos, tendo uma redução da capacidade de marcha, não conseguindo ficar em pé e deambular, estando sempre sentada ou deitada. Refere que durante a noite acorda com uma sensação tanto de frio como de calor, além do prurido. Faz uso de medicação antihipertensiva e de antiinflamatório quando sente dor. Uma outra queixa é o déficit visual, referindo que enxergava bem quando certo dia acordou com a visão turva, explicando com as próprias palavras que vê “uma pasta da cor de gema de ovo”. Procurou um oftalmologista que a orientou não fazer procedimento cirúrgico (segundo ela, uma “raspagem”) por ela ser idosa. Fala que costuma rezar muito, às vezes chora refletindo “quem costumava ser, e o que sou hoje”, mas apesar disso se sente conformada com sua situação.

Para a realização das Atividades da Vida Diária (AVD) e das Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) precisa de ajuda dos familiares, como para mudar de lugar, situação em que as filhas a colocam em uma cadeira encostada na cama e arrastam para o outro canto da sala onde a ventilação é menos intensa, pois a idosa reclama que sente muito frio. Sua filha é responsável por realizar a limpeza da casa, preparar refeições e cuidar da idosa, e quando esta não se encontra em casa, a outra filha que mora na vizinhança costuma ajudá-la.

Quanto às mudanças percebidas, a idosa começou falando sobre como costumava ser sua vida no passado, época em que trabalhava na agricultura; relatou que teve 16 filhos, dos quais dois são falecidos, além de ter tido quatro abortos em um só ano. Nesse momento a filha intervém dizendo que acredita ter sido esta a razão do estado atual de saúde da idosa, pois segundo ela, os abortos aconteceram em uma época em que os médicos iam ao interior apenas a cada 15 dias tendo dificuldade de acesso aos serviços de saúde. A idosa conta que em alguns momentos sente uma dor no peito e, nesses momentos, tem o hábito de cheirar alho e que assim, melhora desse sintoma.

Fala que existem mudanças na sua saúde que implicam em dificuldades para a sua vida, como o fato de não deambular e ter déficit visual, dizendo que por isso não pode fazer nada, pois com saúde poderia ajudar suas filhas com os cuidados domésticos.

Segundo a idosa, não tem recebido visita de nenhum profissional da ESF há pelo menos 4 meses, e quando isso acontece os profissionais que vão a sua casa são a agente de saúde e a técnica de enfermagem, e a única intervenção que demonstra ter recebido foi a aferição da pressão arterial, e que na época da campanha de vacinação contra a gripe. Afirma ter se negado a tomar a vacina, pois no momento da campanha estava com uma gripe muito forte, referindo que não sai pra nenhum lugar, só toma água em seu próprio copo e ainda adoeceu. Não tem o hábito de tomar remédios, dizendo que somente quando se sente muito agoniada com o calor e o prurido faz uso de um antiinflamatório.

Quando perguntada sobre a atenção dada pelos enfermeiros, responde que elas não falam nada, dizem como está a pressão, mas não consegue lembrar o valor, e que um dia recebeu visita, mas não consegue entender o que a enfermeira lhe diz.

Para ela ser frágil significa “fraqueza” ou “deve ser um negócio de fraqueza”. Quando foi perguntada se, considerando o que respondeu, ela se considera uma idosa frágil, a mesma afirmou que “se sente fraca (...) já esteve muito fraca, muito doente e chegou a ir para o hospital”, onde recebeu a medicação no corredor. Diz que “não passa bem, também não é rica”, mas se alimenta bem, comendo tudo o que é bom mesmo; ainda assim, diz sentir-se frágil e gostaria que lhe fosse prescrito um remédio fortificante. Sente-se assim porque sente uma “agonia no coração” e não pode mais comer porque afirma ter um problema no coração e “na cabeça” (não sabendo explicar do que se trata).

Quanto a presença de critérios de fragilidade, é acamada, não esteve hospitalizada recentemente, tem Hipertensão Arterial Sistêmica e é deficiente visual. Relata não vivenciar violência doméstica e tem idade superior a 75 anos.

Entrevista 04 – Sra Rubi

A idosa Rubi, natural de Natal, RN, tem 72 anos, é separada do primeiro esposo, vivendo há cerca de 20 anos em união estável com outro companheiro. É aposentada e responsável por manter a residência, tendo um neto que contribui com a renda, e uma filha que também costuma ajudar financeiramente, mas no momento está desempregada.

Relata ter um neto etilista, que às vezes chega a casa quebrando objetos e apresentando-se agressivo, fazendo a idosa sentir-se ameaçada e com medo dele, embora não afirme diretamente sofrer violência doméstica.

A idosa reside com cinco pessoas, sendo uma filha, dois netos, um bisneto e o seu companheiro, com o qual, segundo ela, não mantém vida sexual. Vive em uma casa com sete

cômodos amplos, com boa ventilação e iluminação (exceto na cozinha), sendo que o banheiro apresenta um degrau logo na entrada e o chuveiro não funciona, tendo a idosa que tomar banho com a água armazenada em tonéis. Apesar de possuir cama de casal localizada na sala da casa, a mesma dorme de rede em uma área externa da casa, ao lado do seu companheiro.

Os demais cômodos apresentam degraus entre um e outro, o que dificulta mais ainda a sua movimentação no ambiente doméstico, ante o déficit motor – seqüela de AVCI – e que a faz utilizar sempre um aparelho que lhe dá suporte, referindo, durante a entrevista, que já sofreu quedas dentro de casa e também na rua. Passa a maior parte do tempo em uma cadeira de balanço na entrada da residência, e apesar de gostar de sair de casa, evita fazê-lo pela dificuldade de deambulação e o medo de quedas.

Relaciona-se bem com a família e vizinhos; é católica e costuma ficar sempre ouvindo rádio religiosa. Refere ter medo da violência do bairro, e têm muitas queixas de saúde. Tem um brechó em casa e vende alguns objetos usados; como tem um coqueiro no quintal, a idosa afirma que agora que ganhou um carro de mão, irá vender cocos e objetos do brechó nas proximidades de casa para ter uma renda extra.

A Sra Rubi relata ser portadora de Hipertensão Arterial Sistêmica, e quase todos os dias têm aumento da pressão mesmo fazendo uso diário de antihipertensivos, e relata que “só não vai ao hospital porque não tem condições...”. Esteve hospitalizada há um ano e três meses devido a um Acidente Vascular Cerebral (A.V.C.) passando dez dias internada num Hospital público de urgência, seu acompanhante foi seu companheiro, e apesar de não poder estar presente em todos os momentos por estar em uma ala de enfermagem feminina, a ajudou bastante nessa situação.

Após esse episódio de doença, a idosa apresentou seqüelas principalmente nos membros inferiores, fazendo fisioterapia para melhorá-las, tendo dificuldade para deambular desde então, o que a obriga a utilizar um suporte para caminhar.

Quando questionada sobre seu estado atual de saúde, queixou-se de sofrer com os sintomas de Hipertensão todos os dias, relatando passar mal às vezes, como em um evento religioso ao qual foi com a filha; os sintomas aumentam em momentos de estresse, como por exemplo, ruídos altos de televisão ou som, quando não segue a dieta hipossódica, ou ingere café forte e tem a sensação que o coração “quer sair pela boca” e isso é muito ruim, pois sente muita coisa.

Quanto à realização das Atividades da Vida Diária, diz que recebe ajuda da filha com quem mora, sendo que quando esta não pode ou viaja, outra filha a auxilia. Ao falar das mudanças decorrentes de sua saúde, Rubi afirma perceber muitas mudanças, relatando que

atualmente é muito diferente de quando “tinha sua saúde”, pois agora se sente assustada e nervosa por causa da doença e tem medo e cuidado com tudo, ressaltando em seguida que durante a noite escuta passos e vozes enquanto está deitada, além de ter sentido muito medo de raptarem seu neto enquanto sua filha viajava.

Devido a dificuldade de deambular, não realiza ações como fazer a própria comida, afirmando que não consegue se segurar direito, tendo necessidade de usar algum apoio para manter-se em pé (seja o apoio do aparelho ou das paredes) para não cair, utilizando apenas a outra para manipular os alimentos.

Segundo ela, sente-se cansada ao caminhar e sente uma dor intensa na perna que a impossibilita de sentar-se no chão. Mantém sempre uma atadura bem apertada na região abaixo do joelho, que segundo ela, proporciona o alívio da dor nesta região. Não necessita de ajuda para tomar banho, no entanto realiza esta atividade sentada no vaso sanitário, para poder ter apoio e retirar a água dos tonéis.

Em relação à equipe de saúde, acha que a mesma se mantém informada sobre sua saúde, salientando recebe visita da médica e uma da enfermeira da equipe após o AVC. Sobre a atenção dada pelo enfermeiro ao idoso no contexto da ESF, refere que recebe algum tipo de assistência desse profissional, enfatizando os momentos em que busca a unidade de saúde e, segundo ela, as enfermeiras dão remédios, pomadas, comprimidos. Ela entende que a enfermeira realiza a visita junto ao ACS quando a médica não pode ir, ou seja, como se um profissional “substituísse” o outro quando há necessidade, distorcendo o papel destes profissionais na ESF.

Sobre ser frágil, acredita que isto significa “cair” e que por isso “tem que ter muito cuidado”. Já sofreu queda dentro do banheiro de um hospital machucando o quadril, por isso anda com o maior cuidado, pois segundo ela, se uma pessoa tem “um problema desses, não tendo condições de andar”, e acontecer de sofrer uma queda pode acabar “vivendo assim, com ajuda dos outros, e isso é muito doloroso”.

Afirma se sentir frágil, e relaciona isso ao fato de, em algumas situações, “querer andar, sair e não poder devido ao seu estado de saúde”. Relata que antes passeava muito, andava por toda a cidade, pois trabalhava fazendo brechó em vários bairros da cidade, e hoje já não pode mais.

A idosa não é acamada, tem idade inferior a 75 anos (possui 72 anos) e esteve hospitalizada há um ano e três meses devido ter sofrido um AVC neste período. Passou dez dias no Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel e hoje apresenta seqüelas desse AVC e é portadora de Hipertensão Arterial Sistêmica. Relata vivenciar violência doméstica, pois se

sente ameaçada e com medo de um neto, que é etilista, e às vezes chega violento em casa, quebrando objetos e apresentando agressividade.

Entrevista 05 – Sr. Citrino

O idoso Citrino, 65 anos, sexo masculino, solteiro, não tem filhos, é aposentado e não recebe ajuda financeira da família; é natural do município de Afonso Bezerra, RN, mas mora em Natal há mais de vinte anos.

O idoso atualmente vive sozinho, mas até pouco tempo morava com ele um irmão, que por apresentar problemas de saúde, foi levado pela família para uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI). No dia da entrevista o idoso referiu que aguardava a chegada de uma sobrinha com seu marido e filho, que viriam morar com ele; no entanto, o idoso diz que primeiro irá pintar a casa e somente depois disso irá entrar em contato por telefone chamando esses familiares.

Reside em uma casa de oito cômodos, pouco ventilados e iluminados, em condições precárias de higiene; há uma aparência de abandono da residência, o que foi compreendido no final da visita, quando o idoso disse que passava a maior parte do tempo na casa das sobrinhas.

Com relação a atual condição de saúde, sofre de Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, tem déficit visual e queixa-se de dores nos membros inferiores. Refere que todo seu problema é consequência do Diabetes, pois, segundo ele, a partir dessa doença teve perda parcial da visão, e por isso, sofreu quedas e foi atropelado há três anos, tendo passado por cirurgia nos membros inferiores e ainda hoje tem seqüelas desse acidente e deambula com dificuldade.

Refere já ter realizado cirurgia oftalmológica (não especifica qual tipo de cirurgia) em um dos olhos, e que ainda tem a visão preservada do outro olho. Ultimamente tem sentido muito frio e diz que “o sol faz bem pra ele”.

Quanto às Atividades da Vida Diária (AVD's), o idoso realiza higiene pessoal de forma independente, mas por apresentar déficit visual e dificuldade de deambulação, não realiza atividades como a limpeza da casa e o preparo refeições, sendo estas executadas pelas sobrinhas (de acordo com o idoso, uma das sobrinhas costuma “fazer cara feia” quando vai ajudá-lo); relata que quando sai para ir à Unidade de Saúde, ir à feira ou ao banco, precisa de alguém que o acompanhe, que normalmente é o neto de sua sobrinha, um menino com menos de dez anos de idade, que estuda e nem sempre está disponível. O idoso tem boa relação com os pais do menino, relatando uma situação em que esteve hospitalizado e o marido de sua

sobrinha cuidou dele. Relaciona-se bem com a vizinhança, citando como exemplo a época em que sofreu o atropelamento e todos foram muito prestativos com ele.

Sobre as mudanças vividas, o idoso fala que gosta muito de se movimentar e que nos dias que caminhava mais, conseguia ter o sono preservado, mas hoje não tem caminhado devido à perda visual. A princípio ele fala: “não sei se tudo isso é só a idade...”, e continua dizendo que todos os seus problemas são consequência do Diabetes, e além disso, sofreu um acidente que lhe trouxe muitas dores nos membros inferiores, mas antes desses eventos costumava fazer serviço pesado. Acredita que se já tivesse feito a cirurgia oftalmológica (fez apenas em um dos olhos) não teria acontecido de hoje ter um déficit visual; por causa disso quando vai a feira (atividade costumeira e que gosta de fazer) precisa levar alguém acompanhando; nesse momento fala também que “não é bom o idoso dormir só”.

Sobre a equipe de saúde, o idoso fala que alguns profissionais (Agentes Comunitários de Saúde) moram nas proximidades de sua casa e ele costuma ter contato com eles. Contou sobre um problema odontológico, pois quando sofreu o acidente já citado teve lesão também na arcada dentária. Estava com uma consulta marcada, mas como o problema afetava a sua alimentação, ele mesmo fez a extração em casa e a dor que sentia deixou de incomodar.

Na época do acidente, costumava receber visita dos profissionais da Unidade, mas agora que se recuperou, refere que isso não tem mais acontecido. Quando foi perguntando sobre como ele vê a atenção dada pelo enfermeiro, o idoso contou várias histórias, mas não falou muito sobre a enfermagem. Disse apenas que a enfermeira facilitou um encaminhamento dele para o ITORN, mas não houve clareza nas informações.

Quando foi perguntado sobre o que é “ser frágil”, imediatamente diz que “é tanto nome de doença...”, dizendo que não entendia do que se tratava. Segue dizendo que anda sempre acompanhado por considerar que não tem mais condições, pois acha que pode acontecer de sofrer uma queda, e estando acompanhado, o sobrinho pode chamar alguém para ajudá-lo. Para ele “ser frágil” é ter, por exemplo, os problemas que ele apresenta, como déficit visual, dores nas pernas, lembrando mais uma vez uma queda que sofreu.

Responde que se considera frágil porque “antes andava normalmente e hoje as pessoas o convidam para passear e ele não se sente em condições de ir”, principalmente a noite, porque antes ele podia ver onde tinha buracos e tinha mais cuidado.

Quanto aos fatores relacionados a fragilidade, o idoso tem um deles, que é a presença de doenças causadoras de incapacidade funcional, nesse caso, hipertensão e diabetes.

Entrevista 06 – Sra. Ágata

A senhora Ágata, 65 anos, sexo feminino, viúva, pensionista e dona de casa, natural de Boa Saúde, RN, reside em uma casa de cinco cômodos, em boas condições quanto à estrutura, no entanto, vive próximo a um esgoto a céu aberto que exala mau cheiro e atrai mosquitos e ratos. Apesar de existirem degraus na entrada da residência, a área interna é nivelada; o banheiro tem piso escorregadio, com risco para quedas; apesar de pequena, a casa possui espaço suficiente para circulação da idosa por ter poucos móveis; é também iluminada e bem arejada.

A idosa é tabagista, nega etilismo, é viúva, pensionista e refere ser a provedora da casa. Já sofreu um aborto e teve dez filhos, dos quais apenas cinco estão vivos; uma delas (a filha mais nova) mora com a idosa e por ser jogadora de futebol passa bastante tempo fora de casa e nem sempre tem disponibilidade para acompanhar a mãe, no entanto não deixa de ajudá-la nas atividades instrumentais, como ir ao banco e fazer pagamentos, além de dividir as tarefas domésticas com a mãe.

A idosa afirma não receber ajuda financeira, pois seus filhos vivem em uma situação ainda mais difícil que a dela. Relaciona-se bem com vizinhos e familiares, embora não os visite com frequência, pois seus irmãos moram no interior do estado e ela afirma não ter condições financeiras de viajar (os outros filhos moram em Natal, mas em bairros distantes da casa da idosa).

Participa de um grupo de idosos do bairro que, segundo a idosa, é organizado por um vereador, além de frequentar as reuniões do grupo Hiperdia da unidade de saúde; refere ainda que gosta muito de dançar e de ir ao mercado. Cita que acha o bairro perigoso, embora a violência nunca a tenha afetado diretamente.

Quanto a sua atual condição de saúde a idosa, que é portadora de Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus, revela sentir “desgosto de viver doente”, e de não poder sair sozinha, pois só sai de casa acompanhada, e nem sempre tem alguém disponível para acompanhá-la.

Realiza suas atividades da vida diária de forma independente, como tomar banho, lavar a roupa, e cuidar da casa, enfatizando que “ainda” é capaz de fazer tudo, tendo ajuda de sua filha apenas em alguns momentos, como na realização das atividades instrumentais. Afirma que não sai sozinha pra muito longe por apresentar um déficit visual e por ter medo de passar pela linha do trem que fica próxima a sua casa.

A idosa observa que, com o envelhecimento, vieram algumas mudanças em sua saúde, e ressalta que sofreu perda ponderal e não conseguiu mais recuperar seu peso de antes. Fala que

essas mudanças não têm lhe trazido dificuldades, mas acredita que “o pior será daqui pra frente, quando a pessoa vai ficando de idade e tudo acontece”.

A idosa refere que a equipe tem sido informada sobre sua saúde, embora não explique de que forma isso tem acontecido. Apesar de afirmar receber assistência da equipe de saúde da família, em nenhum momento referiu-se a atenção dada pelo enfermeiro, informando apenas que a enfermeira lhe atende bem, assim como a médica; quando perguntada diretamente sobre a atenção do enfermeiro, se refere às orientações recebidas sobre sua doença e tratamento, que são fornecidas por um outro profissional, nesse caso, o agente comunitário de saúde.

Quanto ao sentido que atribui a “ser frágil”, ela explica que “é quando alguém que está se sentindo bem, de repente morre, é você apagar”. Afirma sentir-se frágil, porque vive sozinha, se sentindo um pouco abandonada; em alguns dias realiza suas tarefas domésticas normalmente, mas em outros sente indisposição, cefaléia referindo que “não tem coragem para fazer nada”. A idosa relata que quando questiona sua médica, a mesma responde que esses sintomas estão relacionados à sua pressão arterial.

Quanto a presença de critérios do MS para identificar o idoso com fragilidade ou risco para desenvolvê-la, a entrevistada não é acamada e não esteve hospitalizada recentemente, sendo portadora de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes (um dos critérios). Relata não vivenciar nenhum tipo de violência doméstica e tem idade inferior a 75 anos.

Entrevista 07 – Sra. Turmalina

A idosa Turmalina, 71 anos, sexo feminino, viúva e aposentada, é natural do município de João Alfredo, PE, e mora em Natal há cerca de seis anos desde o falecimento de seu esposo. Vive em uma casa de oito cômodos, pertencente a sua filha e seu genro, ventilada e iluminada com boas condições de higiene, às margens do Rio Potengi. Em algumas áreas da casa há risco para quedas, como uma pequena barreira de tijolos que evita a entrada da água da chuva além da existência de degraus na entrada do banheiro e da cozinha. Armazena água em um tanque na cozinha para consumo diário, visto que a água encanada só chega à noite.

Vive com seis pessoas: a filha, o genro (proprietário da casa), uma neta, e 03 bisnetas. A idosa dorme no quarto da neta que é dividido por um guarda-roupa e o espaço destinado para ela é pequeno, escuro (pois não tem janelas) e as paredes não são rebocadas, favorecendo a umidade no ambiente.

Mesmo aposentada, trabalha como feirante e ajuda no atendimento a pessoas numa pequena mercearia em casa; possui casa própria em Pernambuco, mas quando seu marido

faleceu há seis anos veio morar na casa da filha em Natal. A idosa contribui parcialmente com a renda da família, e outros membros (seu genro vende picolés e a filha tem a mercearia em casa) complementam as despesas. Teve 12 filhos, mas somente 03 estão vivos, dos quais 02 moram no interior do Pernambuco e uma mora com a idosa.

É evangélica, freqüenta a igreja e relaciona-se bem com vizinhos, mesmo sem freqüentar a casa das pessoas, pois “foi criada dessa forma” e diz não querer atrapalhar ninguém ou deixar de fazer as tarefas de sua casa. Atualmente, a limpeza da casa tem sido realizada pela neta e pela filha, já que a idosa refere indisposição para fazer atividades domésticas, mas os cuidados com a higiene pessoal, por exemplo, realiza de forma independente.

Como atividade de lazer, gosta de viajar para sua cidade natal onde moram outros filhos, e sua filha relata que sempre que ela retorna da viagem vem mais magra, pois nessas viagens não se alimenta bem e deixa de tomar os remédios, o que foi confirmado pela própria idosa.

Durante a visita, a idosa atendeu um cliente, indo prontamente buscar o produto que ele havia solicitado, mostrando-se disposta ao trabalho. Em alguns momentos há presença do genro, que fala alto e reclama com as netas que estão por perto.

Com relação a sua saúde, a idosa informa que “vive muito adoentada” a atribui este fato à sua idade (71 anos), acha que nessa idade “não tem mais saúde que preste”. Fala que sofre de osteoporose, toma muitos remédios e que estes são muito caros. O único procedimento cirúrgico pelo qual passou foi uma cirurgia oftalmológica há 32 anos e acrescenta que nunca precisou se internar por problema algum.

Sobre as mudanças decorrentes do avanço da idade, enfatiza que a partir dos 65 anos as coisas mudaram muito, sente que não é mais a mesma pessoa de antes, pois costuma esquecer onde guardou objetos, além de sentir indisposição e dores no corpo, atribuindo sempre as mudanças unicamente à idade, mas agradece a Deus por ter seus medicamentos, ser bem tratada e por saber que a filha se preocupa com ela.

Devido à perda parcial da visão e à osteoporose, quando sai de casa necessita de alguém que a acompanhe, devido ao risco de queda. Assim, quando vai à feira para montar sua barraca, atividade que já exerce há quatro anos, é acompanhada pelo genro e relata levar sempre uma cadeira, pois não agüenta passar muito tempo em pé vendendo seus temperos. Ela refere que mantém essa atividade por ser uma forma também de se distrair e, segundo ela, “não ficar parada”, pois a médica lhe disse quanto mais ficasse parada pior seria para sua saúde.

Fala que recebe atenção da equipe de saúde, falando da médica e do agente de saúde. Quando foi perguntado sobre a atenção dada pelos enfermeiros, a idosa respondeu que

“muitas pessoa também procuram as enfermeiras para receber receita, são boas médicas, enfermeiros também são pessoas boas”.

Sobre o que significa ser frágil a idosa responde que “é uma fraqueza no corpo” o que a leva alguns dias, a acordar e não querer levantar-se da cama por “não ter coragem de fazer nada, e às vezes começa a pensar bobagem” o que a deixa nervosa; de acordo com a senhora Turmalina, todas as pessoas idosas sentem isso. Segue dizendo que “não tem pai, nem mãe, não tem mais nada. Só dois irmãos que moram muito longe. A família é pequena, são apenas três filhos e dois deles moram em Pernambuco”.

Afirma se sentir frágil, mas que isso não lhe traz desgosto porque, para ela, é um “problema da idade”, por isso não reclama, e explica que “já foi jovem, andava, trabalhava, fazia tudo ...” mas hoje não é a mesma pessoa e diz estar conformada com isso porque “feliz daquele que chega à minha idade (...) ainda ando, pouco, mas ando ...”.

Relata que antes sentia muita dor nos membros inferiores, precisando sempre se apoiar na parede para deitar na cama, ficando na mesma posição, sem conseguir mudar de decúbito; desde que começou a tomar medicamentos para esse problema sentiu uma melhora, pois afirma que “não tem força nas pernas, mas também não sente a dor de antes”. Agradece a Deus por pensar que poderia estar usando cadeira de rodas, ou até já ter morrido, mas é bem tratada e por isso “não tem problema cardíaco ou hipertensão”, cita.

Quanto à presença de critérios de fragilidade, a idosa R.A.M. não é acamada; não esteve hospitalizada recentemente; é portadora de osteoporose, e apresenta déficit visual; relata não vivenciar nenhum tipo de violência doméstica; possui idade inferior a 75 anos (tem 71 anos).

Entrevista 08 – Sr. Topázio

O idoso Topázio, sexo masculino, 82 anos, é viúvo, aposentado, não alfabetizado, natural do município de Umarizal, RN, trabalhou desde criança como agricultor até cinco meses atrás quando adoeceu. Passou quase toda a sua vida no interior, até março de 2008 quando adoeceu e, segundo a filha, é portador da doença de Parkinson, está com artrose e por esta razão veio para Natal, onde mora há cinco meses na residência de sua filha (casa própria), vivendo com ela e mais dois bisnetos. Demonstra estar bem satisfeito com a nova moradia e diz que não pensa mais em voltar a morar no interior, pois vendeu a casa que tinha lá.

Mora em frente à linha do trem e segundo o idoso, a passagem do trem incomoda, pois faz muito barulho e começa a passar muito cedo, enquanto ele dorme. A residência tem cinco cômodos, limpos, iluminados e com boa circulação de ar; o idoso tem seu próprio quarto, que

fica dentro da casa, mas tem também uma entrada independente pela lateral; atualmente divide o quarto com o bisneto, que dorme na cama e ele em uma rede por vontade própria, pois tem esse hábito. Seu quarto tem paredes coloridas, possui televisão, que é uma atividade de lazer. Apesar de haver um banheiro em frente ao seu dormitório, o idoso prefere usar o que fica fora da casa, pequeno, com um pequeno degrau na entrada e sem janelas.

Relata que atualmente tem poucos familiares, pois seus tios, padrinhos e irmãos são falecidos, tendo apenas algumas sobrinhas e dois filhos que vivem no interior, duas filhas e seus bisnetos morando em Natal, RN.

Com relação a sua saúde, informa se sentir bem, e que está melhor do que a semana anterior, quando sentia muita dor nas articulações e, segundo sua filha, nem conseguia sair da cama. O idoso diz que a sua vontade era “ficar com uma saúde boa”, mas que isso é algo difícil de acontecer devido a sua idade; de qualquer forma diz que no momento se sente melhor do que quando estava no interior porque agora está sendo “mais bem tratado”.

Por sofrer de Doença de Parkinson e apresentar tremores, precisa de ajuda em algumas atividades, como por exemplo, preparar a comida, arrumar o próprio quarto, fazer a barba, ficando essas atividades a cargo da filha, contudo toma banho e consegue trocar de roupa sozinho. Em seu cotidiano diário diz que realiza atividades como “comer, tomar banho e dormir”; costuma sentir frio e usar agasalho, e tem o hábito de sentar-se na calçada de casa para tomar sol.

Quanto às mudanças que percebe em sua saúde, fala que há alguns dias está “bem ruim” e depois amanhece melhor, pois Deus lhe ajuda, por isso diz que “segue a vida dessa forma, que é o jeito que Deus quer”; refere que a única coisa que não quer é “perturbação na sua vida”, pois com agonia não se resolve nada, já que “quem resolve tudo é Deus” e ele só pena em ficar bom. Diz que já aconteceram várias vezes de “viver bem doente e ficar bom”; quando chegou a Natal há cinco meses para se tratar a artrose, relata que estava “só vivo”, a filha o colocava dentro do carro e o levava aos lugares que precisava ir, mas hoje em dia, está melhor e já voltou a freqüentar a Igreja, tomar banho e vestir-se sozinho.

Refere que a equipe da ESF tem sido informada sobre sua saúde, pois quando sente qualquer coisa sua filha o leva imediatamente à Unidade de saúde; fala que os médicos e enfermeiros são muito bons e todos gostam dele, explicando depois que se refere não aos profissionais da USF do Passo da Pátria (pois diz que não os conhece), mas àqueles do Centro Especializado de Atendimento a Saúde do Idoso (CEASI) que fica no bairro da Ribeira, e que, da USF, só conhece a agente de saúde.

Quando questionado sobre a atenção dada pelos enfermeiros responde que só pode dizer que “todas são pessoas boas” e que recebeu duas visitas destes profissionais desde que foi morar no Passo da Pátria (há cinco meses).

Sobre o significado de “ser frágil” ele responde que “é quando alguém fica nervoso com qualquer coisa que acontece”, e diz que quando vê acontecer uma briga ou um acidente, por exemplo, não se deixa abalar por pouca coisa, pois isso não ajuda em nada.

Foi perguntado se, baseado no que respondeu anteriormente, se considera como sendo um “idoso frágil”, e responde dizendo que se sente bem, “doente, mas animado” e que não deixa doença nenhuma lhe perturbar, pois tudo acontece do jeito que Deus quer. Conclui dizendo que gostou de ter sido entrevistado por ser um entretenimento e o tempo vai passando sem perceber.

Quanto à caracterização da fragilidade, o idoso não é acamado, esteve hospitalizado recentemente (há cinco meses, e segundo a filha, devido à artrose), é portador de artrose nos joelhos e Doença de Parkinson, relata não vivenciar nenhum tipo de violência doméstica, e possui idade superior a 75 anos.

Entrevista 09 – Sr. Ônix

O Sr. Ônix, 84 anos, sexo masculino, é casado, aposentado e natural do município de Assu, RN. Vive com sua companheira há mais de vinte anos, uma senhora de 86 anos e reside em uma casa de 07 cômodos, limpa, com piso nivelado, sem degraus ou escada; há um obstáculo dentro do banheiro, no local de passagem para o chuveiro, que são tapetes escorregadios e não há barras de apoio. Quando indagado sobre quedas, a esposa disse já ter sofrido várias, mas nunca dentro de casa, enquanto o idoso já sofreu uma queda na passagem da sala para o quarto. O ambiente tem boa circulação de ar e iluminação, exceto em uma pequena área de serviço, onde fica a lavanderia, que tem o telhado mais baixo que o restante da casa e as paredes não são rebocadas. O quintal costuma ser um lugar confortável na casa com bastante sombra das árvores e tem bananeiras e goiabeiras que o próprio idoso plantou e de onde retira frutas para consumo próprio.

Diz que teve apenas uma filha, de outro relacionamento, mas a atual esposa tem 03 filhos também de um outro relacionamento, e estes já são adultos e moram em suas próprias casas (um deles mora na mesma rua). Há uma sobrinha do idoso que mora próximo e freqüentemente vai à casa dos tios, dormindo lá alguns dias da semana, e de acordo com a esposa do entrevistado, essa sobrinha tem problemas mentais e diz que tem medo de dormir

em casa, porque lá existem “espíritos que estão expulsando ela” (o Sr. Ônix se mantém calado nesse momento e demonstra não querer falar sobre o assunto). Relacionam-se bem com os vizinhos, recebem visita com frequência e costumam colocar as cadeiras na calçada para conversar com a vizinhança.

Quanto às condições econômicas, o idoso trabalhou toda a sua vida como pedreiro, sendo hoje aposentado, assim como sua esposa, sendo os provedores de sua casa, não recebendo nenhum tipo de ajuda financeira de outras pessoas; embora não seja alfabetizado, Ônix demonstra ter um bom vocabulário, fala de forma explicada e costuma sempre refletir sobre o assunto que está conversando, dando lições sobre a vida e o viver, bem como sobre as pessoas, sempre muito simpático e com bom humor.

Com relação a sua saúde, diz que “não tem muito do que reclamar, até que sou sadio, é muito difícil sentir qualquer incômodo, porque tem gente que está sadio agora, daqui a pouco adoce, eu não, graças a Deus...”.

Quanto à realização das AVD, o idoso relata ser capaz de realizar a própria higiene e troca de roupa, mas limpar a casa ou realizar outras tarefas domésticas são atividades desempenhadas pela esposa. Para a realização das atividades instrumentais, como ir ao banco, eles contam com o apoio de uma vizinha que, de acordo com o idoso, é uma pessoa de confiança e que nunca movimentou o dinheiro para benefício próprio, e o casal paga para ela fazer isso. Afirma não sentir mudanças, pois se considera uma pessoa muito sadia, e quando sente alguma coisa é passageiro, dizendo que tem pessoas que tem um “incômodo pesado demais, e eu não, graças a Deus não”.

O único problema relacionado às mudanças na sua saúde que referiu, foi ter que parar de trabalhar como pedreiro por causa de problema visual e por isso começou a receber reclamações no trabalho e achou melhor se aposentar.

Relata que dificilmente os profissionais da Unidade de Saúde lhe visitam, dizendo só ter recebido visita uma vez; ele argumenta que os funcionários da unidade não podem sair do lugar de trabalho para ir à casa das pessoas, por isso, explica, que “enquanto dá para agüentar, não procura o serviço de saúde”. De acordo com o idoso, alguns profissionais que trabalham no posto recebem as pessoas com satisfação, com alegria, enquanto outros agem de forma oposta, e enfatiza dizendo que “quem trabalha com a humanidade não pode ser assim não, tem que receber todo mundo igual, mesmo quem eles não gostam”.

Acredita que a equipe de saúde conhece sua situação, pois mora no bairro há muitos anos (não diz há quanto tempo) e já procurou a unidade uma ou duas vezes, embora não lembre o nome dos profissionais que já o atenderam, dizendo apenas que não tem nenhuma reclamação

a fazer, porque toda vez que precisou de assistência foi muito bem recebido. Relata não poder falar sobre a atenção dada pelos enfermeiros, pois nunca foi atendido por estes profissionais, tendo sido atendido somente pelo médico. Fala que compreende que os profissionais atendem, cada um, uma parte do bairro, e não tem como conhecer todos os moradores.

Sobre “ser frágil” o idoso responde que “acredita que uma pessoa é frágil quando é muito fraca”. Em seguida responde que não se considera como um idoso frágil, porque é uma pessoa muito feliz e dificilmente adoecer, e justifica dizendo que “todos pegam doença, não sou melhor que os outros, mas demoro muito a adoecer (...), e assim acontece que quem for mais fraco vai ficando pra trás, quem for mais forte que corra [para não adoecer também]”.

Quanto aos critérios de fragilidade, o idoso não é acamado, não esteve hospitalizado recentemente, não possui nenhuma doença causadora de incapacidade funcional; relata não vivenciar nenhum tipo de violência doméstica; possui idade superior a 75 anos (único critério que apresenta).

Entrevista 10 – Sra. Safira

A idosa Safira, 62 anos, sexo feminino, em união estável, dona de casa, natural do município de Augusto Severo, RN. Entre os critérios de fragilidade, a idosa apresenta doença causadora de incapacidade funcional (sofre de artrose, depressão e gastrite), não é acamada, não esteve hospitalizado recentemente, relata não vivenciar nenhum tipo de violência doméstica e possui idade inferior a 75 anos.

Vive em uma casa ampla com 09 cômodos, ventilados e iluminados, com boas condições sanitárias, piso plano, exceto no banheiro onde o vaso sanitário fica em cima de um bloco de concreto (mesmo assim, a idosa não relatou ter dificuldades nesse sentido), porém não tem degraus, como também não há barras de apoio.

Quanto ao contexto familiar, a idosa vive com mais seis pessoas: seu companheiro, uma filha, o genro, uma neta, seu pai e sua mãe. Esses últimos têm, respectivamente, 91 e 86 anos, são acamados e dependem dos cuidados prestados pela idosa entrevistada. Os dois dormem no mesmo quarto, em camas separadas, e apresentam estado de saúde comprometido, com sinais de demência; há poucos meses, uma das filhas veio morar em sua casa, trazendo seu esposo e sua filha, e agora divide as atividades com a mãe.

A renda da família é composta pela aposentadoria dos pais da senhora Safira, mais a pensão que ela recebe de seu primeiro marido, já falecido, além do atual companheiro receber uma aposentadoria por invalidez.

Teve onze partos normais no seu primeiro casamento, destes, somente seis sobreviveram, dos quais três moram em Natal e os demais em outras cidades, não tendo filhos com o atual marido, com quem vive há 20 anos. Demonstra relacionar-se bem com familiares, falando dos filhos sempre com carinho. Trabalha em casa com uma de suas filhas, fazendo detergente caseiro, que elas vendem para a vizinhança como forma de completar a renda.

Na manhã da visita acontecia na casa da idosa um café da manhã promovido por uma candidata à vereadora, estando o ambiente bastante movimentado, com parentes e vizinhos transitando pela casa. Observou-se então que a idosa tem muitas amigas, e é uma pessoa respeitada pela vizinhança, segundo ela, “até mesmo pelos bandidos da comunidade”, e que apesar de se sentir cansada, cuida com bastante zelo dos seus pais, fazendo inclusive algumas adaptações improvisadas para auxiliá-los (como por exemplo, adaptando uma cadeira com um balde para sua mãe usar com vaso sanitário).

A idosa refere se sentir cansada e depressiva por estar sobrecarregada de tarefas, relatando que só tem tempo de tomar um banho por dia, já perto de dormir. Seu sono é perturbado, porque sempre acorda com o chamado de sua mãe, e no dia seguinte amanhece sempre com dores no corpo e muito cansada.

Relata se sentir muito doente, tendo dor e edema nos membros inferiores, dizendo que a noite tem a sensação que as pernas vão “explodir”, sendo orientada durante a entrevista a manter os membros inferiores elevados para melhorar a circulação.

Até poucos meses, a Sra Safira era a única responsável por cuidar de seus pais, dividindo seu tempo entre cuidar deles e realizar as tarefas domésticas, mas atualmente recebe ajuda da filha na realização das tarefas domésticas, pois fala que “já está muito velha e cansada, e a luta dentro de cada é grande não tendo condições de fazer tudo sozinha”.

Sobre as mudanças que a idosa tem observado, refere que “antigamente sentia um fogo muito grande em cima de mim, que passava e logo sentia um gelo em cima de mim” e atribui esses sinais à menopausa. Diz que alguns dias sente uma “agonia no juízo, uma coisa ruim na minha cabeça, um aperto, que eu só falto correr doida mesmo”. Fala que observa que suas mamas cresceram nos últimos anos, e diz que isso não está relacionado a algum ganho de peso, pois antes da menopausa era obesa e os seios ficavam doloridos na época da menstruação, mas não estavam tão aumentados como hoje.

Relata que se sente muito nervosa e, às vezes, passa o dia inteiro chorando, atribuindo isso ao fato de não dormir bem, “não tem sossego nem de dia e nem de noite” e explica: “eu acho que quem lida com duas pessoas dessa idade [seus pais], não tem sossego nem pra comer, porque só tomo banho uma vez por dia, antes de ir dormir. Passo o dia cuidando deles, mas

quando a minha filha está comigo, ela faz tudo. Antes, quando vivia só, eu estava de um jeito que não agüentava mais. Estou com ‘sessenta e tantos anos’, dia e noite, eu ‘luto’, lavando roupa, porque as roupas deles são trocadas e lavadas todo dia (...), é um absurdo, estou trabalhando demais. A minha filha veio morar dentro de casa porque eu estava de um jeito que não tinha mais condições (...) às vezes pedia marmita pois não dava tempo de preparar a comida por estar cuidando dos pais”, além de sentir dores nas pernas não conseguindo ficar muito tempo em pé preparando a comida.

A idosa refere que há dias em que amanhece com muita dor no corpo, não sabendo localizá-la porque sente doer o corpo inteiro e tem dificuldades para sair da cama, devido ao edema nas pernas; tem cuidado com sua alimentação, pois diz que se comer algo diferente, como por exemplo, uma sardinha, no dia seguinte sente dor no abdome, nas mamas, nas pernas, no corpo inteiro.

Fala que a equipe não tem sido informada sobre sua saúde, pois ela raramente frequenta a Unidade de saúde (diz que foi apenas duas vezes para fazer preventivo). Fala que recebe visitas e que essas são mais direcionadas aos seus pais; diz que não tem muito o que dizer sobre a equipe, apenas que os profissionais são bons, verificam a pressão arterial de seus pais, e perguntam o nome dos remédios deles. Enfatiza a atuação do agente de saúde da sua área, que segundo ela, “todos são maravilhosos, mas N. é uma pessoa excelente (...) aqui no Passo da Pátria todo mundo quer bem a ele. Tem me tirado de muito sufoco, porque ele via minha luta aqui e sempre ajudava com o que meus pais precisavam (...) é muito amigo da comunidade, (...) quero bem a N. igual a meu filho, eles tem a mesma idade”.

Quanto ao significado que atribui à “ser frágil” a idosa diz: “não entendo, e entendo um pouco. Acho que frágil é quando a pessoa está enfraquecendo as forças. A pessoa fica sem coragem de trabalhar... eu acho que é assim. Quando a pessoa não tem condição de trabalhar... vai enfraquecendo, enfraquecendo... a energia da pessoa. Porque eu sei que a pessoa amanhece o dia e não tem energia pra nada, às vezes não tem coragem nem de comer”.

A idosa não afirma e nem nega ser frágil, e responde contando um pouco de sua história. Diz que por ser filha a mais velha, começou a trabalhar aos nove anos de idade, cuidando de gado e outras atividades rurais, já que morava em uma fazenda no interior do estado. Dessa forma, explica que já trabalhou muito e passou por muitas coisas na vida, e considerando a idade que tem, tem muita resistência e diz: “eu não me troco por certas mulheres de 20 anos que eu conheço por aqui. Não me troco mesmo. Ainda num me entreguei não, ainda estou bem viva (...). Tem gente que se entrega à velhice, se entrega à doença, eu não”.