

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

**A EXPERIÊNCIA DO CUIDADO EM SAÚDE NA VIVÊNCIA DE
CUIDADORES(AS) E DE PESSOAS EM PROCESSO DE FRAGILIZAÇÃO**

por

Gislaine Alves de Souza

Belo Horizonte

2022

TESE DSC-IRR

G.A. SOUZA

2022

GISLAINE ALVES DE SOUZA

**A EXPERIÊNCIA DO CUIDADO EM SAÚDE NA VIVÊNCIA DE
CUIDADORES(AS) E DE PESSOAS EM PROCESSO DE FRAGILIZAÇÃO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto René Rachou, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva – área de concentração Saúde Coletiva, linha de pesquisa Envelhecimento e Saúde.

Orientadora: Dr^a. Josélia Oliveira Araújo Firmo
Coorientadora: Dr^a. Karla Cristina Giacomini

Belo Horizonte

2022

Catálogo-na-fonte
Rede de Bibliotecas da FIOCRUZ
Biblioteca do IRR
CRB/6 3740/00

S729e

Souza, Gislaine Alves de

2022

A experiência do cuidado em saúde na vivência de cuidadores(as) e de pessoas em processo de fragilização/
Gislaine Alves de Souza. – Belo Horizonte, 2022.

XVI, 202 f.: il.; 210 x 297mm.

Bibliografia: f. 177 – 193

Tese (doutorado) – Tese para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto René Rachou. Área de concentração: Saúde Coletiva, linha de pesquisa Envelhecimento e Saúde

1. Pessoa Idosa. 2. Cuidado. 3. Antropologia. I. Título. II. Firmo, Josélia Oliveira Araújo (Orientação). III. Giacomini, Karla Cristina (Coorientação)

CDD – 22. ed. 305.26

GISLAINE ALVES DE SOUZA

**A EXPERIÊNCIA DO CUIDADO EM SAÚDE NA VIVÊNCIA DE
CUIDADORES(AS) E DE PESSOAS EM PROCESSO DE FRAGILIZAÇÃO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto René Rachou, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva – área de concentração Saúde Coletiva, linha de pesquisa Envelhecimento e Saúde.

Banca examinadora:

Prof^a. Dr^a. Josélia Oliveira Araújo Firmo (FIOCRUZ MINAS) - Presidente

Prof^a. Dr^a. Karla Cristina Giacomin (Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte) - Coorientadora.

Prof^a. Dr^a. Celina Maria Modena (FIOCRUZ MINAS) - Titular

Prof^a. Dr^a. Luciana Kind (PUC Minas) – Titular

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

Prof^a. Dr^a. Sônia Maria Soares (UFMG) – Titular

Prof^a. Dr^a. Janaína Aredes (FIOCRUZ MINAS) - Suplente

Belo Horizonte, 15 de março de 2022.

Dedico este trabalho:
às pessoas idosas;
a todos(as/es) que encaram o processo de envelhecimento de frente;
e àqueles(as) que lutam por uma sociedade mais justa e pelo SUS.

naquela altura eu tinha de gritar, precisava de dizer que me arrependia, que não queria acabar sem metafísica, que me enterrassem com a metafísica e português, arrependia-me do fascismo e de ter sido cordeiro tão perto da consciência, sabendo tão bem o que era o melhor valor, mas sempre o ignorando, preferindo a segurança das hipocrisias instaladas, eu precisava de gritar dizendo que queria morrer português, queria ser português, com a menoridade que isso tivesse de implicar, porque fui um filho-da-puta, e merecia ser punido, fiz do meu país um lugar de gente desconfiada, nenhum povo unido, eu precisava que me deixassem morrer inteiro, um monte de peles e carnes derrubadas, mas inteiro, com a vergonha de ter sido conivente e o orgulho de ter percebido tudo. porque eu precisava de morrer consciente, recordando cada minuto do tempo com a minha laura, recordando como a vida se fizera em torno dela e da família, como me terá parecido que assim devia de ser um homem, como assim me havia bastado a cidadania, assente sobretudo no amor. não me tirem a consciência do amor e da sua perda.

na manhã seguinte, hoje, abertas as portadas, entra uma luz pacífica pelo quarto e eu estou bem. são as melhores da morte, com certeza, esse instante piedoso em que nos deixam vir ao de cima, quem sabe para nos entendermos, para nos rematarmos, antes de ser tudo passado, estive a noite inteira no purgatório da ilusão e acordei para entrar no fugaz turbilhão da memória, recuperando tudo, lembrando tudo como se a vida se condensasse em alguns minutos, agora, o américo, o silva da europa e o anísio vieram bordejar a minha cama com pequenos cuidados e uma alegre tristeza, despedem-se de mim com palavras espaçadas e sem grande importância, eu explico-lhes que durante a noite o senhor medeiros ordenava que eu morresse, e que gente sinistra entrou por aqui montando uma incrível máquina sobre mim. era uma máquina para me tirar o fascismo da cabeça, mas eu já o havia tirado antes, explico eu. eu já o tinha feito a frio, sem ajuda das tecnologias, porque a consciência ainda é dos químicos mais corrosivos, ou dos melhores detergentes, se quiserem, os meus amigos riem-se, e eu insisto, é verdade que o senhor medeiros se põe a dizer coisas, e acho até que se mexe. o américo chegou-se a mim e refutou, senhor silva, isso é uma impressão, é já um mito deste quarto, o senhor medeiros está como uma planta e nunca poderia falar, foi operado à garganta e tiraram-lhe as cordas vocais há muitos anos. e eu contradigo-o, não é verdade, rapaz, o senhor medeiros fala e tem para aí um pacto com o diabo, o anísio pergunta, isso não é o amigo silva a acreditar na transcendência, e eu respondo, só acredito nos homens, finalmente, só acredito nos homens, e espero que um dia se arrependam, bastava-me isso, que um dia genuinamente se arrependessem e mudassem de conduta para que fosse possível acreditarem uns nos outros também, mais do que isso, sinto apenas angústia, a enfermeira entrou, aproximou-se de nós, perguntou, o que sente, senhor silva, e eu repeti, angústia, sinto angústia.

valter hugo mãe, a máquina de fazer espanhóis

AGRADECIMENTOS

Sinto-me cuidada e mobilizada por algumas pessoas a cuidar. Nesta tese, agradeço imensamente:

A Deus.

À minha família: mãe, pai, irmãs, marido, filho, sobrinhas e sobrinho. Sou muito grata a vocês por tudo. Vocês fortalecem a caminhada e são luz na minha vida. Amo vocês ao infinito.

À orientadora, professora Josélia Oliveira Araújo Firmo, e à coorientadora, professora Karla Cristina Giacomini, pelos ensinamentos, pelo suporte, pelo cuidado, e pela humanidade. Agradeço ainda pela compreensão, generosidade e dedicação. Gratidão por tanto.

Aos(as) participantes desta pesquisa, que me possibilitaram aproximar de sua vivência. Gratidão pelas trocas e contribuições.

Às minhas amigas, que acompanham este processo e minha história.

À comunidade do Instituto René Rachou (IRR), da Fiocruz Minas, pelo suporte cotidiano. Muito orgulho por ter feito parte da Fiocruz.

À Pós-Graduação em Saúde Coletiva, ao colegiado, aos(as) professores(as) e aos(as) discentes pelo companheirismo, pelos afetos e pelas inquietações.

Aos(as) amigos(as), colegas e professores(as) do Núcleo de Estudo em Saúde Pública e Envelhecimento (NESPE) e do Laboratório de Epidemiologia e Antropologia Médica (LEAM), pelo apoio e aprendizados. Os encontros foram um presente.

Aos(as) amigos(as) do grupo Intereccionalidade Gênero e Raça (INTEGRA) do IRR pela potência, sensibilidade e trocas.

A equipe vinculada ao projeto “Fragilidade em idosos: percepções, mediação cultural, enfrentamento e cuidado”, companheira de caminhada.

À Patrícia da Conceição Parreiras, Nuzia Pereira dos Santos, Aline Sodré e Karen Gabriele.

Às professoras Isabela Câncio Velloso e Mônica Franch, pelas gentis e relevantes contribuições no processo de qualificação.

Às professoras Celina Maria Modena, Janaína Aredes, Luciana Kind, Marcella Assis e Sônia Maria Soares pela participação na banca de defesa desta tese.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001. Agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela concessão da bolsa de estudos, que juntamente com a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) e a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) viabilizaram a realização desta pesquisa.

A todas as pessoas que encontrei de modo humano, me marcaram como pessoa e compartilharam sua leitura da vida, explicando a potência de ser humano, de resistir e construir a nossa sociedade.

A todos(as/es) que contribuíram para a realização desta tese: meus sinceros agradecimentos.

RESUMO

Esta tese objetivou compreender as experiências de cuidado em saúde na vivência de pessoas idosas em processo de fragilização na comunidade e seus(uas) cuidadores(as), na cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, ancorada na Antropologia Interpretativa, na perspectiva da Antropologia Médica. A produção dos dados ocorreu por meio de entrevistas domiciliares. O campo foi realizado de janeiro a agosto de 2016 e de janeiro a maio de 2018. Para análise e interpretação dos dados foi utilizada a perspectiva *êmica*, guiada pelo modelo dos Signos, Significados e Ações. A amostra foi composta por 32 participantes, sendo 22 pessoas idosas e 10 cuidadores(as). Os resultados foram organizados no formato de quatro artigos. O artigo “O cuidado com as pessoas idosas frágeis na comunidade: uma revisão integrativa” evidencia que para pessoas idosas frágeis o foco do cuidado é a manutenção de sua independência, das relações interpessoais, nas ações de educação em saúde, na melhora da comunicação com profissionais de saúde e com serviços centrados em sua necessidade. O artigo “A necessidade de cuidado na percepção de pessoas idosas em processo de fragilização” revela nos signos de cuidado a inevitabilidade de depender dos outros: “*não aguentar*”, “*não dar conta*”, “*não poder mais fazer*”, “*ter que se limitar*”, “*ter que ter ajuda*”, “*ter que ter um acompanhante*”. Assim depender do outro aparece como um suporte essencial, mas também se revela algo doloroso, invasivo, controlador e prenuncia a finitude. Frente a isso tentam adaptar-se às mudanças para manter certo grau de autonomia e independência; sentir-se úteis, lançar mão de tratamentos diversos e ter fé. O artigo “Minha vida é me cuidar”: itinerários terapêuticos de cuidado para a pessoa idosa frágil” aborda que os discursos da medicina são recorrentes em sua trajetória de cuidados, mas revelam-se também nos âmbitos psicossociais e culturais. Desse modo, diversas ações do dia a dia vão sendo avaliadas e interpretadas no registro do cuidado consigo e justificadas por esse fim: o horário em que acorda, em que dorme, o que come, como se comporta. O artigo “As relações de cuidado na perspectiva de cuidadores(as) de pessoas idosas em processo de fragilização” discute as ações que cuidadores(as) interpretam como cuidado, as emoções presentes nessa atividade, os desafios e enfrentamentos para continuarem a cuidar. Observa-se que os(as) entrevistados(as) investem no processo de cuidado e se deparam com pouco acolhimento, escasso apoio psicossocial e desconsideração de sua individualidade. Há uma polifonia de experiências e relações intersubjetivas multifacetadas que necessitam ser consideradas. A necessidade de cuidados é vivenciada de modo predominantemente difícil, tendo impacto adicional das desigualdades sociais, da desvalorização da pessoa idosa e da invisibilidade do cuidado. As barreiras físicas, simbólicas, comunicacionais, atitudinais, sistemáticas, culturais e políticas apontam para ações e serviços ainda fragmentados e insuficientes. Considera-se necessário escutar a voz das pessoas envolvidas no cuidado, implementar políticas públicas de cuidado com ações comunitárias e intersetoriais comprometidas com o cuidado de modo ampliado e direcionem atenção à pessoa idosa e aos(as) cuidadores(as).

Palavras-chave: Pessoa Idosa. Cuidado. Antropologia.

ABSTRACT

This thesis aims to understand the experiences of caring for elderly people in the process of frailty and their caregivers, in the city of Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. It is qualitative research, anchored in Interpretative Anthropology, from the perspective of Medical Anthropology. Data production has occurred through comprehensive interviews and a field diary. The field work was carried out from January to August 2016 and from January to May 2018. For data analysis and interpretation, an emic perspective guided by the model of Signs, Meanings and Actions was used. A total of 32 people participated in the research, including 22 older people and 10 caregivers. The results were organized in the form of four articles: The article "Care for frail older adults in the community: an integrative review" evidence that perception of the older adults has specific characteristics, has maintaining their independence as a focus of care, signals the need to maintain interpersonal relationships, improve communication, and for actions of health education and people-centered services. The article "The need of care in the perspective to older people in fragility process" reveals in the signs of care the inevitability of depending on others: "I can't stand it", "I can't handle it", "I can't do it anymore", "I have to limit myself", "I have to have help", "I have to have a companion". Thus, depending on the other appears as an essential support, but it also proves to be painful, invasive, controlling and foreshadows finitude. Faced with this, they try to adapt to changes to maintain a certain degree of autonomy and independence to feel useful, they make use of different treatments and have faith. The article "My life is to take care of myself: therapeutical itineraries of care for the elderly person in a weakening process" approach that the discourses of medicine are recurrent in its trajectory of care, but they are also revealed in the psychosocial and cultural spheres. In this way, several daily actions are evaluated and interpreted in the self-care record and justified for this purpose: the time when they wake up, when they sleep, what they eat, how they behave. The article "Care relationships from the perspective of caregivers of elderly people" discusses the actions that caregivers interpret as care, the emotions present in this activity, the challenges, and the confrontations they use to continue the caring. It is observed that the interviewed invest in the care are faced with little care, little psychosocial support, and disregard for their individuality. There is a polyphony of multifaceted experiences and intersubjective relationships that need to be considered. The need for care is predominantly experienced in a difficult way, with an additional impact of social inequalities, the devaluation of the elderly and the invisibility of care. Exist physical, symbolic, communicational, attitudinal, systematic, cultural, and political barriers indicate that the actions and the services are fragmented and insufficient. It is considered necessary to listen to people involved in care, to implement care public policies with community and intersectoral actions committed to broader care and direct attention to the elderly and your caregivers.

Keywords: Aged. Care. Anthropology.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Organização das subseções da revisão de literatura	23
Figura 2: Aspectos demográficos do envelhecimento no Brasil	39
Figura 3: Mapa do município de Belo Horizonte/MG, com IVS por bairros e identificação dos(as) participantes	97

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Caracterização das pessoas idosas entrevistadas	93
Quadro 2: Caracterização dos(as) cuidadores(as) entrevistados(as)	96

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APS – Atenção Primária à Saúde

AVD – Atividades de Vida Diária

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ILPI – Instituição de Longa Permanência para Idosos

IMRS – Índice Mineiro de Responsabilidade Social

INTEGRA – Interseccionalidade gênero e raça

IRR – Instituto René Rachou

IVS - Índice de Vulnerabilidade em Saúde

FAPEMIG - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais

FIBRA – Fragilidade em idosos brasileiros

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

FJP – Fundação João Pinheiro

HIV - Vírus da imunodeficiência humana

LEAM - Laboratório de Epidemiologia e Antropologia Médica

NESPE – Núcleo de Estudo em Saúde Pública e Envelhecimento

MG - Minas Gerais

OMS - Organização Mundial de Saúde

PL – Projeto de Lei

PNSPI – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

ProUni - Programa Universidade para Todos

RAS – Redes de Atenção à Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA	17
2 OBJETIVO	22
3 REVISÃO DE LITERATURA	23
3.1 O cuidado em saúde e a pessoa idosa	23
3.1.1 A biopolítica e o cuidado de si	26
3.1.2 Dimensões do cuidado.....	27
3.1.3 A pessoa idosa e a demanda de cuidados	32
3.2 Envelhecimento e a pessoa idosa em processo fragilização	36
3.2.1 A velhice na cultura	40
3.2.2 A fragilidade na pessoa idosa	45
3.2.3 O processo de fragilização: um fato social	51
3.3 O(a) cuidador(a) de pessoa idosa em domicílio	55
3.3.1 Relações de cuidado e a categoria gênero.....	62
3.3.2 Os modelos assistenciais de cuidado	68
4 METODOLOGIA.....	74
4.1 Referencial teórico-metodológico.....	74
4.1.1 Antropologia e saúde	76
4.1.2 Os modelos explicativos e a experiência da enfermidade	81
4.2 Local de estudo	86
4.3 População estudada.....	87
4.4 Produção de dados	88
4.5 Análise de dados	91
4.6 Aspectos éticos	92
5 APRESENTAÇÃO DOS ARTIGOS	93
5.1 Artigo: "O cuidado para a pessoa idosa frágil na comunidade: uma revisão integrativa"	98
5.2 Artigo "A necessidade de cuidado na percepção de pessoas idosas em processo de fragilização"	118
5.3 Artigo "Minha vida é me cuidar': itinerários terapêuticos de cuidado para a pessoa idosa frágil"	134
5.4 Artigo "As relações de cuidado na perspectiva de cuidadores(as) de pessoas idosas em processos de fragilização"	154
6 CONCLUSÕES	172
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	175
REFERÊNCIAS	177
APÊNDICES.....	194
Apêndice A: Roteiro para as entrevistas às pessoas idosas	194
Apêndice B: Roteiro para as entrevistas aos(as) cuidadores(as)	195

Apêndice C: Categorização das análises dos dados das pessoas idosas.....	196
Apêndice D: Categorização das análises dos dados dos(as) cuidadores(as).....	197
ANEXOS	198
Anexo A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	198
Anexo B: Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto René Rachou	199
Anexo C: Artigo "O cuidado para a pessoa idosa frágil na comunidade: uma revisão integrativa", publicado na Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia	200
Anexo D: Aprovação do artigo "A necessidade de cuidado na percepção de pessoas idosas em processo de fragilização" para Cadernos de Saúde Coletiva	201

APRESENTAÇÃO

Sou a segunda filha de uma dona de casa e um prestador de serviços; possuo duas irmãs e tive uma infância com quatro avós, que foram meus primeiros professores, cada um com sua personalidade, história de vida e contexto.

Desde o nascimento, fui criada no bairro Monte Azul, periferia, na região Norte de Belo Horizonte. Realizei o ensino fundamental e médio em escola pública. Fui a primeira da família a fazer curso superior – essa possibilidade foi fruto da política de acesso Programa Universidade para Todos (ProUni). Para ingresso em 2005, consegui 50% de bolsa, mas não tive condições financeiras de arcar com os outros 50%. Para ingresso em 2007, obtive 100% de bolsa na segunda chamada do ProUni e assim iniciei minha graduação em Psicologia.

Observei as vicissitudes do envelhecer vivenciando a relação com meus avôs e avós e entre eles e meus pais. Houve velhices com alegrias, ensinamentos, contradições e limitações decorrentes de câncer, sequelas de acidentes vasculares encefálicos, glaucoma e perda da visão, diabetes e cardiopatia grave. Tive sogro, “avó de umbigo”, padrinho e madrinhas que também me ensinaram. Além de cada marca, cada carinho e cuidado, fica a saudade e o interesse de saber, escutar e compreender. As lembranças hoje tomam outra cor vivenciando o envelhecer de meus pais, que me ensinam a cada dia com suas histórias, perdas, conquistas, recorrência de demandas de cuidado, preocupação e afeição. Ademais, sinto o envelhecimento gradualmente, como esposa, mãe, filha, irmã, sobrinha, madrinha, prima, cunhada, tia, amiga, profissional e ator social, de modo que a velhice, a fragilidade e o cuidado estão assinalados em mim, no meu passado, no meu presente e no meu futuro. Possuo marcas de múltiplas vozes que me impulsionam a dedicar horas, dias, noites e anos a essa temática.

Concomitantemente à vida pessoal, há trajetórias na vida acadêmica e profissional. Sou psicóloga. A primeira paciente que acompanhei por dois semestres na clínica universitária era idosa. Falava como sujeito desejante e dizia sobre o contexto sociocultural em que estava inserida. Na graduação me apaixonei pelo SUS, com inegável contribuição da professora Luciana Kind. As experiências de pesquisa e o encontro com conselheiras de saúde ecoaram em minha história e fui capturada pela defesa da saúde e da democracia. Também foram importantes as trocas com a professora Márcia Mansur, com o professor Rubens do

Nascimento, a partilha do processo com as amigas Fernanda Oliveira Santos e Daniele Carmona e a reciprocidade com tantos(as) outros(as) colegas. Na especialização em Saúde do Idoso, pelo Programa de Residência Multiprofissional Integrada, vivenciei a assistência e atendimentos clínicos nos três níveis de atenção à saúde, um intenso aprendizado das diversas e complexas formas de envelhecer e dos múltiplos aspectos envolvidos nesse processo. Nesse momento, em continuidade da minha trajetória, conciliando SUS e saúde do idoso, experienciei felizes encontros, em especial com o professor Orestes Diniz Neto, a professora Emma Carneiro, as preceptoras Márcia Abreu e Deise Casula, a amiga Michely Aparecida Souza e inúmeras outras pessoas, profissionais e pacientes, que carrego para vida. A partir dessas experiências e em diálogos com o Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento (NESPE), no Laboratório de Epidemiologia e Antropologia Médica (LEAM) do Instituto René Rachou (IRR), onde realizei meu mestrado, nasceu o fascínio com o olhar antropológico e a articulação com o envelhecimento. Vivenciei encontros profícuos, abençoados, afetuosos e de muito aprendizado com as professoras Josélia Firmo e Karla Giacomini. Além de marcas de discussões e lutas junto a queridos(as/es) amigos(as/es) e colegas do IRR, em especial, da Pós-Graduação em Saúde Coletiva e do NESPE. Um movimento de sustentar um lugar da Saúde Coletiva junto à instituição e dentro desse campo defender as contribuições das ciências humanas e sociais em saúde no diálogo com a epidemiologia, o planejamento e gestão.

Adicionalmente, na tese um novo compromisso me mobiliza nesse caminho de aprendizado: o encontro com cada entrevistado(a/e) que compartilhou sua visão de mundo e aceitou contribuir com esta pesquisa, auxiliando na compreensão da perspectiva de cuidado para pessoas idosas em processo de fragilização e seus(uas) cuidadores(as). Algumas inquietações dessa construção ficaram evidentes nas desigualdades sociais, na invisibilidade dessa população, nos desafios de manutenção de uma rotina cotidiana e de uma (im)possibilidade efetiva de cuidado na atual conjuntura sociopolítica. Com a vivência da pandemia, adaptações a novos desafios são recorrentes, especialmente a pessoa idosa e acerca do valor do cuidado, evidenciando a necessidade de adaptação dos sistemas de saúde às experiências da população. Embora o trabalho de campo desta tese tenha sido realizado antes da pandemia, o contexto de desigualdades e desafios já se refletia no público entrevistado, marcando assim seu processo de elaboração.

Em atenção à orientação do Artigo 45º do Regimento do Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Saúde Coletiva do IRR, este volume está organizado nos seguintes elementos: 1)

Apresentação pessoal do interesse pela pesquisa, seguida da Introdução e Justificativa, com a delimitação da temática abordada, a contextualização científica e social e a relevância de compreender o cuidado na perspectiva de pessoas idosas em processo de fragilização e de cuidadores(as); 2) Exposição do objetivo; 3) Revisão de literatura de marcos teóricos e produção científica atual do objeto em estudo; 4) Percorso metodológico com a descrição dos passos da pesquisa; 5) Apresentação dos artigos fruto da pesquisa; 6) Conclusões, considerações finais, recomendações, itens seguidos das referências, dos apêndices e anexos.

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O envelhecimento populacional, fenômeno demográfico de abrangência mundial (OMS, 2015), ocorre rapidamente no Brasil (BRASIL, 2014; DEBERT, 2010), país de marcantes desigualdades sociais e de gênero. No nível da saúde do indivíduo, trata-se de um processo complexo e heterogêneo, que envolve a interação de múltiplos aspectos (GIACOMIN, FIRMO, 2015; OMS, 2015; DEBERT, 2010), que ultrapassam o controle das doenças crônicas (BRASIL, 2014). A maioria das pessoas idosas envelhecem saudáveis, contudo, uma parte com perdas funcionais necessita receber cuidados. Especialmente, é inédito e irreversível o aumento de população acima de 80 anos considerada mais vulnerável em sua saúde e socialmente (MINAYO, 2021). Nesse sentido, nas duas últimas décadas, a literatura médica gerontológica debruça-se sobre uma questão relevante para profissionais que se dedicam à área de saúde da pessoa idosa: a síndrome da fragilidade (DUARTE, LEBRÃO, 2017; BUCKINX et al., 2015; TEIXEIRA, 2011).

Na velhice, assume-se a fragilidade como uma vulnerabilidade aos estressores biopsicossociais e ambientais (D'AVANZO et al., 2017; ANDRADE, FERNANDES, NÓBREGA, 2012), que aumentam a suscetibilidade a desfechos desfavoráveis em saúde: doenças, declínio funcional, quedas, hospitalização e mortalidade (ANDRADE, FERNANDES, NÓBREGA, 2012; TEIXEIRA, 2011). Trata-se de um conceito polissêmico, dinâmico, multideterminado e multidimensional (EBRAHIMI et al., 2015; BUCKINX et al., 2015; ANDRADE, FERNANDES, NÓBREGA, 2012; TEIXEIRA, 2011), correlacionado à deterioração de múltiplos sistemas e à queda da reserva funcional, bem como a uma menor satisfação com a saúde e à diminuição da qualidade de vida (EBRAHIMI et al., 2015). Embora comum na idade mais avançada, pode-se envelhecer com ou sem fragilidade, (D'AVANZO et al., 2017), pois essa condição é passível de prevenção e recuperação por meio de intervenções apropriadas (BUCKINX et al., 2015; ANDRADE, FERNANDES, NÓBREGA, 2012; TEIXEIRA, 2011). Quando isso não ocorre, observa-se uma demanda progressiva por cuidado.

A fragilidade possui também causas sociais, subjetivas, políticas e culturais (TOMKOW, 2018; GOLDFARB, 2006). É crescente a fragilidade como consequência de processos sociais, políticos, econômicos, culturais, demográficos e éticos, atrelada à vulnerabilidade da população, ao desamparo submetido à ordem social que ocasiona a busca por cuidados (LUZ, 2008). Desse modo, o cuidado à fragilidade demonstra-se correlacionado aos domínios físicos,

psicológicos, sociais, ambientais, do curso de vida e aos determinantes sociais (DUPPEN et al., 2019; FRET et al. 2019; MORAES, AZEVEDO, 2016).

Nesse sentido, a crescente população de pessoas idosas muito frágeis tende a demandar ajuda para gerenciar a saúde (OVERBEEK et al., 2018; D'AVANZO et al., 2017; BUCKINX et al., 2015; HOOGENDIJK et al., 2014) e representa a maior parte das pessoas que carecem de cuidado e apoio do sistema de saúde (BERGLUND et al., 2015). Além disso, a necessidade de cuidado em torno das atividades de vida diária (AVD) requer o acesso ao sistema de saúde (KLEINMAN, 2010; KLEINMAN, 2009) e apresenta um forte viés de gênero (KLEINMAN, 2010), com predomínio das mulheres tanto na demanda quanto na oferta de cuidados. A população idosa, apesar de grande usuária dos serviços de saúde e consumidora de cuidados informais, formais e comunitários (D'AVANZO et al., 2017; DUARTE, LEBRÃO, 2017; BUCKINX et al., 2015), permanece socialmente invisível (BRASIL, 2018; DEBERT, 2010).

O processo de envelhecimento populacional ocorre com déficit de cuidado, um número insuficiente de cuidadores(as) e de políticas públicas para atender à demanda de cuidado, configurando-se uma preocupação definir a força de trabalho que irá dedicar-se a cuidar das pessoas idosas (CECCON et al., 2021; DEBERT, PULHEZ, 2019). Compreende-se que o cuidado tem efeitos negativos e positivos para quem presta e para quem recebe cuidados, e há relações de poder na vigilância contínua, na disciplinarização das ações; logo a ética do cuidado é um desafio (DEBERT, PULHEZ, 2019). Independentemente de ser uma questão de âmbito público (KUCHEMANN, 2012) e uma missão da vida humana, o cuidado é muito desvalorizado (MINAYO, 2021).

A dependência faz parte de todo ser humano, assim é necessário ressignificar o cuidado e recuperá-lo como um valor democrático, uma vez que somos todos provedores, dependentes e beneficiários do cuidado (DEBERT, PULHEZ, 2019; TRONTO, 2013). Cuidar se relaciona a direitos, à cidadania, à interseção entre público e privado e a toda atividade realizada para viver no mundo (DEBERT, PULHEZ, 2019).

O cuidado é um ato, uma atitude, uma prática, uma relação ética e política; possui as dimensões técnica, emocional, cognitiva, sexual e ocorre com interseccionalidades, dentro das relações sociais de gênero, classe e raça (HIRATA, 2021; HIRATA, 2012). Acontece na interação, com

a dimensão emocional, corporal e relacional justapostas (SOARES, 2021; DEBERT, PULHEZ, 2019; HIRATA, 2012).

O Estado brasileiro tem tratado a velhice como um problema privado, naturaliza as doenças nessa etapa da vida, não efetiva a proteção social e o cuidado longitudinal devidos para essa população (MINAYO, 2021; ALCANTARA, CAMARANO, GIACOMIN, 2016). A rede socioassistencial existente é precária, fragmentada e, embora regulamentadas por lei, as políticas de cuidado apresentam-se insuficientes e desconsideram a pessoa idosa em sua especificidade (ALCANTARA, CAMARANO, GIACOMIN, 2016; OMS, 2015). Ademais, a família brasileira apresenta grandes mudanças em sua configuração com reflexos na redução da capacidade de cuidar e em maiores dificuldades de suprir sozinha as necessidades das pessoas idosas que são dependentes (MINAYO, 2019; ALCANTARA, CAMARANO, GIACOMIN, 2016; OMS, 2015; BRASIL, 2014). Ainda assim, o cuidado é visto como uma responsabilidade alusiva à família, às pessoas próximas ou ao próprio indivíduo. Ao tratar a velhice com fragilidade como um descuido individual dos que falharam em adotar estilos de vida saudável (DEBERT, 2010), em um país desigual, que se recusa a envelhecer, a pessoa idosa ainda se depara com barreiras físicas, econômicas e culturais (ALCANTARA, CAMARANO, GIACOMIN, 2016). Além disso, a invisibilidade da pessoa idosa e de suas especificidades pode resultar em maior sobrecarga dos serviços e perda da oportunidade para intervenções sociais e sanitárias adequadas (BRASIL, 2018).

Portanto, a perspectiva antropológica revela-se imprescindível para conhecer mais sobre o envelhecimento no Brasil e adequar as intervenções às características socioculturais desse público (KLEINMAN, 2009; UCHÔA, 2003; UCHÔA, FIRMO, LIMA-COSTA, 2002). E a literatura do cuidado tem dialogado com a antropologia (FERNANDES, 2018). Dessa forma, são necessárias perspectivas atuais, respostas abrangentes e que forneçam elementos para o planejamento de cuidados aos(as) idosos(as) (OMS, 2015) que levem em considerações as necessidades reais desse público (ARAÚJO et al., 2017) e a visão dos protagonistas do *care*, de subalternos, de mulheres, de negros que subvertem as lógicas mercantis (SOARES, 2021). Assim, o interesse pela experiência dos(as) idosos(as) e pelos significados psicossociais pode subsidiar o deslocamento da assistência à saúde para além do olhar etnocêntrico biomédico (KLEINMAN, 2015; KLEINMAN, EISENBERG, GOOD, 2006).

Há um convite de trazer o cuidado para a agenda intelectual e discutir seu significado junto aos(as) envolvidos(as) (KLEINMAN, 2015; KLEINMAN, 2012; WILES et al., 2012). Desse modo, o cuidado como prática dialógica requer reconhecer o *ethos* cultural (KLEINMAN, 2015; KLEINMAN, 2012; PINHEIRO, 2007; AYRES, 2009; AYRES, 2006) da pessoa idosa frágil, valorizando sua sabedoria prática, dado que o cuidado se insere em um sistema cultural, modelado por experiências pessoais, contextos sociais, políticos, econômicos, históricos e biológicos específicos (KLEINMAN, EISENBERG e GOOD, 2006).

Contudo, ainda é limitado o conhecimento sobre a experiência de saúde de pessoas idosas frágeis (WARMONT et al., 2016; EBRAHIMI et al., 2015) que recebem cuidados (AYRES, 2009; UCHÔA, FIRMO, LIMA-COSTA, 2002) e seus(as) cuidadores(as) (HIRATA, 2012). Há pouca ação em prol de pessoas idosas que necessitam de cuidados e de seus cuidadores(as) (MINAYO, 2021). As pesquisas sobre a fragilidade concentram-se principalmente nas associações entre fragilidade e desfechos adversos em saúde (DURY et al., 2018) e poucos estudos têm explorado como as pessoas idosas frágeis compreendem e experimentam essa condição (ARCHIBALD et al., 2017). Aparece, de modo recorrente, a orientação de mais atenção às necessidades psicossociais das pessoas idosas frágeis (NEITERMAN et al., 2015; TAUBE et al., 2015; BROWN, GRAAF, HILLEN, 2015; BINDELS et al., 2015; HOOGENDIJK et al., 2014), de investigação das crenças em torno das trocas de cuidado (GIERVELD et al., 2015) e de avaliação da percepção sobre o suporte para o cuidado (OLIVEIRA, NERI, D'ELBOUX, 2016).

Pesquisas junto a idosos(as) frágeis são relevantes para adequar os serviços e as políticas às demandas do envelhecimento (LAIN et al., 2017; ANDRADE, FERNANDES, NÓBREGA, 2012), sendo fundamental conhecer o fenômeno a partir da experiência vivida por idosos(as) (GIACOMIN, FIRMO, 2015), considerando sua autonomia, sua dignidade e suas decisões acerca do cuidado (LIM et al., 2017; ALCANTARA, CAMARANO, GIACOMIN, 2016; WARMONT et al., 2016). Especialmente no contexto de fragilidade, revela-se essencial priorizar opiniões, valores, atitudes, compreensões, estratégias de enfrentamento, planejamento, recursos, cuidados e intervenções elaboradas pelas pessoas idosas frágeis (D'AVANZO et al., 2017; VERVER et al., 2017; ALCANTARA, CAMARANO, GIACOMIN, 2016; EBRAHIMI et al., 2015). Nesse sentido, inovar no cuidado significa considerar o usuário (CECÍLIO, 2012), buscando entender como as pessoas lidam com esse processo, o que definem como problema, quais recursos, ações e estratégias utilizam para se cuidar (BRASIL, 2014;

PINHEIRO, 2007; AYRES, 2006). Esse entendimento contribui para a humanização e a integralidade, melhora a assistência e aprimora os cuidados de saúde (LAIN et al., 2017; PEREIRA, GIACOMIN, FIRMO, 2015; BRASIL, 2014; PINHEIRO, 2007; AYRES, 2006).

Importante considerar que o envelhecimento populacional reorienta a dinâmica familiar, transformando os familiares, muitas vezes, em cuidadores que se dedicam de modo integral e solitário ao cuidado (GUITIERREZ et al., 2021), sendo que majoritariamente não se preparam para exercer tal função (GIACOMIN et al., 2005). A literatura reconhece que a heterogeneidade do envelhecimento exige cuidado diferenciado e há sobrecarga relacionada à atividade de cuidar (SILVA et al., 2021). No Brasil, 90% das pessoas que cuidam dos(as) idosos(as) são mulheres, e nas casas brasileiras muitas conciliam o cuidado com as atividades domésticas (MINAYO, 2021). O perfil de cuidadores(as) mais comum é o de uma familiar, idosa, com pouca escolaridade, que realiza a atividade sozinha (CECCON et al., 2021; GIACOMIN et al., 2005). Considera-se, assim, que é importante compreender como cuidadores(as) vivenciam a relação intersubjetiva e o cuidado (GUITIERREZ et al., 2021).

Nesse sentido, esta pesquisa questiona como é vivenciada a dinâmica do cuidado a partir da interpretação da pessoa idosa em processo de fragilização e de seus(uas) cuidadores(as) no município de Belo Horizonte. Como a pessoa idosa, como sujeito sociocultural, significa e age diante do processo de fragilização? Como os(as) cuidadores(as) configuram seu processo de cuidado? Como as pessoas idosas frágeis vivenciam essa condição e como se cuidam? Quais são os códigos e significações culturalmente estabelecidos presentes nesse processo?

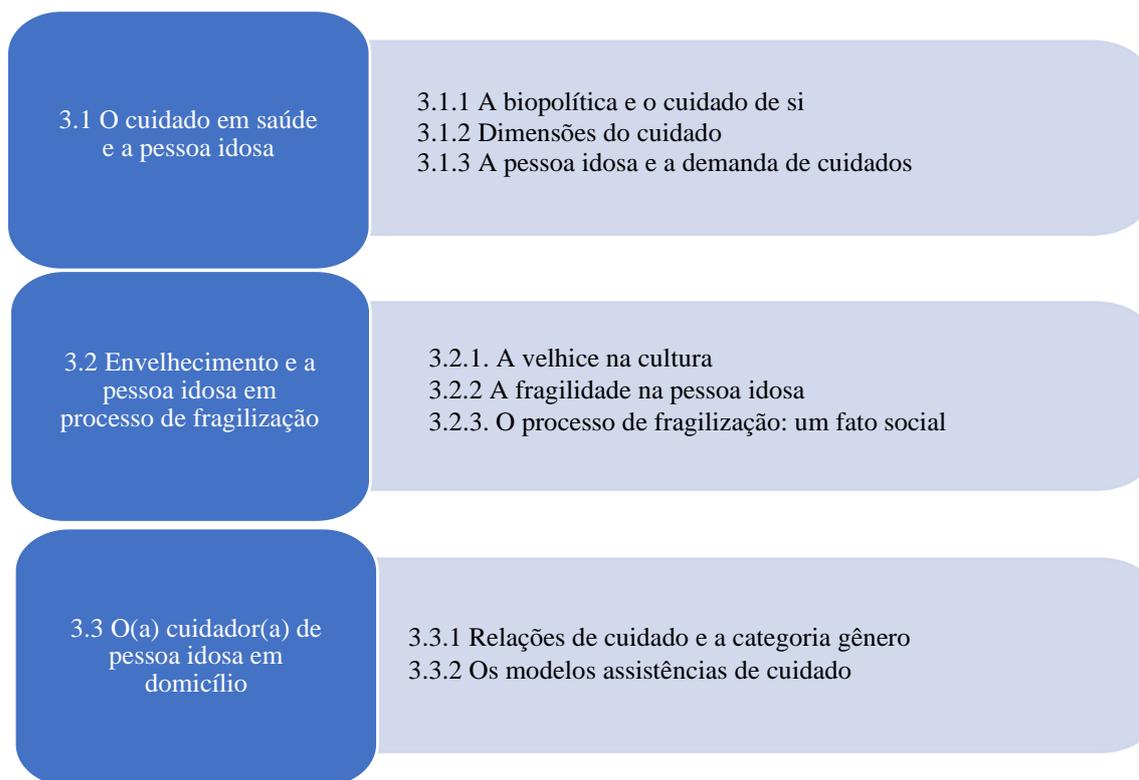
2 OBJETIVO

Compreender as experiências de cuidado em saúde na vivência de pessoas idosas em processo de fragilização na comunidade e seus(uas) cuidadores(as), na cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Para aproximação do objeto em estudo, essa revisão de literatura foi organizada em três seções, conforme a Figura 1.

Figura 1: Organização das subseções da revisão de literatura



Fonte: Produto desta tese.

3.1 O cuidado em saúde e a pessoa idosa

O cuidado é uma condição humana crucial (KLEINMAN, 2010, AYRES, 2009; BARROS, 2008; PINHEIRO, 2007). É entendido como um constructo filosófico e uma atitude prática que visa aliviar o sofrimento e promover o bem-estar, uma experiência cotidiana que resgata o valor da solidariedade social, recusa a coisificação das pessoas e pauta-se nas interações intersubjetivas (AYRES, 2009). Nos aspectos do plano conceitual ontológico-existencial do cuidado, Ayres (2009) contempla, a partir de Heidegger, os movimentos de interação; identidade e alteridade; plasticidade; projeto; desejo; temporalidade; não causalidade e responsabilidade. O autor também retoma o cuidado de si, abordado por Foucault como uma

forma de vida no ocidente cristão, expressão da ética ocidental. Assim, o cuidado emerge como categoria crítica à ação puramente tecnocientífica que dificulta a humanização, com potencial de se articular a outros aspectos e o desafio de incorporar outros saberes, reconhecendo os envolvidos na interação prática. Nessa perspectiva, o Cuidado, apresentado com letra maiúscula, é demarcado como uma categoria reconstrutiva de diálogo e reconciliação das ações em saúde à vida, que se apoia na tecnologia, mas não se resume a ela (AYRES, 2009).

No campo da saúde, há uma literatura que resiste à definição de cuidado enquanto uma perspectiva individualista e biomédica (PINHEIRO, MATTOS, 2006). Verberam quando o cuidado é descrito nas rotinas institucionais e na operacionalização da política de saúde como uma verdade sobre o que é o melhor a ser oferecido (PINHEIRO, 2007), em que o outro é visto como um objeto a ser manipulado (BARROS, 2008). Nesse movimento, desconsidera-se o ponto de vista do receptor do cuidado, seus aspectos históricos, sociais e culturais (BARROS, 2008; PINHEIRO, 2007), posto que, muitas vezes, são distintas a concepção do ser humano que sofre e a do que cuida (GUTIÉRREZ, 2016). Nesse campo, o cuidado é definido como uma ação humana que depende do diálogo, do encontro intersubjetivo, corporifica o agir em saúde e é essencial para integralidade (BARROS, 2008; PINHEIRO, 2007; AYRES, 2006; PINHEIRO, MATTOS, 2006).

Pinheiro (2007) aborda ainda o cuidado como um valor filosófico e político para quem cuida e quem é cuidado, uma ação que reafirma a vida e a humanidade. A ética do cuidado reconhece o outro com dignidade e diferença, por meio de uma postura ativa que distingue a própria fragilidade e enxerga a outra pessoa como um fim em si mesmo (GUTIÉRREZ, 2016), além de envolver a intenção de bem-estar ao(a) receptor(a) dos cuidados (ALCANTARA, CAMARANO, GIACOMIN, 2016).

Em outra concepção, o cuidado é delimitado como ações materiais ou psicológicas para atender às vulnerabilidades das pessoas dependentes e a tradicional valorização da técnica manifesta-se fluída por conjugar também afetos e emoções (HIRATA, 2016). Nas relações sociais cotidianas, o cuidado é um trabalho desvalorizado, realizado majoritariamente por mulheres, no contexto doméstico, desconsiderando a responsabilidade dos demais membros da família e sobretudo do mercado e do Estado (HIRATA, 2016).

A vertente da Antropologia Médica, referencial teórico desta pesquisa, ressalta que os processos morais são centrais na experiência humana de cuidar – uma prática relacional e interpessoal crucial para a vida e a condição humana em geral (KLEINMAN, 2015; 2013; 2012; 2010; 2009). Desse modo, o cuidado é um componente central do serviço e da assistência em saúde, que precisa ser mais humano, justo e ético (KLEINMAN, 2010). Portanto, considerar a experiência do paciente apresenta-se como algo fundamental e desafiante (KLEINMAN, 2013, 2012), por encontrar restrições na racionalidade econômica para que as pessoas que recebem cuidado, os(as) cuidadores(as) e os(as) profissionais sejam adequadamente escutados(as) (KLEINMAN, 2012). Logo, mesmo onipresente, o cuidado ao ser humano – inserido no mundo que habitamos – ainda está distante da agenda intelectual de pesquisa, de ensino, das políticas públicas e dos sistemas de saúde, o que se reflete na qualidade de acesso dos mais pobres (KLEINMAN, 2015). Por isso mesmo deve integrar as atividades dos serviços de saúde e carece de maior investimento, sendo importante revivificá-lo na assistência à saúde e no modelo biomédico hegemônico (KLEINMAN, 2012; 2010). Visualiza-se ainda que o cuidado possui uma dimensão polissêmica, pode ser interpretado como obrigação, direito e/ou afeto. Ao longo da vida, uma rede de cuidados tende a ser constituída e a pessoa que vivencia uma doença e recebe cuidados também pode cuidar dos outros, inclusive de seu(a) cuidador(a) (FLEISCHER, FRANCH, 2015).

Em suma, o cuidado usualmente fica restrito ao âmbito privado – seja ao próprio indivíduo, seus familiares ou amigos – e na maioria das vezes as ações direcionam-se a conseguir realizar as AVD e acessar os serviços assistências necessários. Com efeito, o cuidado implica apoiar, colaborar, reconhecer, preocupar, proteger, responsabilizar, solidarizar e tem interferências emocionais, econômicas e políticas (KLEINMAN, 2012; 2010; 2009). Essa prática, geralmente silenciosa e complexa, envolve investimento de tempo em conjunto (KLEINMAN, 2016; 2009), em ações relacionais recíprocas que englobam o olhar, o abraçar, a empatia, o respeito, a compaixão e o amor (KLEINMAN, 2015). Assim, cuidar é dedicar-se a quem importa, estar ao lado em prol de contribuir para a saúde da pessoa (KLEINMAN, 2013; 2009), leitura que para a Antropologia é inseparável do contexto sociocultural (KLEINMAN, 2015).

3.1.1 A biopolítica e o cuidado de si

Para Foucault (2011) a microfísica é uma modalidade sutil de exercício do poder em que por meio da disciplina o próprio indivíduo faz pressão sobre si, nesse sentido configura-se como um conjunto de técnicas e procedimentos para produzir corpos dóceis, adestrados, obedientes e produtivos. Nessa tecnologia introjetada e disseminada no cotidiano, a consciência da vigilância adentra a alma dos indivíduos e assegura o funcionamento automático do poder, sujeitando os indivíduos nos aparatos de produção, formação, reforma ou correção (FOUCAULT, 2011).

A sociedade disciplinar emerge nos séculos XVII e XVIII como forma de dominação e se estende de maneira progressiva cobrindo uma superfície cada vez mais vasta e ordena uma multiplicidade humana. A biopolítica e o biopoder nascem a partir da segunda metade do século XIX, é a tecnologia de poder centrada na normalização da vida que busca governar indivíduos e populações administrando e aumentando a força da vida para destruí-la no campo do valor e da utilidade. Na Idade Clássica o poder do soberano era de “fazer morrer e deixar viver” passa a funcionar de modo inverso “fazer viver ou deixar morrer” com arranjos sutis (FOUCAULT, 2011).

A tecnologia de biopoder maximiza as forças de forma eficiente intervindo em todas as dimensões da vida, com política sobre o corpo humano e a população. As intervenções sobre processos vitais da existência humana e da coletividade são os elementos do biopoder, com múltiplas combinações: as autoridades que falam discursos de verdade acerca do que é vital aos seres humanos; modos de subjetivação no qual o indivíduo polícia a si mesmo, por meio de práticas do *self*, em nome de sua própria vida ou de saúde, ou em nome de alguma coletividade como a família; e intervenções sobre a existência coletiva em nome da vida e da morte (RABINOW, ROSE, 2006). Algumas vezes as intervenções são especificadas em termos de categorias como gênero, raça, religião (RABINOW, ROSE, 2006) e, no âmbito desta pesquisa, da pessoa idosa em processo de fragilização.

A biopolítica diz de um conjunto de estratégias de contestação da vitalidade humana coletiva, morbimortalidade sobre as formas de autoridade, conhecimento, práticas e intervenções consideradas legítimas, desejáveis e eficazes. Biopolítica e biopoder se tornaram centrais no pensamento social e político contemporânea que regula a vida, uma forma de poder que controla

os corpos e a consciência da população destinando a alguns o poder (Estado, instituições médicas, fundos de bem-estar, segurança, organizações sociais, empresas comerciais, etc.) e a outros “deixa morrer” diante das condições de dominação, expropriação, exploração e eliminação da existência. Porém o conceito não é só para descrição e sim para crítica (RABINOW, ROSE, 2006). Desse modo afirmam:

a economia da biopolítica contemporânea opera de acordo com a lógica da vitalidade, não da mortalidade: apesar de seus circuitos de exclusão, *deixar morrer não é fazer morrer*. (...) A sua lógica é diferente, e notavelmente envolve esforços para desenvolver e maximizar alvos para os mercados farmacêuticos e outras intervenções sobre o cuidado com a saúde que ensejam a inscrição de indivíduos, grupos de pacientes, médicos e atores políticos em campanhas de conscientização de doenças e tratamento em nome da maximização da qualidade de vida. Isto é capitalismo e liberalismo (...) (RABINOW, ROSE, 2006, p.47-48).

A biopolítica se revela nas tecnologias de controles em nome da saúde, qualidade de vida e longevidade, ou seja, nas estratégias de governo da vida utilizando da prescrição de check-ups, atividades preventivas a saúde, seguro de saúde e alarga cada vez mais diagnósticos pré-sintomáticos, intervenções preventivas e o marketing de “conscientização de doença” das indústrias farmacêuticas. Campos que refletem a conexão entre o coletivo e o individual, o político e o tecnológico, o ético e o legal são biopolíticos por excelência (RABINOW, ROSE, 2006). Esses autores relembram que Foucault “Em defesa da sociedade” analisa histórica e genealogicamente os fenômenos ligados a saúde exigindo intervenções em saúde pública, de seguridade social, dentre outros.

Foucault (2004) afirma que o cuidado de si atravessou todo pensamento moral – central na compreensão filosofia e cultural. Durante o cristianismo o cuidado de si tornou-se suspeito como se fosse uma forma de egoísmo, de interesse individual, de renúncia a tentações ou sacrifício de si mesmo. Foucault historiciza, retoma os gregos que entendem o cuidado de si como se conhecer, problematizando a liberdade como uma questão ética e política, pois ter liberdade era não ser escravo (nem de si mesmo). O cuidado de si ontologicamente configura-se na relação consigo mesmo e também nas relações com os outros no sentido de uma não-dominação (FOUCAULT, 2004). Como explica:

O risco de dominar os outros e de exercer sobre eles um poder tirânico decorre precisamente do fato de não ter cuidado de si mesmo e de ter se tornado escravo dos seus desejos. Mas se você se cuida adequadamente, ou seja, se sabe ontologicamente o que você é, se também sabe do que é capaz, se sabe o que é para você ser cidadão em uma cidade, ser o dono da casa em um *oiko*, se você sabe quais são as coisas das quais deve duvidar e aquelas das quais não deve duvidar (...) se sabe, enfim, que não deve ter medo da morte, pois bem, você não pode a partir deste momento abusar do seu poder sobre os outros. Não há, portanto, perigo. (...) no pensamento grego e romano, o cuidado de si não pode em si mesmo tender para esse amor exagerado a si

mesmo que viria a negligenciar os outros ou, pior ainda, a abusar do poder que se pode exercer sobre eles. (FOUCAULT, 2004, p.272-273)

Nesse sentido, o teórico pondera que em toda relação humana em que haja dois lados, há relação de poder em diferentes níveis e formas, com possibilidades de montagens de liberdade. As relações de poder são instáveis, móveis e presentes quando os sujeitos são livres e podem exercer a resistência, ou seja, quando não estão complementarmente à disposição do outro como alvo de uma violência ilimitada. De fato, as relações de poder configuram-se como jogos estratégicos entre liberdades e o desejo de determinar a conduta do outro. Desse modo, o cuidado de si é chave para crítica a todos os fenômenos de dominação (FOUCAULT, 2004).

O cuidado de si tem como cerne o medo da vulnerabilidade e da morte (introduzido pelo cristianismo), necessita de um conhecimento de si, tem relação com a política e implica a relação com o outro. O corpo e a alma complementam-se, por isso não devem ser tomados de forma instrumental, padronizada, mas sim reconhecendo-os como produto das interações, das invenções, da relação consigo mesmo e com o outro, da existência de constantes negociações. Nesse sentido, Foucault (2004, p. 287) “questiona todos os fenômenos de dominação em qualquer nível e em qualquer forma com que eles se apresentem – política, econômica, sexual, institucional.” Logo, o cuidado de si é um trabalho direcionado à produção da própria vida, para toda a vida, uma leitura dos jogos estratégicos de poder e um processo ético que visa a liberdade (FOUCAULT, 2004). Na subseção seguinte aborda-se as dimensões éticas e práticas do cuidado.

3.1.2 Dimensões do cuidado

A produção do cuidado é central no processo de trabalho em saúde. Assim, configura-se como um trabalho vivo executado na atividade do(a) trabalhador(a), regido pela ética do cuidado e pelo encontro de subjetividades. Um processo em que se lida com a liberdade de criação, se opera em rede de natureza rizomática e linhas de produção de cuidado, contudo há intensos mecanismos de captura dessa liberdade pelo prescrito, pelos atos burocráticos, pelas maquinarias e protocolos (FRANCO, MERHY, 2012). Nessa perspectiva, os modos de produção de cuidado são campos de grandes disputas, as práticas em saúde ainda seguem lógicas hegemonicamente biomédicas, mas o trabalho em saúde é sempre relacional e com possibilidades de produções instituintes (FRANCO, MERHY, 2013).

Tronto (2013) concorda que o cuidado possui muitos significados, é relacional, exige tempo, disponibilidade, solidariedade, proximidade, envolve aspectos físicos e mentais inclusive o “trabalho sujo” de limpar e cuidar do corpo, preparar alimentos e remover dejetos. Tronto (2013, 2007) amplia o raciocínio ao teorizar sobre o cuidado como uma teoria política, não apenas uma disposição e uma ação entre indivíduos, mas que inclui tudo o que podemos fazer para viver e melhorar o mundo. A atividade de cuidado inclui o próprio corpo, o outro e o meio ambiente, pode e deve ser praticada por indivíduos, grupos, instituições, sociedades e mecanismos de mercado (TRONTO, 2007). Cuidado este compreendido como ação que depende de seres humanos e é um problema para a democracia por envolver relações de poder, acesso desigual, pluralidades e compreensão de justiça social. Logo, as formas desiguais de cuidado afetam a igualdade entre os cidadãos, configurando-se por isso como uma tarefa central na democracia. Essa questão historicamente foi solucionada com mais exclusão dos dependentes, dos indicados a cuidar e restrita à esfera doméstica (TRONTO, 2013; TRONTO, 2007).

Acerca das dimensões práticas e éticas do *care*, Molinier (2012) aborda que as descrições androcêntricas não contemplam amplamente o trabalho e a ética do cuidado em suas diferentes facetas. Assim, apresenta o *care* como *gentleness*, *savoir* discreto, trabalho sujo, trabalho inestimável e narrativa política (MOLINIER, 2012):

- a) *Care* como *gentleness* é apresentado como uma atitude apropriada, adequada, sutil e discreta, que não se furta de responder à fragilidade da pessoa, considerando-a como ser humano em sua integralidade. Rompe com normativas, pensando em cada receptor(a) de cuidados. Trata-se de responsabilidade, generosidade, tato e arte por parte do(a) cuidador(a), que é atencioso(a) no momento necessário e de acordo com as circunstâncias;
- b) *Care* como um *savoir-faire* é o cuidado bem feito não ser percebido em sua ação, não deixar rastros; não esperar ser solicitado, ser discreto, antecipar as necessidades do(a) receptor(a) de cuidados, sendo por ele(a) interpretado como gentileza, simpatia ou qualidade do ser que o realiza, sem perceber o custo dessa ação para o(a) cuidador(a);
- c) *Care* como trabalho sujo é lidar com excrementos humanos, com o corpo, com o desagradável, com patologias da alma: limpar dejetos da vida cotidiana, lidar com o corpo e com a morte. São ações geralmente evitadas, direcionadas àqueles(as) que

ocupam posição subalterna. São realizados por não poderem ser deixados de lado, alguém precisa fazer;

- d) *Care* como trabalho inestimável é o cuidado como um valor imensurável, indispensável, que tem sentido para quem o realiza pelo reconhecimento do valor de seu trabalho. A negação desse valor gera sofrimento no trabalho e diminuição de seu envolvimento com a atividade;
- e) *Care* como narrativa ética é tensionar a marca de gênero de todas profissões e ações do *care* e considerar uma angústia, uma preocupação e uma responsabilidade, de todos(as). Refletir sobre o *care*, a respeito do que importa para os sujeitos e valorizar aqueles(as) que o realizam visando a justiça social.

Os exemplos contemplam o cuidado realizado pelo garçom, pela faxineira, pela secretaria, pela enfermeira, ao preparar cadáveres, ao recolher o lixo, dentre outros. A sociedade se vale de provedores(as) de cuidado, mas nega seu lugar, deixando-os(as) nos bastidores. Uma leitura adicional é que a ação é valorizada quando realizada por homens, por não ser deles esperado. Já para as mulheres é uma competência naturalizada (MOLINIER, 2012). Das mulheres espera-se delicadeza, empatia, sensibilidade, por existir uma divisão sexual do trabalho emocional (SOARES, 2012).

O cuidado envolve relação e aspectos emocionais. Envolve a interação com o corpo, com o ambiente, com nós mesmos e com tudo que possa ser feito para viver melhor; abrange a dimensão física (esforço corporal) e a dimensão cognitiva (reconhecer horários, medicações, sintomas); envolve a dimensão sexual, o contato com o corpo do outro. Qualificações sociais de interação, comunicação, escuta, controle emocional, paciência, tolerância, perseverança, disponibilidade e receptividade também são dimensões relevantes. O emocional, a gestão das expressões das emoções é envolvida no cuidado por ser um trabalho face a face, que exige contato verbal com o(a) receptor(a) de cuidados, e a expressão emocional do(a) cuidador(a) afeta quem recebe o cuidado. De modo que, há regras da emoção requeridas em cada interação, e o amor e o envolvimento se fazem presentes – ou não - no trabalho de cuidar. A qualidade do cuidado, frequentemente, é mensurada pela satisfação do receptor de cuidados. As relações de classe, raça, etnia, idade, gênero atravessam tais dimensões. Logo, mulheres negras possuem uma carga suplementar de trabalho emocional. Assim, ressalta-se que todas as dimensões do trabalho de cuidar estão imbricadas ao trabalho emocional – invisibilizado no processo de cuidar (SOARES, 2012).

Tronto (2013) convida a pensar a sociedade global, se somos bem cuidados em um planeta cada vez mais frágil quando distante de valores democráticos. A cientista política debate a lógica de mercado que naturaliza irresponsabilidades com o cuidado, uma vez que os seres humanos não necessitam somente de produzir, mas viver uma vida com significados. Na maioria das sociedades, as necessidades de cuidado ultrapassam as capacidades de resposta das pessoas e seus familiares (TRONTO, 2013) e as pessoas que recebem cuidado possuem necessidades e direitos (TRONTO, 2007). Ademais, as pessoas que recebem cuidados são cidadãos altamente participativos (TRONTO, 2007). Todos nós somos vulneráveis e dependemos de outras pessoas no nascimento, na finitude e na rede de relações cotidianas, nunca deixando de prestar e receber cuidados em diferentes graus (TRONTO, 2013, TRONTO, 2007). O cuidado envolve tudo que fazemos para viver melhor e é central para continuidade da vida humana (TRONTO, 2013). Recuperar a existência humana para além da economia, perceber que há desequilíbrios e desigualdade frente aos quais é fundamental o compromisso com a igualdade, remodelar valores e agir para o bem comum, são atitudes que melhoram a qualidade do cuidado e a vida democrática (TRONTO, 2013).

Cuidado e democracia para todos não é fácil, pois os valores democráticos são frequentemente ofuscados. A respeito do cuidado, erros são cometidos ao se naturalizar que as mulheres o realizam naturalmente, ao pensá-lo em uma perspectiva de mercado ou contar com a globalização para fornecer fontes de trabalho de cuidado. Contudo, é possível fornecer maneiras criativas de buscar o cuidado como premissa fundamental remodelando a vida política de modo democrático (TRONTO, 2013; TRONTO, 2007). Ser cidadão é cuidar uns dos outros e da própria democracia, é reconhecer o outro, considerar a pluralidade e sustentar valores de liberdade, igualdade e justiça. O cuidado necessita estar no centro de nossas vidas, significa ter responsabilidade e por isso deve ser reintroduzido na agenda política para poder influenciar em modos de vida mais democráticos (TRONTO, 2013).

Assim, o aumento da capacidade de cuidado poderá ocorrer se a sociedade reconhecer o benefício de uma teia de cuidados, tendo responsabilidade com o bem comum. Logo, para melhorar o cuidado se faz necessária uma sociedade mais democrática, com a participação política de todos, na contramão do discurso neoliberal. Democracia e cuidado estão em relação recíproca, logo, imbricadas a participação política, liberdade, igualdade, justiça social, política

e economia (TRONTO, 2013). Nesse sentido, serão abordados nas subseções seguintes as demandas de cuidado na população idosa.

3.1.3 A pessoa idosa e a demanda de cuidados

O cuidado é um eixo da existência humana, um fenômeno universal responsável pela sobrevivência da espécie e que visa promover bem-estar. Trata-se de um conjunto de atividades (ação, sentimentos e atitude moral) em prol da sustentação da vida direcionada a própria pessoa ou ao outro (DUARTE, BERZINS, GIACOMIN, 2016).

Desvela-se que o cuidado ganha importância em um mundo que envelhece progressivamente (DUARTE, D'ELBOUX, BERZINS, 2017; HIRATA, 2016). O termo *care* é utilizado pelo significado amplo acerca das relações de cuidado (DEBERT, PULHEZ, 2019). O cuidado pode ser compreendido com um fenômeno universal à humanidade desde a antiguidade e imprescindível para a sobrevivência, que envolve o âmbito moral, relacional, contextual e existencial (DUARTE, D'ELBOUX, BERZINS, 2017). Dado que o envelhecimento é marcado por relações de dependência e autonomia, com peculiaridades em virtude das características clínico funcionais e sociofamiliares (DUARTE, D'ELBOUX, BERZINS, 2017; VERAS et al, 2014), esse cuidado, seja familiar ou institucional, aparece como um princípio a favor da pessoa idosa no intuito de garantir os direitos humanos e as liberdades fundamentais (ALCANTARA, CAMARANO, GIACOMIN, 2016). E um dos principais problemas que afetam a pessoa idosa é a perda da capacidade funcional para concluir as AVD de modo independente.

Quando a pessoa idosa apresenta dificuldades de executar de modo independente suas atividades de vida diária, um(a) cuidador(a) é necessário para auxiliar na melhoria de sua qualidade de vida. No Brasil, a legislação prioriza o cuidado no ambiente familiar, entretanto, o(a) cuidador(a) é recorrentemente invisível no sistema de saúde como alvo de cuidados (DUARTE, BERZINS, GIACOMIN, 2016).

Um estudo realizado na Inglaterra aponta um complexo cenário de cuidado em que os serviços de saúde e assistência social devem se adaptar para atender a uma população cada vez mais idosa e com mais necessidades de cuidado. Apurou-se que a necessidade de cuidados futuros tende a diminuir em pessoas idosas jovens, aumentar em pessoas idosas muito idosas com baixa

dependência e quadruplicar em pessoas idosas com alta dependência (BRUNNER, AHMADI-ABHARI, 2018).

Especificamente no Brasil, um estudo baseado em amostra nacional representativa de idosos(as) averiguou que um terço das pessoas idosas apresentavam dificuldades para realização das AVD. Desses, 90% relataram receber ajuda nessas atividades – a prevalência de cuidado unicamente informal ainda foi de 81,8%, a de cuidado remunerado de 5,8%, o misto de 6,8% e nenhum cuidado correspondeu a 5,7% (LIMA-COSTA et al., 2017).

As pesquisas mostram ainda que as residências que possuem mais moradores apresentam associação com o maior recebimento de ajuda informal (LIMA-COSTA et al., 2017). As pessoas idosas que vivem sozinhas percebem mais a saúde como ruim, as mulheres têm mais chance de não ter expectativa de suporte para cuidado e as pessoas idosas que têm expectativa de suporte são, na maioria das vezes, de apenas uma pessoa, igualmente idosa (OLIVEIRA, NERI, D'ELBOUX, 2016). Muitas vezes, trata-se de um cuidado que compete pela atenção entre crianças, velhos, doentes, papéis familiares e com o trabalho remunerado (FLESCHE, LINS, CARVALHO, 2017; CAMARANO, 2002). Nesse contexto, os arranjos multigeracionais mostram-se uma questão de sobrevivência (GIACOMIN et al., 2005) e as trocas intergeracionais possuem certa expectativa de retribuição de cuidados (BARROS, 2011).

O cenário é de crescimento do número de famílias com pessoas idosas, aumento da demanda de cuidado e diminuição da disponibilidade de cuidadores(as) familiares (MINAYO, 2019; LIMA-COSTA et al., 2016; KUCHEMANN, 2012; CAMARANO, 2002). Observa-se nas últimas décadas a diminuição do número de membros na família, com mudanças nas configurações familiares com múltiplos casamentos e uniões e o aumento da participação da mulher no mercado de trabalho, fatores que impactam negativamente nas possibilidades de cuidado (LIMA-COSTA et al., 2017; FLESCHE, LINS, CARVALHO, 2017; DUARTE, D'ELBOUX, BERZINS, 2017; FREIRE NETO, MOREIRA, 2017; DUARTE, BERZINS, GIACOMIN, 2016).

A demanda de cuidado formal é crescente, porém não exime a participação da família e a necessidade de políticas públicas de cuidados de longo prazo para a pessoa idosa (DUARTE, D'ELBOUX, BERZINS, 2017). Adicionalmente, o déficit no cuidado formal é reconhecido, a maioria das pessoas idosas que necessitam de apoio recebem predominantemente cuidados

informais proporcionados sem remuneração por parentes ou amigos (FLESCHE, LINS, CARVALHO, 2017; DUARTE, D'ELBOUX, BERZINS, 2017; LIMA-COSTA et al., 2016; OLIVEIRA, NERI, D'ELBOUX, 2016; GIACOMIN et al., 2005). Observa-se ainda que as famílias que cuidam sozinhas de idosos(as) têm dificuldades para suprir as necessidades deles (DUARTE, D'ELBOUX, BERZINS, 2017; ALCANTARA, CAMARANO, GIACOMIN, 2016), precisando de apoio psicossocial e instrumental para lidar com o ônus de cuidar e melhorar a qualidade dos cuidados ofertados (FLESCHE, LINS, CARVALHO, 2017; ALCANTARA, CAMARANO, GIACOMIN, 2016). Por outro lado, a rede socioassistencial permanece precária e heterogênea. O Estado trata a velhice como um problema do âmbito privado e não efetiva a proteção social e o cuidado longitudinal (ALCANTARA, CAMARANO, GIACOMIN, 2016; DUARTE, BERZINS, GIACOMIN, 2016; CAMARANO, 2002). O cuidado realizado ainda é fragmentado (VERAS et al., 2014), a atenção domiciliar de longa duração, fundamental no cuidado à pessoa idosa com limitações funcionais, ainda está em processo de organização no Brasil e depende da ação do(a) cuidador(a) familiar para se efetivar (LIMA-COSTA et al., 2017; FREIRE NETO, MOREIRA, 2017).

Nessa perspectiva, falta estrutura para cuidar de pessoas idosas dependentes, em um país que recusa a envelhecer, invisibiliza o(a) idoso(a) e naturaliza as dificuldades no cuidado, responsabilizando o(a) próprio(a) idoso(a) e sua família por essa condição (ALCANTARA, CAMARANO, GIACOMIN, 2016). Desse modo, é necessário considerar as desigualdades sociais no recebimento de cuidado no Brasil, uma vez que as pessoas idosas em piores condições socioeconômicas e com menor nível de escolaridade são as que apresentam piores condições de saúde, mais carecem de cuidados (GIACOMIN et al., 2005) e menos recebem a ajuda necessária na execução das AVD (LIMA-COSTA et al., 2016). Nessa vertente, é nomeada a hipocrisia social no papel atribuído à família frente ao envelhecimento (DEBERT, SIMÕES, 2011), pois as responsabilidades são também da sociedade e do Estado (ARAÚJO et al., 2017; KUCHEMANN BA, 2012; CAMARANO, 2002; TEIXEIRA, SCHULZE, CAMARGO, 2002; BRASIL, 1988).

Para a população em processo de fragilização, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e a Organização Mundial de Saúde (OMS) preveem ações de cuidado, no entanto também há uma ausência de implementação, planejamento e políticas públicas para essa população em sua especificidade (ALCANTARA, CAMARANO, GIACOMIN, 2016). Assim, o cuidado à pessoa

idosa, particularmente a frágil, é também uma questão social não resolvida, cuja responsabilidade permanece atribuída à família (CAMARANO, 2013).

As redes de suporte social e as relações sociais são fatores de proteção e promoção da saúde, mas que tendem a diminuir, na medida em que o sujeito envelhece em virtude da perda de papéis sociais que antes desempenhava. O suporte social aparece como importante para o enfrentamento das transformações que advêm do processo de envelhecimento e é reconhecido como um fator potencial para modificar a fragilidade. Nesse sentido, a ausência de suporte social, a renda insuficiente e o baixo nível de escolaridade mostram-se condições que potencializam a fragilidade física (SOUZA et al., 2017).

Muitas pessoas idosas pré-frágeis e frágeis¹ continuam ativas e participativas (NERI et al., 2013), em função de fatores individuais e sociais (CALDAS, LINDOLPHO, 2017). De todo modo, é fundamental à pessoa idosa frágil a promoção do autocuidado e a inserção no convívio social. Para isso, recomenda-se buscar compreender o(a) idoso(a) fragilizado(a); não o(a) julgar incapaz; não o(a) apressar; instalar equipamentos de segurança; ter a ajuda de um(a) cuidador(a); bem como buscar estratégias e espaços para facilitar o(a) idoso(a) no autocuidado e verificar se ele(a) se sente saudável (CALDAS, LINDOLPHO, 2017).

As relações de dependência e percepções de cuidados com o corpo têm significados distintos em diferentes culturas, são frutos das interações sociais em contextos específicos (NERI, 2017; DUARTE, D'ELBOUX, BERZINS, 2017; BARROS, 2011). Na maioria das sociedades capitalistas ocidentais, a pessoa idosa necessita entregar-se a um trabalho de luto, especialmente as de classe social baixa, devido à restrição do reconhecimento de si ao corpo dependente de ajuda, direcionada apenas às necessidades elementares, salvo quando atento a uma qualidade de presença, palavra, gesto e escuta (LE BRETON, 2016).

¹ A fragilidade em idosos(as) é um conceito complexo em que inexistente unanimidade na definição e uso desse conceito (KIM, JANG, 2018; DUARTE, LEBRÃO, 2017), conforme será discutida na subseção 3.2.2 desta tese. Para Fried et al. (2001), concepção adotada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b), a fragilidade é uma síndrome multidimensional e a mensuração é realizada utilizando cinco critérios objetivos: 1) perda de peso não intencional; fadiga autorrefrida, diminuição da força de preensão, baixo nível de atividade física e diminuição da velocidade da marcha. Quando há a presença de três ou mais desses critérios classifica-se a pessoa idosa como frágil e a presença de um ou dois critérios como pré-frágil indicando o alto risco de desenvolver a fragilidade (BRASIL, 2006b; FRIED et al., 2001).

Na percepção das pessoas idosas, embora o cuidado possa ser necessário em algum momento, ele pode ocorrer com interpretações negativas acerca do envelhecimento por significar a perda de controle e advir com a preocupação com o(a) seu cuidador(a), sentindo-se em dívida, desamparadas e incompetentes (KWAK, INGERSOOL-DAYTON, BURGARD, 2014). Essas consequências negativas das experiências de receber cuidados foram associadas ao estereótipo de idosos(as) dependentes e a sintomas depressivos (KWAK, INGERSOLL-DAYTON, BURGARD, 2014). As pessoas idosas relataram sentimento de despersonalização ao serem tratadas como incompetentes e não estarem envolvidas nas decisões, fato interpretado por elas como algo ameaçador à integridade pessoal (D'AVANZO et al., 2017). Diante da velhice com incapacidade, aparece o medo de faltar cuidados pela ausência de recursos formais e pelo cuidado no domicílio ser insuficiente; o medo da alteridade, de dar trabalho e depender do cuidado do outro; e o medo da própria finitude devido à carência dos cuidados cruciais (GIACOMIN, FIRMO, 2015).

3.2 Envelhecimento e a pessoa idosa em processo de fragilização

O envelhecimento a nível individual é um fenômeno complexo, heterogêneo e multifatorial, e envolve a interação de diferentes aspectos biopsicossociais, sob as condições culturais, históricas, políticas, econômicas e geográficas (SCHNEIDER, IRIGARAY, 2008). Esse processo natural, irreversível e heterogêneo se inicia antes de nascer, marcadamente a partir de 30 anos de idade, enquanto, simultaneamente, reduz-se lenta e progressivamente a reserva fisiológica corporal. À medida que a idade aumenta, tornam-se mais perceptíveis as diferenças individuais e lida-se com a propensão a uma progressiva perda de papéis sociais proporcionais às capacidades básicas e adquiridas, bem como ao meio ambiente em que o indivíduo está inserido (BRASIL, 2018; CAMARANO, KANSO, 2017).

A demarcação cronológica considerada nesta pesquisa, que reconhece as pessoas acima de 60 anos como idosas, é prevista pela Organização Mundial de Saúde para países em desenvolvimento (OMS, 2005), ao encontro das legislações nacionais (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2013).

Usualmente, utiliza-se a idade cronológica como equivalente à idade biológica, apesar de não serem sinônimos e precisarem de uma demarcação mais realista (OMS, 2016b). A convenção

etária globalmente utilizada é arbitrária e obsoleta por desconsiderar a complexidade do fenômeno nos aspectos mentais, sociais, econômicos, emocionais, cronológicos e funcionais (OMS, 2016b; SANDERSON, SCHERBOV, 2008). De modo semelhante, ocorre a distinção entre o envelhecimento biológico, psicológico e social (HELMAN, 2006), em razão de se tratar de um fenômeno que, além de orgânico e físico, é também social, cultural, familiar, decorrente do ofício desempenhado ao longo da vida, das condições econômicas, do ambiente em que habita e das desigualdades sociais vividas (CAMARANO, KANSO, 2017; GIACOMIN, FIRMO, 2015; OMS, 2015).

No âmbito filosófico, o envelhecimento humano tem sido encarado de diferentes maneiras no decorrer da história. Antes do pensar sistematizado, o homem desconhecia a decadência de seu corpo e desconsiderava o envelhecimento; no pensamento Romano o ser humano reconheceu sua existência vivendo a tensão do caminhar; na Idade Média utilizou a fé como recurso com a tendência a não contestar; com o Renascimento, a razão e o questionamento tomaram centralidade e o ser humano percebeu-se desamparado. Já na visão contemporânea, o ser humano não responde apenas pelo que quis ou quiser fazer, mas pelo que julga ser, com distintas diretrizes éticas, em um paradigma da pluralidade e complexidade com a visão intercalada entre um ser humano divertido e trágico. Para essa sociedade, a velhice aparece como perigosa, rejeitada e invisibilizada, restrita a perdas, doenças e incapacidades. Por outro lado, para a filosofia a velhice é o momento de maior amadurecimento do ser humano e busca dela se aproximar (OLIVEIRA, 2017).

No campo das teorias do desenvolvimento humano, as concepções clássicas não contemplavam as pessoas idosas, mas as teorias contemporâneas, além do efeito normativo, ontogenético de maturação da idade biológica, integraram os fatores históricos e culturais. Nesse campo atualmente é dominante a teoria *Life Span*, que se fundamenta em múltiplos níveis, temporalidades e dimensões do desenvolvimento ao longo de toda vida, considerando-o transacional, dinâmico e contextualizado. Logo, o desenvolvimento é influenciado por fatores genéticos-biológicos, psicossociais e idiossincráticos em interação ao longo do tempo individual e sócio histórico. Essa perspectiva considera que no processo de desenvolvimento há perdas e ganhos. Na pessoa idosa, os aspectos universais de declínio e a influência do contexto podem ocasionar uma diminuição dos recursos e recorrência de eventos incontroláveis – potenciais estressores que requerem adaptações. Para essa população, os recursos geralmente direcionam-se para a manutenção e manejo das perdas por meio de estratégias compensatórias

- vivência que não é exclusiva, obrigatória e unidirecional na velhice (NERI, 2017). E nessa teoria os princípios gerais da dinâmica biologia-cultura envolvem o declínio da plasticidade biológica, os avanços da cultura para prorrogar a vida e a limitação na eficácia da cultura para promover o desenvolvimento e reabilitar as perdas associadas à velhice (NERI, 2006).

Assume-se ainda que a idade avançada acarreta vulnerabilidades físicas, cognitivas, mentais; o agravamento de doenças crônicas e degenerativas; a perda de papéis sociais; a perda de cônjuge, parentes e amigos; a inversão dos papéis parentais; a proximidade da morte, dentre outros. Além disso, pode ocorrer o aparecimento de outros papéis sociais, tratando-se de uma fase caracterizada e afetada por diversos processos e fatores (CAMARANO, KANSO, 2017; ALCANTARA, CAMARANO, GIACOMIN, 2016; OMS, 2015).

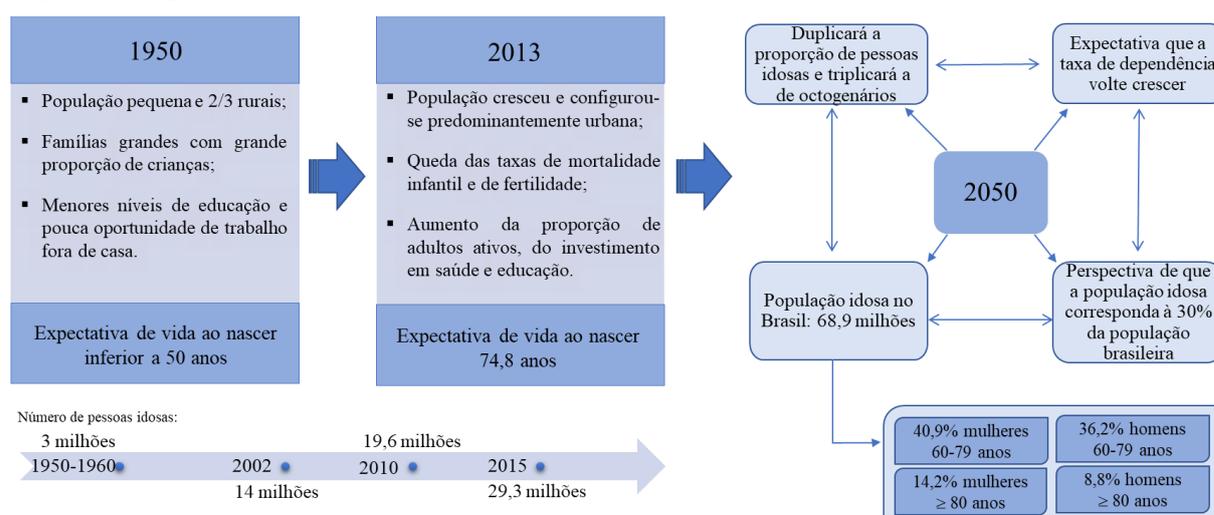
A perspectiva sociocultural, abordagem na qual esta tese se ancora, entende que a velhice é um fenômeno sabidamente influenciado pela cultura (UCHÔA, 2003). Os modos de velhice são construídos e podem ser enxergados como um momento de limitações e perdas referentes ao corpo, à sexualidade, à vida conjugal, ao trabalho, mas também de amadurecimento, de liberação das pressões sociais e de descoberta dos próprios desejos, vontade e felicidade (GOLDENBERG, 2011). Assim, “o envelhecimento é um processo com dimensões subjetivas, intersubjetivas realizado em contextos sociais e em situações interativas nas quais são relevantes as distinções de classe, gênero, geração e raça/etnia” (BARROS, 2011, p.46). É significado de modo distinto de acordo com as diferentes culturas, contextos históricos e sociais – interpretado como um problema social, uma velhice ativa ou um corpo liberto do controle social (BARROS, 2011). Por sua vez, nas sociedades ocidentais modernas, como a brasileira, a velhice ainda é vista socialmente como dependência, fardo (OMS, 2015), geralmente associada a perdas (UCHÔA, 2003), invisibilizada (ALCANTARA, CAMARANO, GIACOMIN, 2016), isolada como se nada pudesse ser feito (ELIAS, 2001). Muitas vezes é nessa vertente que são elaborados e implementados os programas e políticas públicas para pessoas idosas (OMS, 2015; UCHÔA, 2003). Além disso, a valorização da juventude, essencial ao mercado de consumo, inverte os signos do envelhecimento com imagens de vitalidade que tentam esconder o avanço da idade (DEBERT, 2010).

Desse modo, delimita-se a visão negativa do envelhecimento como algo socialmente construído e predominante na maioria das sociedades ocidentais (CAMARANO, KANSO, 2017; LE BRETON, 2016; SCHNEIDER, IRIGARAY, 2008; MINAYO, COIMBRA JÚNIOR, 2002).

Apesar disso, ser idoso não é sinônimo de dependência ou fragilidade (OMS, 2015; TEIXEIRA, 2011); não se trata apenas de um segmento populacional vulnerável, mas também ativo e atuante na sociedade. (ALCANTARA, CAMARANO, GIACOMIN, 2016). Relembre-se ainda que o período dedicado à velhice pode ser a maior fase da vida, caracterizada por uma grande heterogeneidade. (CAMARANO, KANSO, 2017; CAMARANO, PASINATO, 2004).

No âmbito populacional, o envelhecimento transcorre mundialmente (OMS, 2015), motivado principalmente pelo declínio da fecundidade e da mortalidade (CENTRO LATINO AMERICANO DE DEMOGRAFIA, 2006) e associado ao desenvolvimento econômico e social (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2017). A Figura 2 sintetiza aspectos para compreensão do envelhecimento populacional no Brasil.

Figura 2: Aspectos demográficos do envelhecimento no Brasil



Fonte: Elaborado pela autora inspirada na literatura: MINAYO, 2019; BRASIL, 2018; VERAS, OLIVEIRA, 2018; CAMARANO, KANSO, 2017; ONU, 2017; OMS, 2016a; CAMARGOS, GONZAGA, 2015; IBGE, 2015, 2013, 2011; BANCO MUNDIAL, 2011.

No Brasil, esse processo ocorreu em um prazo de 20 a 30 anos, em um contexto de marcantes desigualdades sociais, econômicas, territoriais e de gênero (CAMARANO, KANSO, 2017; OMS, 2015; BORGES; CAMPOS; SILVA, 2015; BRASIL, 2014; CAMARANO, 2013; VERAS et al., 2005; CAMARANO, 2002) – processos muito diferentes daqueles de países europeus que tiveram a transição demográfica gradual, ao longo de um século (OMS, 2005).

Esse aumento do número de idosos(as) na população, acompanhado pelo aumento da idade da população envelhecida, altera a vida dos indivíduos, as estruturas familiares, as demandas de

políticas públicas e a distribuição de recursos na sociedade (CAMARANO, KANSO, 2017). Como um processo que ocorre em uma velocidade sem precedentes na história da humanidade, as políticas públicas necessitam identificar os recursos individuais e coletivos disponíveis para o equilíbrio da vida da população idosa (VERAS et al., 2005), bem como considerar a especificidade e multiplicidade de vivências dessa fase da vida. É necessário promover a solidariedade entre as gerações e a articulação dos setores saúde, educação, seguridade social, mercado de trabalho e economia (CAMARANO, KANSO, 2017; CAMARANO, PASINATO, 2004), no intuito de assegurar de forma contínua o desenvolvimento econômico, social e garantir a dignidade da pessoa humana (VERAS, OLIVEIRA, 2018; VERAS et al., 2016; SANTOS et al., 2016).

Contudo, no Brasil, esse processo ocorre numa conjuntura recessiva e de crise que dificulta a expansão do sistema de proteção social a todos os cidadãos e, em particular, à pessoa idosa (LOUVISON, ROSA, 2017; SANTOS et al., 2016; CAMARANO, PASINATO, 2004). É perceptível a influência das orientações internacionais, como os Planos de Viena e de Madri, em diversas legislações brasileiras (VERAS, OLIVEIRA, 2018) e a visão do envelhecimento saudável e digno como um direito personalíssimo e social, e dever do Estado (BRASIL, 2013), mas ações específicas ao envelhecimento ainda se fazem necessárias (LUTZA, 2017; ALVES et al., 2016). Destarte, nas próximas subseções se dará continuidade a essa leitura sociocultural da velhice e do processo de fragilização na pessoa idosa.

3.2.1 A velhice na cultura

As sociedades individualistas demonstram-se muitas vezes intolerantes ao envelhecimento, patologizam inclusive os sinais usuais do processo e desvalorizam o(a) idoso(a), criando incapacidades, inacessibilidades e desvantagens sociais (HELMAN, 2006). A cultura por meio de códigos permite organizar a sociedade e fazer com que haja uma perspectiva da ordem, distinguindo o que seria adequado do que seria considerado anormal e nocivo à sociedade (RODRIGUES, 2006). Nessa direção, o corpo é condição de existência e identidade do ser humano, construção simbólica cujo sentido, significado e valor atribuído varia em diferentes grupos socioculturais (LE BRETON, 2016; HELMAN, 2006). A imagem corporal é produzida pelo sujeito conforme sua história pessoal, contexto relacional, social e cultural (LE BRETON, 2016). As emoções também são ritualmente organizadas e culturalmente modeladas por normas

coletivas implícitas e para serem expressas pelo indivíduo necessitam pertencer ao repertório cultural de seu grupo (LE BRETON, 2009).

Em algumas sociedades tradicionais, populares, holísticas, comunitárias e até mesmo medievais, o ser humano se mostra inseparável de seu corpo, da natureza, do cosmo e da comunidade. Diferentemente das sociedades ocidentais modernas individualistas que tendem a ser menos acolhedoras com dados corporais acerca da condição humana e propõem um rompimento com o enraizamento corporal da identidade. O corpo passa a ser lugar de censura, silêncio, descrição, apagamento, escamoteamento ritualizado, regido por uma etiqueta corporal – conforme o sexo, o status, a idade, o grau de parentesco e familiaridade – que, quando infringida, adquire o tom de inconveniência, vergonha e mal-estar. Apenas o belo, jovem, fisicamente impecável, limpo, claro, sedutor, sadio, esbelto e esportivo é liberado, ou seja, trata-se de um corpo fragmentado, cindido da vida cotidiana. Então o corpo é uma presença por ser a forma de cada indivíduo no mundo e suporte para sua ação em todas as práticas sociais e, paradoxalmente, uma ausência por escamotear sua presença, desaparecer nos automatismos cotidianos do campo da consciência. Nessas sociedades, o corpo só é perceptível à consciência nos momentos de crise, em que as necessidades elementares precisam ser satisfeitas e rompe-se o silêncio de seus órgãos subjacentes a uma doença, gestação, impossibilidade física, e regras sociais (LE BRETON, 2016).

Nesse cenário, o processo de envelhecimento é insensível, lento e se dá cotidianamente, passo a passo modifica sua saúde, sua *performance* e o sujeito não tem a impressão de envelhecer (LE BRETON, 2016). O sentimento abstrato de envelhecer surge da consciência interior de um corpo que muda, mas principalmente da apreciação sociocultural apreendida do olhar do outro, anterior a um juízo pessoal, e se constitui pela soma das percepções acerca da ordem de fatos sociais e individuais que marcam o passar do tempo (LE BRETON, 2016; GOLDENBERG, 2011; CARADEC, 2011). A percepção do corpo em processo de envelhecimento não abarca a totalidade do indivíduo, usualmente dissocia o corpo (decaído) da mente (jovem) ou em um mesmo corpo áreas mais jovens de outras mais velhas (BARROS, 2011).

De todo modo, a velhice é um momento em que já não é possível recalcar o corpo, que transgride os valores da modernidade de produtividade, vitalidade, juventude, sedução, autocontrole e individualismo (LE BRETON, 2016; MINAYO, COIMBRA JR., 2002). A pessoa idosa tem sua singularidade e história apagadas em um corpo desfeito, sendo progressiva

e definitivamente reduzida ao estado de seu corpo, dependente para se alimentar, lavar e cuidar de sua sobrevivência, relegado, escondido, esquecido e inútil (LE BRETON, 2016). Os doentes e as doenças, por se situarem como nocivos à sociedade, são considerados como uma categoria ambígua por se localizarem no liame da vida e da morte. Dessa maneira, muitas vezes o doente é transposto para um novo mundo, de modo que as pessoas o protegem e também protegem a si mesmas (RODRIGUES, 2006).

As sociedades tradicionais, rurais e não alfabetizadas tendem a considerar o envelhecimento um processo natural, com reconhecimento social (LE BRETON, 2016). Em muitas sociedades não ocidentais, as pessoas idosas possuem um status elevado e um papel central (UCHÔA, 2003). No Sudão, os mais velhos são considerados superiores na hierarquia social e os Bambaras tratam a velhice como uma conquista (UCHÔA, 2003). Nas sociedades não industrializadas, também se revelam variadas interpretações, não apenas romantizados, mas que podem estar no campo do abandono, maus tratos e acusações de bruxaria (HELMAN, 2006). Na França, até o século XIX, a velhice era associada exclusivamente a indivíduos que não tinham recursos financeiros, distintos dos demais, reconhecidos como patriarcas (SIQUEIRA, BOTELHO, COELHO, 2002). À luz de Ariès (2014) e Oliveira (2017), pensa-se que a atenção direcionada à pessoa idosa não tem sido homogênea no decorrer dos anos nem igual em todas as sociedades ocidentais. Contudo, atualmente ela se mostra, muitas vezes, rejeitada e delegada ao âmbito privado.

A maioria das sociedades ocidentais capitalistas modernas tem carência para simbolizar o envelhecer e morrer, combate todos os traços da idade e teme o envelhecimento: as perdas da capacidade produtiva e no âmbito interpessoal – de reconhecimento de seu lugar no campo da comunicação. Nota-se um estigma² em relação à pessoa idosa, o qual a empurra para fora do campo simbólico, matando-a socialmente, silenciando-a, invisibilizando-a e a destituindo de seus direitos (LE BRETON, 2016; ALCANTARA, CAMARANO, GIACOMIN, 2016; BARROS, 2011; RODRIGUES, 2006; UCHÔA, 2003; ELIAS, 2001; GOFFMAN, 1981). Os

² O conceito de estigma criado pelos gregos se embasa nos sinais corporais como evidências de mau status moral, conforme Goffman (1981). O autor apresenta três tipos de estigmas: as abominações dos corpos em caso de deformidade física; estigmas tribais, de raça, de religião e classe social; e as culpas de caráter individuais, ditos “anormais”, percebidos como falta de força de vontade. Dentro desse último agrupam-se: desonestidade, distúrbio mental, vício, alcoolismo, tentativa de suicídio, desemprego, comportamento político radical, prisão, homossexualidade, prostitutas e criminosos.

estigmas alteram a vida social, atribuem status moral, determinam a posição social e desvantagens a determinados grupos, embora pouco se saiba acerca dos processos morais que sustentam os estigmas e a sua superação (KLEINMAN, CLIFFORD, 2009).

Nas sociedades modernas, constantemente, os velhos recebem uma conotação ligada a doença e morte – que evidenciam a mortalidade humana. Por isso, as pessoas se afastam, devido à dificuldade de se identificar com eles, para manter a finitude recalcada e prosseguir sua existência, sendo que nem as próprias pessoas idosas sabem lidar com essa condição (RODRIGUES, 2006; ELIAS, 2001). As representações estigmatizadoras da velhice são associadas à ideia de declínio, degradação, decadência, perdas paulatinas e abruptas das capacidades do ser humano, e desconsideram os aspectos individuais (BARROS, 2011; UCHÔA, FIRMO, LIMA-COSTA, 2002). Essa visão deficitária do envelhecimento é característica da sociedade ocidental (UCHÔA, 2003), mas varia de acordo com classe social, sexo, qualidade do entorno familiar, dentre outros fatores (LE BRETON, 2016; HELMAN, 2006).

Caradec (2011) observa uma diminuição de oportunidades de engajamento pela pessoa idosa nos espaços públicos, que muitas vezes provocam retraimento e intimidação, sendo evitados os horários de pico e outros frequentados por jovens, por serem considerados perigosos. Expõe ainda que as manifestações corporais do envelhecimento sempre são interpretadas a partir do contexto social e cultural em que estão inseridas; logo o entorno social e os apoios fazem diferença na possibilidade de conexão com o mundo e de prosseguir suas atividades, mesmo com limitações (CARADEC, 2011). Nessa discussão, na visão de pessoas idosas, a morte social retira a autonomia e independência e revela-se mais limitante para a execução do projeto de vida do que a morte biológica (BARROS, 2011).

Em uma sociedade que pensa o envelhecimento como declínio, as pessoas idosas recusam-se a ser velhas; atendendo a uma lógica do mercado, a juventude e a funcionalidade aparecem como fundamental a todas as faixas etárias (CARADEC, 2011; GOLDENBERG, 2011). Nessa mesma lógica, a ideologia da terceira idade também é constituída associada à responsabilização do indivíduo e para atender ao mercado de consumo (BARROS, 2011; DEBERT, 2010; SIQUEIRA, BOTELHO, COLEHO, 2002). De modo múltiplo, na velhice aparecem tanto práticas de liberdade e independência quanto outras associadas a doença e solidão (BARROS, 2011). Existe a crítica de que o indivíduo da sociedade capitalista morre para e pelo consumo,

visando que produza e consuma mais, equivalendo a vida a um valor e a uma mercadoria (RODRIGUES, 2006). Liga-se a isso, também, a ideia de que “a partir de determinado ponto de desenvolvimento é necessário substituir o homem como trabalhador produtivo e valorizá-lo especialmente como consumidor” (RODRIGUES, 2006, p.226).

Portanto, embora o envelhecimento corporal contemple as transformações na aparência, na vitalidade/energia e no aspecto orgânico de saúde e capacidade física, há um movimento para se conservar distantes os sinais do envelhecimento: realizam atividades físicas, investem na aparência, administram medicamentos ou se comparam a alguém em pior situação para obter algum conforto (CARADEC, 2011). As pessoas idosas tendem a se adequar às atividades sociais utilizando de algumas estratégias: a) a adaptação – propensão a prosseguir a atividade compensando as novas limitações; b) o abandono – substituem a atividade, ficam mais seletivas persistindo na atividade em menor escala, ou renunciam a ela - opção dolorosa caso essa atividade lhe seja importante; c) a volta por cima – que consiste em retomar a atividade abandonada, envolver-se em uma nova atividade ou aumentar a participação em uma atividade já realizada (CARADEC, 2011).

Retoma-se ainda que na sociedade moderna coexistem ganhos e perdas de autonomia, bem como valores tradicionais e contemporâneos nas interações sociais. Com a urbanização, aumenta o medo da violência e dificulta a mobilidade. Por outro lado, diferentemente de décadas atrás, há mais liberdade de ação para escolher como se vestir e as atividades a realizar. E nesse cenário, a autonomia e a independência surgem como condições de garantia da segurança física e psíquica das pessoas idosas, sendo recorrente a preocupação de a perda de autonomia ser acompanhada de violências, acusações, disputas familiares, manipulações físicas, psíquicas e judiciais (BARROS, 2011).

Por conseguinte, o processo de envelhecimento não é unívoco: há uma pluralidade de identidades etárias e distinções segundo classe, gênero, geração e etnia (BARROS, 2011). Algumas pessoas idosas trabalham como provedores, mesmo após a aposentadoria; há mulheres mais velhas que são responsáveis pelos filhos e netos (BARROS, 2011). Existem pessoas idosas que se aventuram nos espaços públicos para se sentirem capazes de enfrentar o risco (CARADEC, 2011). A incapacidade pode, ainda, ser interpretada como uma possibilidade de se obter vantagens econômicas (HELMAN, 2006).

Diferentemente das representações de anos atrás, usualmente os sexagenários atuais demonstram vivacidade, dinamicidade e alegria. Já os maiores de 80 anos, pelas disfunções corporais e psíquicas, tendem a ser considerados como a faixa etária da verdadeira velhice (CARADEC, 2011). Além do mais, depreende-se a flexibilização das classificações etárias, passando a existir espaços físicos e simbólicos destinados a cada geração. Contudo, há também a descronologização da vida e o embaraço dos limites etários (CÔRTE, FERRIGNO, 2017). Desse modo, a heterogeneidade de experiências geracionais e a diminuição das fronteiras etárias também aparecem como características das sociedades modernas atuais, mas a velhice estigmatizada não desaparece, é apenas colocada em outro lugar, adiada para outro tempo de vida de cada um de nós (BARROS, 2011).

Olha-se para o envelhecimento como um fato social, tal como a fragilidade, que impacta a pessoa, sua família, a sociedade e o sistema de saúde com risco de aumento da demanda de cuidados (BUCKINX et al., 2015). As duas subseções subsequentes abordam o processo de fragilização³.

3.2.2 A fragilidade na pessoa idosa

O termo fragilidade tem sido usado para se referir à condição de saúde das pessoas idosas (WARMONT et al. 2016) com o objetivo de prever resultados adversos na saúde (COLLARD et al., 2012). Adquiriu centralidade das atenções na área de saúde do(a) idoso(a) por ser altamente prevalente, principalmente em idosos(as) mais longevos (KIM, JANG, 2018; DUARTE, LEBRÃO, 2017). Esse fenômeno necessita de detecção precoce para identificar pessoas que necessitam de atenção médica com risco de dependência, prevenir perdas, outros desfechos desfavoráveis em saúde e possibilitar a redução do consumo de recursos e da carga ao(a) cuidador(a) (KIM, JANG, 2018; CHEN, GAN, HOW, 2018; LIM et al., 2017; DUARTE, LEBRÃO, 2017; BUCKINX et al., 2015; VIEIRA et al, 2013; FERNANDES, ANDRADE, NÓBREGA, 2011). Quando instalada, a fragilidade demanda mais cuidados e serviços formais, informais e comunitários para o grupo afetado (DUARTE, LEBRÃO, 2017; ANDRADE et al., 2012). Contudo, embora reconhecida como um gigante geriátrico emergente que traz

³ Em razão das limitações de tempo e do escopo do trabalho, o presente estudo não discorre sobre as repercussões da pandemia da COVID-19 na longevidade da população brasileira (CAMARANO, 2021). Camarano, A. A. C. (2021). Vidas idosas importam, mesmo na pandemia. Disponível em: repositorio.ipea.gov.br

consequências para o indivíduo, a família, a sociedade e os sistemas de saúde (CHEN, GAN, HOW, 2018; BUCKINX et al., 2015), as ações de saúde pública ainda estão insuficientes (KIM, JANG, 2018).

Para Camarano e Kanso (2017), a associação entre envelhecimento e fragilidade física e econômica começou a ganhar força na segunda metade do século XIX. Até a década de 1980, poucos estudos abordavam a fragilidade e tal definição aplicava-se a quem necessitava de uma assistência contínua nas AVD. A partir da década de 1990, a fragilidade passou a ser compreendida como precursora de desfechos desfavoráveis em saúde como declínio funcional, institucionalização e morte. Na mesma década, Fried et al. (2001) a definiu como uma síndrome clínica associada à ineficiência de recuperação e à proximidade da morte (DUARTE, LEBRÃO, 2017).

Outra leitura histórica apresenta que inicialmente o conceito de fragilidade era ligado à funcionalidade e a diferentes graus de dependência, sendo considerada frágil a pessoa que não podia viver sem auxílio de outras pessoas. O conceito evoluiu para bases fisiopatológicas, considerando a redução da reserva funcional e a disfunção em diversos sistemas orgânicos. Atualmente, existem estudos sobre diferentes gêneses da fragilidade e intervenções para modificação dessa condição (FERRIOLLI, MORIGUTI, FORMIGHIERI, 2017).

Ao mapear a estrutura de rede de textos sobre a fragilidade entre 1981 e 2016, constataram-se mudanças no conhecimento sobre a temática nos últimos anos (KIM, JANG, 2018). Até a década de 1980, as palavras-chave centrais focavam no que era resultado da fragilidade, tendo a “morte” como o principal tema analisado. Já na década de 1990 e 2000, o enfoque deslocou-se para os determinantes do processo. Na década de 1990, as palavras com alta interdependência foram “nutrição” e “envelhecimento”, sendo temas frequentes: envelhecimento, geriatria, cuidados de longo prazo, desnutrição e longevidade. Os tópicos, a partir de 2000, se expandiram e foram mais refinados. As pesquisas basearam-se nos determinantes, nas avaliações geriátricas abrangentes e nos instrumentos de mensuração. Nesse período, destacou-se o fenótipo de fragilidade. As palavras com alta centralidade foram “nutrição”, “envelhecimento”, “doença crônica”, “atendimento domiciliar” e de modo emergente “sarcopenia”. Em 2010, a maioria das palavras focava em determinantes e mensuração do fenômeno; as palavras “nutrição” e “envelhecimento” continuaram no topo acompanhadas das palavras “obesidade”, “inflamação” e “biomarcador”; as medidas abrangentes ganharam mais importância que os aspectos

exteriores da fragilidade. Nessa última década, a “demência” apresentou maior grau de centralidade, o que foi lido como a recorrência de realização de estudos acerca das funções cognitivas; apareceu também uma sub-rede sobre pacientes geriátricos oncológicos; as palavras-chave demonstraram examinar as características dos sujeitos, os determinantes da fragilidade e as medidas utilizadas para definir a condição (KIM, JANG, 2018). Assim, o mapeamento de Kim e Jang (2018) apontou um aumento acentuado na produção sobre fragilidade de 1980 para 2010; uma mudança da instalação dos alvos de cuidados de fragilidade das instituições de longa permanência, em 1980, para os domicílios a partir de 2000. E ainda evidenciou uma mudança no foco, enquanto na década de 2000, a fragilidade foi investigada a partir da visão da doença; na década de 2010, os estudos voltaram-se para a prevenção da fragilidade.

Na revisão de literatura de 33 artigos, Fernandes, Andrade e Nóbrega (2010) encontraram 84 definições distintas de fragilidade que se agruparam em três tipos: dificuldades nas atividades básicas e instrumentais de vida diária; vulnerabilidade, estresses ambientais, doenças, declínio funcional e consequências adversas; e estado patológico agudo e crônico. Na revisão de Buckinx et al. (2015), foram identificados diferentes modelos conceituais, abordagens, prevalências e ferramentas para mensurar a fragilidade.

A fragilidade em idosos(as) é um conceito complexo, polissêmico, multidimensional e multideterminado, influenciado por fatores biológicos, psicológicos, sociais e ambientais (KIM, JANG, 2018; CHEN, GAN, HOW, 2018; LIM et al., 2017; ANDRADE et al., 2012; FERNANDES, ANDRADE, NÓBREGA, 2011; TEIXEIRA, 2008). Inexiste unanimidade na definição e uso desse conceito (KIM, JANG, 2018; DUARTE, LEBRÃO, 2017; FERRIOLLI, MORIGUTI, FORMIGHIERI, 2017; ANDRADE et al., 2012; FERNANDES, ANDRADE, NÓBREGA, 2011; TEIXEIRA, 2008) e também quanto aos diversos instrumentos para o diagnóstico da fragilidade (BUCKINX et al., 2015). Tampouco há concordância quanto à classificação de uma pessoa idosa como frágil e a respeito da diferenciação de graus de fragilidade (KIM, JANG, 2018; FERRIOLLI, MORIGUTI, FORMIGHIERI, 2017).

Em 2012, foi convocada uma tentativa de consenso sobre a temática pela Organização Mundial de Saúde e a Associação Internacional de Geriatria e Gerontologia: a síndrome clínica ficou acordada como fragilidade física e concordaram quanto à coexistência de outra fragilidade associada a um estado geral do indivíduo (DUARTE, LEBRÃO, 2017). Dessa forma, a

compreensão da fragilidade no envelhecimento é complexa (VIEIRA et al., 2013). A fragilidade física é a mais estudada, contudo também é influenciada por doenças físicas, cognitivas e fatores socioeconômicos (CHEN, GAN, HOW, 2018).

O “Fenótipo de fragilidade” de Fried et al. (2001) é considerado um dos instrumentos comumente utilizados, composto por cinco componentes mensuráveis e que focam sobretudo nos aspectos biológicos e físicos (FERRIOLLI, MORIGUTI, FORMIGHIERI, 2017; TEIXEIRA, 2008). A aplicação desse fenótipo é prevista no caderno n.19 de “Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa” do Ministério da Saúde (2006). Entretanto, existem diversos outros instrumentos para rastreio, dentre os mais empregados estão: o Fenótipo de Fragilidade; o Índice de Fragilidade; a escala *FRAIL*; o protocolo de identificação do idoso vulnerável, o Groningen *Frailty Indicator*, o questionário de Strawbridge, a escala de fraqueza clínica, o Indicador de Fraqueza de Tilburg, a ferramenta *Gérontopôle*, a Edmonton *Frail Scale*, além da avaliação geriátrica ampla (FERRIOLLI, MORIGUTI, FORMIGHIERI, 2017; BUCKINX et al., 2015; ANDRADE et al., 2012; ROLFSON et al., 2006). As escalas podem avaliar diferentes aspectos dessa síndrome (FERRIOLLI, MORIGUTI, FORMIGHIERI, 2017), algumas propostas têm enfoques mais biomédicos, enquanto outras sublinham aspectos psicossociais. Dessas diferentes definições derivam modelos distintos de fragilidade (TEIXEIRA, 2011; TEIXEIRA, 2008), com instrumentos de avaliação e operacionalização próprios que resultam em prevalências irregulares (COLLARD et al., 2012).

No âmbito biomédico, observa-se que as definições propostas por Fried e colaboradores são frequentemente citadas e atualizadas. Para esse grupo norte-americano, a fragilidade é definida como uma síndrome clínica resultante da diminuição das reservas energéticas, embasada por uma tríade de alterações relacionadas ao envelhecimento composta por sarcopenia, desregulação neuroendócrina e disfunção imunológica, além do decréscimo de habilidade de manter a homeostase após uma desestabilização (FRIED et al., 2004; FRIED et al., 2001). Trata-se de “um estado de alta vulnerabilidade para resultados de saúde adversos, incluindo incapacidade, dependência, quedas, necessidade de cuidados de longa duração e mortalidade” (FRIED et al, 2004, p. 256, tradução nossa).

Assim, de modo recorrente, a fragilidade encontra-se definida como uma síndrome clínica caracterizada pelo aumento da vulnerabilidade aos estressores biopsicossociais e ambientais e desequilíbrio em múltiplos sistemas que resultam em uma suscetibilidade aos desfechos

adversos em saúde e em uma falha nas condições de prosseguir a vida em condições mais prósperas (CHEN, GAN, HOW, 2018; LIM et al., 2017; DUARTE, LEBRÃO, 2017; ANDRADE et al., 2012; TEIXEIRA, 2011; TEIXEIRA, 2008; BRASIL, 2006b). Apresenta-se geralmente associada ao aumento de condições clínicas desfavoráveis, suscetibilidade a doenças, declínio funcional, dependência em AVD, quedas, hospitalização e morte precoce, (KIM, JANG, 2018; ANDRADE et al. 2012; TEIXEIRA, 2008).

A fragilidade é descrita como um *continuum* multidimensional do curso de vida, que não possui apresentação uniforme no envelhecimento e pode ser afetada e modificada por fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais (DUARTE, LEBRÃO, 2017; TEIXEIRA, 2011; FERNANDES, ANDRADE, NOBREGA, 2010). Tem sido considerada um estágio intermediário, uma fase de transição entre o envelhecimento saudável e a incapacidade (CHEN, GAN, HOW, 2018; KIM, JANG, 2018; LIM et al., 2017; DUARTE, LEBRÃO, 2017). Ou, ainda, como um processo que corre de modo inversamente proporcional à diminuição da vitalidade, sendo igualmente considerada uma medida de vulnerabilidade do organismo (MORAES, AZEVEDO, 2016).

Diferentemente da incapacidade – que se refere apenas às dificuldades ou dependência da pessoa idosa em papéis essenciais – e da comorbidade – que significa ter a presença de duas ou mais doenças –, a fragilidade é entendida como uma condição progressiva, de instalação lenta, que promove a perda da reserva, a desregulação dos múltiplos sistemas, a vulnerabilidade de regulação homeostática (FERRIOLLI, MORIGUTI, FORMIGHIERI, 2017; FRIED et al, 2004). É uma condição mais complexa que a sarcopenia e de origem diferente da caquexia, por não ser fundamentalmente introduzida por uma doença crônica (FERRIOLLI, MORIGUTI, FORMIGHIERI, 2017). A incapacidade pode ser um desfecho ou um elemento contributivo para o desenvolvimento da fragilidade, mas não é sua essência, enquanto as comorbidades sozinhas também não identificam indivíduos frágeis (DUARTE, LEBRÃO, 2017).

Chega-se a um envelhecimento com ou sem fragilidade (TEIXEIRA, 2011). No *Cardiovascular Health Study*, Fried e colaboradores (2001) encontraram a prevalência de 6,3% dos(as) idosos(as) como frágeis e 45,3% pré-frágeis. O estudo multicêntrico sobre a Fragilidade em Idosos Brasileiros (FIBRA), que também utilizou o fenótipo de fragilidade, avaliou 7 mil pessoas idosas das cinco regiões brasileiras. No polo de Belo Horizonte, 8,7% das pessoas idosas foram avaliadas como frágeis e 46,3% como pré-frágeis (VIEIRA et al., 2013); no polo

do Rio de Janeiro, a prevalência de frágeis foi de 9,1% e de pré-frágeis 47,3% (MOREIRA, LOURENÇO, 2013); em Campinas os percentuais foram de 6,3% e de 45,3%, respectivamente (NERI et al., 2013); e no polo de Ribeirão Preto de 9,1% e de 45,3% (CALADO et al., 2016). Observa-se que a soma de idosos(as) frágeis e pré-frágeis utilizando o fenótipo físico corresponde a cerca da metade da população de 65 anos ou mais.

Duarte e Lebrão (2017) relatam outro estudo de base populacional para a mensuração da fragilidade física no município de São Paulo no qual 8,3% dos idosos(as) foram classificados como frágeis e 50,5% como pré-frágeis, ou seja, 58,8% das pessoas idosas estariam em processo de fragilização. Na literatura, a prevalência mundial de pré-fragilidade variou de 34,6% a 50,9% e a de fragilidade de 5,8% a 27,3% (CHEN, GAN, HOW, 2018). Mais uma revisão sistemática encontrou a prevalência da fragilidade na comunidade variando entre 4,0 e 59,1%, sendo que a prevalência global de fragilidade foi 9,9% quando mensurada por meio da fragilidade física e 13,6% quando se utilizou uma avaliação mais ampla de fragilidade. Desse modo, uma em cada 10 pessoas idosas vive com fragilidade (COLLARD et al., 2012), podendo estar presente inclusive em indivíduos aparentemente saudáveis (CHEN, GAN, HOW, 2018). A prevalência de fragilidade para pessoas acima de 85 anos varia de um quarto (BUCKINX et al., 2015) a 50% (WARMONT et al. 2016) dessa população.

As pesquisas concordam que a prevalência de fragilidade foi maior em indivíduos mais longevos (CHEN, GAN, HOW, 2018; DUARTE, LEBRÃO, 2017; NERI et al., 2013; ANDRADE et al., 2012; TEIXEIRA, 2008; FRIED et al., 2004; FRIED et al., 2001), mulheres (NERI et al., 2013; COLLARD et al., 2012; ANDRADE et al., 2012; TEIXEIRA, 2008; FRIED et al., 2004; FRIED et al., 2001) com menor nível de escolaridade (DUARTE, LEBRÃO, 2017; FERRIOLLI, MORIGUTI, FORMIGHIERI, 2017; ANDRADE et al., 2012; TEIXEIRA, 2008; FRIED et al., 2004; FRIED et al., 2001), menor renda (FERRIOLLI, MORIGUTI, FORMIGHIERI, 2017; ANDRADE et al., 2012; TEIXEIRA, 2008; FRIED et al., 2004; FRIED et al., 2001) e com comorbidades (FERRIOLLI, MORIGUTI, FORMIGHIERI, 2017; ANDRADE et al., 2012; FERNANDES, ANDRADE, NOBREGA, 2010; TEIXEIRA, 2008; FRIED et al., 2004; FRIED et al., 2001), o que evidencia a influência das iniquidades nessa síndrome (DUARTE, LEBRÃO, 2017). Nesse sentido, discute-se ainda que a ausência de suporte social, um baixo nível de escolaridade e uma renda insuficiente podem potencializar a condição física de fragilidade (SOUZA et al., 2017; FERNANDES, ANDRADE, NOBREGA, 2010). Para Moraes e Azevedo (2009), o conceito de fragilidade multidimensional é composto

pela fragilidade clínico-funcional e pela fragilidade sociofamiliar influenciada por outros determinantes de saúde.

Nessa perspectiva, embora a fragilidade física seja a mais estudada, pesquisas orientam a incluir nos programas de atenção a pessoas idosas frágeis as necessidades psicológicas, sociais e culturais (NEITERMAN et al., 2015; TAUBE et al., 2015; BROWN, GRAAF, HILLEN, 2015; BINDELS et al., 2015; GIERVELD et al., 2015; HOOGENDIJK et al., 2014). É importante entender a fragilidade como uma condição humana que remete a uma história de vida e compreender como as pessoas idosas vivenciam esse processo (WARMONT et al., 2016).

As experiências vividas pelas pessoas idosas indicam a fragilidade como um estado dinâmico que conjuga fatores de equilíbrios do âmbito do indivíduo, do ambiente e do nível macro que influenciam na manutenção de uma boa qualidade de vida (DURY et al., 2018). Um estudo realizado na Suécia com objetivo de compreender o que capacitava as pessoas idosas a suportar o sofrimento, a fragilidade e as adversidades elenca: um olhar positivo; permanecer em arredores familiares; manter-se ocupado e engajado em atividades úteis; ter um sentido de pertença, conexão com o todo; e controlar seu corpo velho desconhecido (EBRAHIMI et al., 2013).

Em virtude do objeto pesquisado – a percepção da pessoa idosa sobre o processo de fragilização –, apesar de o estudo FIBRA utilizar o Fenótipo de Fragilidade para categorizar os indivíduos em frágeis, pré-frágeis e não frágeis, seu banco de dados serviu somente para indicar possíveis participantes desta pesquisa. O presente trabalho opta por se aproximar do fenômeno e estudá-lo na perspectiva das contribuições das ciências humanas e sociais à saúde, especificamente focar na interpretação realizada pelas pessoas que vivenciam esse processo acerca das configurações de cuidado. Com foco na perspectiva de interesse desta pesquisa, a subseção a seguir delimitará a fragilidade como um fato social, considerando a centralidade dos fatores culturais na compreensão do processo saúde-doença.

3.2.3 O processo de fragilização: um fato social

As Ciências Sociais e Humanas leem os fatos científicos como fatos sociais – vivos no tecido social, complexos, polissêmicos, objetivados apenas de maneira provisória, absorvidos nas

relações instáveis e na rede intersubjetiva (LE BRETON, 2016). A ciência é uma construção coletiva de pensamento e de práticas, decorrente de um processo interativo que influencia os olhares científicos. Os processos de conhecimento dos fenômenos são fatos científicos situados e os modelos científicos são fatos sociais, frutos de pensamentos coletivos, que podem tornar-se uma estrutura formal, com a crença de que existam independentes de nós (FLECK, 1934).

Desde o século XIX, os números mudaram nosso entendimento sobre o mundo. A síntese dos dados quantitativos tem pressuposto de objetividade, força tecnocientífica e política (HACKING, 1982). Essa universalização da quantificação é importante dentro de uma história mundial e nas redes científicas por se tratar de uma linguagem padronizada, compreendida em todos os lugares. Todavia, também são utilizadas como armas da globalização, que governam o coletivo e que precisam ser questionadas para se descobrir os elementos que levaram a essa unificação (SCHAFFER, 2015).

Nesse sentido, critica-se que a ciência moderna se reduz ao que é quantificável, objetivável, com pressuposto de neutralidade e separação entre o sujeito e objeto. A ciência é sempre uma atividade humana, logo intersubjetiva, social e política, e os números são uma das leituras possíveis do mundo e nunca são totalmente imparciais, uma vez que o sujeito é sempre produto e produtor da realidade social, concomitantemente sujeito e objeto. Assim, a ciência emergente é um conhecimento sistematizado que tem consequências positivas e negativas e assume o caráter autobiográfico e autorreferenciável (SOUSA SANTOS, 2008).

A ciência moderna proporciona o emprego da técnica, um saber construído racional, com aplicabilidade do entendimento matemático-quantitativo, que modifica a natureza em um mundo humano e faz os processos serem caracterizados como naturais, previsíveis e passíveis de serem dominados. Desse modo, embora se volte à subjugação do aparecimento de doenças para tratá-las, a medicina nunca é somente técnica. Ela também é uma ciência prática que precisa integrar a totalidade do ser humano – essa visão desapareceu em meio à cientificidade moderna com ideal de objetividade (GADAMER, 2006). Nessa perspectiva, na ciência médica, a vida e o corpo vivo não são verdadeiramente mensuráveis. A saúde somente é apreendida no caso singular, na harmonia consigo, com o meio social e o ambiente natural, como pondera Gadamer (2006):

Doença, perda de equilíbrio, não significa apenas um fato médico-biológico, mas também um processo histórico de vida e um processo social. O doente não é mais como

era antes. Ele está suspenso. Ele está degradado da sua situação de vida. Mas ele permanece ligado ao retorno a ela, como aquele ao qual falta alguma coisa. (GADAMER, 2006, p. 50)

A medicina moderna passou a ter uma importância crescente desde a Revolução Industrial, tendo transformado a experiência da morte e da vida dos seres humanos (CAMARGO JR., 2013). Os médicos passaram a se sustentar em pesquisas e a sociedade a necessitar de especialistas (MACHADO et al., 1978). Atualmente, a medicina invadiu a vida das pessoas, dita padrões, medicaliza a vida no intuito corretivo ou preventivo (RODRIGUES, 2006). É um saber oficial sobre o corpo e aposta na separação entre o corpo e o cosmo para tratá-lo, em uma lógica anatomista que dessacraliza, objetiva e fragmenta o corpo (LE BRETON, 2016). Assim, enquadra o sofrimento subjetivo do paciente nas categorias nosológicas (CAMARGO JR., 2013), e muitas vezes o cuidado ao corpo físico por meio de atitudes mecânicas e impessoais resulta em defasagem no cuidado à pessoa (ELIAS, 2001). O diagnóstico clínico tem uma função social e política, sendo especialmente valorizado o diagnóstico do especialista médico acerca do(a) idoso(a) frágil. Porém, há múltiplas definições da fragilidade para o(a) idoso(a) que vivencia o processo.

Tem-se ainda o diagnóstico como ferramenta fundamental para definição e gestão do social; configurado como um modo de comunicação, sendo as tabelas nosológicas e protocolos tratados como técnicas necessárias para a prática médica – por padronizar o vocabulário da doença, administrar as práticas, auxiliar na compreensão didática e distinguir diagnósticos diferenciais. É uma função para a cientificidade da medicina; porém, pensar os fenômenos a partir da doença é uma operacionalização que escraviza o conhecimento médico, articulado ao quadro de doenças, em detrimento das habilidades clínicas holísticas, intuitivas e da atenção às particularidades (ROSENBERG, 2002). Por conseguinte, a interpretação e o enquadramento do comportamento patológico a uma base determinista, mecanicista e biológica desconsidera a doença como realidade social e configura-se como uma delimitação arbitrária.

A nosologia tem uma função para a medicina do mesmo modo que para a geriatria e a gerontologia. O diagnóstico biomédico é fruto da necessidade de observar, catalogar e proteger da natureza. Porém, é importante lembrar que há outras formas de conhecer, posto que o fenômeno é atrelado às condições de vida, aos determinantes econômicos, sociais e culturais. O diagnóstico é relevante para a visibilidade e o reconhecimento social do processo de fragilidade, bem como para considerar a existência de uma demanda de intervenções de saúde.

Contudo, o diagnóstico também pode fazer médicos, pacientes e a sociedade reféns desse ritual, uma vez que as doenças ocorrem em um indivíduo com vida social (ROSENBERG, 2002).

Rosenberg (2002) enfatiza a construção de Kleinman e a relevância da distinção entre a doença diagnosticada pelo médico (que busca ser objetivo, mecânico, instrumental) e a experiência psicossocial do paciente, justamente na vertente da Antropologia médica, referencial teórico-metodológico que fundamenta esta pesquisa. Desse modo, a experiência de fragilidade não deve ser compreendida como simples reflexo do processo patológico no sentido biomédico, visto que ela conjuga normas, valores e expectativas, tanto individuais quanto coletivas, e se expressa em formas específicas de pensar e agir, as quais somente nos são acessíveis por meio da mediação cultural (UCHÔA, VIDAL, 1994, p. 500). A doença atrelada ao diagnóstico médico e a doença vinculada à experiência não são fatos isolados, mas constituídos mutuamente (KLEINMAN, EISENBERG, GOOD, 2006; ROSENBERG, 2002), havendo uma integração inevitável entre indivíduo e social e entre dor, doença e morte (ROSENBERG, 2002).

Um estudo qualitativo sobre a percepção e atitude de pessoas idosas frente à fragilidade (WARMONT et al. 2016) sinaliza a discrepância entre como a fragilidade é operacionalizada em contextos clínicos e a compreensão pessoal de idosos(as). As pessoas não se identificavam como frágeis mesmo quando preenchiam os critérios objetivos de diagnóstico, e essa classificação nem sempre coincidiu com o sentimento de fragilidade. Para os(as) idosos(as), a fragilidade era identificada conforme os níveis de saúde e a participação em atividades físicas e sociais, decorrente de eventos isolados, incapacidades temporárias, idade avançada ou limitação física. A fragilidade foi descrita como uma condição física e psicológica negativa próxima da incapacidade e refletindo estereótipos comuns da velhice. Esse público relatou a crença de que as mudanças em saúde poderiam ser causa ou resultado da autoidentificação como frágil, de modo que o diagnóstico se revelava não apenas uma informação, mas também um determinante para a sua saúde. Na maior parte dos casos, esse diagnóstico era um rótulo prejudicial, rejeitado e associado à piora das condições de saúde, à diminuição da participação e ao aumento da estigmatização. Por outro lado, também ocorreram relatos de que ser frágil facilitaria a obtenção de assistência, atenção, apoio e benefícios de outras pessoas, podendo funcionar como um meio para buscar melhorias dos cuidados e serviços (WARMONT et al. 2016).

Dessa maneira, a pluralidade de definições acerca da fragilidade é cada vez mais recorrente na literatura, inclusive ao distinguir a fragilidade física de aspectos psicossociais que integram outra definição de fragilidade associada ao estado geral do indivíduo (DUARTE, LEBRÃO, 2017). Em teorizações que não se restringem à pessoa idosa, a fragilidade é definida como uma contingência humana metafísica (MARÍN, 2007), uma experiência subjetiva do indivíduo que revela a finitude humana (CARRIÈRE, 2007), uma condição social considerando os valores da lógica de mercado (LUZ, 2008; PINHEIRO, 2007) e uma condição humana que a modernidade almeja evitar (LE BRETON, 2016). A fragilidade, o sofrimento e a limitação são premissas humanas que se busca administrar e das quais se tenta proteger, porém não são somente negativas ou ameaçadoras, uma vez que uma pessoa em condição de fragilidade pode ao mesmo tempo ser forte (GUTIÉRREZ, 2016).

O processo de fragilidade depende de fatores subjetivos, culturais, sociais, além dos aspectos biológicos, e impacta na qualidade, sendo a maior ameaça de fragilização à pessoa idosa a morte social, simbólica, o desinvestimento social em sua existência. De certo modo, todos se sentem fragilizados diante da ausência de segurança física e social. Adicionalmente, a pessoa idosa tem seu processo de subjetivação impactado pela sensação de desamparo, pela falta de habitabilidade no mundo, pela consciência da finitude, pelas perdas funcionais (GOLDFARB, 2006). No âmbito do cuidado, a mudança dos papéis familiares, nomeados por Goldfarb (2006) como uma atomização da família, agrava a situação de dependência e abandono. A população idosa proveniente de uma geração em que a família exercia culturalmente um papel importante sente-se fragilizada, com medo de ser um fardo e de sofrer discriminação (LEME, 1999).

3.3 O(a) cuidador(a) de pessoa idosa em domicílio

Os(as) cuidadores(as) de pessoas idosas podem ser membros, agregados à família ou profissionais que atuam em domicílios ou em instituições, tendo como tarefa fornecer assistência parcial ou total quando a pessoa idosa se encontra incapaz de executar suas atividades de maneira independente – seja alimentação, higiene, administração de medicamentos, acompanhamentos a serviços, educação, recreação, lazer e cultura. Trata-se de ações não restritas à técnica que englobam a solidariedade, sensibilidade, paciência, compaixão, equilíbrio emocional, interesse, motivação, preocupação por meio de atitudes de ajuda, apoio e informação, visando garantir a qualidade de vida, o bem-estar, o respeito à autonomia e às

necessidades da pessoa idosa, como também sua integração na sociedade (DUARTE, D'ELBOUX, BERZINS, 2017; NASCIMENTO et al., 2008).

Outro aspecto envolvido no cuidado é o que diz respeito ao trabalho duplamente determinado, que ocorre nas relações de produção e de reprodução, logo é necessário ampliar o conceito de trabalho para além do espaço produtivo e considerá-lo na esfera privada não mercantilista, como ocorre no caso no trabalho doméstico. Reconfigurar o conceito de trabalho requer a repolitização do debate e da questão da dependência de forma mais globalizada, além da revisão da oposição entre produção e reprodução, público e privado, formal e informal, atrelada ao campo do cuidado. O cuidado não é considerado como profissão por estar associado a algo inato ao feminino, um dom. Politizar o cuidado está correlacionado a defender valores democráticos (DEBERT, PULHEZ, 2019).

O cuidado tem como condição *sine qua non* a pessoa cuidada se sentir autenticamente reconhecida (DUARTE, D'ELBOUX, BERZINS, 2017). Ademais, os domicílios são vistos atualmente como locais em que as pessoas podem viver com boa qualidade de vida (CATTANI, GIRARDON-PERLINI, 2004). Envelhecer no local é para a pessoa idosa uma vantagem pelo sentimento de conexão e apego ao ambiente em que habitou por décadas, além da segurança e familiaridade com a comunidade (WILES et al., 2012). Nesse cenário, o(a) cuidador(a) de pessoas idosas em domicílio precisa da capacidade de gerir pressões e lidar com demandas simultâneas (FLESCHE, LINS, CARVALHO, 2017). Esse(a) cuidador(a) tem a função de ajudar a pessoa idosa nas dificuldades e também de estimulá-la a manter suas atividades preferidas que consiga realizar, contribuindo, assim, para a manutenção do senso de competência, utilidade e autoestima do(a) receptor(a) de cuidados (AZEVEDO et al., 2016).

Muitas vezes, os(as) cuidadores(as) familiares não se preparam para exercer o cuidado a uma pessoa idosa dependente, mas encaram a tarefa e se reorganizam para a manutenção da vida da pessoa cuidada (DUARTE, D'ELBOUX, BERZINS, 2017; GIACOMIN et al., 2005; CATTANI, GIRARDON-PERLINI, 2004). Dentre os motivos para cuidar, aparecem o dever moral, a reciprocidade, a gratidão e o sentimento de culpa. Essa decisão é transpassada por conflitos, por assumir um papel solitário, pela complexidade da dedicação exclusiva, devido aos impactos na qualidade de vida do(a) cuidador(a) ou, ainda, em decorrência de divergências familiares. Para a pessoa idosa, o vínculo afetivo aparece como um elemento importante na

escolha do(a) cuidador(a), além de elementos sociais e culturais (DUARTE, D'ELBOUX, BERZINS, 2017).

Assim, no Brasil, o perfil de cuidadores(as) mais comum é o de uma familiar, do sexo feminino, com pouca escolaridade, que realiza a atividade sozinha, já desempenhou a tarefa de cuidar em momentos anteriores, permanece no exercício do cuidado durante um longo tempo, interferindo no vínculo empregatício e sendo, muitas vezes, também idosa (SILVA et al., 2021; DINIZ et al., 2018; ARAÚJO et al., 2017; FREIRE NETO, MOREIRA, 2017; FLESCHE, LINS, CARVALHO, 2017; ALCANTARA, CAMARANO, GIACOMIN, 2016; GIACOMIN et al., 2005; CAMARANO, 2002). Atualmente, observa-se o aumento da proporção de pessoas idosas e de homens que cuidam (FLESCHE, LINS, CARVALHO, 2017; CATTANI, GIRARDON-PERLINI, 2004). Nesse sentido, discutem-se valores socioculturais e uma marca de gênero no papel atribuído à mulher no que tange ao cuidado (DINIZ et al., 2018; FLESCHE, LINS, CARVALHO, 2017; NASCIMENTO et al., 2008; GIACOMIN et al., 2005).

Durante muito tempo, o cuidado era uma atividade gratuita, realizada no ambiente privado, invisível, pouco reconhecida, na qual a mulher ainda tinha um papel central (HIRATA, 2016). Em virtude do envelhecimento populacional e do processo de inserção da mulher no mercado, o cuidado foi mercantilizado, passando a ser visível como trabalho exercido inclusive por homens (HIRATA, 2016), conforme cada realidade socioeconômica.

Na visão da pessoa idosa, o(a) parceiro(a) é considerado(a) como cuidador(a) preferencial, mesmo sendo esse(a) também idoso(a). Essa perspectiva é semelhante à do(a) idoso(a) que presta cuidado justificando que os(as) filhos(as) estão presumivelmente envolvidos em obrigações com seus próprios filhos(as) e com atividades laborais (HORSFALL et al., 2016; GIERVELD et al., 2015, GIACOMIN et al., 2005). Nesse sentido, após uma experiência de doença e hospitalização, tanto os parceiros de pessoas idosas recasadas quanto das que são separadas e vivem juntas tendem a ofertar o cuidado (GIERVELD et al., 2015). E a maioria dos(as) cuidadores(as) idosos(as) queriam permanecer o mais independentes possível. No intuito de evitar a institucionalização do receptor de cuidados, valorizavam a atividade realizada, demonstrando força, desenvoltura e competência, apesar de também terem a fragilidade como uma possibilidade futura (HORSFALL et al., 2016).

O(a) cuidador(a) familiar, usualmente, realiza tarefas exaustivas, integrais, contínuas e em regime de dedicação exclusiva, precisando se adaptar diante de diversas situações, como as dificuldades financeiras e a progressão das necessidades da pessoa cuidada. Tudo isso caracteriza a atividade como um processo de aprendizado tácito na prática cotidiana (NASCIMENTO et al., 2008; GIACOMIN et al., 2005; CATTANI, GIRARDON-PERLINI, 2004). Esse familiar, como cuidador(a), necessita superar as próprias dificuldades porque, muitas vezes, prioriza as necessidades da pessoa idosa por esta depender exclusivamente dele. Porém, como a atenção a todas as demandas (CATTANI, GIRARDON-PERLINI, 2004) é algo inexecutável, vivencia a piora da sua saúde física e mental (GIACOMIN et al., 2005; CATTANI, GIRARDON-PERLINI, 2004).

Ser cuidador(a) familiar, além de vinculado ao sentimento de obrigação, responsabilidade e dever moral, correlaciona-se a: cumplicidade; gratidão pelos cuidados anteriores; oportunidade de revisar e fortalecer a interação; horror à institucionalização; ausência de outra alternativa ou inexistência ou indisponibilidade de outra pessoa para exercer a função no momento. A relação cuidador-cuidado é variável ao longo do tempo e influenciada por valores, podendo aparecer conflitos na decisão de assumir o cuidado e durante a execução desse papel (CATTANI, GIRARDON-PERLINI, 2004). Ao admitirem repentinamente essa função, os(as) cuidadores(as) se modificam, se reorganizam, abrem mão das atividades que realizavam fora do domicílio e se isolam. Atréados às atividades do cuidado, muitas vezes sozinhos, com pouco lazer e diálogo com a outra pessoa, os cuidadores vivenciam a restrição de sua liberdade e quando realizam ações extradomiciliares, essas são condicionadas à situação de saúde da pessoa cuidada (DINIZ et al., 2018; CATTANI, GIRARDON-PERLINI, 2004).

Um estudo realizado junto a esposas sobre a experiência de cuidar de seus maridos, mostra que elas podem apresentar dificuldades como as de distinguir entre seu papel de esposa e de cuidadora; de expressar seus medos, angústias e dores, bem como em admitir o cuidado como um fardo e pedir ajuda para a realização das atividades junto à pessoa cuidada. Dessa forma, permanecer resignada, além de ser socialmente valorizada, foi identificado como uma estratégia para facilitar o cuidado (GIACOMIN et al., 2005).

Nesse aspecto, menciona-se ainda que a qualidade do relacionamento influencia no suporte ofertado e pode afetar o bem-estar do receptor de cuidados (IECOVICH, 2016). A satisfação e o nível de estresse do(a) cuidador(a) apareceram correlacionados à percepção de suporte social

e à qualidade dos cuidados prestados (FLESCHE, LINS, CARVALHO, 2017). Semelhantemente, o estresse emocional do(a) cuidador(a) foi positivamente associado com a depressão do(a) receptor(a) de cuidados, de modo que diminuir o estresse do(a) cuidador(a) foi entendido como prevenção das condições adversas na saúde da pessoa idosa receptora de cuidados (EJEM, DRENTEA, CLAY, 2015). Esse estresse emocional também aparece como potencial influenciador no adoecimento do(a) cuidador(a) correlacionado à violência que pode partir do(a) cuidador(a) (NASCIMENTO et al., 2008), da pessoa cuidada (GIACOMIN et al., 2005) ou de outros(as) atores(as) envolvidos no cuidado. Os(as) cuidadores(as) com piores condições de saúde apresentaram características associadas à maior idade, menor renda e menor nível de escolaridade, e os que tinham pior saúde física recebiam menos apoio, exerciam o cuidado há mais tempo e tinham mais depressão (FLESCHE, LINS, CARVALHO, 2017). Em outro estudo, discutiu-se a associação entre a carga horária de cuidado diário e semanal com a possibilidade de apresentar depressão, ansiedade e desconforto emocional (DINIZ et al., 2018). Aponta-se ainda que, escamoteando a imprevidência da sociedade e do Estado diante do compromisso de partilhar a responsabilidade pela dignidade da pessoa idosa, cuidadores(as) familiares que se dedicam de modo integral e sem apoio a cuidar tendem a ter uma carga significativa e, com frequência, face aos limites em sua capacidade de cuidar, deparam com acusações de negligência ou viabiliza-se a institucionalização da pessoa cuidada (DUARTE, BERZINS, GIACOMIN, 2016).

Em uma revisão da literatura a respeito de cuidadores(as), Flesch, Lins e Carvalho (2017) observaram que as publicações até 1985 frequentemente abordavam as circunstâncias que determinaram a assunção do papel de cuidador(a) familiar, argumentos que se pautavam no laço social intergeracional, na preocupação com o bem-estar da pessoa idosa e no provimento de cuidados. Em 1980, as pesquisas começaram a correlacionar a função de cuidar à maior suscetibilidade de déficit à saúde física e mental, à diminuição da qualidade de vida, ao estresse e à sobrecarga do cuidado – a afetar especialmente os(as) cuidadores(as) mais idosos(as) e sem apoio formal (FLESCHE, LINS, CARVALHO, 2017). Muitos estudos descritivos geralmente destacam o ônus de cuidar e pouco abordam os aspectos positivos nessa função (FLESCHE, LINS, CARVALHO, 2017). Ocorrem alterações físicas e emocionais no(a) cuidador(a) familiar; perdem sentimentos de cansaço, sofrimento e estresse; porém a tarefa de cuidar também é associada a benefícios como reconhecimento, realização, gratidão e oportunidade para o fortalecimento de laços sociais (DUARTE, D'ELBOUX, BERZINS, 2017). Assim, as ações de cuidado, além de onerosas, estavam associadas a um impacto positivo na qualidade de

vida do(a) cuidador(a) (HORSFALL et al., 2016) e de modo recorrente a desencadear sentimentos contraditórios (NASCIMENTO et al., 2008; GIACOMIN et al., 2005).

O cuidar possibilita análises históricas, socioculturais e interseccionais que expõe as opressões imbricadas. Hirata (2016) pesquisou o trabalho de cuidado em três países: França, Japão e Brasil. Especificamente na França, os(as) cuidadores(as) recebem um pouco mais de suporte na realização do cuidado por meio de políticas públicas, provimento de licença e salário para o(a) cuidador(a) familiar; existem empresas privadas no setor e apoio das instituições e organizações comunitárias. No Japão, o cuidado informal é majoritariamente realizado por mulheres no âmbito doméstico, sejam esposas, filhas, cunhadas ou noras, e existe um imposto obrigatório para subsidiar os cuidados de longo prazo, quando for indispensável. No Brasil, o cuidado ainda é responsabilidade da família, especialmente das mulheres, membros da família sem remuneração ou das recrutadas para o trabalho doméstico, que na maioria das vezes são pretas, pardas, pobres, migrantes internas, com formação precária e baixos salários (HIRATA, 2016). O trabalho doméstico realizado de modo gratuito ou remunerado é atravessado por questões de gênero, classe e raça e, especialmente, o trabalho doméstico remunerado está correlacionado as condições históricas do país, de exploração e desigualdades (ÁVILA, FERREIRA, 2020). O Brasil ainda não tem um programa eficaz com recurso financeiro de cuidado à pessoa idosa. Nesse contexto, as redes sociofamiliares, de vizinhos ou mais amplas se apresentam essenciais na prestação de cuidado (HIRATA, 2016).

No Brasil, as políticas públicas ainda não reconhecem a condição e as necessidades do(a) cuidador(a), que cotidianamente dedica-se à assistência da pessoa idosa. Em muitos países desenvolvidos, o(a) cuidador(a) de pessoas idosas é oferecido(a) e reconhecido(a) como parceiro(a) das equipes de saúde, com uma inclinação de sobrepor o cuidado formal ao informal. Contudo, a seguridade social e os sistemas formais de cuidados às pessoas idosas dependentes, iniciados desde a década de 1950, vêm retraindo e novamente transferindo essa responsabilidade à família (GIACOMIN et al., 2005). Na análise do “Guia Prático de Cuidador”, o(a) cuidador(a) é entendido(a) como quase um “anjo”, quase um profissional de saúde e quase um profissional doméstico. Na prática, configura-se como um ser humano sem treinamento adequado. Apesar da ciência de que os serviços entregues às pessoas idosas são insuficientes e de que é necessário suporte estrutural ao envelhecimento da população, permanecem sem um apoio formal (ARAÚJO et al., 2017).

Em 1999, foi criado o Programa Nacional de Cuidadores de Idosos que previa a capacitação de cuidadores(as), porém a iniciativa foi descontinuada e interrompida, e as tentativas de apoio a cuidadores(as) por meio de uma rede para auxiliá-los(as), apesar de definida na Portaria Interministerial n. 5 de 2003, não foi executada. De modo geral, os programas de apoio ao(a) cuidador(a) ainda são incipientes na maioria das cidades brasileiras (DUARTE, BERZINS, GIACOMIN, 2016). O(a) cuidador(a) profissional existe e é uma ocupação reconhecida desde 2002, mas ainda não é regulamentada por lei (GROISMAN, 2021; DUARTE, D'ELBOUX, BERZINS, 2017; DUARTE, BERZINS, GIACOMIN, 2016). Em 2006, foi apresentado o primeiro Projeto de Lei para a criação da profissão, o PL 1385/07 (DUARTE, D'ELBOUX, BERZINS, 2017). Aprovado no Congresso Nacional somente em 2019, foi integralmente vetado pelo presidente Jair Bolsonaro, com a justificativa de que atrapalharia a liberdade de mercado (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2019; ESCOLA POLITECNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, FIOCRUZ, 2019).

O trabalho do(a) cuidador(a) é considerado uma forma complementar de assistência às pessoas idosas (DUARTE, BERZINS, GIACOMIN, 2016), uma alternativa para aliviar o peso do(a) cuidador(a) familiar, reduzir ambivalências vivenciadas no processo de cuidar e fomentar ao familiar o redirecionamento do investimento à qualidade das relações afetivas (IECOVICH, 2016). Dentre as habilidades descritas ao(a) cuidador(a) profissional espera-se que busque a promoção de saúde e a prevenção de potenciais agravos à pessoa idosa, objetive a melhoria da qualidade de vida, estimule a integração e comunicação entre a pessoa que recebe cuidado, sua família e comunidade e articule recursos com agilidade em situação de urgência e emergência (DUARTE, D'ELBOUX, BERZINS, 2017).

O trabalho de cuidado, de modo recorrente, é precarizado, desvalorizado, invisibilizado. A regulação é fraca no Brasil (GROISMAN, 2021). Além da ausência de reconhecimento de cuidadoras como profissionais e da falta de políticas públicas preventivas ao adoecimento. A saúde de cuidadores(as) de pessoas idosas apresenta com frequência impactos físicos como dores nas costas, pernas e impactos emocionais (HIRATA, 2021; SOARES, 2021).

A maioria das cuidadoras atuam no âmbito domiciliar, de modo solitário, dando conta sozinhas de muitas questões, enquanto um percentual pequeno atua em instituições de longa permanência para idosos (ILPI) ou com apoio de equipe multiprofissional (GROISMAN, 2021). Na comparação, os(as) cuidadores(as) informais vivenciam mais horas diárias investidas no

cuidado, mais desconforto emocional e sentimento de tristeza que o(a) cuidador(a) formal. Mesmo os(as) cuidadores(as) formais que apresentam maior escolaridade e menor sobrecarga, ainda relatam impactos em sua saúde decorrentes do processo de trabalho (DINIZ et al., 2018). Desse modo, visualiza-se a necessidade de intervenções para minimizar complicações de saúde e prevenir essa sobrecarga. Atenta-se inclusive às demandas de educação permanente dos(as) cuidadores(as), de serem considerados no processo terapêutico (DINIZ et al., 2018) e de buscarem a fé como uma estratégia de suporte na execução desse trabalho (DINIZ et al., 2018; GIACOMIN et al., 2005).

De modo geral, observa-se que na sociedade além da exclusão da pessoa idosa, a função de cuidador(a), informal ou formal, não tem visibilidade – sendo ignoradas as ações em prol de seu bem-estar e descontinuadas as iniciativas de capacitação e apoio (DUARTE, D'ELBOUX, BERZINS, 2017; GIACOMIN et al., 2005). Portanto, mostra-se relevante a sistematização dos cuidados domiciliares e o reforço de políticas públicas e articulações intersetoriais para apoio ao(a) cuidador(a) no âmbito educacional, social, psicológico e instrumental (DINIZ et al., 2018; FLESCHE, LINS, CARVALHO, 2017; GIACOMIN et al., 2005).

O cuidado não ser reconhecido como direito é um fato imbricado ao seu entendimento como uma obrigação das mulheres. Toda a questão do cuidado está intimamente ligada à categoria gênero, fazendo-se necessária a adoção de estratégias para redução das inequidades de gênero e a oferta de cuidado como um direito, compartilhando responsabilidades entre pessoas, familiares, serviços, sociedade e Estado (GROISMAN, 2021). Considera-se, nesse sentido, a necessidade de uma leitura crítica dos marcadores estruturais, uma vez que a lógica de mercado, em que os pobres cuidam dos ricos, mascara o despreparo para a situação (DEBERT, PULHEZ, 2019). Posto que o cuidado é naturalizado enquanto prática feminina, com marcadores das desigualdades de classe, raça, etnia e faixa etária, na próxima subseção debruça-se sobre as relações de gênero.

3.3.1 Relações de cuidado e a categoria gênero

É impossível não ler, dentre os marcadores sociais, as relações de gênero envoltas nas ações de cuidado. As mulheres serem maioria nas ações de cuidado não é algo neutro, há uma lógica perspicaz que camufla as relações de poder. A invisibilidade social da pessoa idosa e de quem

cuida sustenta-se nas desigualdades. O cuidado, além de ser um ato e um campo de práticas, configura-se também como uma profissão que é majoritariamente feminina (HIRATA, 2021). Nesse sentido, a questão de gênero é relevante. São necessárias políticas de cuidado para que a sociedade não se omita e para que ele não fique restrito ao âmbito familiar (GROISMAN, 2021).

Apesar de o cuidado ser um fenômeno plural, que está no coração da vida social por tocar a todos, e ser uma condição definidora de alguns indivíduos que demandam cuidados, ele tem sido mantido invisível. A literatura durante muito tempo privilegiou o cuidado profissional e quando as mulheres saíam de cena como cuidadoras naturalizadas, estavam em posições de cuidadoras profissionais nas múltiplas formas de cuidar (GUIMARÃES, 2021). Acerca dessa leitura, o presente trabalho se aproximará da compreensão de gênero como algo construído culturalmente, nas relações discursivas e nas relações de poder, pois inexiste uma unidade definidora da mulher (BUTLER, 2003).

O “Patriarcado” é uma cadeia que mantém uma política na qual as mulheres são dominadas e os homens detêm o poder. Nessa lógica, o temperamento é utilizado como um componente psicológico para definir os estereótipos de cada categoria sexual; a função é um componente sociológico que outorga o serviço doméstico à mulher e o estatuto é usado como componente político que garante a superioridade masculina. Há um privilégio masculino em detrimento de um feminino, marcado por atitudes sexistas e androcêntricas. Na esfera cultural, a hierarquia masculina é tratada como neutra e natural, deixando escapar a visibilidade das ações das mulheres (LIMA, 2003).

No campo dos estudos feministas, reconhece-se que as lutas das mulheres para se estabelecerem como sujeitos históricos ocorrem desde as sociedades antigas e primitivas, no entanto somente com o movimento feminista conseguiram conquistar visibilidade pública (GONH, 2008). No mundo ocidental, o feminismo é classificado em três grandes ondas. A primeira onda teve início em 1792, com o começo ainda de maneira incipiente das lutas pelos direitos da mulher e a discussão sobre a diferença entre homem e mulher. Em 1880, o movimento das sufragistas lutava pela igualdade de direitos políticos e civis, bem como de direito ao voto e ao trabalho. A segunda onda refere-se ao período de 1960 a 1980. Com o nascimento do movimento feminista, as lutas pela igualdade foram ampliadas colocando em pauta a problemática da diferença. As práticas eram mais fluidas, sendo que uma unicidade da mulher não era desejada. Surge a

categoria gênero rejeitando o determinismo biológico e considerando os aspectos relacionais e culturais na definição social do masculino e do feminino, com objetivo de explicar as construções hierárquicas, as desigualdades. Já a terceira onda iniciou-se em 1990. Nela, as mulheres argumentavam a libertação sexual, a inclusão social, a transformação cultural e almejavam o reconhecimento. O movimento feminista se organizou em novas arenas e estava presente em diversas lutas políticas e sociais (GONH, 2008).

Há diferentes correntes feministas e várias abordagens teóricas na compreensão das relações de poder. Scott (1989) afirma que as feministas utilizam o gênero para se referir “à organização sexual da relação entre os sexos”. Em sua teorização, Scott (1986) propõe pensar o gênero como uma categoria útil para a análise histórica e divide o gênero em duas partes, como constitutivo das relações sociais, embasado nas diferenças entre os sexos, e como o primeiro modelo de o indivíduo significar as relações de poder. Na primeira definição, Scott (1989) aponta quatro elementos relacionados ao gênero: os símbolos disponíveis na cultura, as normas binárias entre masculino e feminino, as relações de gênero – que são constituídas amplamente não só na família como também na política e em outros ambientes – e a identidade subjetiva. Na segunda definição, o gênero é o primeiro campo no qual o poder é articulado, pois no gênero está intrínseca a construção, a concepção e a distribuição de poder. O gênero, dessa maneira, é teorizado pela Scott (1989) como um meio de entender as relações humanas, uma maneira de decodificar as relações sociais, pois existe uma reciprocidade entre o gênero e a sociedade.

De maneira distinta, Guacira Lopes Louro (2018) relata que considera que gênero está intrinsecamente ligado à sexualidade. Afirma que algumas feministas estudam gênero para distinguir o gênero da sexualidade e mostrar as diferenças estabelecidas entre os sexos. Louro (2008) acredita que a feminilidade é construída em cada mulher, um processo cultural que pode divergir em alguns pontos entre as múltiplas culturas existentes no Brasil. A autora ressalta a dificuldade que vários estudiosos encontram em entender que a sexualidade também é uma questão cultural, tanto quanto o gênero, e explica que a sexualidade não deve ser vista como algo natural ou biológico, mas como advinda culturalmente. Logo, longe de ser apenas uma questão pessoal, a sexualidade é social, política, cultural e histórica, pois é construída. Gênero e sexualidade são constituídos nas relações sociais e perpassados pelas redes de poder que circundam uma sociedade. Nesse sentido, o poder define o significado de determinada representação e como essa atuará, além de influenciar diretamente na produção de identidades e reforçar as relações de poder. Louro (2018) faz referência a Foucault afirmando que a

sexualidade é uma invenção social, um dispositivo histórico que parte de múltiplas falas sobre o sexo e se constitui historicamente. A identidade sexual, de gênero e todas as identidades sociais são definidas no âmbito da história e da cultura, de modo que os sujeitos não possuem uma identidade fixa, e sim diversas identidades, tendo em vista os vários pertencimentos sociais que possuem. A mesma autora afirma que as relações de poder podem ser percebidas nas posições sociais de subordinações, distinções entre homens e mulheres, situações hierárquicas (LOURO, 2008). Estas relações de poder não se resultam simplesmente no singular, estão presentes nas relações sociais e instituições.

De maneira semelhante, a distinção binária entre o sexo e o gênero é indagada por Butler (2003), argumentando que ambas são construções culturais e propondo que a noção de gênero inclua as relações de poder ocultadas pelo sexo. De acordo com Butler (2003), o gênero se estabelece nas interseções políticas e culturais que o produzem e mantêm. Embasada nesta declaração, a autora questiona se existe alguma especificidade da mulher ou se a subordinação à cultura masculina caracterizaria essa particularidade.

Butler (2003) aponta que os debates feministas contemporâneos criticam uma definição da mulher, afirmando que é algo excludente por desconsiderar a multiplicidade de interseções que a constitui, e argumenta que a unidade da mulher não é algo desejado. Na pós-modernidade, surge um novo olhar feminista, no qual há uma sugestão de ruptura das dicotomias de gênero/sexo, natureza/cultura, diferença/identidade (HITA, 2002). Não se pode mais pensar em uma identidade universal para a mulher, pois ela não pensa de modo unificado, cada mulher possui um determinado interesse, que é atravessado por questões sociais e culturais, mostrando sua singularidade. As identidades femininas possuem formas provisórias, pois estão em constante movimento de construção e desconstrução (HITA, 2002).

Butler (2003) discute fazendo referência a Foucault para afirmar que não há verdade sobre os sexos, no sentido de que estes são produzidos na matriz cultural e que a categoria sexo e gênero são produtos de uma economia reguladora. Uma hermafrodita é uma impossibilidade de um gênero inteligível, tendo em vista que não é possível classificá-la binariamente, porque desorganiza a regra sexo/gênero/desejo. Sendo assim, argumenta que gênero é um discurso herdado e que não há identidade de gênero, apenas expressões performativas constituídas culturalmente sobre o que se espera de cada gênero.

Butler (2003) destaca que a opressão somente se constitui na relação, de modo que o poder do patriarcalismo subordina as mulheres. A autora considera que é na linguagem que ocorre a marca do gênero, pois há uma integridade pré-social anterior ao gênero. Assim, denuncia que a unidade de gênero é uma prática reguladora que busca uniformizar a identidade de gênero por uma heterossexualidade compulsória e questiona que tipo de subversão poderia protestar a própria prática reguladora da identidade. Não há uma identidade comum às mulheres, pois as coalizões existentes transcendem a especificidade de gênero. Butler (2003) afirma que pensar uma essência feminina que defina a mulher deflagra interesses e objetivos políticos, porquanto cria uma representação de um sujeito que é por si distorcida, pois não existe um sujeito mulher permanente ou uma identidade de mulher ou mulheres. Logo, o sujeito feminino é construído pelo discurso, no interior do campo de poder, com o objetivo de facilitar sua emancipação. Porém, esse sujeito representacional, que deveria facilitar sua alforria, antagonicamente o reprime, tendo em vista que o sistema político é masculino e produz seres com traços de gênero supostamente masculino. Sendo assim, um apelo a este estaria fadado ao fracasso ou, ainda, transpareceria um consentimento para ser governada.

Foucault (2004) teoriza que as relações de poder constituem um campo extenso e complexo, pois há uma mobilidade e quando esta está bloqueada, trata-se de uma dominação. No texto o “Sujeito e poder”, Foucault (1995) trata o poder como relação, como jogos de verdade em que o poder só se exerce sobre os sujeitos livres, e afirma que o poder só existe no ato:

[...] é um modo de ação de alguns sobre outros. O poder que quer dizer, certamente, que não há algo como o “poder” ou “do poder” que existiria globalmente, maciçamente ou em estados difuso, concentrado ou distribuído: só há poder exercido por “uns” sobre os “outros”, o poder só existe em ato. (FOUCAULT, 1995, p.242)

Desse modo, o poder não é algo apenas negativo, não é sinônimo de repressão, é algo que se exerce, e não algo que se possui. Sendo assim, não é possível perdê-lo ou ganhá-lo, nem mesmo detê-lo durante todo o tempo. O poder é um jogo estratégico. Foucault (2004) coloca o saber ao lado do poder para analisar as relações entre sujeitos e verdade.

Butler (2003) cita Foucault, afirmando que a sexualidade e o poder são coextensivos, e não concebe a sexualidade sem a lei, pois a sexualidade emerge das relações de poder. No entanto, existe a possibilidade de ultrapassar os limites da inteligibilidade cultural. Desse modo, propõe subverter a categoria de gênero como uma identidade e reconhecer as possibilidades de construção para fazer a recirculação do poder, já que tal categoria opera no interior da matriz

cultural de poder e não existe uma pessoa, sexo ou sexualidade que escape às relações e discursos de poder, pois o gênero é construído em uma cultura reguladora e patriarcal, que dá suporte para uma hegemonia masculina e ao poder heterossexual (BUTLER, 2003).

Para Louro (2009), a teorização de Foucault é uma possibilidade para o pensamento sobre as teorias *Queer*, considerando que a normatividade de gênero se articula de maneira íntima a uma manutenção da heterossexualidade, ganhando contorno leituras das dominações e de resistência. Os corpos possuem marcas culturais decorrentes de gênero, raça, etnia, nacionalidade e classe social que atribuem valor aos corpos e fazem sentido na cultura. Ao longo da história e para cada cultura os significados das marcas simbólicas, sociais e materiais se alteram porque são objetos de disputa. Distintas instâncias falam quem os corpos são, como devem ser. Seja de maneira sutil, violenta, distinta ou expressiva as marcações têm efeitos imprevisíveis sobre os corpos, e são as mentes que decidem ora se confundir com as normas, ora responder, ora resistir, reagir, se inventar (LOURO, 2003). A teoria *Queer* desestabiliza homogeneizações, questionando uma visão homogênea, masculina, branca, de classe média, heterossexual acerca de gênero, sexualidade, corpos, experiências abjetas e de exclusão, possibilitando “pensar uma Antropologia centrada nos modos de existência em sua multiplicidade” (OLIVEIRA, 2021).

De modo ético, o convite é suspeitar de propostas que delimitem as mulheres como grupo coerente, naturalmente constituído. A Antropologia se preocupa em criticar a universalidade da situação das mulheres, que são fruto de significados históricos e sociais. Nesse sentido, considerando as interseccionalidades, as análises se dedicam às formas de dominação e de diferenças de poder em contextos diversos. No trabalho de cuidado são indissociáveis as dimensões ética e política, uma vez que o envolvimento com atividades de cuidado não é igual para todas as mulheres. O trabalho de cuidado é material e técnico, mas também emocional, requer um investimento afetivo ao responder à necessidade do outro sem destruir sua humanidade, relações estas que ocorrem em meio às desigualdades (DEBERT, PULHEZ, 2019).

Portanto, não há uma categoria definidora da mulher e das cuidadoras, mas há marcas de gênero, das relações de poder que contribuem para a invisibilidade desse fazer. É necessário desnaturalizar a ética do *care*, pois o grupo mulheres não é homogêneo e o cuidado não emana somente das mulheres e nem de todas as mulheres (MOLINIER, 2012). Angotii e Correâ (2021)

compreendem que cuidar é um verbo coletivo, tecido por muitos e envolvendo todas as ações em prol da existência do cuidado em nossa sociedade. Com isso, criticam a sobrecarga invisível que responsabiliza exclusivamente familiares e a naturalização de aptidão de mulheres para desempenhar tarefas de cuidado, sendo culturalmente condicionadas a se responsabilizar por ele.

3.3.2 Os modelos assistenciais de cuidado

Com o processo de envelhecimento populacional, os serviços de saúde precisam se adequar à nova demanda (ANDRADE et al., 2012) e os antigos modelos de atenção demonstram-se insatisfatórios, insustentáveis e inadequados (LIM et al., 2017; ALCANTARA, CAMARANO, GIACOMIN, 2016; OMS, 2015; BRASIL, 2006b), o que desafia a uma mudança do modelo de atenção da cura para o cuidado (LOUVISON, ROSA, 2017; HELMAN, 2006).

À medida que a população envelhece, apresenta-se um cenário heterogêneo devido a questões socioeconômicas, culturais, familiares, étnico-raciais (BRASIL, 2018; LOUVISON, ROSA, 2017). Alguns(mas) idosos(as) são ativos(as), participam da vida social, comunitária, política e cidadã, mas há também um aumento progressivo de prevalência de doenças crônicas, em que outras pessoas, ainda que não tão idosas cronologicamente, necessitam de ajuda de terceiros em seus cuidados (BRASIL, 2018).

No Brasil, como parte do Sistema Único de Saúde (SUS), existe uma Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), que considera as particularidades dessa população na assistência à saúde (LIMA-COSTA et al., 2016). Existe a proposta de um modelo de cuidado em Redes de Atenção à Saúde (RAS) que supere a fragmentação, considere as especificidades territoriais e realize um acompanhamento integral, humanizado, responsável, resolutivo e de qualidade, com vistas à consolidação dos princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2012). Contudo, muitas RAS ainda são incipientes (MENDES, 2011) e vários são os desafios na valorização da Atenção Primária à Saúde (APS) (BRASIL, 2015; BRASIL, 2012).

Contrário aos pressupostos da Reforma Sanitária, o modelo de saúde praticado é liberal, privatista, fragmentado, reducionista, prescritivo, segmentado e ainda fortemente impregnado pelo modelo biológico, focado no paciente agudo, no especialista e no hospital (LOUVISON,

ROSA, 2017). A literatura admite que apesar de esforços, a prática no cuidado em saúde permanece fragmentada (BRASIL, 2018), de modo que as respostas de saúde, embora regulamentadas por lei, são insuficientes, desconsideram as especificidades e as demandas multidimensionais da pessoa idosa (LIM et al., 2017; ALCANTARA, CAMARANO, GIACOMIN, 2016; OMS, 2015). As classificações tradicionais de doença não apreendem os estados de saúde das pessoas idosas frágeis, como as síndromes geriátricas; havendo prováveis interações entre polifarmácias, comorbidades, problemas funcionais e psicossociais (LIM et al., 2017). Desse modo, reconhece-se a necessidade de enfrentamento da fragilidade da pessoa idosa, de sua família e do sistema de saúde (BRASIL, 2006a).

Esse modelo de cuidado ofertado para o adulto mais jovem – fragmentado, focado na doença, nos múltiplos especialistas, procedimentos e medicamentos – gera alto custo e não beneficia a qualidade de vida da pessoa idosa (VERAS, OLIVEIRA, 2018). A possibilidade de múltiplas doenças crônicas na pessoa idosa é maior, podem ocorrer fragilidades orgânicas e sociais, além de perdas funcionais. As ações direcionam-se a manter a independência, a vida ativa, a qualidade de vida, a dignidade, as funcionalidades, bem como a prevenir doenças e agravos, a promover a saúde e considerar o nível de dependência de cuidadores(as) na realização das atividades diárias. (VERAS, OLIVEIRA, 2018; BRASIL, 2018; LOUVISON, ROSA, 2017). Desse modo, ao invés de monitorar a doença, o modelo de atenção indicado para as pessoas idosas necessita monitorar a saúde de modo permanente, contínuo, integrado e centrado no usuário, por meio de cuidados de longa duração de qualidade e humanizados (BRASIL, 2018; VERAS, OLIVEIRA, 2018; LOUVISON, ROSA, 2017; ALCÂNTARA, CAMARANO, GIACOMIN, 2016; OMS, 2015; VERAS et al., 2014).

Nesse sentido, a capacidade funcional, a autonomia e o envelhecimento ativo têm centralidade nas políticas de saúde para pessoa idosa e preveem o alinhamento dos sistemas de saúde às necessidades dos(as) idosos(as); o desenvolvimento e a oferta de cuidados de longa duração e de espaços amigos dos(as) idosos(as); e a ampliação do conhecimento e monitoramento das condições de saúde dessa população (LOUVISON, ROSA, 2017). Estão previstos cuidados integrados, na lógica de rede, de linha de cuidado com foco em promoção e educação em saúde, prevenção de doenças, identificação do risco de fragilização, cuidado e reabilitação precoce, e postergação da doença (VERAS, OLIVEIRA, 2018; LOUVISON, ROSA, 2017).

Nesse novo modelo integrado, o cuidado focaliza na pessoa, compartilha decisões, respeita a autonomia e singularidade, utilizando como recursos a gestão clínica, o acolhimento, o atendimento multiprofissional, o apoio matricial, o projeto terapêutico singular, a rede de serviços, as articulações intersetoriais e o uso de tecnologias leves de cuidado. A caderneta de saúde da pessoa idosa e a avaliação multidimensional também se revelam estratégias reconhecidas (LOUVISON, ROSA, 2017). O plano de cuidados compartilhado (FREIRE NETO, MOREIRA, 2017) potencializa, quando possível, o autocuidado (CALDAS, LINDOLPHO, 2017), o engajamento, a prevenção e possibilita articular capacidades de profissionais de saúde, da pessoa idosa, de cuidadores(as), dos sistemas de apoio, de sua comunidade e de colaborações intersetoriais (LIM et al., 2017).

Especificamente para as pessoas idosas mais fragilizadas, o modelo fragmentado e focado na assistência hospitalar pode ser iatrogênico (LIM et al., 2017), sendo urgente efetivar políticas de cuidado de longa duração para garantir assistência adequada, integral e digna (DUARTE, D'ELBOUX, BERZINS, 2017; LOUVISON, ROSA, 2017), bem como apoio aos seus familiares (LOUVISON, ROSA, 2017). Os(as) idosos(as) dependentes podem apresentar limitações, inclusive para o autocuidado (KIM, JANG, 2018). A fragilidade pode ocasionar problemas na realização das AVD e aumentar a necessidade de cuidados (HOOGENDIJK et al., 2014) – uma preocupação de saúde pública (D'AVANZO et al., 2017; EBRAHIMI et al., 2015) que pode ser evitada ou adiada com intervenções apropriadas (KIM, JANG, 2018). Contudo, muitos profissionais estão despreparados para lidar com essa condição (SANTOS et al., 2014; BRASIL, 2006a), que requer habilidades especiais, mais tempo de intervenção (DUARTE, LEBRÃO, 2017) e parcerias na comunidade (CHEN, GAN, HOW, 2018).

Nesse cenário, a equipe de cuidados no domicílio, regulamentada no âmbito do SUS pela Portaria 2.526 de 2006 e 963 de 2013, surge como uma ação necessária para chegar às pessoas desassistidas, mas que ainda encontra desafios práticos quanto ao deslocamento e custos desse serviço. Com isso, o pronto socorro passa a ser a porta de entrada para a pessoa idosa com consequências nefastas e os que mais precisam continuam subassistidos (FREIRE NETO, MOREIRA, 2017). Atenta-se que essa assistência domiciliar pode sobrecarregar ainda mais os(as) cuidadores(as) familiares, caso as orientações sejam fragmentadas por parte de diferentes profissionais (DUARTE, D'ELBOUX, BERZINS, 2017).

As recomendações de avaliação geriátrica ampla, discussão do caso, trabalho em equipe, ações de educação, apoio e suporte na transição de cuidados são recorrentes (LIM et al., 2017). Diferentes países possuem especificidades na construção de um sistema de saúde adequado para a fragilidade (LIM et al., 2017). Por exemplo, as reformas para o modelo de cuidado apto à fragilidade em Singapura contemplaram iniciativas de envelhecimento no local, com centros comunitários de ajuda mútua e bem-estar e comunidades amigáveis com a demência. Há clínicas de avaliações geriátricas amplas, serviços de cuidado preparados para a fragilidade (intra-hospitalar, ortopedia e cirurgia geriátrica). No caso de internação, a triagem da geriatria acontece no departamento de emergência para evitar internações mais longas e desnecessárias. Na transição de cuidados do hospital para a casa, existem equipes multidisciplinares para apoiar os pacientes após a alta e garantir o fornecimento do cuidado necessário no lar por meio de equipes de cuidados de transição, no intuito de reduzir a readmissão, articular equipes de suporte na comunidade e melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas e seus cuidadores(as); além de cuidados paliativos, quando necessário, em diversos níveis de assistência e serviços. Relata-se, ainda, que a região de Whampoa possui uma comunidade para o envelhecimento bem-sucedido, que oferece cuidados primários, cuidados geriátricos, gestão de casos, cuidados preventivos, e apoia o envelhecimento na comunidade (LIM et al., 2017).

Veras e Oliveira (2018) propõem um modelo de cuidado centrado nas necessidades da pessoa idosa brasileira, aplicado em todos os âmbitos de cuidado e gerenciado em cinco níveis: 1) acolhimento; 2) núcleo integrado de cuidados com ações de educação, promoção, prevenção e apoio ao cuidado para pessoas idosas de baixo risco; 3) ambulatório geriátrico, onde é realizada a avaliação multidimensional, elaborado e discutido o plano terapêutico e prestados os atendimentos multidisciplinar, domiciliar e de reabilitação; 4) assistência de curta duração, que inclui serviços hospitalares; 5) assistência de longa duração, que é aplicada a unidades de reabilitação, residência assistida e instituições de longa permanência para pessoas idosas. Os autores sugerem que o fluxo desenhado seja acompanhado por um profissional gestor, com foco em manter o paciente nos níveis mais leves, para preservar a qualidade de vida e a participação social, e que os níveis mais pesados sejam utilizados como exceção, quando for indispensável o monitoramento intenso e integral. Recomendam também o uso de outros recursos, como um prontuário único com registro de todas as atividades e chamadas telefônicas por meio de um *call center* qualificado e resolutivo (VERAS, OLIVEIRA, 2018).

Visualiza-se que recentemente foi publicada a proposta de uma linha de cuidado para atenção integral à saúde das pessoas idosas nas RAS, no âmbito do SUS, para organizar estrategicamente a atenção integral e longitudinal a essa população (BRASIL, 2018). Essa linha de cuidado pauta-se na heterogeneidade do processo de envelhecimento, considera a necessidade de: acompanhar e avaliar as necessidades de saúde e a capacidade funcional; estabelecer um percurso para as necessidades de diferentes perfis de condição de saúde e funcionalidade; definir responsabilidades de cada nível de atenção; estabelecer normas e fluxos acerca do cuidado ofertado; mapear recursos do território e articulações intersetoriais necessárias; e, por fim, promover a educação permanente dos envolvidos quanto ao processo de envelhecimento e cuidado à população idosa. Além das ações de promoção de saúde; prevenção de doenças e agravos; tratamento e reabilitação das condições estabelecidas; preveem evitar a fragmentação da atenção, procedimentos e medicamentos desnecessários, garantir o cuidado de longa duração para gerenciar as condições crônicas existentes, acompanhar a alta hospitalar para prevenir o declínio funcional; eliminar as barreiras à participação das pessoas idosas e apoiar a família e outros(as) cuidadores(as) (BRASIL, 2018).

Essa linha de cuidados aposta no acolhimento, cadastramento e acompanhamento longitudinal da APS e, para superar a lógica curativista, identificar os perfis de idosos(as) na comunidade e organizar o cuidado à pessoa idosa, trabalha com a avaliação multidimensional do(a) idoso(a). Para isso, utiliza-se de vários instrumentos, escalas, testes e ferramentas. Evidencia-se, assim, a importância da caderneta de saúde da pessoa idosa em todos os atendimentos nas RAS e do plano terapêutico singular para identificar e respeitar os desejos, necessidades, possibilidades, especificidades, vulnerabilidades e recursos no âmbito pessoal, familiar e comunitário de cada sujeito. Essa proposta de linha de cuidado descreve que os Centros de Referência em Assistência à Saúde da Pessoa Idosa devem ser integrados e articulados com toda a RAS para atender os casos encaminhados, matriciar e capacitar as equipes da APS e, na inexistência desses centros na região, ofertar o suporte via teleconsultoria. Por fim, assinala que os serviços domiciliares são imprescindíveis para a oferta do tratamento adequado, da mesma maneira que as articulações com serviços de saúde e intersetoriais, como assistência social, educação, esporte e lazer e sociedade civil organizada (BRASIL, 2018).

Observa-se que o modelo de cuidado à pessoa idosa discutido por Louvison e Rosa (2017) apresenta o acompanhamento ao(a) idoso(a) de maior risco de modo divergente da publicação do Ministério da Saúde. Para a manutenção da boa qualidade de vida, independência e

autonomia o máximo de tempo possível, esta última especifica ações de cuidado ao longo do tempo dirigidas não apenas aos casos graves, como também aos que possuem suas capacidades preservadas (BRASIL, 2018). Assim, visualiza-se que no nosso meio trata-se de um processo em construção para o acompanhamento adequado a toda a população idosa.

A necessidade de implementação de uma política de cuidado transversal de longa duração como o quarto pilar da seguridade social visando a dignidade e a assistência adequada a pessoa idosa é defendida por Duarte, Berzins e Giacomini (2016). É necessário um conjunto de apoios (material, emocional, instrumental, formal e informal) de saúde, pessoais e de serviços sociais que acolha o ponto de vista da pessoa idosa; reconheça o aumento da demanda por cuidados, a diminuição da capacidade da família de cuidar e ofereça apoio e proteção à família (DUARTE, BERZINS, GIACOMINI, 2016).

O próximo capítulo discorre sobre o percurso metodológico proposto por este trabalho para se aproximar da compreensão – a interpretação da experiência vivenciada e os modelos explicativos – das pessoas idosas em processo de fragilização em sua experiência de cuidado e na relação com os(as) cuidadores(as).

4 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que busca compreender os significados, as crenças, os costumes, os comportamentos e as práticas de modo atento ao contexto sociocultural e histórico (MINAYO, 2017). A narrativa individual é balizada pelo trazido pelo outro, configurando-se simultaneamente como um depoimento pessoal e coletivo que revela o singular, o social e o cultural (MINAYO, 2017).

4.1 Referencial teórico-metodológico

Esta pesquisa ancora-se no referencial teórico-metodológico da Antropologia Interpretativa e Médica. Nessa abordagem, compreende-se que é por intermédio dos padrões culturais que o ser humano encontra sentido, interpreta e guia suas ações (UCHÔA, VIDAL, 1994; GEERTZ, 1989). A Antropologia Médica estuda os modos de agir e de pensar dos sujeitos relacionados à saúde, considerando-os experiências carregadas de significados conectados ao meio sociocultural (UCHÔA, 2003; UCHÔA, VIDAL, 1994). Assim, saúde e cultura são inseparáveis, devendo as intervenções em saúde atentar-se aos aspectos culturais (NAPIER et al., 2014; UCHÔA, VIDAL, 1994).

Geertz (1989), partindo de Weber, defende a cultura como sistema entrelaçado de signos decifráveis, estando o homem amarrado às teias de significados por ele tecidas. Nesse sentido, a cultura é entendida de maneira específica em cada sociedade. A tarefa da análise cultural é interpretar a partir de pequenos fatos, descobrir as estruturas entrelaçadas e destacar o papel da cultura nos determinantes da vida humana (GEERTZ, 1989). O pensamento humano é uma atividade essencialmente social em sua origem, forma, função e aplicações (GEERTZ, 1989). Desse modo:

É por intermédio dos padrões culturais, amontoados ordenados de símbolos significativos, que o homem encontra sentido nos acontecimentos através dos quais ele vive. O estudo da cultura, a totalidade acumulada de tais padrões, é, portanto, o estudo da maquinaria que os indivíduos ou grupos de indivíduos empregam para orientar a si mesmos num mundo que de outra forma seria obscuro. (GEERTZ, 1989, p. 150)

A Antropologia é a ciência que busca o significado, e a cultura é um sistema de signos interpretáveis no qual o indivíduo encontra sentido (UCHÔA VIDAL, 1994; GEERTZ, 1989).

A Antropologia Médica é um ramo da Antropologia Social e Cultural, uma disciplina biocultural, também enraizada em outras ciências da saúde, que aborda a interação de aspectos biológicos e socioculturais na experiência de saúde e doença (HELMAN, 2006). Dessa maneira, estuda as maneiras pelas quais indivíduos e grupos sociais explicam as causas, tratamentos, crenças e práticas das experiências em saúde:

Ao escutar o modo como os indivíduos, em determinada sociedade, percebem e reagem à falta de saúde e os tipos de assistência que eles procuram, é importante conhecer os atributos *culturais* e *sociais* da sociedade em que vivem. Essa é uma das muitas tarefas do trabalho em Antropologia médica. (HELMAN, 2006, p.16)

A Antropologia Médica aborda os fenômenos de saúde considerando também as dimensões sociais e a experiência intersubjetiva, por serem essas conectadas ao que é compartilhado culturalmente por um grupo social (KLEINMAN, EINSENBURG, GOOD, 2006; UCHÔA, 2003; UCHÔA, VIDAL, 1994). A cultura é o universo de signos e significados que permite aos indivíduos de um grupo interpretar a experiência e guiar as ações no contexto em que os eventos se tornam inteligíveis. Uchôa e Vidal (1994) salientam que é no universo sociocultural que se enraízam seus modos de pensar e agir, e o conhecimento desse universo é fundamental para efetividade das intervenções de saúde (UCHÔA, VIDAL, 1994). Assim, sustenta-se a assunção de uma perspectiva crítica ao paradigma epistemológico biomédico, que fragmenta a abordagem da doença (HELMAN, 2006; UCHÔA, VIDAL, 1994).

Com as variadas formas de envelhecimento, a abordagem antropológica busca conhecer como as pessoas idosas brasileiras significam sua experiência, ampliando a compreensão da experiência subjetiva e sua interação com o contexto social e cultural (UCHÔA, 2003). Corin (1982) enfatiza que a Antropologia contribuiu para relativizar a concepção homogeneizada da velhice, documentando a diversidade do processo em culturas distintas. Dessa maneira, de um processo puramente biológico e passivo, o envelhecimento passa a ser considerado sob os aspectos sociais, econômicos e culturais, em que o indivíduo reage com base em suas marcas pessoais e culturais. Diante disso, as interpretações do fenômeno do envelhecimento com fragilidade e do processo de cuidado estão conectadas aos contextos socioculturais em que ocorrem e são objetos em estudo nesta pesquisa.

4.1.1 Antropologia e saúde

A Antropologia estuda o ser humano em sua totalidade (LAPLATINE, 2006), bem como a alteridade e a diversidade cultural (BOIVIN, ROSATO, ARRIBAS, 2004). A Antropologia tem como interesse a experiência de vida das pessoas e sua subjetividade; no campo da Antropologia Médica, a orientação antropológica debruça-se sobre a saúde, a doença, o corpo (LOCK, 2012).

A partir da década de 1970, ganha força uma compreensão ampliada de saúde – entendida como um processo humano e social, com localização histórica e cultural, influenciado pelo econômico, político e ideológico (CASTELLANOS, LOYOLA, IRIART, 2014). Nessa crítica ao paradigma biomédico e ao sistema neoliberal, as ciências sociais se fortalecem na saúde coletiva para a compreensão dos processos da vida, do trabalho, do adoecimento, de cuidado e da morte – trata-se de práticas simbólicas e fenômenos sociais complexos, contraditórios, e implicam a subjetividade, a intersubjetividade, processos históricos, sociais e culturais, com dinamismos e especificidades (CASTELLANOS, LOYOLA, IRIART, 2014).

Alves e Minayo (1994) abordam sobre o desenvolvimento e crescimento da Antropologia da Saúde ou Médica no mundo acadêmico, com vasta produção nos Estados Unidos, Canadá, Inglaterra, França. Os primeiros trabalhos de Antropologia na América Latina tiveram início no pós-Segunda Guerra Mundial para a compreensão de hábitos e costumes. Na década de 1970, a OMS investiu no fortalecimento da relação entre a Antropologia e a medicina visando o desenvolvimento de campanhas sanitárias, ou seja, voltadas para a adequação às normas (MINAYO, 1998).

Os primeiros manuais de Antropologia Médica foram publicados nos Estados Unidos na década de 1970 e repercutiram em numerosas obras ao longo dos anos: um campo diverso, com vitalidade e também fragmentação (SAILLANT, GENEST, 2012). A denominação “Antropologia Médica”, dada a aproximação com o paradigma biomédico e a perspectiva estadunidense, é alvo de críticas, mas permanece sustentada por autores que consideram as fronteiras epistemológicas e metodológicas, baseando-se nas análises ao assistencialismo e à imposição de intervenções médicas e em uma compreensão que contemple uma dimensão sociopolítica mais ampla (FERREIRA, 2012).

O campo surge empirista, atrelado à epidemiologia sociocultural e à ecologia, e sofre mudanças de paradigmas. Gradativamente torna-se mais hermenêutico e textualista e finalmente adquire uma fundamentação crítica, política, dialogando com tendências desconstrucionistas, da economia política, foucaultianas, feministas, dentre outras. Se na década de 1960 os estudos focam na eficácia das práticas em saúde, na década de 1970 lidam com o reducionismo biológico e a insensibilidade da perspectiva biomédica e, posteriormente, ocorre um deslocamento de análise para a biopolítica, a governabilidade, o corpo mutável (corporeidade: histórico, sociocultural), os processos de subjetivação e dessubjetivação, as profundidades históricas e existenciais das experiências, redefinindo as margens entre macro e micro (SAILLANT, GENEST, 2012).

Autores como Foucault, Boltanski, Herlich, Kleinmam e Locke influenciaram a expansão da “Antropologia Médica” e a obra “Antropologia Médica: ancoragens locais, desafios globais” publicada pela Fiocruz em 2012 revela a riqueza desse campo plural, transdisciplinar e o movimento dessa construção em diferentes países, inclusive o Brasil (FERREIRA, 2012; SAILLANT, GENEST, 2012). A Antropologia Médica atenta-se a relações de vida e morte em diferentes cenas, que ultrapassam o espaço clínico, reflete acerca da qualificação para a vida e quais grupos humanos merecem ajuda (SAILLANT, GENEST, 2012). Esta tese debruça-se sobre o cuidado à pessoa idosa em processo de fragilização, entendendo o processo de fragilização para pessoa idosa como uma experiência de sofrimento social, com subjetivação e história.

No Brasil, há movimentos de aproximação das questões socioantropológicas da saúde e da doença – um campo de reflexão acerca de fenômenos que ultrapassam a dimensão restritamente biológica e em processo de desenvolvimento e consolidação (CANESQUI, 1994; MINAYO, 1998).

O início da Antropologia da saúde no Brasil localiza-se por volta de 1970, com paradigmas teóricos e analíticos singulares, uma vertente latino-americana, interdisciplinar, dependente de forças externas e internas institucionais, econômicas, estruturais, bem como dos valores coletivos, do *ethos*, dos contextos históricos-sociais (LANGDON, FOLLÉR, MALUF, 2012). O campo no Brasil iniciou com trabalho de epidemiologistas e intelectuais que atuavam em saúde pública e foi crescente o investimento de antropólogos sociais, com muita influência de

ideias ligadas do Programa de Antropologia Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, contestando contribuições estrangeiras (LEIBING, 2012).

Nos anos iniciais, a Antropologia teve uma dedicação às práticas populares em saúde. Já na década de 1970, o interesse foi direcionado a aspectos simbólicos do corpo, e a partir de 1980, sobre sociedades complexas contemporâneas e perturbações em saúde; saúde, família e pobreza e saúde indígena. Com o movimento da Reforma Sanitária, as pesquisas foram se multiplicando. Muitos programas de pós-graduação em Antropologia desenvolviam pesquisas em saúde sem se identificar como Antropologia Médica. Na década 1990, adquiriu visibilidade a pesquisa em Antropologia da saúde, abordando diversos tópicos como gênero, sexualidade, raça e etnia, violências, saúde mental, abuso de drogas, vírus da imunodeficiência humana (HIV), serviços primários de saúde, terapias alternativas e ética (LANGDON, FOLLÉR, MALUF, 2012). Canesqui (2003) considera temáticas emergentes nesse período: envelhecimento, ideais de juventude e ampliação das abordagens a múltiplos segmentos sociais (CANESQUI, 2003). O número de programas de doutorado em Antropologia com grupos de pesquisa em saúde e a atuação de antropólogos no campo da Saúde Coletiva aumentou e está se consolidando uma rede de pesquisadores e publicações que promovem o diálogo entre a Antropologia e a Epidemiologia (LANGDON, FOLLÉR, MALUF, 2012).

De todo modo, observa-se que as generalizações propostas pelo paradigma biomédico universalizante ocultam as dinâmicas culturais e a diversidade de construções em diferentes contextos sociais, que possuem seus próprios valores, conceitos, modos de agir e pensar frente a seus problemas de saúde (LANGDON, 2014; HELMAN, 2006; CANESQUI, 2003; UCHÔA, VIDAL, 1994). Na leitura das possibilidades de aplicação da investigação antropológica acerca do processo saúde-doença, evidencia-se que as ações da Antropologia são visíveis, pois possibilitam o entendimento das matrizes culturais dos grupos sociais, complementando os estudos epidemiológicos (CANESQUI, 2003). A Antropologia Médica dedica-se as causas relacionadas a crenças e práticas no processo saúde e doença em diferentes culturas e grupos sociais. Nesse sentido, o corpo, a noção de saúde e de doença são construções sociais, e não somente algo biológico. As sensações corporais recebem e geram signos e significações; a doença recebe classificações de acordo com o critério fixado na sociedade; a semiologia preocupa-se com o corpo e a linguagem como gerador de signos para construir diagnóstico e prognóstico (FERREIRA, 1994).

A antropologia brasileira na área da saúde vai se constituindo com uma autenticidade nacional com grande diversidade de temas e metodologias (LEIBING, 2012; SAILLANT, GENEST, 2012).

No mesmo momento histórico, em cada sociedade, encontram-se diferentes culturas e sinais de diversidade cultural em diferentes espaços (BOIVIN, ROSATO, ARRIBAS, 2004). Conforme Canesqui (2003), os estudos antropológicos abordam as articulações simbólicas e construções socioculturais em torno do processo saúde e doença: significados históricos, culturais e mutáveis acerca das representações de saúde, de doenças, do próprio corpo, de intervenções médicas, bem como a experiência e significado de determinado adoecimento (CANESQUI, 2003). A Antropologia desenvolveu uma metodologia para se aproximar das diversas maneiras culturais de pensar e de agir associadas à saúde, fornecendo parâmetros para adequações socioculturais dos programas de saúde (UCHÔA, VIDAL, 1994). Passa-se, a partir daí, a analisar os modelos explicativos do processo saúde-doença (HELMAN, 2006) e a perspectiva do receptor de cuidados (KLEINMAN, 2015; PINHEIRO, 2007).

Desse modo, há narrativas da origem da Antropologia Médica no confronto entre o modelo médico hegemônico e o modelo tradicional, com o entendimento de que os fenômenos de saúde são sociais, evidenciando as relações de poder, a luta por direitos humanos e visando a justiça social no âmbito político nacional e internacional (NUNES, 2014).

Há autores que contestam a perspectiva da Antropologia Médica considerando as forças culturais e sociais determinantes nas práticas e representações em saúde (LANGDON, FOLLÉR, MALUF, 2012). Por outro lado, há autores que flexibilizam a margem entre Antropologia Médica e da Saúde, expressando seu papel relativizador na abordagem do processo de saúde e doença em um panorama amplo e com vitalidade, fronteiro à saúde, epidemiologia, psiquiatria e psicologia (ALVES, RABELO, 1998). Minayo (1998) tenciona se a nomenclatura da Antropologia brasileira é médica ou da saúde problematizando o lugar de fala dos pesquisadores e a construção da identidade no Brasil, independentemente de a teorização ser americana, francesa ou inglesa. Para Leibing (2012), Antropologia da Saúde é descrita como uma reação ao pragmatismo e reducionismo da hegemonia dos Estados Unidos. Contudo, afirma que a expressão Antropologia da Saúde está ligada à Antropologia Médica - compreensão do fenômeno biocultural de saúde – sendo utilizados ambos os termos (LEIBING, 2012). Entende-se ainda que a nomeação como Antropologia Médica é uma comodidade que

contempla as Antropologias das políticas da vida (FASSIN, 2012). Desse modo, análises cuidadosas dialogam com outras disciplinas ligadas a saúde, por considerar os fatores políticos, econômicos e fenomenológicos conectados à saúde e a doença (LEIBING, 2012). A análise dos significados atribuídos à doença e das relações sociais de dada doença em uma sociedade foi se alargando e passou a ser interpretada como uma disciplina em que os aspectos biopolíticos têm centralidade, com influência de Foucault, Gramsci e Hacking (LOCK, 2012).

Assim, a Antropologia Médica, mais que um saber aplicado ao domínio biomédico moderno, desvela a ordem social metaforizada no biológico e vêm sendo realizada no território de pertencimento de seus pesquisadores, considerando o multiculturalismo. Logo, lê o processo cultural sem estar míope às dimensões sociais e políticas do adoecimento. Devido a esse refinamento epistemológico e metodológico, o campo é delimitado como Antropologia Médica Crítica. A exemplo, a Antropologia Médica se opõe à crescente medicalização da sociedade e ao modelo médico hegemônico; analisa a apropriação do corpo das mulheres; estuda os sobreviventes do Holocausto; e oferta o alicerce epistemológico e sociopolítico de lutas comunitárias como o movimento antimanicomial (NUNES, 2014).

Nessa perspectiva, uma Antropologia Médica Crítica ou Antropologia das políticas da vida analisa os modos de construção e produção do corpo, da saúde, da doença e dos mundos sociais; desenvolve crítica a imposição naturalizada frente a esses fenômenos com diversas configurações, e tensão entre as condições objetivas e as experiências subjetivas. Saúde não é apenas biológico, é constructo social e produção da sociedade, é resultado de uma construção individual e coletiva e também produto de processos políticos, desigualdades que podem prevenir ou acelerar sofrimento, de modo que a ordem do mundo se inscreve nos corpos, sendo dialético e misturado à sanitização do social e à politização da saúde (FASSIN, 2012). Nesse sentido, o campo se volta para o pluralismo médico (avança na oposição “tradicional” e “moderno”), a coprodução biologia, cultura e tecnologias que manipulam a vida (LOCK, 2012).

O envelhecimento é um tema de interesse político que extrapola o meio médico e a vida das pessoas idosas por isso a Antropologia Médica debruça sobre a experiência vivida pelas pessoas idosas considerando que a experiência incorporada tem efeito sobre o discurso popular e médico (LOCK, 2012). Ressaltando as inúmeras possibilidades de pesquisa, pondera: “é evidente que a antropologia médica do futuro deve continuar a testemunhar as desigualdades, a discriminação e, acima de tudo, a violação dos direitos da pessoa e a violência que tantas

“pessoas sofrem na vida cotidiana” trazendo luz ao saber ignorado “dos imponderáveis” (LOCK, 2012, p.446). Na atualidade permanece dever dos antropólogos recusar a categoria “diferença biológica” e analisar as consequências políticas dessas pesquisas, documentando questionamentos e modificações da fronteira do normal, anormal; natureza e cultura; continua exigindo a abordagem interpretativa crítica.

Essa corrente debruça-se sobre a explicação de saúde e de doença considerando a relação entre capitalismo e sociedade. Dedicar-se à leitura da experiência do sofrimento social, em uma perspectiva implicada, social e política. No Campo da Antropologia Médica Crítica, Kleinman é um dos principais autores que aborda a Antropologia da Experiência – o conjunto de problemas humanos que ocasionam danos devastadores sobre as pessoas e grupos e, por isso, são sofrimento social em contextos culturais diversos, produzidos na interface das situações macrossociais – influenciados por poderes políticos, institucionais e econômicos (NUNES, 2014).

Nessa perspectiva, o desafio é a autorreflexão considerando os movimentos pessoais, coletivos, históricos e os jogos de poder – as desigualdades, as opressões, os interesses políticos. A Antropologia da Experiência convoca, assim, a combinar o rigor metodológico e a criatividade interpretativa para a obtenção de *insights* e a revelação de dimensões sociais, políticas, econômicas e culturais de realidades naturalizadas (NUNES, 2014).

4.1.2 Os modelos explicativos e a experiência da enfermidade

O acometimento à saúde, mais que biológico, é uma experiência que acontece a uma pessoa em determinada conjuntura da vida e configura-se como uma experiência profundamente moral. Assim, os fatores culturais são centrais na prestação de cuidados em saúde, uma vez que moldam a experiência, o comportamento, o cuidado, o diagnóstico e o tratamento – influenciam tanto os pacientes quanto os médicos (KLEINMAN, BENSON, 2006). O sistema de saúde de cada sociedade precisa ser estudado junto com outros aspectos, tais como a cultura e o social, pois existe uma organização sociocultural da saúde e da doença que impacta no modo como certa circunstância é simbolizada e transmitida em determinado contexto (HELMAN, 2006). Nessa perspectiva, os modelos explicativos são considerados um método útil para analisar o processo por meio do qual a enfermidade é padronizada, interpretada e tratada. São usados para

explanar, organizar e manejar episódios particulares de comprometimento ao bem-estar. Desse modo, por meio dos modelos explicativos, os envolvidos justificam a etiologia e a duração da doença; os processos fisiopatológicos envolvidos; a história natural e a severidade da enfermidade; bem como os tratamentos indicados para determinada condição (HELMAN, 2006).

Usualmente, os modelos explicativos dos leigos são múltiplos, variáveis, compostos por conteúdos conscientes ou não, enquanto os limites entre ideias e experiências são suprimidos. Por sua vez, os modelos explicativos médicos têm como encadeamento causal principal a lógica científica biomédica, embora permeados por outras significações. Assim, também a organização socioeconômica, a ideologia, a religião dominante, o gênero, a faixa etária e o estágio do ciclo da vida influenciam nos modelos explicativos empregados (HELMAN, 2006).

As crenças e comportamentos relacionados à saúde são interpretados pela lente que faz sentido para o indivíduo e incluem fatores individuais, educacionais, socioculturais, econômicos, históricos, políticos e ambientais da sociedade em que vivem, pois, cada cultura tem uma linguagem para o reconhecimento social dessa experiência (HELMAN, 2006). O paciente e o médico veem o processo saúde-doença e a integralidade do cuidado por premissas diferentes (GIACOMIN, FIRMO, 2015; HELMAN, 2006). As culturas nunca são homogêneas ou estáticas, e estão em constante processo de adaptação e mudança (KLEINMAN, BENSON, 2006; HELMAN, 2006). Desse modo, as generalizações podem ser maléficas por levarem a estereótipos, preconceitos e ocultarem que a cultura é constituída de retalhos de várias subculturas, que compartilham valores e conceitos da cultura maior, mas que também possuem seus próprios valores e conceitos. Como expressão dos valores e da estrutura social da sociedade, diversos tipos de sociedade produzem diferentes tipos de sistema de saúde e de comportamento relativos à saúde e à doença, conforme a ideologia dominante – capitalista, socialista, bem-estar social ou comunista (HELMAN, 2006).

Nesse sentido, as consultas tornam-se transações entre os modelos explicativos dos leigos e dos médicos acerca de determinada doença. Coexistem o contexto externo – que engloba fatores sociais, econômicos, ambientais e as desigualdades – e o contexto interno – composto pelos modelos explicativos e preconceitos que cada ator traz para o encontro clínico. Como demonstra Helman (2006), “a soma dos dois tipos de contextos pode influenciar significativamente os tipos de comunicação possíveis entre o médico e o paciente” (HELMAN, 2006, p.143).

Entende-se a comunicação em saúde como um processo relacional, complexo, multipolar, multidimensional, prática social e produto dos sentidos sociais e da linguagem. Entretanto, nas práticas de saúde da sociedade ocidental moderna, o modelo comunicacional positivista, informacional e unidirecional ainda se faz predominante. Nesse modelo, o médico é detentor da voz qualificada a falar, com conhecimento considerado superior, técnico e validado, contrapondo a possibilidade de vocalização do receptor, desconsiderando a dinamicidade dos significados e a coprodução de sentido no ato da interlocução (ARAÚJO, CARDOSO, 2007).

A medicalização da sociedade reduz a autonomia das pessoas, fazendo-as dependentes dos(as) profissionais da área, prejudica a saúde, devido aos efeitos colaterais de drogas e intervenções cirúrgicas, e individualiza as intervenções, focalizando nos estilos de vida. Nas sociedades atuais, especialmente no mundo ocidental, as questões morais tendem cada vez mais a ser enquadradas no âmbito médico e a responsabilidade recai no indivíduo como consequência de descaso ou negligência. Desse modo, condenam-se estilos de vida não saudáveis – essa percepção ou não de controle das causas de doenças varia por diversas razões, dentre elas a cultura e a condição socioeconômica (HELMAN, 2006). Discute-se que há um caráter disciplinador no modelo de envelhecimento ativo e de programas sociais para a terceira idade, que incorporam tanto a prevenção da perda de autonomia física e psíquica quanto a busca de equilíbrio entre qualidade de vida e longevidade (BARROS, 2011). Observa-se ainda que a morte também foi enquadrada nessa lógica, deixando de ser uma etapa natural do ciclo de vida: torna-se um fato que pode ou não acontecer, dependendo do estilo de vida da pessoa e das intervenções científicas em sua doença (RODRIGUES, 2006).

Nesse cenário, o conhecimento de cada sujeito acerca de seu corpo permanece confuso (LE BRETON, 2016). Porém, observa-se uma crescente insatisfação pública com a medicina científica ocidental, o aumento da popularidade de curandeiros e médicos alternativos (provavelmente motivado pela distribuição desigual dos recursos de saúde à população), o aumento da divulgação dos efeitos iatrogênicos do paradigma biomédico e a sobrecarga de informações para atualização à classe médica. Ressalta-se também o aumento de doenças crônicas e infecciosas incuráveis, que precisam de cuidado de longo prazo, e uma abordagem mais cooperativa do paciente no tratamento. Essa colaboração do paciente requer o aumento do nível de educação e o entendimento de suas necessidades, crenças e realidades da vida cotidiana (HELMAN, 2006).

A introdução da perspectiva interpretativa é a base dos estudos da Antropologia Médica Norte Americana, que distingue entre *disease*, *illness* (UCHÔA, 2003) e *sickness* (KLEINMAN, 1988). A *disease* é a patologia na visão médica, ou seja, a anormalidade no âmbito biológico, o diagnóstico que o paciente recebe ao sair do consultório médico. Já a *illness* é a experiência humana psicossocial da doença, a compreensão da enfermidade, uma construção cultural que agrega valores, normas e expectativas individuais e coletivas. A *sickness*, por sua vez, considera outras forças macrossociais (economia, política, instituição), incluindo a privação econômica e a opressão política, configura-se como comportamentos socioculturais conectados a doença em dada sociedade (LANGDON, 2014; MINAYO, 1998; KLEINMAN, 1988). Trata-se de aspectos indissociáveis e em constante interação no fenômeno saúde-doença (KLEINMAN, EISENBERG, GOOD, 2006; UCHÔA, 2003; UCHÔA, VIDAL, 1994). A *illness* é a perspectiva do paciente, é o que ele sente quando vai ao médico, a resposta subjetiva ao mal-estar por parte do paciente e todos que o cercam; como interpreta a origem e importância do evento e como remedia a situação. Não é somente a experiência pessoal, mas o sentido que o indivíduo atribui a ela – sentido esse influenciado pela origem, pela personalidade do paciente e pelo contexto social, cultural e econômico. A experiência vivenciada pelo paciente influencia em como ele interpreta e responde aos seus problemas de saúde, isto é, no tipo de tratamento que irá procurar, nas crenças que lhe façam sentido. Usualmente, essa perspectiva faz parte de um modelo conceitual mais abrangente, amplo e difuso que a *disease*. Muitas vezes a *illness* compartilha dimensões psicológicas, morais e sociais associados a outras formas de adversidade em uma determinada cultura – são socialmente construídas, tecidas e moldadas no cotidiano (HELMAN, 2006).

Nesse sentido:

A hermenêutica da doença, originária da Antropologia médica de tipo interativo, sofre mutações: ela não considera como campo a doença, mas a subjetividade e seus movimentos (de subjetivação, de “desubjetivação”); considera as experiências em profundidade histórica e existencial (e não como o único resultado de relações de força entre grupos, sem por isso negá-los); volta à historicidade (Hartog, 2003) como produtora desses sofrimentos; capta os diferentes níveis de construção, indo da historicidade até as relações sociais específicas que esta engendra, até as diversas mediações que transformam a experiência em diversas categorias (de doença, administrativas, étnicas) pela ação e discursos dos agentes administrativos, profissionais, políticos, privando o sujeito do poder de fala e da capacidade de ação. (SAILLANT, GENEST, 2012, p.31)

Helman (2006) identifica na assistência à saúde três setores sobrepostos e interligados: a) o informal: autotratamento, crenças, conselhos, ajuda mútua; b) o popular: paralelos ao médico,

curandeiros e também a medicina alternativa; c) o profissional: alopatia e biomedicina. Posto que na maioria das sociedades as pessoas que sofrem algum desconforto físico ou emocional contam com diversas formas de ajuda (por conta própria, nos setores informais, populares e profissionais, seja de parentes, vizinhos, médicos ou curandeiros), o paciente escolhe as formas de ajuda que considera apropriadas, o aconselhamento e o tratamento correspondente à explicação que emprega para interpretar seu estado de saúde. As sociedades urbanas modernas possuem uma pluralidade de serviços de saúde e frequentemente a pessoa doente busca múltiplas ajudas, acessa mais de um setor de uma só vez ou em sequência, importando-se mais com o alívio do sofrimento do que com a origem do tratamento (HELMAN, 2006).

Nessa perspectiva, a pessoa doente pode procurar ao mesmo tempo práticas tradicionais e populares – tratamento biomédico, dieta, reza, autoajuda, curandeiro, conselhos de tratamento com familiares, vizinhos, amigos e tratamentos alternativos. Uma amarração complexa, visto que a recomendação de uma parte pode ser discutida e avaliada com a outra. Assim, a pessoa doente faz escolhas de onde recorrer, mas também do diagnóstico e recomendação que faça ou não sentido para ela. As enfermidades são usualmente multicausais e podem abarcar, sem exclusão, aspectos do mundo individual, natural, social e sobrenatural. Ademais, a definição do que constitui saúde e doença é interpretada como um processo relacional e de equilíbrio dos aspectos físicos, psicológicos e comportamentais, e não somente como uma ausência de sintomas desagradáveis (HELMAN, 2006).

Gerhardt e Ruiz (2015) retomam a Geertz entendendo que a cultura é importante na construção de todo fenômeno humano por fornecer modelos de e para construção do cotidiano. As autoras também utilizam das contribuições da Antropologia Médica para compressão do processo saúde-doença-cuidado na escuta de itinerários terapêuticos. Os itinerários terapêuticos tencionam noções construídas no campo da saúde e contribuem para evidenciar o cuidado em diferentes sistemas, analisar a integralidade das ações, desvendar o pluralismo terapêutico e a diversidade humana possibilitando valorizar diferentes conhecimentos e saberes que ultrapassa a dimensão técnica e simbólica do cuidado. As autoras entendem os itinerários terapêuticos como reveladores do sistema de: cultura *do* cuidado, cuidado *na* cultura e cuidado *da* cultura. Nesse sentido, “a cultura do cuidado” é o modelo biomédico hegemônico, presente nas condutas profissionais e nas instituições de saúde, se organiza por valores éticos, científicos, terapêuticos, profissionais, organizacionais, jurídicos ou de gestão que foca na doença como anormalidade biológica de modo cada vez mais complexo. O “cuidado na cultura” busca entender o concreto

da vida e olha para o processo saúde-doença-cuidado considerando as diferentes necessidades e as estratégias construídas pelas pessoas que ultrapassam a visão biomédica. O “cuidado da cultura” considera que a identidade da pessoa doente é construída no encontro com os outros e que o conhecimento biomédico pode ser utilizado pela pessoa em outras relações, assim, visa superar desencontros e contradições, dar visibilidade ao pluralismo terapêutico, a diversidade de palavra e escutar, (GERHARDT, RUIZ, 2015).

Um artigo sobre a abordagem antropológica das doenças compridas (de longa duração) relembra que a experiência da doença é processual, ocorre com flutuações, ambiguidades e apesar de um dos aspectos centrais da vida da pessoa, nunca é o único (FLEISCHER, FRANCH, 2015).

4.2 Local de estudo

A pesquisa foi realizada no município de Belo Horizonte, capital de Minas Gerais, localizado na Região Central do estado e Sudeste do Brasil. Criado no século XVIII como distrito Nossa Senhora da Boa Viagem do Curral Del Rey, instalado em 1893 e inaugurado em 1897 como Belo Horizonte (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2019; ATLAS BRASIL, 2019), é composto por uma área de 331,89 km², com uma população de 2.375.151 habitantes, conforme o Censo de 2010 (ATLAS BRASIL, 2019). A população cresceu a uma taxa média anual de 1,15% entre 1991 e 2000; 0,59% entre 2000 e 2010 e 0,77% entre 2010 e 2016, inferiores aos percentuais nacionais (ATLAS BRASIL, 2019; FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2019). Em 2010, o município alcançou 0,810 no Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, considerado muito alto e ocupa a 20^a posição dentre os municípios brasileiros (ATLAS BRASIL, 2019).

Para entender um pouco mais sobre a especificidade da região, há o Índice Mineiro de Responsabilidade Social (IMRS), calculado pela Fundação João Pinheiro (FJP) para todos os municípios do estado a cada dois anos. Em 2014, o IMRS de Belo Horizonte foi 0,631, o município com menor IMRS teve o índice de 0,445 e o maior, de 0,696. Atenta-se que na decomposição do IMRS e análise dos sub-índices Belo Horizonte foi o mais bem avaliado na oferta de serviços em assistência social, saneamento/habitação, cultura e emprego/renda e recebeu uma avaliação menor em saúde, educação, meio ambiente, segurança pública,

esporte/turismo/lazer e finanças municipais (FJP, 2019). Observa-se que o município teve uma queda no percentual de moradores pobres e extremamente pobres do período de 1991 a 2010, mas a desigualdade de renda no período permaneceu com pouca alteração, o Índice de Gini em 1991 era de 0,61 e alcançou 0,60 em 2010 (ATLAS BRASIL, 2019). No ano de 2010, a população de Belo Horizonte com acesso à água encanada, energia elétrica e coleta de lixo foi descrita como superior a 95% (ATLAS BRASIL, 2019; IBGE, 2019; FJP, 2019).

A taxa de fecundidade total e a mortalidade infantil mostraram-se em queda em Belo Horizonte: em 2010, foi de 1,3 e 13,0 respectivamente (ATLAS BRASIL, 2019). Já a esperança de vida ao nascer era 68,64 anos em 1991 e em 2010 passou para 76,73 anos. Ao desagregar a informação desse período, a esperança de vida ao nascer é de 76,17 para pessoas negras, 77,30 anos para pessoas brancas, 80,55 anos para mulheres e 71,82 anos para homens (ATLAS BRASIL, 2019). Sabe-se que a região Sudeste do país, juntamente com o Sul, possui as médias mais altas de idade populacional no Brasil (IBGE, 2011). Em Minas Gerais, a proporção de idosos(as) quase dobrou de 1980 a 2000 (FJP, 2014). A projeção de 2015 é de que 12,99% da população de Minas Gerais era idosa e em Belo Horizonte, nesse mesmo período, o estimado era 14,21% de idosos(as) (IBGE, 2017). A taxa de envelhecimento também cresceu no município de 4,69 em 1991, para 6,22 em 2000 e 8,67 em 2010 (ATLAS BRASIL, 2019).

Com o crescimento urbano, residir nas cidades traz vantagens e desvantagens no âmbito da saúde. A literatura sinaliza que a análise do espaço para compreensão de saúde tem sido crescente e multideterminada, por moldar a ação dos atores, orientar os significados que atribuem, ser cenário imediato em que as ações acontecem, afetar e ser resultado das consequências dessas ações. Na região, historicamente, com o investimento de infraestrutura da metrópole, os grupos superiores se concentraram nas áreas centrais e os operários nas áreas periféricas. Ao longo dos anos, essa composição se complexificou delimitando áreas de aburguesamento (MAAS, FARIA, FERNANDES, 2019).

4.3 População estudada

A seleção foi realizada a partir do banco de dados do estudo FIBRA. O estudo FIBRA foi uma pesquisa observacional, inicialmente transversal, de base populacional e multicêntrica, realizada em 17 cidades brasileiras e organizada em quatro polos, que identificou a prevalência

de fatores associados à fragilidade no Brasil (SILVA et al., 2016; NERI et al., 2013; VIEIRA et al., 2013). A linha de base de Belo Horizonte iniciou-se em 2009, com uma amostra composta por 601 pessoas idosas. Os critérios de inclusão na época foram: ser residente permanente no domicílio do setor censitário; ter idade igual ou superior a 65 anos; compreender as instruções; concordar em participar da pesquisa. Além disso, foram excluídos indivíduos que, além do déficit cognitivo, tivessem doenças ou sequelas que impedissem a realização dos testes (déficits graves motores, visuais, auditivos e afasia), usuários de cadeira de rodas e idosos acamados ou com doenças em estágio terminal (NERI et al., 2013; VIERIA et al., 2013). No polo de Belo Horizonte, 8,7% das pessoas idosas foram avaliadas como frágeis e 46,3% como pré-frágeis e 45% como não frágeis (VIEIRA et al., 2013).

A partir desse banco de dados, a atual pesquisa teve como critérios de inclusão a heterogeneidade dos(as) participantes, considerando a diversidade de idade, gênero, condição funcional, em virtude da classificação de fragilidade no banco de dados, e a regional do município, com vistas a contemplar as diferenças territoriais e socioeconômicas. Inicialmente realizou-se tentativas de contatos telefônicos para agendamento da visita para entrevista no domicílio com os(as) participantes classificados no banco de dados como frágeis e pré-frágeis, porém em virtude do aspecto temporal, a quantidade de óbito de participantes e da alteração do contato telefônico (inexistência do número de telefone disponível no banco de dados) os agendamentos aleatórios e por conveniência consideraram como elegíveis todos(as) participantes do banco. Teve como critério de exclusão pessoas que não estiverem em condições cognitivas de responder à entrevista e que não concordassem em participar da pesquisa (uma entrevista foi desconsiderada pelo quadro de doença de Alzheimer avançado). A amostra foi composta por 32 participantes, sendo 22 pessoas idosas que residiam na comunidade e 10 cuidadores(as) domiciliares.

4.4 Produção de dados

Para ter acesso à experiência psicossocial e às lógicas conceituais em torno do cuidado, a coleta de dados aconteceu por meio das entrevistas compreensivas (KAUFMANN, 2013). Trata-se de um método interativo que se aproxima das noções de Geertz e igualmente parte de Weber (KAUFMANN, 2013, GEERTZ, 1989), tendo o campo como lócus para apreensão dos processos sociais, para buscar o sentido da ação humana e emergir pequenas teorias

(KAUFMANN, 2013). Para a produção de dados, as entrevistas foram realizadas no domicílio. Foi elaborado um roteiro inicial para a pessoa idosa (apêndice A) e cuidadores(as) (apêndice B) em virtude da finalidade da interação social, para se ter acesso à experiência psicossocial e às lógicas conceituais que privilegiam para compreender e explicar os elementos em torno do cuidado à pessoa idosa em processo de fragilização. Cada pergunta livremente desencadeou diferentes desdobramentos e acolhidas, conforme cada interação embasada na entrevista compreensiva.

De modo complementar aos ditos, foram registrados diários de campos das informações que não estavam gravadas no material formal: o vivenciado durante a assinatura do Termo de Consentimento e prévio ao ligar o gravador, bem como os elementos percebidos no encontro intersubjetivo, na relação conosco, entre os familiares, nas atividades cotidianas – capturado pela observação, pela interação entre os(as) pesquisadores(as) e os interlocutores(as) (DESLANDES, GOMES, MINAYO, 2009). Após cada entrevista, realizava-se a anotação ou registro de áudio da equipe de entrevistadores sobre o campo: as condições de pesquisa, o encontro, os afetos, as percepções e reflexões. A equipe de campo foi constituída por cinco profissionais dedicados à gerontologia – psicólogos(as) e fisioterapeuta.

No diário de campo, registramos as pegadas das condições de pesquisa: a acolhida dos(as) entrevistados(as) aos entrevistadores por serem escutados; o receio de julgamento acerca do melhor cuidado que continuamente é ofertado; as denúncias de desrespeito à pessoa idosa e as falhas da sociedade no processo de cuidar, considerando a possibilidade de ecoar na pesquisa essa invisibilidade, demonstrando-se atentos à apresentação dos(as) pesquisadores, do interesse e do objetivo na pesquisa e na leitura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Os(as) entrevistadores(as) eram, muitas vezes, interpretados(as) como profissionais de saúde impactando em alguma medida as entrevistas. Buscando preservar a privacidade dos(as) entrevistados, o ambiente de pesquisa foi o domicílio, o lar dos(as) entrevistados(as) ou o local de trabalho de cuidadores(as). Ficou registrada a percepção do tom com que a história era narrada, contornada em um primeiro momento e aprofundada após o vínculo. Percepção da casa, da relação familiar de respeito, de preocupação com os pesquisadores como externos àquele contexto e um movimento de hospitalidade e prosa que o encontro adquire. Registrou-se também como a equipe foi afetada, sentindo-se vitalizada ou indignada diante de cada história. Confrontados com diferentes recursos econômicos, familiares, emocionais, histórias

de vidas que nos interpelam a acolher, buscar entender naquele rico encontro e aprender com cada entrevistado(a).

Ocorreram dois períodos de produção de dados. No primeiro, de janeiro a agosto de 2016, foram realizadas entrevistas que incluíram 10 pessoas idosas e três cuidadoras. Já no segundo, de janeiro a maio de 2018, foram entrevistadas sete cuidadores(as) e 14 pessoas idosas, sendo duas complementares às realizadas no primeiro momento de coleta. Desse modo, as 32 entrevistas incluíram 22 pessoas idosas em processo de fragilização e 10 cuidadores(as).

Para investigar a temática proposta, a pessoa idosa foi convidada a falar sobre suas percepções acerca da sua condição de saúde, o envelhecimento, a fragilidade, o cuidado, as estratégias utilizadas (recursos comunitários e recursos pessoais), vínculos, identidade, poder, controle e autonomia. Tudo isso possibilitou ao(a) pesquisador(a) o mergulho no ambiente local e cultural dessa pessoa. Nesse sentido, as entrevistas tiveram como perguntas norteadoras: a) O que você entende que é saúde? O que você acha que é saúde boa? Como é uma pessoa que tem a saúde boa? b) Para você o que é envelhecimento? c) O que você acha que é uma pessoa velha? Como é uma pessoa velha? d) Me diga o que você faz durante todo o seu dia. e) Você encontra dificuldades para fazer (o que a pessoa relatar) no seu dia a dia? f) Como (a dificuldade citada) interfere na sua vida? O que você faz para resolver essa dificuldade? g) Como você lida com as dificuldades do seu dia a dia desde que elas apareceram? h) Essas dificuldades mudaram a sua vida? De que forma? i) Como você se cuida? j) Você conta com alguma ajuda? De quem? k) Você vê alguma diferença na sua vida de 10 anos atrás para hoje? l) Que conselho você dará a uma pessoa mais jovem com relação a sua saúde, para que ela envelheça bem?

Baseado nesse roteiro, foi elaborado um específico para as entrevistas aos(as) cuidadores(as), que incluiu conjuntamente perguntas acerca das ações que compõem o cuidado: se encontram alguma dificuldade, como lidam com elas no cotidiano (como as dificuldades interferem e alteram a vida do(a) cuidador(a) e da pessoa idosa cuidada) e de que modo resolvem ou minimizam essa dificuldade; além de inquirir sobre a existência de apoio de outras pessoas ou instituições na realização do cuidado e explorar as ações que a pessoa realizam fora desse âmbito de cuidar.

No decorrer da produção de dados, observou-se que as dificuldades de audição e o uso de órtese foram recorrentes nas pessoas idosas. Os(as) cuidadores(as) agendaram a entrevista para um

horário de menor demanda na rotina de cuidado. Os(as) entrevistados(as) acolhiam de modo profícuo o espaço para compartilhar suas experiências e contribuir com a pesquisa.

O encerramento das entrevistas teve como critério a qualidade, a quantidade e a intensidade dos dados coletados, ao permitirem evidenciar a complexidade do fenômeno e possibilitar a imersão no universo sociocultural (MINAYO, 2017). No total 32 participantes assinaram o TCLE e realizaram as entrevistas, que foram gravadas, transcritas e analisadas juntamente com os diários de campo.

4.5 Análise de dados

Para compreender as configurações do cuidado sob o ponto de vista da pessoa idosa frágil e dos(as) cuidadores(as), a análise dos dados está fundamentada no modelo de “*signos, significados e ações*”, no qual inverte-se a lógica usual: parte-se das ações dos sujeitos apreendidas por intermédio de histórias concretas de interlocutores em seu contexto para aceder ao nível semântico (CORIN et al., 1992). Essa teoria baseia-se na existência de uma relação dialética entre determinadas características culturais e sociais e as interpretações realizadas, sendo a pragmática uma via de acesso privilegiado aos sistemas culturais. O objeto em estudo é um conjunto de relações, assim a grade de codificação comporta a pragmática do discurso como também o conteúdo de informações. É predominante identificar os níveis de análise entre cada um dos signos, significados e ações e da relação entre esses níveis, quais os pontos nodais, de conexão entre eles e articulações ao contexto sociocultural. Os signos, os termos locais, o campo semântico, a lógica de encadeamento e o comportamento associado são analisados para examinar por meio da prática concreta os sistemas de interpretação, considerando que as valorações são mutáveis de uma cultura para outra (CORIN et al., 1992).

Emprega-se a perspectiva *êmica*, uma análise indutiva que visa escutar a “voz” dos(as) interlocutores (UCHÔA, 2003). De modo que o comportamento humano é visto como ação simbólica e os dados são construções das construções de outras pessoas, são interpretações de segunda ou terceira mão porque as interpretações de primeira mão são as realizadas pelos nativos. Assim, a Antropologia é uma ciência interpretativa que busca significados. Há multiplicidade de estruturas conceituais complexas, muitas delas sobrepostas ou amarradas umas às outras (GEERTZ, 1989). Trata-se de uma interpretação da interpretação realizada pelas

peessoas idosas frágeis que vivem na comunidade e dos(as) cuidadores(as) como interlocutores de seus sistemas culturais.

A análise iniciou-se com a leitura em profundidade das entrevistas e diários de campo para a aproximação do contexto e das questões de interesse que emergiram dos dados. As informações dos diários de campo foram categorizadas junto às entrevistas. Foram realizadas sucessivas leituras para identificar ações, signos e categorias correlacionadas ao tema. As categorias analíticas foram trabalhadas com o uso do *Excel*: a horizontal corresponde a cada participante e as colunas foram organizadas a partir dos temas manifestados pelos(as) informantes. Desse modo, foi seccionado e organizado o conteúdo de cada entrevista, o que possibilitou o acesso às interpretações e o aprofundamento da análise. As entrevistas das pessoas idosas e dos(as) cuidadores(as) foram analisadas, no primeiro momento, em planilhas distintas, constituídas respectivamente por 48 (apêndice C) e 57 colunas (apêndice D).

4.6 Aspectos éticos

Os participantes do estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (anexo A), assegurando, assim, o sigilo na explanação dos dados. Esta pesquisa é parte do projeto “Fragilidade em idosos: percepções, mediação cultural, enfrentamento e cuidado”, aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto René Rachou – Fiocruz, sob o parecer nº 2141038/15 (anexo B). No decorrer de toda pesquisa, respeitou-se as Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Ao final do estudo, está prevista uma devolutiva aos participantes.

5 APRESENTAÇÃO DOS ARTIGOS

Nesta tese, os resultados e discussão serão apresentados no formato de artigos. Das pessoas idosas entrevistadas, 14 são mulheres e oito são homens. A média de idade foi de 78,73 anos, sendo que entre as mulheres variou de 72 a 93 anos e entre os homens, de 69 a 86 anos. A respeito do estado civil das pessoas idosas entrevistadas, 15 estavam casadas, quatro eram viúvas, um separado, uma solteira e por uma entrevistada essa informação não foi especificada. Oito residiam exclusivamente com o cônjuge, duas com as filhas, uma com o irmão. Oito entrevistados(as) residiam em famílias extensas ou possuíam membros familiares residindo no mesmo lote. Três entrevistados(as) residiam sozinhos e dois possuíam cuidadoras em horário integral. Observou-se que algumas das pessoas idosas em processo de fragilização se mantinham na função de realizar cuidados a outros – seja ao cônjuge com maior dependência ou aos(as) netos(as) e bisnetos(as). Nove entrevistados relataram usar o SUS e, desses, quatro também afirmaram pagar na rede particular por alguns procedimentos ou consultas com especialistas; sete relataram ter convênios médicos, participar de cooperativas ou operadoras de autogestão em saúde; e seis não definiram como acessam os serviços de saúde. Dentre os(as) entrevistados(as), oito professam a religião católica; cinco são protestantes; três são espíritas e seis não relataram a religião, 16 expressam a importância da fé para si e a função que tem no âmbito do cuidado – o iluminar e tranquilizar. Consta no Quadro 1 a caracterização dos(as) idosos(as) entrevistados(as), com informação da regional de residência, descrição das configurações familiares, da relação de cuidado e a condição de saúde relatada.

Quadro 1: Caracterização das pessoas idosas entrevistadas

Pessoa	Idade	Configuração familiar*	Fonte de renda (profissão)	Descrição da condição de saúde (queixa principal)
M1	74	Reside com o esposo, mas no mesmo lote, na casa de cima mora um filho e ao lado reside o cunhado.	Aposentadoria (empregada doméstica)	Histórico de hipertensão, hipótese de pequeno Acidente Vascular Encefálico, relato recente de fraqueza, perda de peso e anemia.
M2	72	Reside sozinha. Viúva e sem filhos. Uma sobrinha reside perto, mas queixa de ficar sozinha.	Pensão e aposentadoria (empregada doméstica)	Neuropatia periférica, depressão, uso de medicação para dormir, histórico de quedas, diabetes, hipertensão, artrose, fratura na vértebra, desgastes na coluna, problemas no joelho, dor de cabeça e refluxo.
H3	79	Reside com a esposa. Tem duas filhas.	Aposentadoria (mecânico de motores)	Dificuldade de movimentar-se, queimação na perna, desgaste na coluna cervical, colesterol alto, pré diabetes e histórico de cálculo renal.
M4	74	Reside com o esposo. Tem duas filhas.	Aposentadoria (costureira, técnica em nutrição)	Histórico de cirurgia de vesícula, varizes e catarata.

M5	76	Reside com dois netos, mas tem mais uma filha que residem no mesmo lote (com três netos). Viúva, tem sete filhos (três faleceram).	Fazia faxina até os 70 anos porque não era aposentada.	Histórico de quedas e fratura.
M6	89	Reside com esposo. Três filhos revezam para estarem presentes.	Aposentadoria (faxineira e costureira)	Histórico de cirurgia de apêndice, vesícula. Atualmente zumbido na cabeça, perna bamba e nervo.
H7	81	Reside com a esposa. Tem três filhos.	Aposentadoria (bancário e graduado em direito)	Vírus da hepatite, cirurgia de hérnias, alteração da pressão e obstrução no ouvido.
M8	93	Reside atualmente mora com uma sobrinha cuidadora profissional. Solteira, morava sozinha.	Aposentadoria (professora)	Três quedas [Parkinson].
H9	76	Reside com a esposa e um filho. Tem dois filhos.	Aposentadoria (engenheiro mecânico automotivo)	Diabetes, neuropatia, operação de catarata, dor lombar e reposição de vitamina B12.
H10	79	Reside com cônjuge e uma filha, mas tem mais duas filhas que residem no mesmo lote. Possui oito filhos.	Aposentadoria (carteiro)	Remédio de tireoide, relata histórico de zonzeira, nervosismo, dor de cabeça e estilismo.
M11	86	Reside com duas filhas, uma trabalha e a outra é acamada, tem cuidadora profissional em casa. Viúva, tem 12 filhos (duas morreram).	Aposentadoria (professora)	Histórico de artrose que limita o movimento, recente conjuntivite e início de pneumonia.
H12	86	Reside sozinho e paga duas cuidadoras por período integral. Separado e tem oito filhos.	Aposentadoria (administrador de estrada)	Nove anos em diálise, histórico de 11 cirurgias e fratura de fêmur.
M13	74	Reside com cônjuge e uma filha, mas tem mais duas filhas que moram no lote. Tem oito filhos.	Beneficiária do Benefício de Prestação Continuada (diarista)	Diabetes com restrição alimentar e dificuldade de cicatrização – relata ferida que demorou dez anos para cicatrizar, levou à internação e limitação da funcionalidade.
M14	78	Reside com o esposo. Tem três filhos.	Aposentadoria (professora de nível superior, graduada em psicologia)	Colocou <i>stent</i> no coração.
M15	83	Reside com o esposo (dependente), no mesmo lote mora um filho.	Trabalha na feira vendendo salgado. (Não informou acerca de seguridade social)	Em tratamento oncológico e necessita de cirurgia de hérnia.
M16	83	Reside com a família de uma filha há 10 anos. Viúva, tem três filhos. Morava no interior até a morte do marido.	Não informa.	Fratura no ombro, dor no corpo, problema na coluna cervical – lordose, tratamento de pressão e colesterol.
H17	86	Reside com a esposa e uma filha com necessidades especiais. Possui três filhos. Uma filha mora próximo.	Aposentadoria (arquiteto e engenheiro)	Demência de Alzheimer, estágio inicial.

H18	69	Reside com a esposa. Tem quatro filhos e seis netos.	Não informa.	Trata de Leucemia Mielóide Crônica e fez cirurgia de próstata.
M19	74	Reside com esposo. Tem três filhos casados.	Aposentadoria (técnico de enfermagem em hospital)	Relata um pouco de insônia.
M20	72	Reside com esposo (frágil). No momento da entrevista havia dois filhos, nora, netos e amigos de netos.	Não informa. Cuida do marido e das atividades domésticas.	Queixa de equilíbrio
M21	74	Reside com um irmão com sofrimento mental.	Aposentadoria (não detalha atividade profissional)	Problema de coração
H22	74	Reside com a esposa e três filhas. As filhas ajudam nas contas, no pagamento do convênio de saúde.	Aposentadoria (teólogo)	Perdeu 50% de uma visão e 90% da outra decorrente de toxoplasmose materna. Hipertensão.

* Elementos da configuração familiar. Aspectos complementares: Três casais foram entrevistados: H3 e M4; H10 e M13; M14 e H7.

Dentre os 22 participantes, 16 especificaram o meio pelo qual acessam os serviços de saúde: nove são usuários exclusivos do SUS, dentre esses quatro relataram pagar particular alguns procedimentos ou consultas com especialistas; e sete afirmam ter convênio médico, participar de cooperativas ou cooperadoras de serviços de saúde.

Fonte: elaborado a partir dos dados da pesquisa.

Quanto aos(as) cuidadores(as) entrevistados, nove eram mulheres e um, homem. Sete eram cuidadores(as) familiares: cônjuge ou filha. Três eram profissionais, sendo duas cuidadoras formais com curso na área e mais de 10 anos na profissão e uma cuidadora sem formação na área e que se tornou cuidadora pela dificuldade de oportunidade no mercado de trabalho e pela proximidade com a pessoa idosa de quem cuida. A média etária dos(as) cuidadores(as) foi de 57,7 anos; considerando-se apenas os cuidadores(as) familiares, a média etária sobe para 69,14 anos. A caracterização segue no Quadro 2.

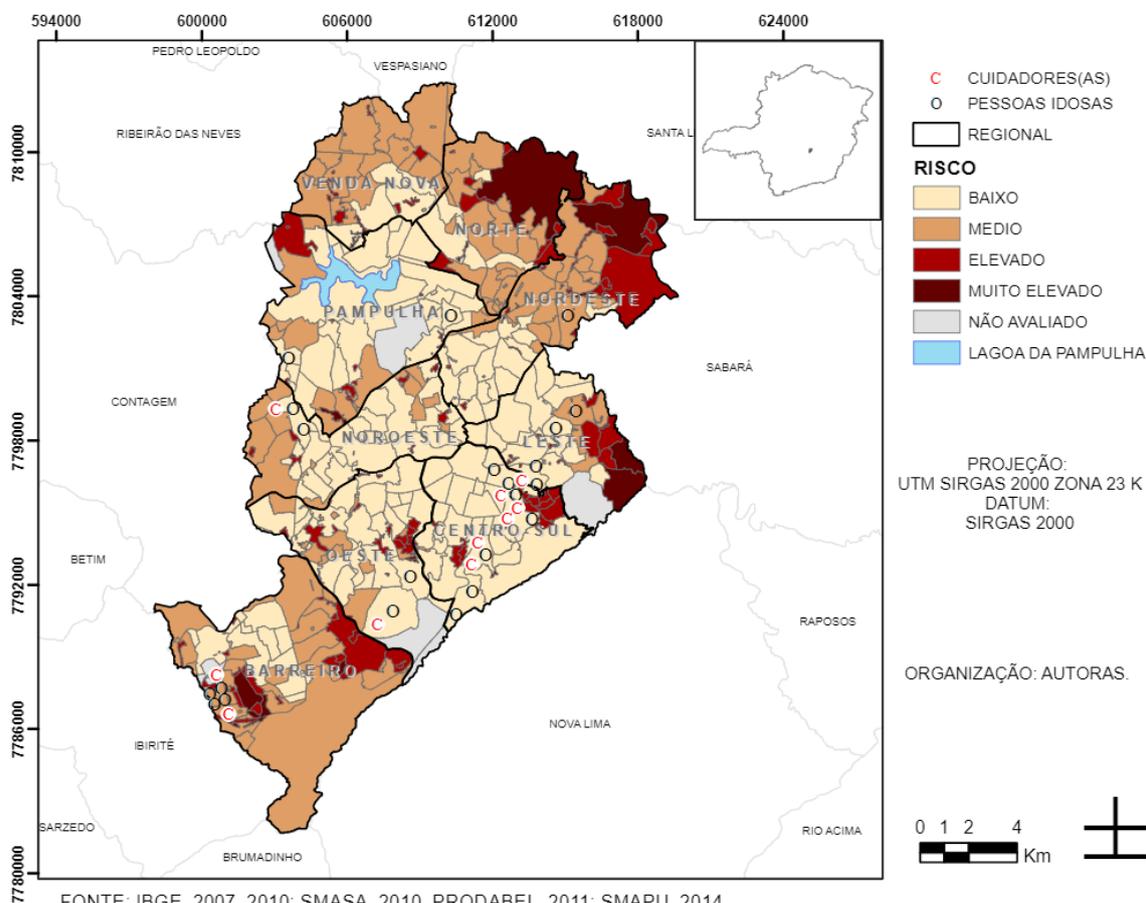
Quadro 2: Caracterização dos(as) cuidadores(as) entrevistados(as)

Cuidador(a)	Sexo	Idade	Tipo de vínculo	Descrição	Condição de saúde da pessoa idosa cuidada
C1	Fem.	49	Familiar	Filha	Diabetes
C2	Fem.	24	Profissional*	Sobrinha neta	Três quedas, fraturas e doença de Parkinson.
C3	Fem.	71	Familiar	Filha	Depressão e bronquiectasia
C4	Fem.	36	Profissional*	Cuidadora profissional	Nove anos em diálise, onze cirurgias e fratura de fêmur.
C5	Fem.	65	Familiar	Filha	Doença de Alzheimer
C6	Fem.	33	Profissional*	Cuidadora profissional	Doença de Alzheimer
C7	Masc.	92	Familiar	Esposo	Zumbido na cabeça, perna bamba e nervo
C8	Fem.	68	Familiar	Filha	Fratura no ombro, dor na coluna, hipertensão e colesterol.
C9	Fem.	53	Familiar	Filha	Doença de Alzheimer
C10	Fem.	86	Familiar	Esposa	Doença de Alzheimer

Fonte: elaborado a partir dos dados da pesquisa.

Das pessoas idosas entrevistadas, cinco residiam na regional Leste, sete na Centro Sul, um na Nordeste, quatro na Barreiro, dois na Oeste, dois na Pampulha e dois na Noroeste. Dos cuidadores(as) entrevistados(as), seis estavam na regional Centro-sul, duas na Barreiro, uma na Oeste e uma na Noroeste. A distribuição dos(as) participantes na cidade foi identificada na Figura 3 considerando o Índice de Vulnerabilidade em Saúde (IVS) de suas microrregiões. O IVS é um indicador síntese que considera as condições de saneamento, habitação, escolaridade, renda, condições de saúde e idade do(a) chefe de família. Nesse sentido, as áreas com maior IVS possuem piores condições de saúde (BRAGA et al., 2010).

Figura 3: Mapa do município de Belo Horizonte/MG, com IVS por bairros e identificação dos(as) participantes



Fonte: Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, 2018. Adaptação das autoras com marcação dos(as) participantes da pesquisa.

Apresenta-se, a seguir, a relação dos artigos elaborados: “O cuidado para a pessoa idosa frágil na comunidade: uma revisão integrativa” foi publicada na Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. O artigo “A necessidade de cuidado na percepção de pessoas idosas em processo de fragilização” foi aprovado pela revista Cadernos de Saúde Coletiva. Os artigos “‘Minha vida é me cuidar’: itinerários terapêuticos de cuidado para a pessoa idosa frágil” e “As relações de cuidado na perspectiva de cuidadores(as) de pessoas idosas em processo de fragilização”, nas versões para submissão.

5.1 Artigo: "O cuidado para a pessoa idosa frágil na comunidade: uma revisão integrativa"

O cuidado com as pessoas idosas frágeis na comunidade: uma revisão integrativa

The care for the perspective of the frail older people in the community: an integrative review

O cuidado com as pessoas idosas frágeis

The care for the perspective of the frail older people

Gislaine Alves de Souza⁴ <http://orcid.org/0000-0002-4556-2416>.

Karla Cristina Giacomini⁵ <http://orcid.org/0000-0002-9510-6953>.

Josélia Oliveira Araújo Firmo⁶ <http://orcid.org/0000-0001-5330-476X>.

RESUMO

Objetivo: Investigar as evidências científicas a respeito do cuidado à pessoa idosa frágil na comunidade na percepção da pessoa idosa. *Método:* Estudo descritivo, do tipo revisão integrativa. A busca dos artigos foi realizada na base de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), da *Medical Literature Analysis and Retrieval System* (Medline), Web of Science, Scopus e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Os critérios de inclusão foram artigos disponíveis completos e de acesso livre; publicados entre 2014 e 2019; escritos em língua portuguesa, inglesa, espanhola ou francesa; condizentes com o tema desta pesquisa. *Resultados:* Emergiram dos resultados quatro categorias de análise: a fragilidade na visão da pessoa idosa frágil; as prioridades na percepção da pessoa idosa; perspectivas das pessoas idosas acerca dos cuidados pelos serviços; as relações interpessoais no cuidado para pessoa idosa frágil. A percepção das pessoas idosas frágeis apresenta especificidades, tem como foco do cuidado a manutenção de sua independência, sinaliza para a necessidade de manutenção de relações interpessoais, melhora da comunicação, de ações de educação em saúde e que os serviços devem ser centrados nas pessoas. *Conclusão:* Evidenciam-se pontos que requerem atenção por parte dos serviços assistenciais e das estratégias políticas para melhorar a oferta de cuidados e para que as ações realizadas sejam acolhidas por esse público.

Palavras-chave: Idoso. Fragilidade. Literatura de Revisão como Assunto. Assistência à saúde culturalmente competente. Percepção. Idoso Fragilizado.

⁴ Fundação Oswaldo Cruz, Instituto René Rachou, Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva - Fiocruz Minas. Belo Horizonte, MG, Brasil.

⁵ Prefeitura de Belo Horizonte, Secretaria Municipal de Saúde. MG, Brasil.

⁶ Instituto René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz. Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento - Fiocruz Minas; Belo Horizonte, MG, Brasil.

Financiamento da pesquisa: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), bolsa produtividade (Processo 302614/2011-7) e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Correspondência/Correspondence

Gislaine Alves de Souza

gislaine.as@gmail.com

ABSTRACT

Objective: to identify the perspective of elderly people about the care of the frail elderly in the community in current scientific productions. *Method:* a descriptive study, an integrative review. The search for articles was carried out in the Medline, Lilacs, Web of Science, Scopus, SciELO database. Inclusion criteria were complete available articles; published between 2014 and 2019; written in Portuguese, English, Spanish or French; and had the elderly person as participant. *Results:* Four categories of analysis emerged from the results: the fragility in the elderly person's view; the priorities in the perception of the elderly; older people's perspectives on care by services; the interpersonal relationships in the care of the elderly frail. The perception of elderly people has specificities, focuses on the care the maintaining their independence, signals a need to maintain interpersonal relationships, improves communication, health education actions and that services should be people-centered. *Conclusion:* These points demand of attention of the provided by care and policy services to improve care delivery and to actions that are welcomed by this public.

Keywords: Aged. Frailty. Review Literature as Topic. Culturally competent care. Perception. Frail Elderly.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional, fenômeno demográfico de abrangência mundial, configura-se um processo complexo e heterogêneo que, ao nível do indivíduo, envolve a interação de múltiplos aspectos¹, inclusive a possibilidade de envelhecer com ou sem fragilidade²⁻⁴. A fragilidade é um conceito polissêmico, multideterminado e multidimensional³⁻⁵ relacionado ao aumento da suscetibilidade a desfechos desfavoráveis em saúde: adoecimento, declínio funcional, quedas, hospitalização e mortalidade⁵. Na velhice, o saber biomédico assume a fragilidade como uma vulnerabilidade aos estressores biopsicossociais e ambientais^{2,3,5}, correlacionada à queda da reserva funcional, à limitação nas atividades de vida diária, ao aumento na necessidade de cuidados⁶, bem como a menor satisfação com a saúde e qualidade de vida⁴.

As pessoas idosas frágeis constituem a maior parte daqueles que necessitam de cuidados informais, formais e dos serviços de saúde^{2,7}. Logo, essa síndrome constitui uma preocupação para a saúde pública, pois requer cuidados integrados², podendo ser prevenida e recuperável por meio de intervenções apropriadas⁵. O cuidado é uma condição humana que depende do ponto de vista do receptor de cuidados^{8,9}. Ademais, os modelos de cuidado centrados no tratamento agudo mostram-se inadequados à população idosa frágil, pois usualmente, desconsideram as configurações específicas desse fenômeno na comunidade, os seus sistemas de apoio e a própria pessoa envolvida³.

Além disso, os estudos sobre esse tema concentram-se principalmente na associação entre a síndrome de fragilidade e desfechos adversos¹⁰. Sendo raros e limitados os estudos acerca da experiência de pessoas idosas frágeis^{4,11,12}, na ótica da população que recebe o cuidado⁸ e no âmbito comunitário¹³. Assim, embora fundamental, a perspectiva de pessoas idosas frágeis é relativamente desconhecida¹⁴. Pesquisas que considerem as opiniões, valores, atitudes, compreensões, estratégias de enfrentamento das pessoas idosas frágeis no planejamento, na definição de recursos, cuidados e intervenções no contexto de fragilidade^{2,4,7,15} são relevantes para melhorar a assistência e os cuidados de saúde, adequar os serviços e as políticas às demandas desse público^{5,16} para auxiliar no alcance da integralidade^{9,16,17}. Desse modo, a experiência das pessoas idosas frágeis nos cuidados configura-se de vital importância para melhorias na assistência¹⁸.

Logo, este artigo busca conhecer as evidências científicas a respeito do cuidado à pessoa idosa frágil na comunidade, na percepção da pessoa idosa por meio de uma revisão integrativa. Destarte, este artigo visa contribuir para sintetizar evidências¹⁹ e melhorar o cuidado dessa população^{20,21}.

MÉTODOS

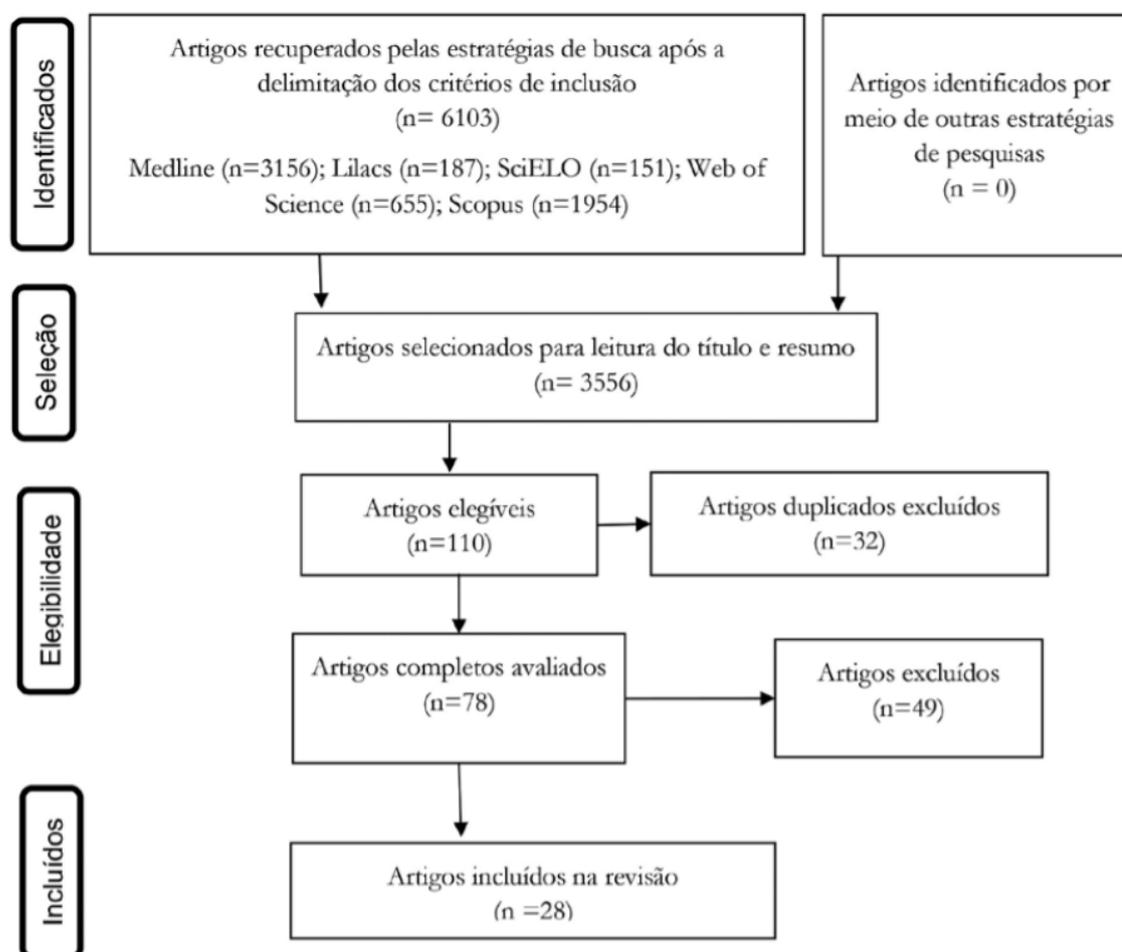
Para obter a síntese da literatura atual desenvolveu-se uma revisão integrativa. Este método, de modo sistemático, ordenado e baseado em evidências, possibilita combinar diversas metodologias teóricas e empíricas (experimentais e não experimentais) a respeito de um fenômeno particular. Parte-se de uma pergunta norteadora para obter um retrato abrangente e relevante para o cuidado de saúde¹⁹⁻²¹. Esta revisão integrativa baseou-se nas seguintes etapas: identificação do problema de estudo; estabelecimento da estratégia de busca na literatura; seleção de estudo com base nos critérios de inclusão e exclusão; leitura crítica; avaliação e categorização do conteúdo; análise e interpretação dos resultados; e apresentação da revisão^{19,20}.

A pergunta norteadora foi *Quais as evidências científicas sobre o processo de cuidado ao idoso frágil na comunidade, na visão da pessoa idosa?* As bases de dados pesquisadas foram Medline, Lilacs, Web of Science, Scopus e SciELO. Os termos foram pareados com o uso do operador

booleano “and”: *frail elderly, standard of care, culturally competent care, care; elderly, care, fragility; older adults, care, fragility; frail older people, care; frailty, old, care*. Optou-se por manter descritores e palavras-chave relevantes para a aproximação do objeto pesquisado. A percepção de pessoas idosas frágeis na comunidade acerca do cuidado foi pesquisada a partir da leitura dos resumos. A pesquisa, realizada por três pesquisadoras, foi realizada em outubro e novembro de 2018 e atualizada em dezembro de 2019.

Os critérios de inclusão foram: artigos disponíveis completos e de livre acesso; publicações de 2014 a 2019; trabalhos em português, inglês, francês ou espanhol. O fluxograma das etapas de seleção dos artigos está compilado na Figura 1.

Figura 1. Fluxograma da seleção dos artigos baseado no modelo Prisma. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2019.



Na triagem, realizada por duas pesquisadoras, foram excluídos artigos que tratassem de: validação de instrumentos e protocolos; avaliação de prevalência, de intervenções/ programas e de custos; modelos de cuidado; associação da fragilidade com sintomatologia específica e que debruçasse sobre a visão da pessoa idosa hospitalizada ou institucionalizada. Aqueles que incluíam outros participantes, mas que era possível distinguir a visão da pessoa idosa na comunidade foram considerados.

Os artigos selecionados foram classificados quanto aos níveis de evidência científica conforme proposto por Stetler et al.²¹, os quais compreendem: nível I-meta-análise de múltiplos estudos controlados; nível II-estudos experimentais individuais; nível III-estudos quase experimentais; nível IV-estudos não experimentais como pesquisa descritiva correlacional, estudos qualitativos ou estudos de caso; nível V-relato de caso e nível VI-opinião de especialistas reconhecidos.

Os artigos foram categorizados compilando: título; autores; ano; periódico; país; idioma; método; amostra; procedimento de coleta e de análise dos dados; palavras-chave; objetivos; recomendações; limitações e a visão das pessoas idosas sobre o cuidado com a pessoa idosa frágil na comunidade.

RESULTADOS

Após a leitura dos 3.556 resumos foram selecionados 110 artigos e, após a exclusão dos artigos duplicados encontrados por diferentes estratégias de buscas, chegou-se a 78 artigos, que foram lidos na íntegra. Desses, 28 foram incorporados nesta revisão. Os artigos selecionados foram todos escritos em língua inglesa (n=28); provenientes principalmente do continente europeu (n=25). Quatorze artigos estudaram exclusivamente a percepção das pessoas idosas e em 15 publicações havia também outros participantes.

Acerca da mensuração da fragilidade, cinco artigos utilizaram a Escala de Fragilidade Clínica^{11,15,22-24}, quatro utilizaram o Fenótipo de Fragilidade^{14,23,25,26}, três utilizaram o Indicador de fragilidade de Tilburg²⁷⁻²⁹, dois artigos utilizaram o Instrumento Abrangente de Avaliação da Fragilidade^{10,30}, cinco definiram a fragilidade sem instrumento ou mensuração objetiva^{4,14,31-33}, um artigo utilizou o Prisma-7⁶ e um a Escala de Fragilidade de Edmonton³⁴. Desses, em dois

artigos^{14,23} haviam a combinação de mais de um instrumento. Em nove artigos a mensuração da fragilidade não estava explícita^{18,35-42}.

Os artigos avaliados tiveram evidência predominantemente no nível IV (27 artigos) delineados como estudos qualitativos, descritivos e transversais e um artigo correspondente ao nível III, quase experimental. Assim, as evidências dos artigos incorporados a esta revisão demonstram-se razoáveis. Dentre os artigos selecionados, 75% (n=21) utilizaram metodologias qualitativas, listados no Quadro 1. Desses, 90,48% empregaram a entrevista como instrumento para coleta de dados; um artigo associou com dados observacionais e sete utilizaram o grupo focal. Explicitamente a análise temática e codificação de categorias é o tipo de análise mais recorrente (n=12), o software *Nvivo* (n=7) é o mais utilizado nessas análises qualitativas, seguido do Atlas Ti (n=3).

Quadro 1. Artigos qualitativos analisados, 2014-2019. Belo Horizonte, MG, 2019.

Objetivo	Nº de idosos	Sexo	Média de idade*
Explorar as influências nas preferências de cuidados por idosos frágeis com doenças agudas recentes ²² .	17	10M e 7H	84
Explorar as experiências de idosos frágeis com depressão e ansiedade e seus pontos de vista sobre a procura de ajuda e maneiras pelas quais os serviços podem ser adaptados para melhor atender as suas necessidades ³¹ .	28	19M e 9M	80,71
Explorar as opiniões para determinar se existem estratégias diárias eficazes que elas podem adotar para reduzir, reverter ou prevenir a fragilidade ³² .	9	6M e 3H	73-89
Explorar como as pessoas idosas levemente frágeis percebem a promoção da saúde e os fatores que afetam a mudança de comportamento ²³ .	16	13M e 3H	80
Explorar a saúde, a gestão da saúde e os fatores comportamentais que contribuem para permitir que pacientes de alto risco evitem internações não planejadas ³⁵ .	21	9M e 12H	58-96
Investigar como as pessoas conseguiram manter-se resilientes à medida que envelhece em lugares remotos, apesar da lacuna em serviços de apoio formais ³⁷ .	14	Não informado	61-80
Explorar as percepções dos comportamentos empreendidos por idosos com fragilidade leve e os componentes para novos serviços de promoção da saúde em casa ²⁴ .	14	8M e 6H	75-94
Contrastar as experiências frágeis dos idosos com as percepções dos outros sobre a solidão existencial ³³ .	15	7M e 8H	86
Explorar como pacientes idosos frágeis experimentam a vida diária uma semana após a alta de uma admissão aguda ²⁹ .	14	7M e 7H	80,6
Explorar as percepções dos idosos sobre a fragilidade e suas crenças a respeito de sua progressão e consequências ¹¹ .	29	17M e 12H	66-98
Explorar o acesso à serviços de saúde e assistência social para idosos frágeis a fim de determinar suas perspectivas para o desenvolvimento de serviços mais acessíveis ³⁶ .	9	Não informado	>65
Explorar as experiências, entendimentos, os significados e maleabilidade da fragilidade para os indivíduos; e informar o desenvolvimento de intervenções viáveis na prática clínica ¹⁵ .	25	16M e 9H	>65
Explorar como as pessoas idosas com problemas de saúde complexos experimentam a fragilidade em suas vidas diárias ³⁸ .	10	7M e 3H	84

Examinar as percepções e conhecimentos sobre a fragilidade entre os idosos ²⁵ .	29	21M e 8H	76,3
Descrever como a solidão existencial foi narrada por idosos frágeis ²⁶ .	22	10M e 12H	76-101
Examinar como as pessoas idosas lidam com a fragilidade em um programa de cuidados de transição e discutir as implicações para melhorar a prestação de serviços ¹⁸ .	20	13M e 7H	80
Explorar como pessoas idosas que vivem em bairros desfavorecidos lidam com questões de envelhecimento ⁴⁰ .	20	13M e 7H	72,5
Investigar o conceito de controle percebido relacionado à assistência à saúde do ponto de vista de pessoas idosas frágeis ¹⁴ .	32	19M e 13H	65–84=17 ≥85=15
Explorar a experiência de pessoas idosas frágeis e dos gerentes de casos de uma intervenção complexa de gerenciamento de caso ⁴¹ .	14	10M e 4H	83
Elaborar uma estrutura interpretativa a partir do entendimento da pessoa idosa sobre independência e autonomia para receber cuidados especializados ⁴² .	91	68M e 23H	80,8
Explorar a experiência de sentido na vida, bem como da perda de sentido para idosos socialmente frágeis ³⁰ .	56	34M e 22H	79,3

M=mulheres e H=homens; *ou intervalo etário, em anos.

O uso de metodologias quantitativas representou 17,86% (n=5) dos artigos, conforme sumarizado no Quadro 2. De modo geral, os autores desses artigos utilizaram para coleta de dados questionários, instrumentos de rastreio em saúde e escalas. Quatro estudos eram transversais e um quase-experimental. O software SPSS foi o instrumento de análise estatística citado em todos os estudos analisados.

Quadro 2. Artigos quantitativos analisados, 2014-2019. Belo Horizonte, MG, 2019.

Objetivo	Nº de idosos	Sexo	Média idade* de
Examinar se as perspectivas de idosos frágeis que vivem na comunidade sobre a qualidade dos cuidados primários de acordo com as dimensões do Modelo de Cuidado Crônico estão associadas à produtividade das interações paciente-profissional ²⁷ .	464	336M e 128H	82,4
Examinar a solidão, a qualidade de vida relacionada à saúde e as queixas de saúde em relação ao consumo de cuidados de saúde em ambulatório entre pessoas idosas que vivem em casa ³⁹ .	153	102M e 51H	81,5
Analisar o poder explicativo das variáveis que medem os fatores de fortalecimento da saúde para a autoavaliação da saúde entre pessoas idosas frágeis que vivem na comunidade ⁴ .	161	89M e 72H	82
Descrever as necessidades de cuidados percebidas como atendidas e não atendidas por pessoas idosas frágeis usando uma avaliação multidimensional e explorar as associações com as características sociodemográficas e relacionadas à saúde ⁶ .	1.137	760M e 377H	80,5
Examinar as necessidades de saúde de idosos residentes na comunidade que vivem no Porto, Portugal, diagnosticados com demência moderada ou grave, associada a dependência funcional, declínio cognitivo, limitações nas atividades da vida diária e níveis de fragilidade ³⁴ .	83	55M e 28H	79,95

M=mulheres e H=homens; *ou intervalo etário, em anos.

Dos artigos quanti-qualitativos (n=2), um realizou a coleta de dados a partir da associação de entrevista e instrumentos de rastreio em saúde e um o fez por meio de questionário semiestruturado, listados no Quadro 3.

Quadro 3. Artigos quanti-qualitativos analisados, 2014-2019. Belo Horizonte, MG, 2019.

Objetivo	Nº de idosos	Sexo	Média de idade*
Obter insights sobre as experiências vividas de fragilidade entre pessoas idosas para determinar quais forças podem equilibrar os déficits que afetam a fragilidade ¹⁰ .	121	76M e 45H	78,8
Identificar os riscos que poderiam ameaçar a vida independente de pessoas idosas frágeis ²⁸ .	29	22M e 7H	83,6

M=mulheres e H=homens; *ou intervalo etário, em anos.

DISCUSSÃO

Em resposta à pergunta norteadora: “*Quais as evidências científicas sobre o processo de cuidado ao idoso frágil na comunidade na visão da pessoa idosa?*”, nota-se que a literatura contempla diferentes âmbitos e dimensões do cuidado. Aborda-se o cuidado de si, familiar, comunitário, social e intersetorial. Os resultados foram organizados em quatro categorias de análise: a fragilidade na visão da pessoa idosa frágil; as prioridades na percepção da pessoa idosa; perspectivas das pessoas idosas acerca dos cuidados pelos serviços; as relações interpessoais no cuidado para pessoa idosa frágil.

A fragilidade na visão da pessoa idosa frágil.

Essa categoria aborda como as pessoas idosas percebem a fragilidade. É recorrente a visão da pessoa idosa da fragilidade como um rótulo negativo, prejudicial, rejeitado e associado à piora das condições de saúde, diminuição da participação e aumento da estigmatização^{11,15,25,32}. Um estudo qualitativo sobre a percepção e atitude de pessoas idosas frente à fragilidade sinaliza a discrepância entre a operacionalização em contextos clínicos e a compreensão de idosos¹¹. As pessoas idosas não se identificavam como frágeis mesmo quando preenchiam os critérios objetivos de diagnóstico e essa classificação nem sempre coincidiu com o sentimento de fragilidade¹¹. Para os idosos, a fragilidade era identificada conforme os níveis de saúde e a

participação em atividades físicas e sociais, decorrente de eventos isolados, incapacidades temporárias, idade avançada ou limitação física¹¹.

A fragilidade foi descrita como uma condição física e psicológica negativa próxima da incapacidade e refletindo estereótipos comuns da velhice¹¹. Para muitas pessoas idosas a fragilidade era inevitável, permanente e irreversível, decorrente do envelhecimento e composto não apenas por elementos físicos propostos na definição fenotípica, mas também aspectos mentais e psicológicos²⁵. Assim, para o público idoso as mudanças em saúde poderiam ser causa ou resultado da autoidentificação como frágil, de modo que o diagnóstico se revelava não apenas uma informação, mas também um determinante para a sua saúde¹¹. Os participantes mais frágeis aceitavam melhor o diagnóstico por viver com mais sintomas que os menos frágeis²⁵. Mesmo entre as pessoas idosas frágeis a preferência é por não usar o termo para descrever sua condição de saúde, assim os programas necessitam inovar em uma comunicação que seja aceitável²⁵ e se atentar aos efeitos negativos desse rótulo como frágil para essa população¹⁵.

Aparece ainda na literatura^{4,5,15} que a maleabilidade da fragilidade é pouco conhecida entre as pessoas idosas demandando educação em saúde para conscientizar da reversibilidade da fragilidade e modificar comportamentos em saúde. Pessoas idosas, que vivem em bairros carentes aparentavam desenvoltura para lidar com as adversidades e mostravam-se contentes com as capacidades que possuíam. Comportamento que para os autores poderia mascarar os déficits de conhecimento desvelando a potencialidade da educação em saúde para enfrentar as dificuldades relacionadas ao envelhecimento⁴.

Outro estudo aborda a compreensão da fragilidade pelas pessoas idosas como um estado dinâmico que conjuga fatores de equilíbrio do âmbito do indivíduo, do ambiente e macrosociais, que influenciam na manutenção de uma boa qualidade de vida¹⁰. Logo, o controle na área da saúde é multidimensional e os fatores externos são tão importantes quanto às atitudes ativas e os processos cognitivos empregados pelo próprio sujeito¹⁴. Por outro lado, também ocorreram relatos de que ser frágil facilitaria a obtenção de assistência, atenção, apoio e benefícios de outras pessoas, podendo funcionar como um meio para buscar melhorias dos cuidados e serviços¹¹.

As prioridades na percepção da pessoa idosa

Evidenciar as prioridades percebidas pelas pessoas idosas é relevante²⁸. Nesta categoria apresenta-se o interesse das pessoas idosas frágeis de permanecerem em seu domicílio²⁸, mantendo-se mais independentes possível, com autonomia, qualidade de vida e capacidade de lidar com as atividades cotidianas^{23,28}. Na perspectiva da pessoa idosa, o declínio na saúde física revela-se como um aspecto aceito do processo de envelhecimento^{28,40}, tendo como condição permanecer independente e não incomodar os outros²⁸. Preservar sua capacidade de autocuidado, permanecer em suas redes sociais, não se sentirem solitários, manifestar menos sintomas, bem como manter sua autonomia, participação na comunidade e acessar os atendimentos indispensáveis são elencados como prioritários^{4,10,28}.

Mesmo os idosos mais frágeis apresentam o engajamento em atividades diárias como subsídio para a construção de resiliência contra a fragilidade³². A perspectiva das pessoas idosas frágeis demonstra ainda experimentar ansiedade, insegurança, incertezas e medo diante da fragilidade quando a vida diária se torna precária e desafiadora^{18,38}. Assim, diminuem seu senso de controle, buscam apoio para adaptar ao novo nível de fragilidade¹⁸, para manter sua independência e continuidade de sua personalidade³⁸.

Os estudos evidenciam que muitas pessoas idosas frágeis se mostram relutantes em pedir ajuda ou apoio à sua rede social por receio de incomodar os outros ou por concluírem a impossibilidade de receberem ajuda²⁸. Após a vivência de uma doença aguda mantém-se o desejo de permanecer independente, de ‘voltar ao normal’ e, se necessário, de encontrar o seu novo normal de acordo com suas preferências em seu próprio contexto social²².

Nessa perspectiva, as prioridades na visão da pessoa idosa frágil não são apenas os problemas médicos, incluem também os fatores de apoio para manutenção da capacidade de cuidar de si mesmo^{4,38}. Por meio de uma regressão logística, na análise bivariada, as pessoas idosas frágeis que estavam satisfeitas com a capacidade de cuidar de si tiveram cerca de oito vezes mais chances de classificar sua saúde como boa em comparação com aqueles que não estavam satisfeitos com a capacidade de cuidar de si⁴.

Dentre os fatores que modulam a percepção de controle pelas pessoas idosas a respeito de seus cuidados em saúde, destacam-se: a autoconfiança na organização do cuidado profissional e/ou

informal e na gestão da saúde no ambiente doméstico; a clareza dos cuidados disponíveis; bem como o apoio percebido da rede social, dos profissionais, das organizações de saúde, da infraestrutura e de serviços¹⁴. Por outro lado, o desinteresse pelo autocuidado pode ser consequência da perda de suas habilidades ocasionando o rebaixamento de sua expectativa nesse âmbito¹⁴. A percepção do comprometimento da independência surge associada ao esclarecimento de suas distintas dimensões: relativa, especial e social⁴².

Perspectivas das pessoas idosas acerca dos cuidados pelos serviços

A partir das perspectivas das pessoas idosas frágeis que vivem na comunidade visualizam-se importantes pontuações acerca do cuidado realizado pelos serviços que indicam a necessidade de respostas mais heterogêneas¹⁸. Os artigos revisados salientam o enfoque à independência da pessoa idosa frágil, o cuidado centrado na pessoa e a assistência personalizada aos tópicos importantes para a vida diária de cada indivíduo para manter sua autonomia apesar da incapacidade^{15,18,24,38}. A integração dos serviços para minimizar a fragmentação na prestação de serviços, melhorar a comunicação, a socialização e a mobilidade são necessários^{15,18,24,34}. Emerge ainda como imprescindível incluir aspectos emocionais para produzir conforto e bem-estar; adotar abordagens psicossociais e espirituais, avaliar as necessidades de cuidados e realizar uma avaliação geriátrica abrangente³⁴.

O conceito multidimensional da fragilidade desafia a considerar as perspectivas subjetivas das pessoas idosas. Um artigo destaca a abordagem salutogênica no planejamento de cuidados como benéfica a pessoas idosas frágeis baseando nas narrativas desse público sobre sua vida cotidiana de modo a apoiar a pessoa em seu contexto de vida, para permanecer em sua rede social e manter satisfação com a capacidade para gerenciar a vida cotidiana⁴.

Pessoas idosas frágeis precisam de uma ampla gama de serviços por um longo período de tempo devido à complexa situação de saúde e mudanças que vivenciam³⁶. Na Polônia, a perspectiva de pessoas idosas frágeis revelou a inadequação dos serviços às necessidades dessa população, dentre as dificuldades para acessar a saúde e a assistência social estavam: o desconhecimento sobre a existência de alguns serviços; a suboferta, a longa espera e a localização geográfica dos serviços; a falta de profissional adequado e treinado na área de saúde da pessoa idosa, o baixo funcionamento dos serviços às pessoas mais vulneráveis, dentre outros³⁶.

A preocupação dos serviços sobre a triagem dos pacientes idosos frágeis deve ser acompanhada de intervenções de apoio aos idosos e aos seus cuidadores¹⁵. Na atenção primária, publicações evidenciam a necessidade de se investir na interação entre pacientes e profissionais para melhorar a qualidade da assistência²⁷. Nesse âmbito, a percepção das demandas de cuidados fornece informações importantes sobre as reais necessidades de cuidados de idosos frágeis – contudo, de modo frequente ainda há mais atenção às questões físicas e ambientais que as no domínio psicossocial⁶. No Reino Unido, as pessoas idosas avaliaram bem a assistência recebida, afirmaram confiança e continuidade dos cuidados em saúde a evitar uma internação não planejada agregando medicação, ajudas físicas, adaptações no lar, adoção de estilo de vida saudável e práticas psicossociais³⁵.

As evidências científicas sugerem que as intervenções se atentem a perspectivas multidimensionais de idosos frágeis em alta hospitalar, tenham cautela nos cuidados de transição e reorganize a integração entre o setor primário e secundário da assistência²⁹. O envolvimento da pessoa idosa frágil em seu cuidado, na tomada de decisão, na transição de cuidados do hospital para o domicílio demanda melhorar a comunicação e a informação²⁹. Para os pacientes aparece como relevante o tipo e a quantidade de ajuda, o acesso e administração de medicamentos, as falhas na comunicação, o receio de estar doente sozinho e preocupação com as atividades de vida diária²⁹. Nesses cuidados de transição também emerge o desejo de que a assistência seja individualizada, integrada, centrada nas necessidades do cliente, e com seu envolvimento nas tomadas de decisão para que se sinta apoiado diante do aumento dos níveis de fragilidade¹⁸. De modo oposto, visualiza-se que a transição de cuidados pode ser prejudicada em virtude da fragmentação na prestação de serviços, da perda de controle sobre o processo em um cenário de diminuição da funcionalidade, adaptação e incertezas em torno do suporte futuro¹⁸.

Para as pessoas idosas frágeis a satisfação com a capacidade de cuidar de si mesmo, tendo 10 ou menos sintomas e não se sentir solitário, teve o melhor poder explicativo para experiências frágeis de idosos de boa saúde devido a possibilidade de gerenciar e manter sua vida cotidiana⁴. Idosos frágeis com mais limitações relatam mais necessidades de cuidados atendidos e não atendidos em todos os domínios. Um estudo descobriu que uma idade mais jovem e um nível educacional mais alto estavam associados à presença de necessidades não atendidas, um

presumível efeito de coorte por essa população provavelmente ter uma expectativa mais elevada em relação aos serviços de saúde⁶.

As relações interpessoais no cuidado para pessoa idosa frágil.

Esta categoria introduz os diversos aspectos relacionais que modulam o cuidado à pessoa idosa frágil na comunidade. O relacionamento interpessoal, o contato social, a intervenção em contextos comunitários foram particularmente valorizados por esse público^{14,23,31,35,36} como fundamental para prevenção, adesão as intervenções e redução da fragilidade²³.

Ter um objetivo na vida, sentir-se útil e permanecer socialmente ativo poderia ocasionar menos intervenções médicas - perspectiva almejada por esse público²³. As publicações evidenciam a importância de se interessar pelas experiências das pessoas idosas frágeis; ofertar visitas domiciliares, escuta e o apoio psicossocial na comunidade²³; reconhecer a incidência de ansiedade e depressão nessa população³¹. De modo similar, outro estudo sustenta que a rede de apoio familiar, parentes, vizinhos e amigos reduziram a ansiedade, a hospitalização e foram reconhecidos como fundamentais para o bem-estar³⁵. Visualiza-se uma correlação entre o apoio social e a resiliência a contribuir para uma maior qualidade de vida dos idosos^{35,37}. O convívio social e comunitário expressa-se como uma possibilidade para compensar as perdas⁴². Igualmente, os laços sociais com familiares, vizinhos, cuidadores, autoridades locais aparecem como importante fonte de significado³⁰. Os papéis sociais desempenhados pelas pessoas idosas e as redes se modificam com o tempo, as pessoas idosas frágeis tendem a manter uma rede pequena por causa da dificuldade de estabelecer uma nova rede em virtude da fragilidade e por serem seletivos nas buscas de relacionamentos³⁰.

Outro aspecto é reconhecer a solidão como um problema clínico potencial para o idoso frágil que aumenta a utilização dos serviços de saúde³⁹. Um estudo aborda a percepção de pessoas idosas frágeis acerca da solidão existencial baseado no modelo teórico Emmy van Deurzen, a vida da pessoa idosa é caracterizada pela espera, por vivenciar diferentes processos de perdas: em seu ambiente social, de papéis sociais, em seu corpo, dentre outros³³. Nesse artigo, as evidências científicas sobre o processo de cuidado ao idoso frágil sinalizam que na visão da pessoa idosa estar conectado nas relações sociais não significa quantidade de contatos e sim conversas profundas acerca de assuntos significativos, e por outro lado, a sensação de solidão

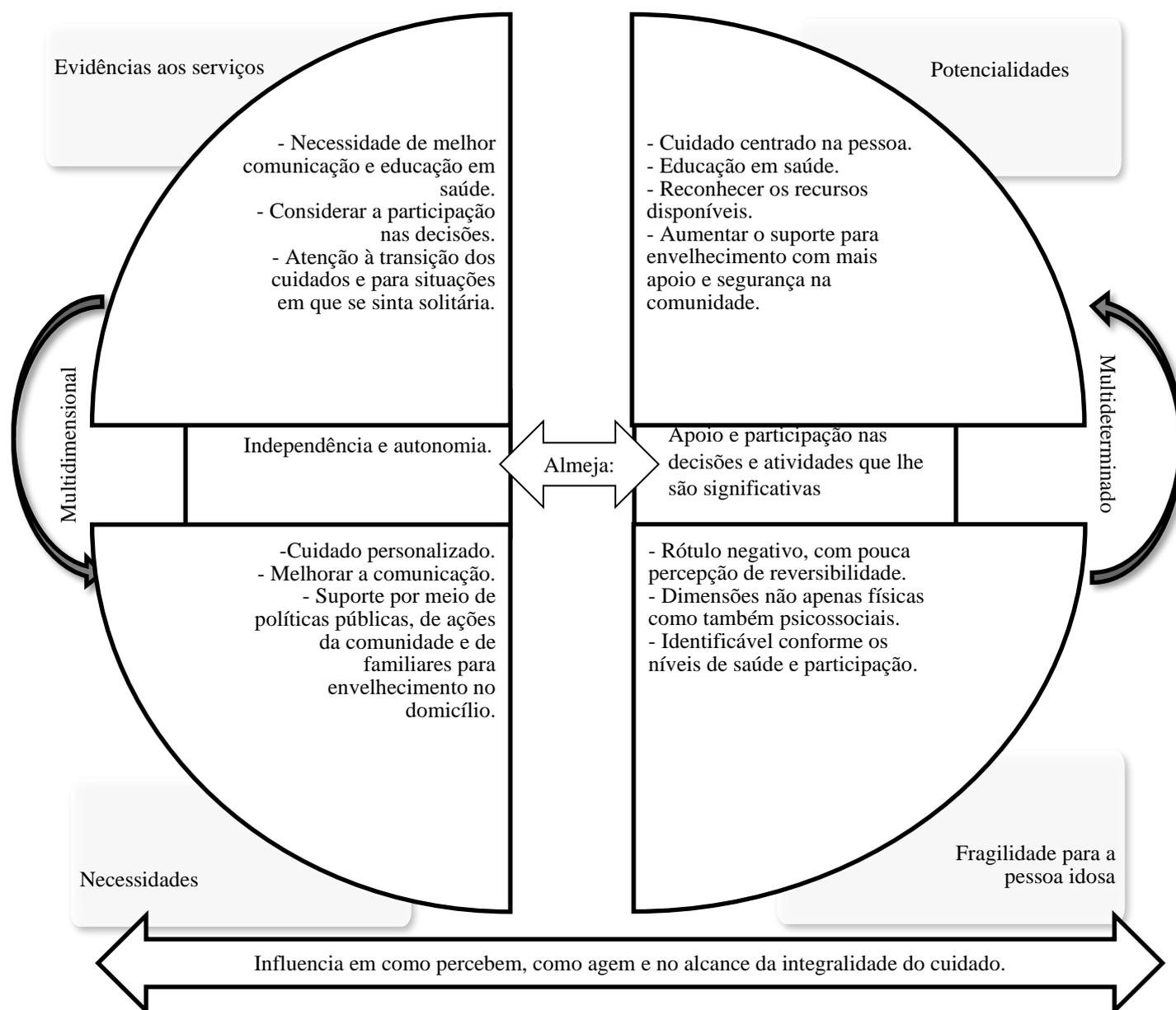
existencial surge quando as escolhas realizadas desconsideram as opiniões das pessoas idosas³³. De modo semelhante, a literatura reconhece que pode ocorrer um sentimento de despersonalização quando as pessoas idosas não estão envolvidas nas decisões².

Outro estudo denota que a união significativa com parentes, amigos e equipe de saúde (por meio de cuidados centrados na pessoa), bem como a experiência de viver uma vida significativa, de ter seus sentimentos reconhecidos facilitam aliviar a solidão existencial e contribuem em seu processo de cuidado²⁶. A prevalência do sentimento de solidão, na população idosa frágil, é semelhante à outras pessoas idosas. No entanto, pessoas idosas mais frágeis e solitárias apresentaram pior condição de saúde geral física, psicossocial e utilizaram mais os serviços de saúde comparados aos não solitários³⁹.

Os significados da vida para pessoas idosas frágeis podem ainda estar no âmbito das diferentes necessidades. A luz do modelo teórico de Derkx, as necessidades para a pessoa idosa frágil foram: continuar suas atividades diárias, ter um propósito para o futuro, realizar hobbies, manter a conexão com os filhos e os netos; avaliar seu modo de vida como moralmente digno; manter o nível de controle e autonomia de suas vidas; se valorizar, ser reconhecido e respeitado pelos outros; perceber a continuidade de sua identidade; manter conexão a parentes e amigos como suporte aos outros apesar de serem frágeis ou ainda uma conexão no âmbito espiritual; excitação na transcendência por meio da arte, da cultura, da natureza e dos acontecimentos da vida³⁰. Assim, a perda ou escassez de sentido manifesta-se como resultado do envelhecimento ou de uma rede de conexão restrita, que pode ocorrer em virtude da falta de propósito, de coerência ou de conexão, desse modo, evidencia-se a importância do ambiente social para manutenção do significado de vida³⁰. Os resultados e discussão estão sintetizados na Figura 2.

Essa revisão tem como limitações não ter abordado a perspectiva de outros atores envolvidos nas configurações do cuidado para pessoa idosa frágil na comunidade. Contudo, contribui para considerar o ponto de vista de pessoas idosas frágeis que é pouco conhecido^{11,18} ao planejar ações de saúde e políticas públicas voltadas para a pessoa idosa. Assim, considerar as necessidades psicossociais das pessoas idosas frágeis⁶ fornece *insights* sobre os riscos que esse público percebe como prioritário²⁸ e quais são suas estratégias de enfrentamento⁴⁰.

Figura 2. Evidências científicas sobre o processo de cuidado ao idoso frágil na comunidade, na visão da pessoa idosa. Belo Horizonte, 2019.



Fonte: Os autores.

CONCLUSÃO

Nesta revisão a maioria dos estudos mostrou a fragilidade na perspectiva da pessoa idosa com especificidades que a difere da operacionalização clínica e influencia no cuidado. A fragilidade aparece como um rótulo predominantemente negativo para a pessoa idosa frágil e com pouca percepção de reversibilidade. As evidências científicas sobre o cuidado na visão da pessoa idosa

frágil na comunidade mostram que o foco do cuidado é manter a sua capacidade, funcionalidade e participação nas decisões. Entretanto, essa condição depende também da disponibilidade da rede de apoio, dos recursos comunitários e das políticas públicas. Desse modo, o modelo de cuidado integral, o apoio à pessoa idosa e aos seus cuidadores faz-se necessários para aumentar o suporte ao envelhecimento com mais apoio e segurança durante o maior tempo possível.

A revisão mostrou que os serviços necessitam ofertar uma assistência personalizada, centrada na pessoa, que inclua também aspectos psicossociais, suas narrativas e seus contextos de vida, com atenção especial aos cuidados de transição e para que as pessoas idosas frágeis não se sintam solitárias. Possibilitou ainda a observação que para a pessoa idosa frágil na comunidade é necessário melhorar a comunicação considerando as escolhas de acordo com os interesses desse público. Desse modo, atenta-se que o significado da vida para essa população enfoca também na comunicação, logo uma postura ética no cuidado à pessoa idosa frágil envolve escutá-la.

Os artigos examinados neste estudo refletiram a ausência de consenso a respeito da mensuração da fragilidade. As publicações concentram-se em países desenvolvidos os quais vivenciam há mais tempo o processo de envelhecimento, assim atenta-se para maiores desafios em países em desenvolvimento. A demanda de cuidado à população idosa frágil é enfatizada nos artigos que compuseram essa revisão, perspectiva cada vez mais importante no cenário da sociedade atual. Sugere-se revisão de temas afins como de análise de intervenção junto às pessoas idosas frágeis na comunidade.

O conhecimento atual acerca do cuidado à pessoa idosa frágil na visão do receptor de cuidados na comunidade dá suporte a decisões e melhorias em prol da qualidade de vida dessa população. Desse modo, os profissionais de saúde e as políticas públicas podem realizar ações consonantes com as necessidades desse público. Ademais, os significados e sentidos das experiências de fragilidade e cuidado influenciam em como percebem e agem diante desse processo, no alcance da integralidade do cuidado e da qualidade de vida dessa população.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial De Saúde (OMS). Resumo Relatório Mundial de envelhecimento e Saúde. Genebra, Suíça. 2015.
2. D'Avanzo B, Shaw R, Riva S, Apostolo J, Bobrowich-Campos E, Kurpas D, et al. Stakeholders' views and experiences of care and interventions for addressing frailty and pre-frailty: a meta-synthesis of qualitative evidence. *PloS One* 2017; 12 (7): e0180127.
3. Lim WS, Wong SF, Leong I, Choo P, Pang WS. Forging a Frailty-Ready Healthcare System to Meet Population Ageing. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2017; 14 (12): 1448.
4. Ebrahimi Z, Dahlin-Ivanoof S, Eklund K, Jakobsson A, Wilherlmsen K. Self-rated health and health-strengthening factors in community-living frail older people. *Journal of Advanced Nursing* 2015; 71 (4): 825-836.
5. Andrade AN, Fernandes MGM, Nóbrega MML, Garcia TR, Costa, KNFM. Análise do conceito fragilidade em idosos. *Texto & Contexto – Enferm* 2012; 21 (4): 748-756.
6. Hoogendijk EO, Muntinga ME, Leeuwen KM, Horst HE, Deeg DJ, Frijters DH, et al. Self-perceived met and unmet care needs of frail older adults in primary care. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2014; 58: 37-42.
7. Berglund H, Hasson H, Kjellgren K, Wilhelmson K. Effects of a continuum of care intervention on frail older persons' life satisfaction: a randomized controlled study. *Journal of Clinical Nursing* 2015; 24 (7-8): 1079-1090.
8. Ayres JRCM. Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. 1ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/ UERJ, ABRASCO; 2009.
9. Pinheiro RM, Mattos R, organizadores. Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007.
10. Dury S, Dierckx E, Vorst A, Elst M, Fret B, Duppen D, et al. Detecting frail, older adults and identifying their strengths: results of a mixed-methods study. *BMC Public Health* 2018; 18 (1): 191.
11. Warmoth K, Lang I, Phoenix C, Abraham C, Andrew M, Hubbard RE, et al. 'Thinking you're old and frail': a qualitative study of frailty in older adults. *Ageing & Society* 2016; 36: 1483-1500.
12. Archibald MM, Ambagtsheer R, Beilby J, Chehade MJ, Gill TK, Visvanathan R, Ktson AL. Perspectives of Frailty and Frailty Screening: Protocol for a Collaborative Knowledge Translation Approach and Qualitative Study of Stakeholder Understandings and Experiences. *BMC Geriatrics* 2017; 17 (87).

13. Gutierrez DMD, Minayo MCS. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. *Ciênc. saúde coletiva* 2010; 15 (Suppl 1): 1497-1508.
14. Claassens L, Widdershoven GA, van Rhijn SC, van Nes F, van Groenou MIB, Deeg DJ, et al. Perceived control in health care: a conceptual model based on experiences of frail older adults. *Journal of Aging Studies* 2014; 31: 159-170.
15. Shaw RL, Gwyther H, Holland C, Bujnowska M, Kurpas D, Cano A, et al. Understanding frailty: meanings and beliefs about screening and prevention across key stakeholder groups in Europe. *Ageing & Society* 2017; 1-30.
16. Lain R, Ignaszewski C, Klingmann I, Cesario A, Boer WI. SPRINTT and the involvement of stakeholders: strategy and structure. *Aging Clinical and Experimental Research* 2017; 29 (1): 65-67.
17. Ministério da Saúde (MS). Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral. Secretaria de Atenção à Saúde. Distrito Federal: Ministério da Saúde; 2014.
18. Walker R, Johns J, Halliday D. How older people cope with frailty within the context of transition care in Australia: implications for improving service delivery. *Health and Social Care in the Community* 2015; 23 (2):216-224.
19. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem* 2008; 17 (4): 758-764.
20. Whittemore R, Knafk K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs* 2005; 52 (5): 546-553.
21. Stetler CB, Morsi D, Rucki S, Broughton S, Corrigan B, Fitzgerald J, et al. Utilization focused integrative reviews in a nursing service. *Appl Nurs Res* 1998; 11 (4): 195-206.
22. Etkind SN, Lovell N, Nicholson CJ, Higginson IJ, Murtagh FEM. Finding a 'new normal' following acute illness: A qualitative study of influences on frail older people's care preferences. *Palliative Medicine* 2019; 33(3): 301–311.
23. Avgerinou C, Gardner B, Kharicha K, Frost R, Liljas A, Elaswarapu R, et al. Health promotion for mild frailty based on behaviour change: Perceptions of older people and service providers. *Health Soc Care Community* 2019; 27: 1333–1343.
24. Frost R, Kharicha K, Jovicic A, Liljas A, Iliffe S, Manthorpe J, et al. Identifying acceptable components for home-based health promotion services for older people with mild frailty: A qualitative study. *Health Soc Care Community* 2018; 26: 393–403.

25. Schoenborn NL, Rasmussen SEVP, Xue Q, Walston JD, McAdams-Demarco MA, Segev DL, et al. Older adults' perceptions and informational needs regarding frailty. *BMC Geriatrics* 2018; 18: 46.
26. Sjöberg M, Edberg A, Rasmussen BH, Beck I. Being acknowledged by others and bracketing negative thoughts and feelings: Frail older people's narrations of how existential loneliness is eased. *Int J Older People Nurs* 2019; 14: e12213
27. Vestjens L, Cramm JM, Nieboer AP. Quality of primary care delivery and productive interactions among communityliving frail older persons and their general practitioners and practice nurses. *BMC Health Services Research* 2019; 19: 496.
28. Verver D, Merten H, Robben P, Wagner C. Perspectives on the risks for older adults living independently. *British Journal of Community Nursing*. 2017; 22 (7): 338-345.
29. Andreasen J, Lund H, Aadahl M, Sorensen E. The experience of daily life of acutely admitted frail elderly patients one week after discharge from the hospital. *Int J Qualitative Stud Health Well-being* 2015; 10: 27370.
30. Duppen D, Machielse A, Verté D, Dury S, Donder L, Consortium D. Meaning in Life for Socially Frail Older Adults. *Journal of Community Health Nursing* 2019; 36 (2): 65-77.
31. Frost R, Nair P, Aw S, Gould RL, Kharicha K, Buszewicz M, et al. Supporting frail older people with depression and anxiety: a qualitative study. *Aging & Mental Health* 2019; DOI: 10.1080/13607863.2019.1647132.
32. Bujnowska-Fedak MM, Gwyther H, Szwamel K, D'Avanzo B, Holland C, Shaw RL, et al. A qualitative study examining everyday frailty management strategies adopted by Polish stakeholders. *European Journal Of General Practice* 2019; 25(4): 197–204.
33. Larsson H, Edberg A, Bolmsjö I, Rängard M. Contrasts in older persons' experiences and significant others' perceptions of existential loneliness. *Nursing Ethics* 2019; 26(6): 1623–1637.
34. Abreu W, Tolson D, Jackson GA, Staines H, Costa N. The relationship between frailty, functional dependence, and healthcare needs among community-dwelling people with moderate to severe dementia. *Health Soc Care Community* 2019; 27: 642–653.
35. Dew R, Wilkes S. Attitudes, perceptions, and behaviours associated with hospital admission avoidance: a qualitative study of high-risk patients in primary care. *British Journal of General Practice* 2018; e460-468.
36. Kurpas D, Gwyther H, Szwarnel K, Shaw RL, D'Avanzo B, Holland CA, et al. Patient-centred access to health care: a framework analysis of the care interface for frail older adults. *BMC Geriatrics* 2018; 18: 273.

37. Gibb H. Determinants of resilience for people ageing in remote places: a case study in northern Australia. *International Journal of Ageing and Later Life* 2018; 11(2): 9–34.
38. Skilbeck JK, Arthur A, Seymour J. Making sense of frailty: An ethnographic study of the experience of older people living with complex health problems. *Int J Older People Nurs* 2018; 13:e12172.
39. Taube E, Kristensson J, Sandberg M, Midlov P, Jakobsson U. Loneliness and health care consumption among older people. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2015; 29 (3): 435-443.
40. Bielderman A, Schout G, Greef M, Schans C. Understanding how older adults living in deprived neighbourhoods address ageing issues. *British Journal of Community Nursing*. 2015, 20 (8): 394-399.
41. Sandberg M, Jakobsson U, Midlöv P, Kristensson J. Case management for frail older people - a qualitative study of receivers' and providers' experiences of a complex intervention. *BMC Health Services* 2014; 14(14).
42. Hillcoat-Nallétamby S. The meaning of "independence" for older people in different residential settings. *J Gerontol B Psych Sci Soc Sci*. 2014; 69 (3): 419-430.

5.2 Artigo “A necessidade de cuidado na percepção de pessoas idosas em processo de fragilização”

A necessidade de cuidado na percepção de pessoas idosas em processo de fragilização

The need of care in the perspective to older people in fragility process

RESUMO

Objetivou-se compreender a percepção de pessoas idosas em processo de fragilização sobre necessitar de ajuda de terceiros para seu próprio cuidado. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, ancorada na Antropologia Médica. A coleta dos dados ocorreu junto a participantes do estudo multicêntrico FIBRA (Fragilidade em Idosos Brasileiros), do polo Belo Horizonte, Minas Gerais. Foram entrevistadas, no domicílio, 22 pessoas idosas em processo de fragilização, tinham em média 79 anos. A análise *êmica* foi guiada pelo modelo dos Signos, Significados e Ações. Os signos evidenciam a inevitabilidade de depender dos outros: “*não aguentar*”, “*não dar conta*”, “*não poder mais fazer*”. Como indicativo da necessidade de ajuda surge: “*ter que se limitar*”, “*ter que ter ajuda*”, “*ter que ter um acompanhante*”. Assim depender do outro aparece como um suporte essencial, mas também se revela algo doloroso, invasivo, controlador e prenuncia a finitude. Frente a isso tentam adaptar-se às mudanças para manter certo grau de autonomia e independência; sentir-se úteis, lançar mão de tratamentos diversos e ter fé. As desigualdades sociais influenciam nas ações realizadas por esse público. Observa-se a necessidade da solidariedade social e de políticas públicas comprometidas com o cuidado à pessoa idosa em processo de fragilização, enquanto um sujeito sociocultural.

Palavras-chave: Saúde do Idoso. Idoso Fragilizado. Cuidados Culturalmente Competentes.

ABSTRACT

This study aims to understand the perception of elderly people in fragility process about needing help from others to maintain their care. It is qualitative research, anchored in Medical Anthropology. Data collection was performed through interviews with at the home of 22 elderly people in the process of fragility, with an average age of 79 years, selected from the Fragility in Brazilian Elderly, pole of Belo Horizonte, Brazil. The analysis was emic and guided by the Signs, Meanings and Actions model. The signs that show the inevitability of care on others: “*can't stand it*”, “*can't stand it*”, “*can't do it anymore*”. As indicative of the need for help: “*having to*”: “*having to be limited*”, “*having to have help*”, “*having to have an accompaniment*”. To needing help, is as an essential support, but also proves painful, invasive, controlling, revealing of finitude. In the face of this, they try to adapt to changes to maintain a degree of autonomy and independence, feel useful, use various treatments and have faith. Social inequalities influence the actions. There is a need for social solidarity and public policies committed to the care of the elderly in the process of weakening, also considering them as a socio-cultural subject.

Keywords: Health of the Elderly. Frail Elderly. Culturally Competent Care.

Introdução

O rápido e progressivo envelhecimento populacional expõe um complexo cenário de estimativa de demanda de cuidados¹. A crescente população de pessoas idosas muito frágeis que necessita de ajuda para gerenciar a saúde² já representa a maior parte das demandas de apoio e cuidado do sistema de saúde³.

Esse cuidado, componente central do serviço e da assistência em saúde, enquanto prática dialógica, demanda reconhecer o *ethos* cultural⁴ da pessoa idosa frágil e valorizar sua sabedoria prática. Por sua vez, o processo de envelhecimento^{5,6,7}, a imagem corporal⁸ e as crenças relacionadas à saúde e ao cuidado⁹ são construções múltiplas, influenciadas pelo contexto relacional, social e cultural. Tal discussão muitas vezes é desconsiderada na implementação das políticas para pessoas idosas^{6,10} e pode resultar em maior sobrecarga dos serviços e perda de oportunidades para intervenções sociais e sanitárias¹⁰.

A fragilidade possui também causas sociais, subjetivas, políticas e culturais^{11,12} e o cuidado junto a pessoas idosas ultrapassa as atividades básicas e instrumentais de vida diária, incluindo afetos, segurança e preocupações¹³.

A literatura demonstra ainda ser limitado o conhecimento sobre a experiência de saúde de pessoas idosas frágeis¹⁴. As pesquisas concentram-se nas associações entre fragilidade e desfechos adversos¹⁵, poucos estudos versam sobre como as pessoas idosas frágeis compreendem e experimentam a fragilidade¹⁶ e o cuidado¹⁷. Embora a demanda por cuidados de terceiros e mudanças nas configurações familiares sejam frequentes¹⁸, na literatura pesquisada, não foram identificados estudos sobre a percepção da pessoa idosa em processo de fragilização a respeito de como nota essa necessidade de cuidados.

Nesse sentido, o objetivo deste estudo é compreender a percepção de pessoas idosas em processo de fragilização sobre necessitar de ajuda de terceiros para o seu próprio cuidado.

Método

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, ancorada no referencial teórico-metodológico da Antropologia Médica. Nessa abordagem, compreende-se que por meio dos padrões sociais e culturais o ser humano encontra sentido, interpreta e guia suas ações^{6,19}. Essa ciência contribui para relativizar a concepção homogeneizada, puramente biológica e passiva da velhice, a partir de diferentes aspectos sociais, econômicos e culturais²⁰.

Para ter acesso à experiência psicossocial e às lógicas conceituais em torno do cuidado, a coleta de dados aconteceu por meio das entrevistas compreensivas²¹. Trata-se de um método interativo que aproxima das noções de Geertz²² e igualmente parte de Weber^{21,22}, tendo o campo como lócus para apreensão dos processos sociais, para buscar o sentido da ação humana e emergir pequenas teorias²¹. A seleção dos participantes foi realizada a partir do banco de dados do polo de Belo Horizonte, Minas Gerais, do estudo multicêntrico Fragilidade em Idosos Brasileiros (FIBRA) a linha de base era composta por uma amostra probabilista de 601 idosos residentes na comunidade. Foram efetuados contatos telefônicos para agendamento das entrevistas. A equipe de campo era constituída por cinco profissionais dedicados a gerontologia - psicólogos(as) e fisioterapeuta, realizaram a entrevista no domicílio preservando a organização de cada residência e a privacidade dos entrevistados.

Buscando ampliar o tempo de evolução de um eventual processo de fragilização dos indivíduos, a coleta aconteceu em dois momentos: de janeiro a agosto de 2016 e de janeiro a maio de 2018. Não houve recusa à participação, embora houvesse dificuldades no contato relacionadas ao óbito do participante (viés de sobrevivência) ou a mudança de número telefônico. Os critérios de inclusão visaram uma maior heterogeneidade dos participantes quanto a: idade, sexo, condição funcional e território, a partir das informações contidas no banco de dados. Foram excluídas pessoas que não estivessem em condições físicas e cognitivas de responder à entrevista, quando não se tinha conhecimento anterior a entrevista, se embasou na informação obtida no primeiro contato em campo. Para investigar a temática proposta, cada pessoa idosa foi convocada a falar sobre suas percepções acerca da saúde, do envelhecimento, da fragilidade, do cuidado e das estratégias utilizadas face a essas temáticas - recursos comunitários e pessoais. O encerramento da coleta de dados teve como critério a qualidade, a quantidade e a intensidade dos dados coletados que permitissem aproximar da complexidade do fenômeno²³.

Os(as) participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido que possibilitou a realização das entrevistas, as quais foram gravadas, transcritas e analisadas juntamente com os

diários de campo com registro da percepção dos pesquisadores em cada entrevista. Quando retornado às mesmas pessoas idosas de 2016 em 2018 (complemento de entrevista), os participantes assinaram novo termo de consentimento e o material foi analisado em conjunto. A análise dos dados foi fundamentada no modelo de “*signos, significados e ações*” no qual se inverte a lógica usual: parte-se das ações dos sujeitos para aceder ao nível semântico como uma via de acesso privilegiado aos sistemas culturais²⁴. Empregou-se a perspectiva *êmica*¹⁹. A análise iniciou-se com a leitura em profundidade do material coletado para aproximação do contexto e das questões de interesse emergentes. Posteriormente, foram realizadas sucessivas leituras para identificar níveis de signos, significados e ações correlacionados ao tema. As codificações foram trabalhadas no software *Excel*: cada linha horizontal correspondia a um participante e as colunas foram organizadas a partir dos temas manifestos pelos interlocutores. Desse modo, o conteúdo de cada entrevista foi seccionado e organizado, o que possibilitou acessar as interpretações, examinar as relações entre os níveis e aprofundar a análise.

Esta pesquisa é parte do projeto “Fragilidade em idosos: percepções, mediação cultural, enfrentamento e cuidado”, aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto René Rachou – Fiocruz, sob o parecer nº 2141038/15. No decorrer de toda pesquisa respeitaram-se as Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Com vistas a assegurar o sigilo, os(as) entrevistados(as) foram identificados segundo o sexo (H para homens ou M para mulheres), seguido do número de ordenação e da respectiva idade.

Resultados

Os 22 participantes do estudo, 14 mulheres e oito homens, tinham em média 79 anos de idade. Foi frequente o relato de quedas, fraturas, perda de equilíbrio, fraqueza e dores, uso simultâneo de muitos medicamentos, multimorbidades (cardiopatias, diabetes, hipertensão, câncer, insuficiência renal), bem como limitações na visão e audição. Apesar de a maioria se considerar funcionalmente independente, todos(as) disseram vivenciar a ajuda de outras pessoas para manutenção de seu cuidado, de alguma maneira, - fosse pontual, transitória ou duradoura (parcial ou integral). Na maioria das vezes, o cuidado era prestado por um familiar.

Os(as) participantes percebem o processo de envelhecimento associado à fragilização e a consequente necessidade de ajuda como algo inexorável:

Não tem jeito de eu resolver (a idade) porque não melhora. (...) Bom? A gente não acha não, mas a gente tem que conformar. Porque a idade chegou, a doença chegou (...) não é só pra mim, é pra todo mundo. (M6, 89 anos)

Eu não saio sozinha mais, eu não vou porque tem dia que é muito difícil (...) os anos tá passando, a gente vai enfraquecendo (...) Depender dos outros é muito ruim (...) Eu entendi que eu não posso fazer mais nada. Agora tem que esperar (a ajuda do outro). (M13, 74 anos)

Na visão de interlocutores(as) ao vivenciar um processo de fragilização, a pessoa idosa que demanda cuidados é percebida, na sociedade, de modo predominantemente pejorativo, como nestes excertos:

Quem tem sua idade já avançada, não aguenta mais, não pode andar só. (...) É uma pessoa meio desprezada para falar a verdade, quando o outro tem que olhar. Ninguém dá valor à idade (...) Muitas vezes a gente (escuta): “- Ô, mulambo! - Ô pé na cova!”. (H10, 79 anos)

Aqui no bairro, eu não ando, porque a vida mudou muito. O povo não tem muito assim, carinho com as pessoas (...). Pode passar e te jogar no chão. (M5, 76 anos)

Quanto à dinâmica do cuidado, à análise emergiram três categorias principais: semiológicas, interpretativas e pragmáticas. Na primeira, os signos que anunciam a inevitabilidade de *ter que* receber cuidados de terceiros; a seguir, os significados do cuidado na visão de quem o recebe; e, finalmente, as ações estratégicas diante do cuidado recebido.

Os signos: *ter que* receber cuidados de terceiros

Dentre os signos identificados com o processo de fragilização destacam-se: *não dar conta de fazer, não ter condições de fazer, não aguentar*. Atribui-se essa perda da capacidade funcional prévia a: restrições a partir de um adoecimento; sintomas recorrentes; e, de modo mais difuso, ao avançar da idade.

O signo indicativo da necessidade de ajuda a partir da impossibilidade de prover sozinhos(as) diversos aspectos do cuidado foi “*tem que*”. *Ter que se limitar - não pode fazer* ou *não o(a) deixam fazer, não pode sair mais sozinho(a) - ter que pedir, ter que chamar, ter que se resguardar, ter que esperar pelo outro que possa fazer*, uma vez que se sabem incapazes de fazer sozinhos e de rejeitar a ajuda de terceiros. *Ter que ter um acompanhante para ir ao médico, ter que fazer muitos exames* transparecem a regularidade e intensidade de cuidados

com a saúde e a exigência de um acompanhante nas consultas e exames também reflete tal necessidade. Múltiplas vivências que prenunciam ser inescapável “*depende dos outros*”.

Os significados do cuidado

Os signos relativos a necessitar da ajuda de outrem adquirem significados diversos, que incluem desde o apoio dos familiares, a espera difícil pela ajuda, até a consciência da finitude. A dependência de cuidado também assume contornos ambivalentes. Muitos(as) entrevistados(as) sustentam que os familiares são suporte essencial para a continuidade de sua existência, tanto no âmbito afetivo, quanto no acesso a serviços e necessidades básicas, como neste relato:

Agora pra mim, o que me conforta é os filhos, os filhos muito bons, que me olha muito bem, que tem muito amor comigo, o marido também. (M6, 89 anos)

Contudo, no universo pesquisado, muitos(as) afirmam que receber cuidados de terceiros é incômodo e doloroso, como explica essa entrevistada:

Desde que eu caí... É chamar no interfone, trim, trim (sino), um copo de água tem que pedir. Isso eu não gosto não porque, eu acho que é incomodar os outros o tempo todo. (...) e agora não tem jeito mais. Eles que cuidam de mim. Eu não dou conta mais. (...) Eu acho isso doloroso, porque uma pessoa tem que ter ajuda em tudo. (M8, 93 anos)

Diante do imperativo *ter que ter ajuda*, mais um infortúnio é lidar com a (in)disponibilidade e o modo particular do outro realizar a atividade, como nestes excertos:

A gente encontra alguma dificuldade, principalmente pra sair de casa assim sozinho. A família já não quer mais que a gente saia sozinho, mas não deixa de ser uma repressão pra gente. (H12, 86 anos)

Ela (a filha) começou a fazer carinho demais em mim, e eu não falei com ela pra não aborrecer ela, mas... será que ela tá se despedindo de mim? (H7, 81 anos)

Assim, o cuidado pode ser interpretado como controlador e invasivo, bem como um prenúncio da finitude.

As ações estratégicas diante do cuidado recebido

Diante da vivência de perdas funcionais e de necessidade de cuidado de terceiros, alguns entrevistados(as) se limitam em determinadas tarefas, outros ficam mais restritos ao lar e enfatizam tentativas de não incomodar a outra pessoa, como explicam estes(as) idosos(as):

Eu canso, eu sinto cansaço (...)A velhice pesa, pode ter certeza que pesa, a gente não consegue fazer coisas que fazia, ou se fizer, faz mais comedidamente pra não poder ir à exaustão. (H9, 76 anos)

Mas eu tô levando assim... tá doendo? Tomo remédio que ele receitar, ou se não, eu paro de mexer um pouco, tem uma bolsa de água quente, outra hora... aquilo passa, e eu vou levando... não levo muito a sério não... é difícil demais.(...) Mas... tenho disposição... para as coisas... ela (a filha): “fica quieta”, o filho dela mais novo também “vovó, fica quieta”. Eu não paro, é o dia inteiro (M16, 83 anos)

Assim, no cotidiano investem em se manter ativos, sentir-se úteis na função de realizar cuidados a outros – seja ao cônjuge com maior dependência ou aos(as) netos(as) - e buscam a autonomia e a independência mesmo quando recebem cuidados. Para tanto, passam a: segmentar, substituir ou realizar a atividade em um ritmo compatível com a capacidade e condição de saúde atual; mas continuam envolvidos nas atividades cotidianas, a despeito da orientação dos familiares.

Muitos(as) entrevistados(as) reconhecem como um mal necessário ou como uma imposição os dispositivos de tecnologia assistiva para se manterem independentes. Outros lançam mão de recursos de tele entrega e atendimentos domiciliares. Contudo, uma das entrevistadas, que residia sozinha, relatou a dificuldade de pedir ajuda quando caiu e fraturou uma vértebra: *“Eu fui arrastando, no barro, vim aqui tomei banho, chamei um táxi e fui, eu e Deus, lá pro pronto socorro”* (M2, 72 anos).

Por outro lado, ao compreenderem um cuidado como invasivo, os(as) interlocutores(as) direcionam ações para manter sua autonomia, evidenciar o valor que possuem e as conquistas que tiveram no decorrer da vida, almejando, por isso, receber o devido respeito dos familiares. Face ao cuidado interpretado como negligente ou como prenúncio da finitude buscam se sentir úteis ou se apoiam na fé, como uma força espiritual transversal que interfere na dinâmica do cuidado - alento, intervenção, ajuda, cura, companhia e uma entidade divina cuidadora.

Outra forma de cuidado identificada por todos participantes é aquela relacionada a consultas, exames, procedimentos, tratamentos médicos e prevenção. Melhorar a alimentação, evitar preocupações, realizar atividades físicas, manter a saúde mental e a boa convivência também aparecem como ações para aliviar a necessidade de cuidados.

Alguns(mas) procuram práticas alternativas, na perspectiva de um tratamento integral, de qualidade e humanizado. Apesar disso, muitos(as) mencionam o cuidado por parte da maioria

dos profissionais de saúde como fragmentado, limitado e despreparado para lidar com uma pessoa idosa em processo de fragilização.

A falta de uma política de cuidados repercute no significado de *se resguardar* e influencia na relação com terceiros, conforme os recursos socioeconômicos. Esta mulher explicita:

Eu acho que pra quem é sem recurso, esse país é miserável (...) o idoso brasileiro sofre de uma marginalização. Não tem muitas atividades, não tem um programa específico de cuidado com ele. (...) A não ser que você possa pagar. Eu, por exemplo, frequento essa hidroginástica: só tem senhora velha, só tem gente mais idosa, mas você vê a população mais carente, muito desassistida. (M14, 78 anos)

Na percepção da entrevistada, as desigualdades sociais reforçam as dificuldades de acesso a recursos sociais, sanitários, ambientais, culturais em interface com as (im)possibilidades de cuidados. Os(as) entrevistados(as) com maior nível socioeconômico descrevem os recursos disponíveis no ambiente em que vivem que possibilitam a participação social em atividades de lazer, acesso à cultura e a redes sociais. Entrevistados(as) com menor nível socioeconômico demonstram o receio da violência: no ônibus, na rua, nas instituições. Para eles(as) restringir-se ao domicílio e *viver mais quieto* surgem como premissas para o autocuidado e elencam como seus principais recursos a família, a igreja, o cuidado com plantas e animais domésticos.

Discussão

Na percepção dos entrevistados, o processo de envelhecimento revela-se um peso que enfraquece a vida e com o qual é preciso se conformar – ficar mais discreto, mais limitado. Por sua vez, a maioria reconheceu a necessidade de cuidados a partir da vivência do processo de fragilização, do sofrimento experimentado e da certeza da sua cronicidade. Nesse sentido, o cuidado se revela uma estratégia para a preservação da saúde, que se relaciona a funcionalidade, independência e autonomia, bem como à capacidade de se adaptar a adversidades e a construir boas relações.

A perspectiva da fragilidade emerge de modo naturalizado, atribuída ao avanço da idade, à agudização de um problema médico e experienciada a partir da restrição de atividades²⁵. Todavia, ainda que se percebam naturalizadas a doença e a fragilização na velhice²⁶, a maneira como o cuidado é percebido e operacionalizado varia segundo os contextos socioculturais e econômicos.

No universo pesquisado, “*ter que*” revela toda a perda de poder, inclusive sobre si^{11,12}, anunciando ser inevitável depender dos outros em um contexto social igualmente frágil em recursos. Embora o declínio funcional não necessariamente afete a autonomia da pessoa idosa, o sentimento de despersonalização pode ocorrer quando ela não se vê envolvida nas decisões acerca de seu cuidado de saúde². “*Ter que*” remete a uma passividade, sendo visto como encargo social, que necessita do outro para manter sua dignidade e qualidade de vida. Deixar de ser ou deixar de fazer pode também gerar medo, insegurança e sofrimento¹³.

Pessoas idosas frágeis aceitam envelhecer, mas sustentam o interesse de permanecerem em seus domicílios, mais independentes possível e sem incomodar outras pessoas²⁷. A estratégia de investimento em sua existência se faz também pelo medo de ser um fardo e de ser discriminado pela sociedade.

Dentre as dimensões polissêmicas do cuidado encontram-se: funcionar como obrigação, direito e/ou afeto. Relacionamentos intergeracionais são socialmente construídos, sendo as pessoas idosas tanto provedoras e responsáveis pelos membros, quanto dependentes de seus parentes. Os(as) entrevistados(as) dizem aconselhar, se sentir uma referência, receber incentivos ligados ao seu autocuidado, mas também vivenciam divergências geracionais²⁸. A mesma pessoa que recebe cuidados pode cuidar de outros, inclusive de seu(a) cuidador(a)²⁹. O papel de cuidador é ambivalente: pode onerar alguém em processo de fragilização, pelo risco de deterioração da saúde³⁰, mas também pode ter impacto positivo na qualidade de vida, conforme discutido em outro estudo³¹.

Ter que receber cuidados pode ser interpretado como desagradável e incômodo devido à perda de controle sobre a própria vida; ao fortalecimento do estereótipo de dependente, por ocasionar sintomas depressivos. A pessoa que demanda cuidados se sente desamparada, incompetente e em dívida para com o(a) seu(sua) cuidador(a)³². Por sua vez, aqueles que moram sozinhos vivenciam outras formas de vulnerabilidade, como quedas, lesões corporais; e dificuldades de pedir ajuda quando precisam²⁷.

As sociedades urbanas modernas possuem uma pluralidade de serviços de saúde e, frequentemente, a pessoa doente busca múltiplas ajudas, acessa mais de um setor de uma só vez ou em sequência, importando-se mais com o alívio do sofrimento do que com a origem do

tratamento. Cada pessoa escolhe as formas de ajuda que considera apropriadas, o aconselhamento e o tratamento correspondente ao modelo explicativo⁹ que emprega. A maioria dos entrevistados relatou buscar melhores profissionais, mas condições socioeconômicas, nível de escolaridade, impossibilidades de acesso, contexto sociocultural e familiar, podem limitar tal recurso.

A consciência da finitude humana e da própria mortalidade revela-se imbricada ao processo de fragilização e à necessidade de cuidados. Para alguns(as) envelhecer pode significar a morte em vida, enquanto a possibilidade de dependência e os lutos antecipados são piores que morrer. Enquanto outros(as) demonstram não querer ter consciência da morte, com uma forte confiança na tecnologia e desejam continuar vivo³³. Na pessoa idosa frágil, o suporte social e poder se recriar, apesar das adversidades, dão sentido à vida são fundamentais²⁶.

A literatura aponta que as experiências de fragilidade em pessoas idosas variam conforme a condição de saúde, a participação em atividades físicas e sociais e refletem estereótipos comuns acerca da velhice - predominantemente negativos, mas que também podem auxiliar na obtenção de benefícios¹⁴. Com o avançar do envelhecimento já não é possível recalcar o corpo, que viola os valores da modernidade de produtividade, vitalidade, juventude, sedução, autocontrole e individualismo. Uma pessoa idosa que não se encaixa nas perspectivas de mercado vê-se empurrada para fora do campo simbólico e morre socialmente³⁴. Por sua vez, sua singularidade e história, apagadas em um corpo desfeito, vão sendo progressiva e definitivamente reduzidas ao estado de seu corpo – dependente para alimentar, lavar e cuidar de sua sobrevivência, relegado, escondido, esquecido e inútil⁸.

No âmbito do cuidado, a mudança dos papéis familiares, as perdas funcionais, a falta de habitabilidade do mundo e de reconhecimento social colocam a pessoa idosa em situação de dependência, abandono e sofrimento excessivos. Porém, depender do outro ainda pode ser um mecanismo que atribui significação à vida, e para que ocorra um acompanhamento solidário, a qualidade de vínculos significativos e a participação em todas as decisões referentes à própria vida são fundamentais¹².

O entorno social pode favorecer (ou não) a continuidade das atividades mesmo com limitações. Assim são adaptações às atividades realizadas: abandoná-las ou substituí-las; retomá-las; envolver-se em uma nova prática ou aumentar a participação em uma atividade já realizada⁷.

Para pessoas de idade avançada³⁵, a religiosidade e a fé aparecem como preparo para a morte ou aceitação da sobrevivência. Desamparado(a) pela sociedade, o(a) idoso(a) sente-se pessimista, desesperançado, percebe a negligência de familiares e a carência de serviços e políticas públicas. Esperar em Deus pode ser uma âncora em meio à concretude de (im)possibilidades de cuidados, um pilar, uma proteção, conexão ou milagre diante das situações pouco mutáveis²⁶.

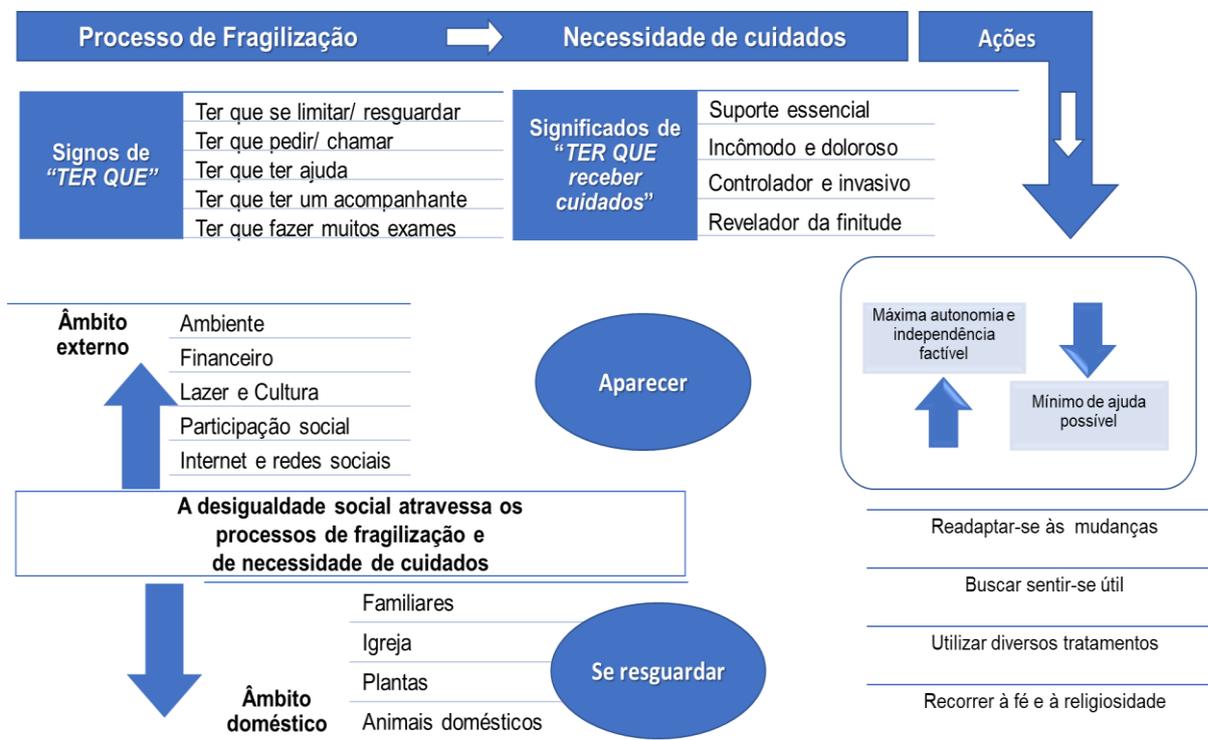
A fragilidade de vínculos, o desinvestimento em sua existência e a morte social¹² apresentam-se como uma realidade para pessoas idosas em processo de fragilização, especialmente aquelas com menor nível socioeconômico e se refletem nos territórios. De certo modo, nas mudanças urbanas coexistem ganhos e perdas de autonomia, valores tradicionais e modernos perpassam as interações sociais, favorecendo ou não a mobilidade e o medo da violência⁵. Nesta pesquisa, a desigualdade social atravessa as percepções acerca do cuidado. As barreiras arquitetônicas e o risco das ruas, a ausência de segurança física e social impactam subjetivamente e fragilizam o ser humano¹², de modo potencializado para a pessoa idosa, sendo que as pessoas em situação de pobreza lidam com a fragilidade ambiental, sociocultural, subjetiva, política e física. Assim, a promoção de um envelhecimento ativo ainda se apresenta distante da condição de vida de muitos brasileiros³⁶.

Diante de grandes desigualdades sociais, as pessoas com menor nível socioeconômico restringem-se ao âmbito doméstico e “resguardar-se” atravessa a necessidade de cuidados. As pessoas com melhor nível socioeconômico utilizam da visibilidade nos espaços públicos - investem recursos na manutenção da saúde física e mental, mantendo-se inseridas no contexto social.

Embora não tenham sido presenciadas durante as entrevistas, as narrativas remetem a algumas das várias formas de violência que afetam a qualidade de vida da pessoa idosa: urbana, estrutural, social, interpessoal, psicológica, simbólica, institucional, negligência e abandono³⁷. Essas violências estão presentes entre pessoas de diferentes status socioeconômicos, embora as maiores vítimas sejam idosos dependentes físicos, mentais e desprovidos de bens materiais³⁷.

Observa-se que, a experiência de fragilidade e a vivência do cuidado crônico não são apenas reflexos do processo patológico^{19,29,35}. A figura 1 traz uma síntese das contribuições deste artigo a partir da visão dos(as) interlocutores(as).

Figura 1: Interpretações da necessidade de cuidado na percepção de pessoas idosas em processo de fragilização



Fonte: As autoras.

Os resultados do presente artigo apontam para a percepção de pessoas idosas em processo de fragilização que se descobrem frágeis quando passam, dentre outros, a *ter que* esperar, *ter que* se resguardar e *ter que* ser cuidados. A necessidade de cuidados é vivenciada de modo predominantemente difícil, mas os(as) entrevistados(as) insistem em investir na sua autonomia, ainda que conscientes da própria finitude. Descobrem-se sem apoio de políticas públicas de cuidado, veem-se diminuídos e hostilizados pela sociedade e apelam para a fé na busca de alternativas que possibilitem sua recuperação ou, pelo menos, a sua sobrevivência digna.

A pesquisa evidencia que as diferenças de ações frente ao cuidado para pessoa idosa em processo de fragilização revelam desigualdades sociais. Nesse sentido, o presente trabalho tem como limitações não alcançar as múltiplas interseccionalidades de marcadores sociais como gênero, raça-etnia, classe, escolaridade - opressões que compõem as desigualdades sociais e territoriais. Ainda assim, ele reforça a necessidade da busca pela equidade e, por respostas articuladas e intersetoriais para assegurar a integralidade dos cuidados.

Considerações Finais

Observa-se que os modelos explicativos apresentados revelam uma visão peculiar de quem vivencia as limitações e as necessidades de cuidados. Dois sentimentos se mostram recorrentes: a resignação, quando naturalizam o processo vivenciado como próprio da idade e têm dificuldades de demandar cuidados; e a indignação, diante das reais impossibilidades e ausências de cuidados.

Nesse cenário, cumpre fomentar a inclusão social da pessoa idosa em processo de fragilização, mesmo quando restrita ao domicílio. A solidariedade e a oferta de políticas públicas mostram-se essenciais para a efetividade do cuidado a este segmento. Logo, escutar a voz da pessoa idosa em processo de fragilização é *conditio sine qua non* para o cuidado em saúde. Para alcançar a integralidade em saúde e para superar as fragilidades – biológicas, psicológicas e sociais - faz-se imprescindível considerar como sujeito o receptor de cuidados, em prol de uma velhice mais satisfatória, com dignidade, apoio e sentido.

A extensão da etapa da vida nomeada como velhice, a cronicidade dos quadros e a heterogeneidade de experiências não podem servir de instrumentos para reforçar os estigmas, invisibilizar a experiência e negar o direito a cuidados dessa população. É basilar o interesse da sociedade pela dignidade e qualidade de vida na velhice. Por outro lado, a escassez de citação da rede de apoio comunitária e de atenções institucionais de proteção a esse público evidencia que a velhice frágil permanece pouco visível e sinaliza a necessidade urgente de políticas públicas que subsidiem o autocuidado, a manutenção da autonomia, o suporte e o reconhecimento desses atores sociais.

REFERÊNCIAS:

1 Brunner EJ, Ahmadi-Abhari S, Modelling the growing need for social care in older people. *The Lancet*. 2018; 3: e447.

2 D'Avanzo B, Shaw R, Riva S, Apostolo J, Bobrowicz-Campos E, Kurpas D, Bujnowaka M, Holland C. Stakeholders' views and experiences of care and interventions for addressing frailty and pre-frailty: a meta-synthesis of qualitative evidence. *PloS One*. 2017; 12 (7): e0180127.

- 3 Berglund H, Hasson H, Kjellgren KI, Wilhelmson K. Effects of a continuum of care intervention on frail older persons' life satisfaction: a randomized controlled study. *Journal of Clinical Nursing*. 2015; 24 (7-8): 1079-1090.
- 4 Kleinman A. Care: in search of a health agenda. *The Lancet*. 2015; 386 (9990): 240-241.
- 5 Barros MML. A velhice na pesquisa socioantropológica brasileira. In: Goldenberg M (Org.). *Corpo, envelhecimento e felicidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2011. p. 45-64.
- 6 Uchôa E. Contribuições da Antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. *Cadernos de Saúde Pública*. 2003; 19 (3): 849-853.
- 7 Caradec V. Sexagenários e octogenários diante do envelhecimento do Corpo. In: Goldenberg M (Org.). *Corpo, envelhecimento e felicidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001. p.21-44.
- 8 Le Breton D. *Antropologia do corpo*. Rio de Janeiro: Vozes, 2016.
- 9 Helman CG. *Cultura, saúde e doença*. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- 10 Organização Mundial De Saúde. *Resumo Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. Genebra, Suíça, 2015.
- 11 Tomkow L. The emergence and utilisation of frailty in the United Kingdom: a contemporary biopolitical practice. *Ageing & Society*. 2018; 1-18.
- 12 Goldfarb D. Velhices fragilizadas: espaços e ações preventivas. In: *Velhices: reflexões contemporâneas*. São Paulo: SESC: PUC, 2006. p. 73-85.
- 13 Silva EP, Nogueira IS, Labegalini CMG, Carreira L, Baldissera VDA. Perceptions of care among elderly couples. *Rev. bras. geriatr. gerontol*. 2019; 22(1): e180136.
- 14 Warmoth K, Lang IA, Phoenix C, Abraham C. 'Thinking you're old and frail': a qualitative study of frailty in older adults. *Ageing & Society*. 2016; 36 (7): 1483-1500.
- 15 Dury S, Dierckx E, Vorst AVD, Van Der Elst M, Fret B, Duppen D, Hoeyberghs L; et al. Detecting frail, older adults and identifying their strengths: results of a mixed-methods study. *BMC Public Health*. 2018; 18 (1): 191.
- 16 Archibald MM, Ambagtsheer R, Beilby J, Chehade MJ, Gill TK, Visvanathan R, Kitson AL. Perspectives of frailty and frailty screening: protocol for a collaborative knowledge translation approach and qualitative study of stakeholder understandings and experiences. *BMC Geriatrics*. 2017; 17 (87): 2017.
- 17 Minayo MCS. O imperativo de cuidar da pessoa idosa dependente. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2019; 24 (1): 247-252.
- 18 Lima-Costa MF, Peixoto SVP, Malta DC, Szwarcwald CL, Mambrini JVM. Cuidado informal e remunerado aos idosos no Brasil (Pesquisa Nacional de Saúde, 2013). *Revista. Saúde Pública*. 2017; 51 (supl. 1): 6s.

- 19 Uchôa E, Vidal JM. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. *Cadernos de Saúde Pública*, 1994; 10 (4): 497–504.
- 20 Corin E. The cultural frame: context and meaning in the construction of health. In: Amick III, B.C. et al. (Ed.). *Society and health*. Oxford: Oxford University Press. 1995. p.272-304.
- 21 Kaufmann JC. A entrevista compreensiva: um guia para pesquisa de campo. Petrópolis, RJ: Vozes; Maceió, AL: Edufal, 2013.
- 22 Geertz C. A Interpretação das Culturas. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, LTC, Antropologia Social, 213p, 1989.
- 23 Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa*. 2017; 5 (7): 1-12.
- 24 Corin E, Uchôa E, Bibeau G. Articulation et variations des systèmes de signes, de sens et d'action. *Psychopathologie Africaine*. 1992; 24 (2): 183-204.
- 25 Organização Mundial da Saúde Como usar a CIF: Um manual prático para o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Versão preliminar para discussão. Genebra, Suíça, 2013.
- 26 Silveira DR, Giacomini KC, Dias RCF, Firmo JOA. A tessitura da resiliência em idosos, a reinvenção de si “apesar de”. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. 2018; 21 (3): 312-319.
- 27 Verver D, Merten H, Robben P, Wagner C. Perspectives on the risks for older adults living independently. *British Journal of Community Nursing*. 2017; 22 (7): 338-345.
- 28 Côrte B; Ferrigno JC. Programas Intergeracionais: Estímulo à integração do idoso às demais gerações. In: Freitas EVF; Py L. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Kogan, 4ª ed., 2017, p. 3399-3415.
- 29 Fleischer S, Franch M. Um dor que não passa: aportes teóricos-metodológicos de uma Antropologia das doenças compridas. *Revista de Ciências Sociais*. 2015; 42: 13-38.
- 30 Chen F, Mair CA, Bao L, Yang YC. Race/Ethnic differentials in the health consequences of caring for grandchildren for grandparents. *J Gerontol B Psych Sci Soc Sci*. 2015; 70 (5): 793-803.
- 31 Horsfall D, Blignault I, Perry A, Antonopoulos, P. Love stories: understanding the caring journeys of aged greek carers. *Health Soc Care Community*. 2016; 24 (2): 194-202.
- 32 Kwak M, Ingersoll-Dayton B, Burgard S. Receipt of care and depressive symptoms in later life: the importance of self-perceptions of aging. *J Gerontol B Psych Sci Soc Sci*. 2014; 69 (2): 325-335.
- 33 Giacomini KC, Santos WJ, Firmo JOA. O luto antecipado diante da consciência da finitude: a vida entre os medos de não dar conta, de dar trabalho e de morrer. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2013; 18 (9): 2487-2496.

34 Rodrigues JC. Tabu da morte. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. (Antropologia e saúde).

35 Saillant F, Genest S. Introdução. In: Saillant F, Genest S. (Orgs). Antropologia Médica: ancoragens locais, desafios globais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, p.19-36.

36 Araújo MT, Velloso IC, Ceci C, Purkis ME. Caregiving for the elderly person: discourses embedded in the brazilian practical guide for the caregiver. *Journal of Aging & Social Policy*, 2017.

37 Minayo MCS, Almeida LCC. Importância da Política Nacional do idoso no enfrentamento da violência. In: Alcantara AO, Camarano AA, Giacomini KC (Orgs.), Política nacional do idoso: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2016. p.435-456.

5.3 Artigo “Minha vida é me cuidar’: itinerários terapêuticos de cuidado para a pessoa idosa frágil”

"My life is to take care of myself": therapeutical itineraries of care for the frail elderly

"Mi vida es cuidándome": itinerarios terapéuticos de atención al anciano fragilizado

Itinerários terapêuticos de idosos frágeis

RESUMO

Objetivo: Compreender a percepção de idosos(as) frágeis sobre seus itinerários terapêuticos de cuidados. **Método:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, ancorada na Antropologia Médica Crítica. A coleta dos dados ocorreu junto a participantes do estudo FIBRA, Fragilidade em Idosos Brasileiros, do polo Belo Horizonte, Minas Gerais. Foram entrevistadas, no domicílio, 22 pessoas idosas, com média etária de 79 anos. A análise *êmica* foi guiada pelo modelo dos Signos, Significados e Ações. **Resultados:** Todos os(as) entrevistados(as) fazem algum tipo de tratamento com profissionais da saúde e medicamentos e os discursos da medicina são recorrentes em sua trajetória de cuidados. Esse cuidado profissional recebe diferentes interpretações: insuficiente, despreparado, preconceituoso, incômodo, contraditório, (in)acessível, um achado, respeitoso e excessivo. Os itinerários terapêuticos revelam-se também nos âmbitos psicossociais e culturais. Diversas ações do dia a dia vão sendo avaliadas e interpretadas no registro do cuidado consigo e justificadas por esse fim: o horário em que acorda, em que dorme, o que come, como se comporta. São muito frequentes interpretações como: zelar por uma boa convivência; não abusar da saúde; sentir-se útil; ter religiosidade; recorrer a tratamentos informais; participar socialmente; ter cautela nas ruas e ônibus. Em suas trajetórias, deparam-se com a falta de políticas de cuidados, com o enquadramento de seus corpos como indesejáveis, com barreiras físicas, simbólicas, comunicacionais, atitudinais, sistemáticas, culturais e políticas, transparecendo dificuldades de acesso ao cuidado integral e longitudinal, e também com a naturalização da velhice como doença e o ageísmo. **Considerações finais:** Os(as) entrevistados(as) revelam o pluralismo terapêutico, os desafios, os enfrentamentos, a insistência e a resistência na manutenção de cuidados ao experimentar velhices com fragilidades. Espera-se que os resultados contribuam para que o raciocínio clínico e científico considere também as experiências de adoecimento e as forças macrosociais na compreensão do cuidado.

Palavras-chave: Saúde do Idoso. Antropologia. Idoso Fragilizado. Cuidados Culturalmente Competentes. Comportamento de Procura de Cuidados de Saúde.

Introdução

O envelhecimento populacional acompanhado pelo aumento da idade da população envelhecida é, no âmbito do indivíduo, marcado por relações de dependência e autonomia, que se refletem na demanda por cuidados de longa duração¹ e requerem uma participação mais efetiva da pessoa². Essa situação ainda é desconsiderada na sociedade brasileira^{1,3}. Assim, é prioritário

compreender as necessidades de cuidados e as estratégias na perspectiva dos(as) idosos(as) frágeis e desenvolver modelos de cuidados baseados em seus desejos e no contexto em que vivem^{2,3}.

A experiência de cuidado é uma construção individual e coletiva, produto de processos políticos que podem prevenir ou acelerar o sofrimento⁴. Nessa leitura do biopoder e da biopolítica, o cuidado de si é possibilidade de enfrentamento enquanto um processo ético e de liberdade direcionado à produção da própria vida, entrelaçado à dimensão interpessoal e política⁵. Faz-se fundamental conhecer a experiência atentando-se à autonomia, especialmente no contexto de cuidado com fragilidade na velhice¹, além de considerar o poder de fala e a capacidade de ação⁴.

A perspectiva socioantropológica considera a pluralidade de saberes e práticas na gestão do cuidado cotidiano⁶ e os modelos explicativos são úteis para analisar o processo por meio do qual o indivíduo encontra sentido, interpreta e guia suas ações⁷. Os itinerários terapêuticos desvelam as necessidades de saúde, tendo como foco a experiência de usuários(as)^{3,6}. Especialmente entre idosos(as), ainda são escassos os estudos sobre os modos práticos, pelos quais compreendem o processo e constituem o sistema de cuidados com a saúde⁷. Esse conhecimento pode contribuir para a qualificação da assistência, para a compreensão do comportamento em relação aos cuidados e para a articulação de ações mais efetivas^{3,6}.

Ademais, na velhice, a fragilidade é multidimensional e demonstra-se correlacionada aos domínios físicos, psicológicos, sociais, ambientais, do curso de vida e aos determinantes sociais e econômicos⁸⁻¹⁰ e, na literatura, tampouco se sabe sobre a rede de cuidados acessada por idosos(as) frágeis¹⁰. Nesse sentido, o objetivo deste estudo é compreender a percepção de idosos(as) frágeis sobre seus itinerários terapêuticos de cuidados.

Método

Esta pesquisa qualitativa ancora-se no referencial teórico-metodológico da Antropologia Médica Crítica^{7,11-13}. Nessa abordagem, compreende-se que o acometimento à saúde é uma experiência em que os fatores culturais são centrais, uma vez que moldam comportamento, cuidado, diagnóstico e tratamento^{7,11}. Essa orientação debruça-se sobre a saúde, a doença e o corpo, estando interessada pela experiência de vida das pessoas e sua subjetividade¹¹. Nesse sentido, historiciza e descentra o saber biomédico, ao ultrapassar a dicotomia e captar a

coprodução entre biologia, cultura e tecnologias que manipulam a vida¹². Nessa perspectiva, *disease* é a patologia na visão médica, biológica; *illness* é a experiência humana, psicossocial da doença; enquanto *sickness* considera a posição na sociedade e outras forças macrossociais: econômica, política, cultural e institucional. Trata-se de aspectos indissociáveis, não reduzíveis um ao outro, mas em constante interação no fenômeno saúde-doença^{3,7,11}.

A coleta de dados aconteceu por meio das entrevistas compreensivas, com roteiro semiestruturado com os temas percepções acerca da saúde, do envelhecimento, da fragilidade, do cuidado e das estratégias utilizadas face a essas temáticas – recursos comunitários e pessoais. A seleção dos(as) participantes foi intencional, realizada a partir do banco de dados da linha de base do estudo multicêntrico Fragilidade em Idosos Brasileiros (FIBRA), do polo de Belo Horizonte, Minas Gerais¹⁴. Os critérios de inclusão visaram uma maior heterogeneidade dos participantes quanto a idade, sexo, condição funcional e território. Foram excluídas pessoas que não estivessem em condições físicas e cognitivas de responder à entrevista. O agendamento das entrevistas no domicílio foi feito via contato telefônico. As dificuldades em localizar os participantes se deram devido a mudanças de número telefônico e óbito. Não houve recusas à participação. Com média de uma hora de duração, as entrevistas foram realizadas por pesquisadores(as) com formação na área da saúde e especialização em envelhecimento. O encerramento das entrevistas teve como critério a qualidade, a quantidade e a intensidade dos dados coletados que permitissem a aproximação da complexidade do fenômeno¹⁵.

As entrevistas foram gravadas e transcritas. No diário de campo, registrou-se a percepção dos(as) pesquisadores(as). A análise dos dados foi fundamentada no modelo de “*signos, significados e ações*”, no qual se inverte a lógica usual: parte-se das ações dos sujeitos para aceder ao nível semântico como uma via de acesso privilegiado aos sistemas culturais¹⁶. Empregou-se a perspectiva *êmica*¹¹. A análise iniciou-se com a leitura em profundidade do material coletado para aproximação do contexto e das questões de interesse emergentes. Posteriormente, foram realizadas sucessivas leituras para identificar níveis de signos, significados e ações. As codificações foram trabalhadas no software *Excel*, possibilitando examinar as relações entre os níveis. Desse processo, emergiram categorias que foram para o *Word* para aprofundar as análises.

Esta pesquisa é parte do projeto “Fragilidade em idosos: percepções, mediação cultural, enfrentamento e cuidado”, aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto René Rachou – Fiocruz, sob o parecer nº 2141038/15. Os(as) participantes assinaram ou registraram suas impressões

digitais no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Com vistas a assegurar o sigilo, os(as) entrevistados(as) foram identificados segundo o sexo (H para homens ou M para mulheres).

Resultados e discussão

Os(as) participantes do estudo residem em Belo Horizonte, capital de Minas Gerais, Sudeste do Brasil, com uma população de 2.523.794 habitantes, em 2017. Em 2010, o município alcançou o resultado de 0,810 no Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, mas com grande desigualdade social (Índice de Gini 0,60). A taxa de envelhecimento no município estava em 8,67% e a esperança de vida ao nascer, em 76,7 anos¹⁷.

O município dispõe de um Índice de Vulnerabilidade em Saúde (IVS) de suas microrregiões que considera as condições de saneamento, habitação, escolaridade, renda, condições de saúde e idade do(a) chefe de família¹⁸. Este indicador identifica iniquidades em setores censitários e aponta áreas prioritárias para intervenção de serviços sociais e de saúde, inclusive para a população idosa. As áreas com maior IVS possuem piores condições de saúde e a probabilidade de terem usuários exclusivos do Sistema Único de Saúde foi cinco vezes maior que na de menor risco¹⁸. Ainda há concentração de serviços de média e alta complexidade das redes pública e privada na região Centro-Sul, onde se localiza a área hospitalar, o que configura uma desigualdade no espaço e na oferta de serviços¹⁹.

Assim, a distribuição dos(as) 22 participantes nas regiões do município está apresentada na [Figura 1](#). Para ampliar a compreensão do cenário, segue a caracterização dos(as) participantes no [Quadro 1](#).

Figura 1: Mapa do município de Belo Horizonte/MG, com IVS por bairros representado pela cor e distribuição geografia dos participantes identificada por pontos.

M5	76	Reside com dois netos, mas tem mais uma filha que residem no mesmo lote (com três netos). Viúva, tem sete filhos (três faleceram).	Fazia faxina até os 70 anos porque não era aposentada.	Histórico de quedas e fratura.
M6	89	Reside com esposo. Três filhos revezam para estarem presentes.	Aposentadoria (faxineira e costureira)	Histórico de cirurgia de apêndice, vesícula. Atualmente zumbido na cabeça, perna bamba e nervo.
H7	81	Reside com a esposa. Tem três filhos.	Aposentadoria (bancário e graduado em direito)	Vírus da hepatite, cirurgia de hérnias, alteração da pressão e obstrução no ouvido.
M8	93	Reside atualmente mora com uma sobrinha cuidadora profissional. Solteira, morava sozinha.	Aposentadoria (professora)	Três quedas [Parkinson].
H9	76	Reside com a esposa e um filho. Tem dois filhos.	Aposentadoria (engenheiro mecânico automotivo)	Diabetes, neuropatia, operação de catarata, dor lombar e reposição de vitamina B12.
H10	79	Reside com cônjuge e uma filha, mas tem mais duas filhas que residem no mesmo lote. Possui oito filhos.	Aposentadoria (carteiro)	Remédio de tireoide, relata histórico de zozzeira, nervosismo, dor de cabeça e etilismo.
M11	86	Reside com duas filhas, uma trabalha e a outra é acamada, tem cuidadora profissional em casa. Viúva, tem 12 filhos (duas morreram).	Aposentadoria (professora)	Histórico de artrose que limita o movimento, recente conjuntivite e início de pneumonia.
H12	86	Reside sozinho e paga duas cuidadoras por período integral. Separado e tem oito filhos.	Aposentadoria (administrador de estrada)	Nove anos em diálise, histórico de 11 cirurgias e fratura de fêmur.
M13	74	Reside com cônjuge e uma filha, mas tem mais duas filhas que moram no lote. Tem oito filhos.	Beneficiária do Benefício de Prestação Continuada (diarista)	Diabetes com restrição alimentar e dificuldade de cicatrização – relata ferida que demorou dez anos para cicatrizar, levou à internação e limitação da funcionalidade.
M14	78	Reside com o esposo. Tem três filhos.	Aposentadoria (professora de nível superior, graduada em psicologia)	Colocou <i>stent</i> no coração.
M15	83	Reside com o esposo (dependente), no mesmo lote mora um filho.	Trabalha na feira vendendo salgado. (Não informou acerca de seguridade social)	Em tratamento oncológico e necessita de cirurgia de hérnia.
M16	83	Reside com a família de uma filha há 10 anos. Viúva, tem três filhos. Morava no interior até a morte do marido.	Não informa.	Fratura no ombro, dor no corpo, problema na coluna cervical – lordose, tratamento de pressão e colesterol.
H17	86	Reside com a esposa e uma filha com necessidades especiais. Possui três filhos. Uma filha mora próximo.	Aposentadoria (arquiteto e engenheiro)	Demência de Alzheimer, estágio inicial.
H18	69	Reside com a esposa. Tem quatro filhos e seis netos.	Não informa.	Trata de Leucemia Mielóide Crônica e fez cirurgia de próstata.
M19	74	Reside com esposo. Tem três filhos casados.	Aposentadoria (técnico de enfermagem em hospital)	Relata um pouco de insônia.
M20	72	Reside com esposo (frágil). No momento da entrevista havia dois filhos, nora, netos e amigos de netos.	Não informa. Cuida do marido e das atividades domésticas.	Queixa de equilíbrio
M21	74	Reside com um irmão com sofrimento mental.	Aposentadoria (não detalha atividade profissional)	Problema de coração

H22	74	Reside com a esposa e três filhas. As filhas ajudam nas contas, no pagamento do convênio de saúde.	Aposentadoria (teólogo)	Perdeu 50% de uma visão e 90% da outra decorrente de toxoplasmose materna. Hipertensão.
-----	----	--	-------------------------	---

* Elementos da configuração familiar. Aspectos complementares: Três casais foram entrevistados: H3 e M4; H10 e M13; M14 e H7.

Dentre os 22 participantes, 16 especificaram o meio pelo qual acessam os serviços de saúde: nove são usuários exclusivos do SUS, dentre esses quatro relataram pagar particular alguns procedimentos ou consultas com especialistas; e sete afirmam ter convênio médico, participar de cooperativas ou cooperadoras de serviços de saúde.

Fonte: elaborado a partir dos dados da pesquisa.

Os aspectos macrosociais são um pano de fundo, em que ocorre o processo de cuidados. Este entrevistado explica:

(Eu) já fiz onze cirurgias, fora as pequenas que eu não conto (...) meu dia a dia é médico e hemodiálise (risos). (...) eu fico um terço do dia deitado, porque é bom pra recuperar também. O resto eu fico sentado na sala, vendo uma televisão. Se for preciso ir ao banco, eu vou. (...) Então a minha vida é me cuidar (...) muitos novos não se cuidam como eu me cuido. (H12)

Os(as) participantes relatam acessar Centros de Saúde (CS), Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e consultas particulares com especialistas, conforme a sua possibilidade. Também disseram vivenciar a ajuda de outras pessoas para manutenção de seu cuidado, de maneira pontual, transitória ou duradoura (parcial ou integral) e buscar diferentes recursos para se cuidar. A percepção dos itinerários terapêuticos foi organizada em duas categorias: “Remédio bom para curar não tem”, abordando a percepção da trajetória assistencial, e “Vicissitudes do processo de cuidado”, que contempla múltiplas ações na busca por cuidado.

“Remédio bom para curar não tem”

Todos(as) os(as) entrevistados(as) afirmaram usar frequentemente serviços de saúde e medicamentos para tratamentos, diagnósticos e prevenção, e essa trajetória assistencial recebe diferentes interpretações, conforme o Quadro 2.

Quadro 2: Interpretações das pessoas idosas em processo de fragilização sobre trajetórias assistenciais. Belo Horizonte/ Minas Gerais.

Trechos	Significado
---------	-------------

<p>Ele [o médico] disse que <u>isso aí eu vou ter que aguentar. Eu já operei os dois ombros, não adiantou nada porque eu tenho artrose. (...) Tô com o joelho aqui, o Doutor C2 enxerga ele mais inchado que esse. Tem dia que ele tá sim. Desgaste, mandou operar e por prótese aqui. Eu não estou com vontade nenhuma. <u>Vai que depois piora, eu já vi duas pessoas que pioraram, não aguentam andar.</u> (M2)</u></p>	Insuficiente
<p>É Deus que cuida do idoso <u>porque esperar pela medicina é um fracasso pelo idoso, a não ser que tenha muito dinheiro e eu não tenho. Confio no Deus e tô de pé, se não tava numa cadeira de roda.</u> Fui fazer uma Raio X eu não tava aguentando ficar pra fazer. Fui obrigada a fazer aquilo sentindo dores horríveis. Parece que a fratura até abriu mais. São <u>profissionais (...) que não têm preparo para mexer com idoso machucado.</u> (...) Eu <u>tenho um médico cardiologista. Ele é idoso, ele sabe da minha fragilidade. Chega lá, ele não me trata de igual para igual, ele se sente novo, mas acho que é mais velho do que eu</u> (M5)</p>	Despreparado
<p>Se a gente vai no médico, ele <u>não pergunta pra mim o que que eu tô sentindo, ele pergunta pras meninas [filhas]. Se eu vou sozinha eles nem me consulta. ‘Sabe que a senhora tem que ter uma pessoa, um acompanhante?’ Eu sei o que que eu tô sentindo, preciso da acompanhante falar pra mim!?</u> Mas é o jeito deles né!? <u>Eles acham que a gente não sabe ou inventa que tá sentindo uma coisa,</u> qualquer coisa, ‘- Ah mas tem que ter uma acompanhante’... – como se a gente fosse uma criança e <u>eu não gosto que me trata assim,</u> porque a gente vai só baixando cada vez mais, a gente vai vendo que não tá valendo de nada, que a gente não tá sabendo nada, que sei lá, que a gente não tá falando a verdade, não sei, <u>ser pessoa velha não é bom não!</u> Não é bom! Igual se eu fosse <u>talvez uma pessoa velha que frequentasse um clube, que fosse assim, que saísse, que fosse num parque uma coisa assim, talvez seria melhor,</u> mas eu não vou em lugar nenhum (...) aí eu falei com o médico [do Centro de Saúde], pedi o médico: - <u>“Eu tô precisando é do Geriatra”.</u> Ele disse – Mas o quê? Senhora anda rasgando dinheiro? <u>Eu falei não. – A senhora tá perdendo o caminho de casa? Eu falei assim não. – Então senhora precisa não, a senhora tá precisando de Geriatra não.”</u> (M13)</p>	Preconceituoso
<p>(...) a rua passa, do lado de cima é um lote vago com um tanto de mato e do lado de baixo é o asilo, e ela ali sentada, falei oh que que será, que que ela já passou na vida? Pra tá ali daquela maneira, <u>será que a família não a quis? Será que ela é tão ruim que a família não a quis?</u> Ser em casa, pôs ela lá, porque ela não tá assim velhinha, não ela tá velha, mas tá assim uma velha corpulenta, que que ela tá fazendo ali? E eu fiquei com isso na cabeça, pensando, <u>como que a vida é ingrata, como que o fim da vida nós não sabemos como é que vai ser.</u> (...) falar eu quero ficar velha e ir para o asilo, eu vou falar, vai <u>não gente, vai não!</u> Lá é um pra si, cada um pra si. (M13)</p>	Incômodo
<p>(...) esse remédio tá um estragando outro sabe? Então eu mesma parei. Falei eu não vou tomar isso e vou fazer o que for melhor pra mim, então <u>eu vou diminuir excesso de trabalho, de medicamento, e vou me policiar mais.</u> (...) <u>É</u> eu que tenho que saber se eu tô sendo bem assistida com aquele medicamento, se está me fazendo bem ou me fazendo mal (M5)</p>	Contraditório
<p>Fui fazer uns exames. Fui na UPA ali fazer um exame de sangue e deu anemia. Aí a médica do SUS pegou os exames, mas médico de SUS você já viu... É uma coisa muito demorada. Aí a médica mesmo da UPA falou ‘é bom a senhora conversar com a sua família e cada um ajuda e vai pagar o exame de sangue’. Aí minhas irmãs juntaram tudo, cada uma deu um tanto, fiz os exames de sangue. Os exames deram tudo baixo, mas tudo baixo. Aí eu falei ‘nossa mãe!’. Fui ao cardiologista, elas pagaram o cardiologista pra mim (...) aí mandou tomar um remédio lá, tomei um remédio, falou</p>	(In)acessível

que era pra eu procurar um hospital do SUS pra fazer o controle. Eu fui fazer o controle (...) medindo a pressão o dia todo. (M1)

Eu comecei a entender o idoso, quando eu comecei a frequentar médicos, devido a coluna, começou aqueles problemas da idade e cada médico fala uma coisa, “Há não tem jeito”, “Isso não tem jeito porque é da idade”, aí encontrei uma fisiatra que falou: - Não! A senhora precisa tratar para senhora chegar a uma velhice saudável. Aí eu já me alegrei né porque eu tinha 62 anos. (...) então ali eu comecei a fazer, buscar vários tratamentos, com vários profissionais e eles né, pouco faziam caso, porque o idoso ele é muito assim, desprezado dentro do quadro (...).É nesse momento, que ele se acha, que é velho que o médico falou, o médico falou. (...) E os médicos fala isso sempre, com o paciente. E o paciente acredita. Só que eu não fui na dele. Eu fui procurar alguém que pudesse falar melhor comigo. (M5)

Um achado

Esse médico que eu gastei o que não tinha pra poder pagar esse médico por causa dessa perna (...) me indicaram um médico (...) ai eu fui de ônibus, ter cuidado pros zoto não esbarrar na minha, que os ônibus no centro é muito cheio, mas fui lá no médico... cuidou de minha perna (...) dava aquela casca eu corta e ela abria, não podia cortar. Aí eu tornei ir lá, mais 250 cada consulta, eu não tinha esse dinheiro, mas eu consegui (M13)

Eu gostaria de acrescentar que eu não tenho plano de saúde, e o posto de saúde nosso, que o posto P. eu sou muito bem recebido. Tenho tido muito sucesso em todos os problemas que eu já tive com eles assim de atendimento, eu acho que sou muito bem respeitado. (H3)

Respeitoso

Porque eu tive, primeiro o negócio da hepatite, e depois o negócio do câncer, p..., hepatite B então essas hipóteses (...) então qualquer coisa ela [a filha] quer saber, manda para o hospital pra fazer exame, faço exame pra caramba.” (H7)

Então eu só, minha médica é ela, muitos anos, que eu to só com ela, e tenho me dado muito bem, saúde controlada, é eu fiz 52 exames, a pedido dela (...) então você vê eu cuido da saúde, dessa forma, seis e seis meses eu vou ao médico, tudo que tem, tudo que eu sinto eu relato ela me encaminha pra outros profissionais se for o caso. (...) Você vai tomar esse remédio aqui pra colesterol. Mas doutora, colesterol é de menino. – Não pra evitar, pra proteger seu coração por causa da idade (risos). A gente vê as coisas acontecendo. Toda vez que eu vou lá, ela tá me dando mais um remédio. Tem hora que eu tomo, tem hora que eu não tomo. Não são remédios pra curar a doença, são remédios pra proteger. Por causa da idade, a gente percebe isso. Então é isso, tamo vivendo. (H9)

Excessivo

Fonte: Produto desta pesquisa, grifos nosso.

As interpretações dos(as) protagonistas relevam, na maioria das vezes, experiências de itinerários terapêuticos incertos, com idas e vindas pela rede de cuidados, em longos e complexos caminhos em que falta humanidade e sobra demora no atendimento das demandas. Mas há também aqueles(as) que conseguem acesso, sentem-se acolhidos; os(as) que buscam melhor atendimento, vivenciam limitações de recursos e buscam complemento na família; e os(as) que avaliam estarem submetidos a um tratamento excessivo.

Os modelos explicativos apontam a necessidade de um maior investimento na qualidade da assistência e na comunicação interpessoal. Semelhante aos dados desta pesquisa, os sistemas de saúde fragmentados respondem mal à crescente população idosa frágil^{20,21}. Ainda que o cuidado integral e integrado pudesse aumentar a qualidade de vida, a satisfação, e melhorar a experiência de cuidados e diminuir custos²¹, observa-se o desrespeito à fala do(a) idoso(a) e sua exclusão das conversas acerca das decisões sobre sua saúde¹⁹.

No diário de campo, registra-se o itinerário terapêutico que deflagra aspectos envoltos na percepção da entrevistada quanto ao cuidado recebido por profissionais. Ela se queixa de “cirurgias malfeitas”, nervo, perna “bamba” e de um zumbido: “é uma zoeira na cabeça (...), parece que tem uma panela de pressão (...), não para (o zumbido), não para, é dia inteiro, a noite inteira” (M6), e acrescenta:

É só Deus, só Deus (...) A gente faz a parte da gente e eles estudou, eles sabem receitar. Vai empaliando, empaliando a vida, prolongando a vida mais (M6)

O filho da entrevistada passa na cozinha onde a entrevista estava acontecendo e repreende a mãe. Afirma que ela não pode parar os medicamentos e os acompanhamentos médicos (Diário de campo M6, maio/2018).

Desse modo, os itinerários terapêuticos também evidenciam a dimensão relacional e cultural com os familiares e com os profissionais. A medicina é um saber oficial sobre o corpo, na maioria das sociedades ocidentais capitalistas, e a lógica hegemônica anatomista dessacraliza, objetiva e fragmenta o corpo²².

Para a M2, enquanto ela vivencia a artrose/*disease* e a prescrição de diversas cirurgias/*disease*; no seu corpo, sente a dor/*illness*, o medo da ineficiência/*illness* e teme efeitos adversos do tratamento/*illness*, e a possibilidade de não conseguir acesso ao tratamento necessário/*sickness*. Desse modo, sua experiência é relatada como uma contingência da velhice com fragilidade com a qual ela precisa lidar.

Nesta pesquisa, exames e medicamentos são interpretados como necessários e fundamentais e também como excesso, além de insuficientes e contraditórios. Lê-se, nesse âmbito, a medicalização da vida, que se apresenta como um campo heterogêneo de objetivos, táticas e

estratégias que impõem discursos de verdade sobre saúde e vida, maximizando o número de consumidores²³.

A literatura aponta como consequência da medicação uma tendência de as pessoas se afastarem da responsabilidade com o seu estado de saúde¹², afastamento impossível na interpretação dos(as) interlocutores(as). Diversas ações do dia a dia são avaliadas e interpretadas no registro do cuidado consigo e justificadas por esse fim: o horário que acorda, que dorme, o que come, como se comporta. Observa-se também, nos(as) entrevistados(as) com recursos socioeconômicos e imersos na lógica de mercado e do sistema privado de saúde, uma busca reiterada de solução de ordem técnica que, em algumas situações, se apresenta no excesso de medicamento¹² e de exames.

Em outra pesquisa com idosos(as) com doenças crônicas, 9,2% relatam desejo de realizar menos consultas médicas; 23,3% consideram os procedimentos úteis e 14,7% como indesejáveis²⁴. No Brasil, o medicamento assume importante papel no cotidiano de cuidados, conciliado com uma cultura que dissemina o dialeto farmacêutico e o naturaliza como a solução dos problemas²⁵. A marcada desigualdade social, o escasso investimento em saúde pública, o alto consumo de produtos farmacêuticos e o acesso da maioria a um vasto número de medicamentos sem receita são práticas banalizadas no país¹³.

Observam-se críticas por parte dos(as) interlocutores(as) ao tratamento disponibilizado e ao qual recorrem: “mas remédio bom pra curar não tem, mas a gente vai vivendo a vida!” (H10). Interpretam que, apesar do acesso recorrente e da gama de recursos prescrita, inexistente um tratamento resolutivo para sua situação. Contudo, seguem vivendo, revelam a singularidade e os potenciais efeitos iatrogênicos da intervenção profissional e do uso de medicamentos decorrentes das suas comorbidades, alteram prescrições e investem em construir itinerários terapêuticos alternativos.

De modo geral, os(as) entrevistados(as) manifestaram querer escolher dentre as opções de tratamento, ponderando seus interesses, apesar da indicação médica. Semelhante ao apresentado pelos(as) protagonistas deste estudo, discute-se o despreparo dos serviços de saúde para o cuidado com os(as) idosos(as)^{20,21}, a falta de motivação dos profissionais para esse cuidado⁹ e a escassez de cuidados geriátricos e gerontológicos^{20,21}.

Os(as) entrevistados(as) reconhecem a UPA como porta de entrada para acesso a consultas e exames, enquanto no CS realizam o acompanhamento longitudinal e de doenças crônicas.

Diante das (im)possibilidades de acesso, o(a) idoso(a) investe em construir uma trajetória, mas depende de recursos financeiros quando precisa pagar para ter acesso a especialistas, equipe multiprofissional exames e medicamentos. E essa demanda progressiva de cuidados pode ser adiada por serem suporte para seus familiares⁹.

Os(as) interlocutores(as) expressam vivenciar preconceitos, reconhecidos pelas pesquisadoras como ageísmo que ocasionam piora na qualidade de vida da população²⁶. A dificuldade de acesso a serviços sociais e de saúde para idosos(as) frágeis aparece em pesquisas qualitativas em nível internacional entre idosos(as) poloneses(as)²¹, belgas⁹ e canadenses²⁰.

Semelhante às narrativas, os(as) idosos(as) frágeis percebem a insuficiência dos serviços ofertados, frustração com a longa espera pelo atendimento e falta de apoio formal^{9,20,21}. Evidenciam, assim, um sistema pouco adequado às suas necessidades, comprometendo sua qualidade de vida^{20,21}. A alusão à necessidade de acesso à avaliação geriátrica (M5) e à melhora do cuidado prestado no CS são contemplados em outros artigos^{20,21}. São conhecidas na literatura a vivência de preconceito etário; sensação de abandono por parte do sistema de saúde e dos(as) profissionais; a inadequação do pessoal à demanda; e a ausência de confiança nos cuidados^{9,20}.

Vicissitudes do processo de cuidado

Existem múltiplas ações percebidas como itinerários de cuidado pelos(as) entrevistados(as), conforme Quadro 3.

Quadro 3: Ações de cuidados em saúde pessoas idosas em processo de fragilização. Belo Horizonte/ Minas Gerais.

Narrativas
<p>O que eu faço? Ah eu tomo uns <u>remédios</u> pra dor, faço umas <u>ginasticazinha</u>, ponho umas <u>bolsas de água quente</u> (...) <u>Eu me cuido assim, igual eu te falei, ficando em casa, eu procuro os médicos, eu tomo meus medicamentos</u> (...) <u>minha alimentação</u> eu acho que não é ruim, é boa sabe? que graças a Deus dá pra mim comprar um derivado de leite (...) eu gosto de ver televisão até tarde, porque eu posso levantar mais tarde, porque eu não tenho sono cedo, entendeu? e aí vou levando minha vidinha aqui, tranquila (...) a hidroginástica, tem que pagar né, é preferível esperar ter o dinheiro (...) <u>Eu mesmo cuido de mim</u>. (...) <u>fazendo as coisas que eu gosto</u> (...) É as vezes alguém tá chateado, as vezes se for conversa cê acaba, maltratando aquela pessoa, eu gosto de ficar na minha. É bom né você afastar dessas a coisa que fazem você ficar chateado, não vou tirar isso da minha vida, cê fala isso, fica no seu canto quietinho, e oh vai mentalizando aquilo oh, é quando você tiver qualquer coisa, você faz isso pra você vê. [P: Mas isso nos protege?] E: Protege e você melhora. Depende da sua fé né? da</p>

sua coragem, você conversa com você mesmo, com Deus e pede proteção, porque nós temos que ter uma proteção e Deus é um só, e ele não desampara seus filhos não! (M2)

Eu ando, subo escada, só não faço corrida porque a idade não permite (...) eu procuro alimentar bem, seguir os preceitos médicos, fazer as caminhadas, algum tipo de lazer, eu passeio. Quando posso, vou ao teatro, uma comédia, ao cinema, pouca coisa e gosto de futebol na televisão. (...) Então não fumo. Procuro me dar bem com todas as pessoas principalmente do prédio. Eu convivo bem com todo mundo, todo mundo me respeita. (...) Eu ia pro sítio, eu viajava pra lá à noite sem problema, chegava lá, jogava baralho, tomava a cervejinha, tomava uma pinguinha, fumava um cigarrinho de palha. Churrasco, digamos, sem limites. Mas isso de uns 15 anos pra cá, eu praticamente isolei tudo, e todo homem que preza pela sua saúde tem que fazer isso, porque só vai acumulando problema pra pessoa. (H3)

Nada melhor que a saúde espiritual (...) para o idoso excelente medicamento é ter amigos, conversar, falar (...) quando eu posso, eu vou na igreja (...) se você sabe que sua idade não permite você tomar esse medicamento ou fazer o que você faz, não faça! O idoso tem que policiar (...) não é que você está velha, mas é que chegou o tempo das limitações querendo o u não (...) Tem aquele medicamento que se eu não tomar eu vou dar prejuízo para os outros e pra mim, então eu tenho que tomar (...) eu procuro sempre ter minha garrafinha de água do meu lado, ter uma televisão para eu vê (...) evitar tabagismo, álcool (...) procurar um alimento saudável (...) procurar sempre dormir bem (...) obedecer as normas do corpo (...) fazer uma higiene mental (...) a atividade física é ótima, é muito bom a caminhada (...) volto imediatamente e no mais, aqui no bairro eu não ando, porque também a vida mudou muito o povo não tem muito carinho com as pessoas, não tem muita coisa assim, pode passar te jogar no chão. (M5)

Eu fui na farmácia, procurei um remédio homeopático, comprei o remédio, porque quando a alopatia não tem recurso, a gente deve procurar na homeopática. Porque, eu entendo um pouco, já usei remédio homeopático, não como exclusividade, eu tomo o necessário os alopáticos também, quando não tem recurso, a gente procura a homeopatia (...) o cuidado pra não subir uma escada que possa escorregar (...) Não gosto de ficar preso aqui dentro de casa, gosto de sair, conversar, encontrar com os amigos, bate papo tomar uma cervejinha, não é que eu tô idoso, que eu vou deixar de fazer isso, talvez eu seja o mais velho deles, mas eles me aceitam como jovem, o papo flui, as brincadeiras as piadas as discussão de futebol (...) agora quando o ambiente é um ambiente sadio um ambiente bom aonde as pessoa que você convive também te estimula né!? As atividades físicas e intelectuais, você começa a ganhar força, é claro, aqui em casas meus filhos me ajudam muito nessa parte, sabe, - Papai livro bom, lançaram, na Netflix uma serie muito boa.(...) o ambiente que você vive te leva a ser positivo ou negativo, e outra coisa o convívio também não é só familiar não eu convívio social (...) você tem que sair você tem que passear, vamos ali, vamo fazer isso, me ajuda a fazer isso né!? (H9)

Mas eu to levando assim... tá doendo, tomo remédio que ele receitar, ou se não, eu paro de mexer um pouco, tem uma bolsa de água quente, outra hora ... aquilo passa, e eu vou levando... não levo muito a sério não, sabe, ... é, é difícil demais. (M16)

Eu acho que a gente, pra chegar nesta idade, assim bem, eu acho que é ter paciência, ter uma convivência, procurar evitar tudo aquilo que possa nos aborrecer, não sofrer por antecipação (...) Então é isso que sempre procuramos fazer: viver uma vida tranquila, dentro da nossa realidade. E uma boa alimentação também é muito importante. Não ter vícios como bebida, cigarro, não ter vícios assim, de comida também, nós comemos uma comida mais leve, mais adequada para o nosso organismo. E, se possível, praticar exercícios, fazer uma caminhada, fazer um pilates pra fortalecer a musculatura, isto é muito importante. E... Ter o cuidado ao andar, para evitar cair- isso é muito perigoso na nossa idade. (M19)

E eu não tenho... possibilidade hoje, de sair daqui, e ir lá, ajudar a minha mãe – porque, eu não posso pegar um ônibus, porque o ônibus, os passageiros não vão me liberar (...) Não vou te dar um lugar para você chegar a determinado lugar, saudável. Aí eu já chego cansada, esgotada. (...) mamãe tava aqui (...) ela tem 96 anos, é saudável, ela parou de fazer caminhada, e tudo, por causa da idade, mas por causa dos acontecimentos da rua (...) Aqui no prédio tenho boa aceitação. Todos me respeitam. (...) Então tem que ter amor, tem que ter carinho, tem que ter um meio de locomover (...) uma alimentação saudável (...) tem que dar esperança de vida (...) Vestir do jeito que o idoso gosta de vestir. Música do jeito que o idoso gosta. Então, a convivência, em tudo. E não desrespeito. Por exemplo, dentro do ônibus, o pessoal não respeita o idoso. De jeito nenhum! Maltrata... Nos hospitais, a mesma coisa. (M20)

Eu adoeci em 2007. Tive um problema grave de coração, tive internada, fui desenganada. (...) fui bem medicada, ótimos médicos me atenderam e também comigo - tem uma coisa que eu dou imenso valor, que é a parte espiritual: eu faço tratamento espiritual, cirurgia espiritual. E deu excelentes resultados. (...) é uma ajuda aos médicos. (M21)

Fonte: elaborado a partir dos dados da pesquisa, grifos nossos.

No início das entrevistas, os itinerários terapêuticos são nomeados de modo adaptado ao definido pelo saber biomédico. Esse discurso hegemônico é apropriado e reinterpretado pelos(as) interlocutores(as) em uma tradução que eles(as) fazem sobre as doenças e suas compreensões de saúde. Ao longo da entrevista as ações de cuidado se demonstram abrangentes, fluidas, entrelaçadas, diversas, com aspectos psicossociais e culturais. São muito frequentes interpretações como ações nos itinerários terapêuticos: zelar por uma boa convivência, não abusar da saúde e sentir-se útil, ter religiosidade; ter companhias; ser tranquilo e honesto; evitar tristeza, rancor, raiva e preocupação. Aparecem ainda questionamentos acerca da sociedade em que estão inseridos(as), relacionados a cautelas na rua, no ônibus, a estarem participativos socialmente e a ações de mentalização.

Concomitantemente ao saber profissional biomédico e alopático, os(as) entrevistados(as) recorrem a tratamentos informais, seguindo conselhos, autotratamentos, buscando a homeopatia e a cirurgia espiritual. As terapias ou práticas alternativas são geralmente utilizadas para complementar a medicina tradicional, seja para relaxamento, melhora da mobilidade, alívio da dor, promoção da saúde ou bem-estar geral. Observa-se a circularidade cultural do discurso em uma amarração complexa entre recomendações até a decisão final que faça ou não sentido para a pessoa. Essa conexão englobando o uso de produtos naturais, homeopatia, procura por curandeiros, práticas mentais e corporais, música, exercícios, remédios caseiros e orações é apresentada em outro estudo²⁷.

Nas crenças acerca do cuidado, os(as) idosos(as) procuram se sustentar investidos(as) na sua capacidade de realizar as atividades cotidianas (fazer compras, dirigir, cuidar da casa, lavar roupa), como um recurso de cuidado para manter sua independência^{2,10,24}, criando meios para contornar a situação, tais como realizar pausas para continuar a ser capaz de executar uma atividade mesmo com dor⁸.

Os(as) interlocutores(as) relatam a importância de obedecer às normas e limites do corpo; ações de higiene corporal; manutenção do sono; mensuração cotidiana da pressão; uso de dispositivos adaptativos quando necessário; preocupação com a aposentadoria e ter um plano para essa etapa

da vida. Quanto ao exercício físico, afirmam que ele sempre esteve presente como atividade braçal ou profissional cotidiana (carregar trouxa de roupas, fazer faxina, andar longas distâncias), mas agora recebe a denominação de “atividade física”, assimilada a partir das falas dos profissionais de saúde.

As ações realizadas na juventude são interpretadas como causas da falta de saúde na velhice: “*Não pegar muito peso. Faz mal é dormir com a cabeça molhada*” (M13). Alguns(mas) ainda incluem em seu modelo explicativo como fatores de impacto em sua vivência atual, na velhice, andar na chuva, pegar friagem, trabalhar até muito tarde e não obedecer às normas do corpo. Há diversos mitos associados à velhice, sendo as dificuldades progressivas consideradas decorrentes do envelhecimento, dos comportamentos na juventude e das condições prejudiciais de trabalho. Responsabiliza-se, assim, a própria pessoa pela falta de cuidado, como se fosse possível deixar de ser velho, caso fossem seguidas as orientações médicas²⁸.

Na nossa pesquisa, aparece a dificuldade com escadas e o receio de sair na rua. Sabe-se que as relações sociais são essenciais ao ser humano, especialmente com fragilidade⁸. Há urgência de melhorar o apoio aos(as) cuidadores(as) familiares e de ambientes amigáveis²⁰, bem como ofertar suporte para o envelhecimento no domicílio atentando-se não somente às questões físicas, mas também ambientais, psicológicas e sociais²⁸, pois muitas necessidades de cuidados não são atendidas².

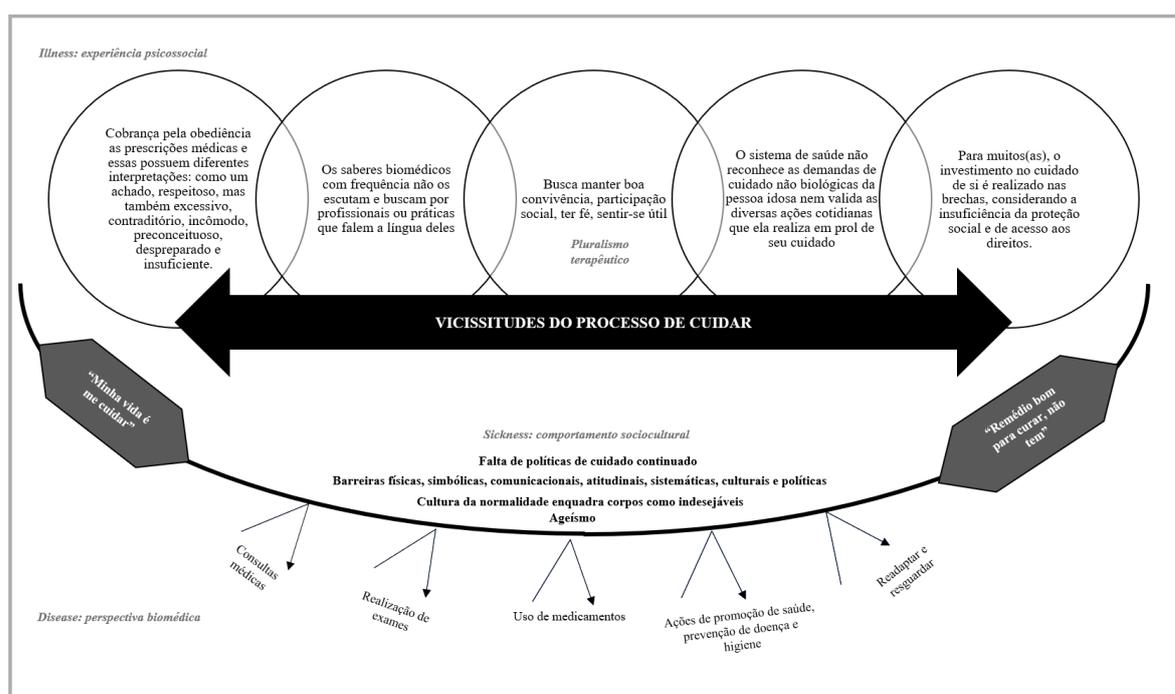
A literatura reconhece que os sentimentos, enfrentamentos e experiências (*illness*) são frequentemente desconsiderados apesar de serem mais importantes que a doença (*disease*), sobretudo em idosos(as) frágeis que, muitas vezes, experimentam sintomas como perda da funcionalidade, solidão, ansiedade, medo de cair, baixa qualidade do sono, dor e a complexidade da interação de múltiplas situações³.

O campo biopolítico se revela nas tecnologias de controle dos corpos (alimentação, atividade física, mudança de hábito) que operam a conscientização dos sujeitos em nome da qualidade de vida sustentando a lógica do capitalismo e do liberalismo²³. Por sua vez, a forma instrumental, padronizada, que dicotomiza corpo e alma, também é questionada, bem como toda forma de dominação do saber biomédico hegemônico, por desconsiderar as interações, invenções e a produção da vida na relação consigo mesmo e com o outro⁵. A disciplinarização dos corpos impõe condutas, ainda que as ações não sejam eficazes e as vidas concretas escapem à

normatização, pois inventam, resistem⁴ demonstrando como o cuidado de si é um trabalho direcionado à produção da própria vida para toda a vida⁵.

Pesquisas com idosos(as) frágeis revelam uma preferência cultural por intervenções formais de saúde e assistência social lideradas por profissionais, porém, ultrapassam-nas, incluindo dentre as ações de cuidado o envolvimento em atividades físicas, psicológicas e sociais no cotidiano. Tarefas domésticas, exercícios, ler livros, usar a internet, manter a identidade profissional e participar de grupos aparecem como intencionais para o autocuidado e para prevenir a fragilidade²⁹. As vicissitudes destes itinerários terapêuticos são sintetizadas na Figura 2.

Figura 2: Vicissitudes dos itinerários terapêuticos realizadas pelas pessoas idosas em processo de fragilização. Belo Horizonte/ Minas Gerais.



Fonte: elaborado a partir dos dados da pesquisa.

“*Minha vida é me cuidar*” esclarece que com o envelhecimento com fragilização já não é mais possível recalcar o corpo, que transgredir os valores da modernidade de produtividade, vitalidade, juventude, sedução, autocontrole e individualismo. Valores esses que tendem a reduzir progressivamente e definitivamente o(a) idoso(a) ao estado de seu corpo²². Reforçada pela ausência de escuta e pelas barreiras encontradas na sua trajetória por cuidado, a pessoa em processo de fragilização explicita que *“Remédio bom para curar não tem”*.

As barreiras/*sickness* não se limitam somente a um sistema, um nível político ou um tipo de serviço, mas a um campo amplo que se refere ao cuidado a idosos(as) frágeis⁹, ao ageísmo presente também nos serviços e políticas públicas e na ausência de cobertura de cuidados de longa duração e apoio à família²⁶. A experiência de cuidado no processo de envelhecimento com fragilidades evidencia que existem muitas maneiras de estar e vivenciar o corpo e o mundo, e uma delas é um corpo com impedimentos – ignorado pela cultura da normalidade, que enquadra esse corpo como indesejável. Essa discussão denuncia não se tratar de uma tragédia pessoal e atenta para necessária indagação moral e bioética³⁰.

Uma limitação deste estudo é a intersubjetividade na produção de dados, os(as) entrevistadores(as) foram identificados(as) desde o TCLE como pesquisadores(as) e profissionais de saúde, contudo como ponto forte observa-se que o espaço de escuta foi acolhido pelos(as) interlocutores(as) e utilizado para compartilharem a sua experiência. Este artigo não esgota a possibilidade de significações dos diversos itinerários que os(as) entrevistados(as) trilham, mas visa trazer luz a um saber ignorado “dos imponderáveis”¹², configura-se como testemunha de múltiplas ações de atores sociais que seguem a vida se cuidando ainda que em um cenário de desigualdades, discriminação e violação dos direitos.

Considerações Finais

“Minha vida é me cuidar” é o reflexo do protagonismo da pessoa idosa no seu processo de cuidado, em tecer a própria rede, considerando as quase intransponíveis barreiras. Reafirma-se, portanto, o imperativo de manter o(a) idoso(a) frágil no centro de seu cuidado, discutir trajetórias possíveis e acessíveis para esse público e implementar uma linha de cuidado que lhe possibilite ser escutado e assistido em todos os pontos da rede, considerando as diferentes experiências e as soluções inventivas que constroem frente ao sofrimento, contra o assujeitamento e pelo direito de existir.

É necessário efetivar a prioridade na formulação de políticas de proteção social determinada no Estatuto do Idoso, bem como de propostas comunitárias e intersetoriais para intervir nos determinantes sociais, na precarização da vida e nas desigualdades, mobilizando ações conjuntas em prol de um cuidado integral. Espera-se que os resultados contribuam para que o raciocínio clínico e científico considere também as dimensões da *illness* e *sickness* na compreensão do cuidado.

Referências

1. Alcantara AO, Camarano AA, Giacomini KC (Orgs.), Política nacional do idoso: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2016.
2. Abdi S, Spann A, Borilovic J, Witte L, Hawley M. Understanding the care and support needs of older people: a scoping review and categorisation using the WHO international classification of functioning, disability and health framework (ICF). *BMC Geriatr.* 2019; 19: 195.
3. Rikkert MGM, Melis RJF, Cohen AA, Peeters GMEE. Why illness is more important than disease in old age. *Age and Ageing* 2022; 51: 1–6.
4. Foucault M. *Ditos e Escritos V. Ética, Sexualidade e Política.* Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.
5. Fassin D. O Sentido da saúde: antropologia das políticas da vida. In.: Saillant F, Genest S (Orgs). *Antropologia Médica: ancoragens locais, desafios globais.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012, p.375-390.
6. Pinheiro R, Gerhardt TE, Ruiz ENF, Junior AGS. O “estado do conhecimento” sobre os itinerários terapêuticos e suas implicações teóricas e metodológicas na Saúde Coletiva e integralidade do cuidado. In: Gerhardt TE, Pinheiro R, Ruiz ENF, Junior AGS. *Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde.* Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ-ABRASCO, 2016, p.13-26.
7. Kleinman A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Soc Sci Med.* 1978; 12: 85-93.
8. Duppen D, Machielse A, Verté D, Dury S, Donder LD, D-Scope Consortium. Meaning in Life for Socially Frail Older Adults. *J Community Health Nurs.* 2019; 36(2): 65–77.
9. Fret B, Donder LD, Lambotte D, Dury S, Van Der Elst M, Witte N, et al. Access to care of frail community-dwelling older adults in Belgium: a qualitative study. *Prim Health Care Res Dev.* 2019; 20: e43.
10. King L, Harrington A, Linedale E, Tanner, E. A mixed method thematic review: health related decision making by the older person. *J Clin Nurs.* 2018; 27(7-8): e1327-e1343.
11. Uchôa E, Vidal JM. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. *Cad Saúde Pública,* 1994; 10(4): 497–504.
12. Lock M. Antropologia médica: indicações para o futuro. In.: Saillant F, Genest S (Orgs). *Antropologia Médica: ancoragens locais, desafios globais.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012, p.427-453.
13. Leibing A. Sobre a Antropologia Médica, e Muito Mais... o corpo saudável e a identidade brasileira. In.: Saillant F, Genest S (Orgs). *Antropologia Médica: ancoragens locais, desafios globais.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012, p.123-138.

14. Vieira RA, Guerra RO, Giacomini KC, Vasconcelos LSS, Andrade ACS, Pereira LSM et al. Prevalência de fragilidade e fatores associados em idosos comunitários de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: dados do estudo FIBRA. *Cadernos de Saúde Pública*. 2013; 29: 1631-1643.
15. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista Qualitativa*. 2017; 5(7): 1-12.
16. Corin E, Uchôa E, Bibeau G. Articulation et variations des systèmes de signes, de sens et d'action. *Psychopathol Afr*. 1992; 24 (2): 183-204.
17. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Belo Horizonte. 2021. <http://www.atlasbrasil.org.br/perfil/municipio/310620>.
18. Braga LS, Macinko J, Proietti FA, César C, Lima-Costa MF. Diferenciais intra-urbanos de vulnerabilidade da população idosa. *Cad. Saúde Pública*. 2010; 26(12): 2307-2315.
19. Maas LW, Faria EO, Fernandes JLC. Segregação socioespacial e oferta de serviços de saúde na Região Metropolitana de Belo Horizonte em 2010. *Cad. Metrop*. 2019; 21(45): 597-618.
20. Giguere AM, Famanova E, Holroyd-Leduc J, Straus SE, Urquhart R, Carnovale V, et al. Key stakeholders' views on the quality of care and services available to frail seniors in Canada. *BMC Geriatr*. 2018; 18(1): 290.
21. Kurpas D, Gwyther H, Szwarnel K, Shaw RL, D'Avanzo B, Holland CA, et al. Patient-centred access to health care: a framework analysis of the care interface for frail older adults. *BMC Geriatr*. 2018; 18: 273.
22. Le Breton D. *Antropologia do corpo*. Rio de Janeiro: Vozes, 2016.
23. Rabinow P, Rose N. O conceito de biopoder hoje. *Política & Trabalho. Revista de Ciências Sociais*. no. 24 Abril de 2006, p. 27-57
24. Tinetti M, Costello DM, Naik AD, Davenport C, Hernandez-Bigos K, Liew JRV, et al. Outcome goals and health care preferences of older adults with multiple chronic conditions. *JAMA Network Open*. 2021; 4(3): e211271.
25. Leibing A, Engel C; Carrijo E. Life through Medications Dementia Care in Brazil. *ReVista Havard Review Latin America*. 2019; 18(2).
26. Giacomini KC, Boas PJFV, Domingues MARC, Wachholz PA. Caring throughout life: peculiarities of long-term care for public policies without ageism. *Geriatr Gerontol Aging*. 2021; 15:e0210009.
27. Hmwe NTT, Browne GT, Mollart L, Allanson V, Chan SW. Older people's perspectives on use of complementary and alternative medicine and acupressure: a qualitative study. *Complement Ther Clin Pract*. 2020; 39: 101163.

28. Souza GA, Giacomini KC, Firmo JOA. A necessidade de cuidado na percepção de pessoas idosas em processo de fragilização. *Cad Saúde Coletiva*. No prelo 2021.
29. Bujnowska-Fedak MM, Gwyther H, Szwamel K, D'Avanzo B, Holland C, Shaw R, et al. A qualitative study examining everyday frailty management strategies adopted by Polish stakeholders. *Eur J Gen Pract*. 2019; 25(4): 197-204.
30. Diniz B, Barbosa L, Santos WR. Deficiência, direitos humanos, justiça. *SUR, Rev Int Direitos Humanos*. 2009; 6(11): 65-77.

5.4 Artigo “As relações de cuidado na perspectiva de cuidadores(as) de pessoas idosas em processos de fragilização”

Care relationships from the perspective of caregivers of elderly people in a weakening process

Relaciones de cuidado desde la perspectiva de los cuidadores de personas mayores en un proceso frágil

Resumo:

Objetivo: Compreender as relações de cuidado na perspectiva de cuidadores(as) de pessoas idosas em processos de fragilização. **Método:** Pesquisa qualitativa, ancorada no referencial teórico-metodológico da Antropologia Interpretativa e Médica. 10 cuidadores(as) foram entrevistados no domicílio. A análise *êmica* foi guiada pelo modelo dos Signos, Significados e Ações. **Resultados:** À análise emergiram quatro categorias analíticas: 1) A relação de cuidado configura-se como um vínculo de confiança, com suporte nas atividades de vida diária como auxílio para manutenção de tratamento, na mobilidade, em ser companhia, consolar e animar. 2) As emoções descritas pelos(as) interlocutores(as) são de carinho, satisfação, cansaço, estresse, sobrecarga e medo de agravamento e de erro. 3) As dificuldades aparecem na ausência de formação para cuidar, nos constrangimentos das rotinas de higiene, na ausência de cumprimento de direitos trabalhistas, na falta de acessibilidade e de recursos materiais, nas relações familiares e na interpretação das ações da pessoa cuidada como teimosia. 4) O afeto; a intimidade; o “jeitinho”; a presença de outras pessoas; ter recursos como taxi, barras de apoio e telefone; a percepção de realizar um bom trabalho e a participar de grupo de apoio são elementos transversais que auxiliam no cuidado. **Considerações finais:** Os(as) cuidadores(as) revelaram um envolvimento moral, mas também ético e emocional. Evidenciam um cenário em que é fundamental reconhecer e enxergar as pessoas idosas e implementar políticas de cuidado com ações comunitárias e intersetoriais.

Palavras-chave: Antropologia. Cuidadores. Idoso Fragilizado.

Fontes de financiamento

CAPES (Código 001); CNPq, bolsa de produtividade (Processo 303372/2014-1) e FAPEMIG (APQ-00703-17).

Introdução

O aumento da longevidade quando acompanhada de perdas funcionais faz crescer a demanda de cuidados¹⁻⁷. A crescente prevalência da síndrome multifatorial da fragilidade^{8,9} requer melhorar os cuidados de longa duração e as redes informais e formais de cuidado¹⁰. Sabe-se que cuidadores(as) são essenciais no empoderamento de idosos(as) frágeis^{8,11}. Porém, o

envelhecimento populacional ocorre com déficit de cuidado, número insuficiente de cuidadores(as), escasso apoio às famílias, despreparo de profissionais e de serviços, além da insuficiência de políticas públicas configurando-se uma preocupação definir a força de trabalho que se dedicará a cuidar das pessoas idosas^{1-5,11,12}.

O envelhecimento populacional reorienta a dinâmica familiar transformando principalmente a mulher em cuidadora, de modo integral, solitário e sem remuneração^{2,3,11}. No Brasil, a maioria dos(as) cuidadores(as) é familiar, com mais de 50 anos^{1,3,9,10} e, quando há presença do(a) profissional, geralmente possui pouca formação e trabalha em condições precárias¹. Nesse cenário, o trabalho doméstico, gratuito ou remunerado, é atravessado por questões de gênero, classe e raça¹²⁻¹⁴. E tanto as pessoas idosas quanto os(as) cuidadores(as) são afetados(as) por vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas, com precarização das condições de vida e de saúde^{1,2} tornando-os(as) esquecidos(as), desvalorizados(as) e invisibilizados(as)^{2,3}. Sendo necessário repolitizar o cuidado¹⁵ de modo globalizado para além da oposição entre formal e informal¹².

Reafirma-se o trabalho como categoria ontológica indispensável para manutenção e reprodução da vida humana¹⁶. Nessa perspectiva, o cuidado configura-se preponderantemente como um trabalho vivo^{16,17}, uma atividade humana dependente de tecnologias leves, com graus de liberdade e implicação dos(as) protagonistas¹⁷. Diante disso, o cuidado é um acontecimento, um ato, uma atitude, uma prática, uma relação ética e política; que possui as dimensões relacionais, corporais, técnicas, emocionais, cognitivas, sexuais justapostas e ocorre com interseccionalidades^{12,14,18}. As descrições androcêntricas não contemplam amplamente o cuidado em suas diferentes facetas, pois a sociedade se vale de provedores(as) de cuidado, mas nega seu lugar, deixando-os(as) nos bastidores¹⁹ fazendo-se necessário compreender os aspectos envoltos no cuidado³. A Antropologia inspira a pensar os circuitos e os diversos fios que tecem o cuidado; as múltiplas maneiras de trabalho concreto, os significados socioculturais, valores e afetos na apreensão do cuidado¹¹. Observa-se que é raro a perspectiva de cuidadores(as) acerca da relação de cuidados em pessoas idosas em processo de fragilização⁸. Portanto, considera-se importante compreender como cuidadores(as) vivenciam a relação intersubjetiva e o cuidado^{3,11}, especialmente no contexto de fragilidade⁹. Interessa-se por conhecer a complexidade de prestar cuidados, identificar as estratégias que utilizam²⁰ e entender a experiência de cuidadores(as) para gerar informações que visem apoiá-los^{11,21},

planejar suporte, retaguarda dos serviços de saúde^{2,7}, vislumbrar melhor condição de cuidado⁹ e subsidiar políticas públicas³.

Desse modo, este artigo objetiva compreender as relações de cuidado na perspectiva de cuidadores(as) de pessoas idosas em processos de fragilização.

Método

Essa pesquisa qualitativa ancora-se no referencial teórico-metodológico da Antropologia Interpretativa e Médica^{22,23}. Compreende que é por intermédio dos padrões culturais que o ser humano encontra sentido, interpreta e guias suas ações²³. Assim, desvela a ordem social metaforizada no biológico e lê o processo cultural sem estar míope às dimensões sociais e políticas do adoecimento evidenciando as relações de poder; a relação entre o capitalismo e a sociedade; a luta por direitos humanos e por justiça social²².

A seleção foi realizada a partir do banco da linha de base do estudo FIBRA do polo de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil²⁴. Realizaram-se contatos telefônicos para agendamento da entrevista com os(as) cuidadores(as) no domicílio por critério de conveniência. As preferências de conciliar o horário com a rotina de cuidados foram acolhidas. Não houve recusa à participação. Com média de 42 minutos de duração, as entrevistas foram realizadas por pesquisadores(as) com formação na área da saúde e especialização em envelhecimento. As entrevistas foram gravadas e transcritas.

A coleta de dados aconteceu por meio das entrevistas com roteiro semiestruturado buscando compreender as percepções da condição de saúde, do envelhecimento, da fragilidade, do cuidado, as estratégias utilizadas (recursos comunitários e pessoais); se encontram alguma dificuldade nas ações que compõem o cuidado, como lidam com elas no cotidiano e de que modo resolvem ou minimizam essa dificuldade; além de inquirir sobre a existência de apoio de outras pessoas ou instituições e explorar as ações que realizam fora desse âmbito de cuidar. O encerramento das entrevistas teve como critério a qualidade, a quantidade e a intensidade dos dados coletados, ao permitir evidenciar a complexidade do fenômeno e possibilitar a imersão no universo sociocultural²⁵.

A análise dos dados foi fundamentada no modelo de “*signos, significados e ações*” partindo das ações para aceder ao nível semântico como uma via de acesso privilegiado aos sistemas culturais²⁶. Empregou-se a perspectiva *êmica*²³. A análise iniciou-se com a leitura em profundidade do material coletado. Foram realizadas sucessivas leituras para identificar níveis de signos, significados e ações relacionados ao tema. As codificações foram trabalhadas em planilha no *software Excel*. Desse modo, o conteúdo de cada entrevista foi seccionado e organizado, o que possibilitou acessar as interpretações e examinar as relações entre os níveis. As colunas foram extraídas para o *Word* para aprofundamento das análises e compiladas nas categorias analíticas.

Esta pesquisa é parte do projeto “Fragilidade em idosos: percepções, mediação cultural, enfrentamento e cuidado”, aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto René Rachou – Fiocruz, sob o parecer nº 2141038/15. Antecedendo ao início das entrevistas os(as) participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. No decorrer de toda pesquisa respeitaram-se as Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Com vistas a assegurar o sigilo, os(as) cuidadores(as) foram identificados pela letra “C” seguido do número de identificação da entrevista.

Resultados e discussão

Foram entrevistados(as) 10 cuidadores(as), conforme categorização apresentada no Quadro 1. Sete cuidadoras eram solteiras e três eram casadas (dois cônjuges e uma filha). Atenta-se sobre a complexa condição de idosos como cuidadores(as). Acerca do suporte no cuidado, um familiar referiu haver revezamento diário; as demais cuidadoras familiares relataram serem responsáveis pelo gerenciamento do cuidado de modo integral e cotidiano, tendo apoio apenas pontual. As cuidadoras profissionais descreveram esse suporte familiar de modo heterogêneo: uma participa; outra é omissa e a terceira inexistente, mas reportam suporte de outros profissionais.

Quadro 1: Caracterização dos(as) entrevistados(as) no município de Belo Horizonte, MG, 2018.

Cuidador(a)	Sexo	Idade	Tipo de vínculo	Descrição	Condição de saúde da pessoa idosa cuidada
C1	Fem.	49	Familiar	Filha	Diabetes

C2	Fem.	24	Profissional*	Sobrinha neta	Três quedas, fraturas e doença de Parkinson.
C3	Fem.	71	Familiar	Filha	Depressão e bronquiectasia
C4	Fem.	36	Profissional*	Cuidadora profissional	Nove anos em diálise, onze cirurgias e fratura de fêmur.
C5	Fem.	65	Familiar	Filha	Doença de Alzheimer
C6	Fem.	33	Profissional*	Cuidadora profissional	Doença de Alzheimer
C7	Masc.	92	Familiar	Esposo	Zumbido na cabeça, perna bamba e nervo
C8	Fem.	68	Familiar	Filha	Fratura no ombro, dor na coluna, hipertensão e colesterol.
C9	Fem.	53	Familiar	Filha	Doença de Alzheimer
C10	Fem.	86	Familiar	Esposa	Doença de Alzheimer

*Profissional = relatou receber pagamento pela atividade de cuidado, reconhecido na literatura^{9,12} como cuidador formal

**Familiar nomeado na literatura^{9,12} como cuidador informal.

Fonte: elaborado a partir dos dados da pesquisa.

A maioria estava na função de cuidar há mais de uma década, exceto C2. Somente C6 não residia com a pessoa cuidada. Quatro relataram experiências anteriores como cuidadora. Todos(as) se tornaram cuidadores(as) por contingências: agravamento do quadro clínico da pessoa cuidada; demais familiares trabalhavam; desemprego; não conseguir pagar por cuidador(a) profissional; e residir com a pessoa. Para compreensão das relações de cuidado, das análises emergiram quatro categorias: “Apoio e dedicação”; “Desencadeamento de emoções”; “Dificuldades enfrentadas” e “Elementos transversais no cotidiano de cuidados”.

Apoio e dedicação

As ações compreendidas como cuidado na perspectiva dos(as) cuidadores(as) estão contempladas no Quadro 2.

Quadro 2: Síntese das ações de apoio e dedicação na relação de cuidado na perspectiva de cuidadores(as). Belo Horizonte, MG, 2018.

Ações de apoio e cuidado	Fragmentos de narrativas
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assistir na higiene, alimentação, hidratação e medicação nos horários corretos; ▪ Ter que ficar de olho o tempo todo. Ficar 24h com a pessoa cuidada; ▪ Evitar sair de casa; ▪ Levar ao médico; ▪ Acompanhar a serviços (banco, cabelereiro); ▪ Auxiliar na mobilidade e transferência; ▪ Ajudar nas atividades cotidianas; ▪ Realizar as atividades de casa: organizar, cozinhar, lavar; ▪ Trocar curativo; ▪ Animar, consolar, encorajar a aceitar ajuda; ▪ Entender o que a pessoa cuidada quer, comunicar; ▪ Fazer companhia e transparecer ser companheira. 	<p>“Perceber quando ela tá chateada e quando ela não tá, e perceber o quê que ela gosta e o que ela não gosta, e saber como animar ela (...) respeitar o momento dela, o tempo dela, e não tentar forçar as coisas, porque ela é lúcida (...) então pra mim, é extrema importância, saber lidar com isso e conversar” (C2)</p> <p>“Uai eu tenho ali, um banho é dependente, os horários dos remédios, o almoço que eu tenho que sempre está (...) deixar transparecer pra ela que ela tem a mim como companheira. (...) Te falar a verdade, vivo por ela (...) 24 horas aqui dentro.” (C5)</p> <p>“É totalmente dependente hoje, é eu que dou banho, é eu que dou a medicação, como ela não enxerga direito eu ajudo ela na alimentação (...) eu coloco na cadeira de rodas, e pra ir ao médico eu que levo. (...) Eu fico 12 horas com ela todos os dias, só não fico a noite.” (C6)</p>

Fonte: Elaborado pelas autoras a partir dos dados desta pesquisa

A literatura reconhece que quando o(a) idoso(a) apresenta dificuldades de executar de modo independente suas atividades de vida diária um(a) cuidador(a) é necessário⁶. São ações de cuidado: rotinas de higiene, alimentação, medicação, curativos, levar a tratamentos médicos, auxiliar na mobilidade, arrumar a casa, suporte para realização das atividades instrumentais de vida diária e ser apoio psicológico, social, financeiro e jurídico^{4,5,21,27}. A naturalização das realizações de tarefas domésticas é tensionada na literatura⁴.

A maioria relatou investimento de dia e de noite, para atender as necessidades da pessoa cuidada, gerir sintomas e evitar agravamento da condição de saúde. Os(as) interlocutores(as) perceberam a relação de cuidado na sutileza da presença, em ser companhia, em querer o bem-estar e no estabelecimento de um vínculo de confiança. De modo análogo, o cuidado também aparece na comunicação, no apoio emocional, na escuta à pessoa idosa, na paciência, na atenção, na tolerância ao processo do outro, na prevenção do tédio, no controle do tempo e emocional e na negociação de ações^{18,21}. Assim, o cuidado configura-se uma tecnologia leve¹⁷ de alta complexidade por depender de reconhecer a singularidade do outro e responder às suas necessidades.

Desta maneira, o cuidado não se restringe à técnica⁶: são atos vitais para o ser humano^{14,19} que envolvem a interação com o corpo, com o ambiente, com nós mesmos e com tudo que possa

ser feito para viver melhor¹⁸. Os fluxos de cuidado são criados na relação e compostos por diferentes ações¹⁷ configurando-se como uma prática, um trabalho material, uma relação¹⁴ em que o vínculo é fundamental¹⁰. Contempla a dimensão física (esforço corporal), cognitiva (reconhecer horários, medicações, sintomas); sexual (o contato com o corpo do outro), psicossocial (comunicação, escuta, controle emocional, paciência, tolerância, perseverança, disponibilidade e receptividade), ética e emocional¹⁸.

Mesmo entre as cuidadoras profissionais, o cuidado extrapola o prescrito. C2 e C4 relataram envolvimento para além dos contratos trabalhistas, como passeio, contato telefônico e permanência no local de trabalho conforme a necessidade da pessoa cuidada, desconsiderando os cumprimentos de folgas e férias – e evidenciando o difícil acesso aos direitos conquistados¹³. Nesse sentido, Soares¹⁸ e Molinier¹⁹ afirmam que toda atividade de cuidado tem dimensões relacionais que mobilizam qualificações sociais que são invisibilizadas - naturalizadas como um dom feminino. Trata-se de um trabalho indispensável para a sobrevivência da pessoa cuidada, no qual se responde adequadamente à fragilidade do outro e sem destituí-lo de seu estatuto humano, de sua integralidade¹⁹.

Desse modo, no cuidado visualizam-se três aspectos inter-relacionados: saber, fazer e negociar. “Saber” o quê, quando e como fazer, bem como saber acerca da necessidade de ajuda e preferências do(a) idoso(a); “fazer” as ações para executar a tarefa de forma correta e segura; e “negociar” permanentemente com o(a) idoso(a), consigo mesmo, com familiares, profissionais de saúde, prestadores de serviços e demais pessoas do entorno evidenciando a complexidade e multidimensionalidade do cuidado²¹.

Desencadeamento de emoções

As emoções expressadas nas narrativas de atos cotidianos significados como cuidado e manifestadas ao longo das entrevistas apresentam-se no Quadro 3.

Quadro 3: Síntese de emoções desencadeadas na relação de cuidado na perspectiva de cuidadores(as). Belo Horizonte, MG, 2018.

Emoções	Fragmentos de narrativas
----------------	---------------------------------

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Afeto, carinho e satisfação; ▪ Medo da pessoa cuidada morrer ou do que poderá acontecer; ▪ Medo de fazer algo errado; ▪ Assustar-se alterações comportamentais ou agravamentos do quadro; ▪ Paciência; ▪ Cansaço, ansiedade e estresse; ▪ Afetado por alegrias e tristezas da pessoa cuidada; ▪ Sentir-se responsável pela vida da pessoa cuidada. 	<p>“Eu acho que nós dois já virou um vínculo de pai e filho (...) Seu A. quando passa mal, eu acho que eu passo mal junto com ele (...) eu já fiquei aqui três meses sem ir na minha casa, por causa dele (...) as filhas falam que se eu eu sair ele morre (...) Já aconteceu de eu tá na hemodiálise com Seu A, meu irmão infartou, faleceu (...) daí eu tive que esperar, não pude transparecer pro Seu A.” (C4)</p> <p>“Ah, a coisa pesa (...) O medo de, não do hoje, mas geralmente eu já penso, e amanhã!? Como ela vai amanhecer? (...) Será que eu vou dar conta?” (C5)</p> <p>“O cuidador profissional, ele tem menos estofa (...) É mais distante (...) Então a gente foi em vários hospitais e foi vendo como que era o cuidado (...) eu fui anotando tudo, escrevendo tudo, mandando pra tudo quanto é lugar, xingando bastante” (C3)</p> <p>“Papai foi diagnosticado (Alzheimer) em 2008 (...) teve a fase de perseguição, foi muito difícil. (...) É um contato carinhoso e físico que eu não tinha com ele, e que eu tô podendo ter.” (C9)</p>
---	--

Fonte: Elaborado pelas autoras a partir dos dados desta pesquisa

Na literatura, assumir o cuidado ao familiar que perdeu a autonomia reflete sentimentos como gratidão, reciprocidade, generosidade, justiça, entrega, responsabilidade ética e moral^{2,3}. Nesta pesquisa, adicionalmente, esse cuidado foi ressignificado como um ato de amor; uma oportunidade para aproximação e vínculo afetivo com a pessoa cuidada, previamente mais distante; uma circunstância para compreender-se como uma pessoa com virtudes por investir cotidianamente para preservar a vida da pessoa cuidada. Esse cuidado envolve carinho; amor; paciência; respeitar o tempo, as repetições das histórias e lidar com o medo da morte da pessoa cuidada²⁸. Essa convivência é complicada e cansa, e há o medo de falhar na oferta de cuidado³.

Cuidadores(as) narraram experimentar sentimentos e emoções contraditórios^{3,9,10}: o desejo de cuidar, dedicação, compaixão, insegurança, angústia, dependência emocional, isolamento, simbiose, impotência, raiva e impaciência⁴. No caso das cuidadoras profissionais, complementar ao afeto construído, trata-se de uma oportunidade de trabalho com influências circunstanciais e históricas⁷ indissociáveis da escravidão e da exploração no Brasil¹³.

No processo de entrevista, observaram-se inicialmente dificuldades de nomear as limitações da pessoa cuidada, superadas após acolhida do espaço de escuta. Semelhantemente, um estudo relata a negação inicial da carga de cuidar embora transparecesse a existência de carga física, psicológica e financeira²⁷. Nesta pesquisa, visualizou-se ainda o receio na comunicação por parte dos(as) cuidadores(as) para demonstrarem que cuidam da melhor maneira possível. Esse

posicionamento pode ocorrer devido à disseminação da lógica da família como ré quando não cuida do(a) idoso(a)⁷, sendo reconhecidos os desafios em controlar a impotência, a irritabilidade, em lidar com o julgamento próprio e alheio³.

Todos(as) cuidadores(as) vivenciaram mudanças em sua vida pela condição de cuidar e o envolvimento afetivo de uma dedicação integral. C5 não sabia responder quais ações realizava fora do âmbito de cuidado e se emocionou pela oferta de escuta. As entrevistadas declararam esquecer de si. C3, C4 e C5 evidenciaram uma relação simbiótica - uma dependência mútua⁴ - e sobreviverem dedicando-se ao cuidado.

Duas cuidadoras profissionais mencionaram assumir a atividade de cuidado “como uma” familiar. Soares¹⁸ aborda que o cuidado é considerado mais bem feito quando a dedicação for semelhante a um membro da família. Trata-se de uma relação em que o envolvimento e o amor são presentes, inevitáveis, essenciais e positivos, embora desconsiderados e invisibilizados¹⁸. Há valores socioculturais atribuídos ao cuidar e a ponderação na manifestação das emoções é esperada pela sociedade atual²⁹. Ademais, no cuidado há um código moral de renúncia a si mesmo que vincula o sujeito à pessoa cuidada².

A empatia com a dor do outro, a alegria ao poder andar, a tristeza em perder uma função que antes realizava foram descritas pelos(as) interlocutores(as). Essa responsabilidade pela vida do outro é a ética do cuidado¹⁵ que impõe reflexão e não se limita às prescrições¹⁸. Nesse trabalho face a face, a expressão emocional dos sujeitos que relacionam¹⁸ afeta a dinâmica do cuidado e muito trabalho emocional é realizado^{18,21,28}.

Conforme a literatura, conhecer sobre o problema de saúde da pessoa cuidada, o maior tempo da relação², perceber o relacionamento como positivo³⁰ e o estabelecimento de um vínculo de confiança¹⁸ possibilitam mais segurança no desempenho da função diminuindo o trabalho emocional. Contudo, nesta pesquisa, observou-se que a flutuação ou agravamento do quadro e a complexificação de demandas são recorrentes, desestabilizam essa segurança, demandam readaptar a rotina de cuidados e manifestam como dificuldades, preocupações, medo da pessoa cuidada morrer ou não conseguir prover sozinho(a) os cuidados necessários, requerendo mais trabalho emocional.

C5 e C8 exibiram investir para que a pessoa cuidada as reconheça afetivamente como uma companheira. A literatura discute que esse amor compassivo possibilita o bem-estar da pessoa idosa, ocorrendo uma conexão afetiva benéfica aos envolvidos³¹ e à sociedade^{31,32}.

Dificuldades enfrentadas

Os(as) cuidadores(as) relataram dificuldades na relação de cuidados que impactam o cotidiano, conforme sintetizado no Quadro 4.

Quadro 4: Síntese das dificuldades na relação de cuidado na perspectiva de cuidadores(as). Belo Horizonte, MG, 2018.

Dificuldades	Fragmentos de narrativas
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausência de formação; ▪ Constrangimento com exposição do corpo em atividades de higiene; ▪ Necessidade de adaptações no ambiente para mobilidade e segurança; ▪ Carência de acessibilidade (escadas) e apoio para realizar as transferências; ▪ Escassez de tempo para si e para dormir; ▪ Impossibilidade de cuidar sozinha; ▪ Impactos sobre sua saúde; ▪ Adiamento de projetos; ▪ Mudança nas relações familiares; ▪ Pouco acesso a possíveis prognósticos; ▪ Poucos investimentos de outros familiares no cuidado; ▪ Estereótipos de gênero; ▪ A pessoa cuidada não sente confiança em outra cuidadora; ▪ “Teimosia” da pessoa cuidada; ▪ Falhas no cumprimento dos direitos trabalhistas. 	<p>“Agora na verdade ela já tá ficando mais frágil (...) Ainda fica brava com a gente: - Ah eu tô boa, consigo andar. (...) Pegou uma ferida que tem um ano e três meses porquê!? Teimosia, foi lá machucar” (C1)</p> <p>“Eu acho que o que mais interfere é que não existe a possibilidade do erro, sabe!? Porque é uma pessoa, é uma vida que tá dependendo de você (...) a mobilidade é uma dificuldade (...) já cheguei no Hospital X e não tinha cadeira de roda lá! (...) é uma chateação, uma falta de, de, de comprometimento (...) Eu carrego ela no colo.” (C2)</p> <p>“Eu tinha que ficar com mamãe praticamente 24h (...) Alguém fala assim: - Nossa uma senhora de 71 anos, cuidar de uma pessoa de 90 anos! São duas idosas (...) Queria dormir a noite e ela tava acordada (risos) (...) um dia a casa cai, a gorducha cai (risos) fica gorda, porque tá muito ansiosa, cresce vinte e tantos quilos, mas um dia pifa!” (C3)</p> <p>“Na época que nós tivemos uma cuidadora, que infelizmente não conseguimos que financeiramente não deu, que não é barato (...) eu já falei, vai chegar num ponto que vai sobrar pra todos, um banho, ir no banheiro, trocar uma fralda, ah mas nós somos homens, e daí, mas é filho (...) A neurologista falou, tem que ter uma, uma pessoa que fala mais forte com ela. Não é não. Então quando eu falo não, ela fala você é brava, você está brava comigo... (emociona) (...) Muitas vezes, se eu saio aqui por perto, tem outra pessoa com ela, na mesma hora ela me cobra: ‘porque que você saiu?’”(C5)</p>

Fonte: Elaborado pelas autoras a partir dos dados desta pesquisa

Observa-se, em campo, relações de cuidado muito heterogêneas, os recursos de que dispõem, seja de vínculos familiares e comunitários, a situação de saúde, o agravamento e a manifestação de sintomas comportamentais, a classe social, o acesso a tratamento, ao suporte e a ausência de

formação apresentam-se para alguns(mas) como dificuldades no processo de cuidado. Visualizamos ainda muitos cuidadores(as) também idosos(as).

A falta de informação diante de novos desafios⁹ e a dúvida se o cuidado prestado está correto, suficiente, dentro do prescrito ou adequado para o bem-estar do(a) idoso(a) são discutidos na literatura²¹, bem como o sentimento de perda e impotência devido ao agravamento dos sintomas⁷. Existe incipiência de ações de apoio, orientação e suporte ao cuidado no Brasil⁴⁻⁷.

A necessidade de cuidado ressignifica o projeto existencial do(a) cuidador(a)³³; afeta projetos pessoais, familiares e profissionais; ocasiona desgaste físico e emocional^{2,7,9}, cansaço, sobrecarga, esgotamento e privação da liberdade². Além disso, quando o cuidado é prolongado podem surgir conflitos intrafamiliares⁷ e, muitas vezes, a disposição para cuidar é sustentada às custas do próprio cuidado³⁰.

C4 e C5 mencionaram o desconforto do(a) idoso(a) em ter outras pessoas assistindo nos cuidados de higiene, situações que podem gerar constrangimentos^{18,21}. Expuseram também desafios com a mobilidade e em levar para consultas médicas por dependerem do auxílio de outra pessoa (C2, C4, C5, C6) e pelas barreiras à acessibilidade - dificuldade também reconhecida em outros estudos com cuidadores(as)²⁷.

Todas as profissionais entrevistadas nomearam extrapolar oito horas diárias de trabalho e vivenciarem impactos na saúde física, mental e emocional. Ao encontro de outra pesquisa, depararam com demandas repetitivas, crescentes e variadas; jornadas exaustivas, com dedicação irrestrita e precariedade de vínculo trabalhista⁴.

Com exceção de duas cuidadoras, uma profissional que trabalha 12 horas diárias e uma familiar que, com recursos sociais e econômicos, readaptou a vida para manutenção dos cuidados, todos(as) os(as) demais cuidadores(as) exibiram desafios em conciliar a tarefa de cuidado com demais dimensões de sua própria vida. Cuidadores(as) familiares renunciam a projetos pessoais⁵; nesta pesquisa, isso também ocorre com as cuidadoras profissionais - C4 afirma ter adiado o casamento. Uma cuidadora conta “*pifar*” revelando que a prestação de cuidados tem consequências psiquiátricas e somáticas^{18,27,30}, bem como repercussões em sua saúde integral. O autocuidado é relatado como pouco possível, apesar de a literatura reconhecê-lo como essencial para continuar a cuidar² e as jornadas prolongadas causarem sobrecarga²⁰.

Cuidadores(as) familiares e profissionais abdicam de seu bem-estar para cuidar^{5,27} e têm desvantagens na saúde comparado com grupo de não cuidadores(as)⁵. Experenciam sobrecarga em diferentes graus⁵ e âmbitos^{3,27} (física, emocionais, sociais, mentais, sociais e financeiras) e dificuldades em se preparar para cuidar⁵. O tempo investido é correlacionado a maior chance de depressão, ansiedade e esgotamento⁵.

Ter que dormir no hospital ou ser a pessoa a realizar o cuidado, transpareceram na entrevista quando a pessoa cuidada aceita outra pessoa como cuidador(a). Adicionalmente, afirmaram a impossibilidade de manutenção sozinha do cuidado necessário, uma responsabilização descomedida pela vida da pessoa cuidada. Muitas vezes o cuidado é realizado sozinho, sem apoio social e sem reconhecimento da atividade realizada. A literatura alerta para a diminuição da provisão de cuidados pela família e para a incapacidade de ela suprir sozinha mais que 50% das necessidades de cuidados de idosos(as) dependentes^{6,7}. Constatou-se uma pressão sobre cuidadores(as) familiares, a ausência do Estado^{6,27} e a demanda pela regulamentação de cuidadores(as) profissionais⁴.

A dificuldade do envolvimento de demais figuras familiares no cuidado, especialmente quando homens (C3 e C5) denunciam as questões de gênero, contestando a naturalização do cuidado como tarefa exclusivamente feminina. A literatura tem investido esforço nessa discussão¹⁵ e reconhecido que ainda há uma predominância de mulheres na atividade de cuidar e uma invisibilidade desse fazer^{2,3,19,27,28}. O trabalho doméstico gratuito é ainda correlacionado a atribuição das mulheres^{13,14}. Além disso, o sentimento de falta de apoio dos demais membros da família é identificado em diferentes estudos^{21,27}.

C5 manifestou sofrimento em ter que exercer autoridade sobre a mãe. Semelhantemente, a argumentação do(a) receptor(a) de cuidados também apareceu dentre os elementos que incomodavam cuidadores(as), juntamente com comportamento repetitivo, bagunça e agressividade³⁰. Talvez em função do impacto dessa argumentação sobre si e pela inserção na significação da sociedade, o(a) cuidador(a) profissional ou familiar interpretou algumas ações da pessoa cuidada como mania de velho, “teimosia”, “não querer sair de casa” a dificultar a manutenção dos cuidados. O teimar e a necessidade de muita paciência são relatados por outros(as) cuidadores(as)⁹.

Os estereótipos sobre a velhice são naturalizados e a reprivatização da velhice transforma-os em um problema individual³⁴. A ética de cuidado configura-se como um desafio devido às

relações de poder existentes na vigilância contínua e na disciplinarização das ações¹². Desse modo, as dificuldades evidenciam que o cuidado não deve permanecer oculto e precisa de apoio.

Elementos transversais no cotidiano de cuidado

Os elementos transversais avaliados como recursos de enfrentamento na relação de cuidado são sintetizados no Quadro 5.

Quadro 5: Síntese dos elementos transversais na relação de cuidado na perspectiva de cuidadores(as). Belo Horizonte, MG, 2018.

Ações transversais avaliadas como enfrentamento no cotidiano de cuidado	Fragmentos de narrativas
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Utilizar táxi, telefone, cadeira de roda, de banho ou andador; ▪ Ter a presença frequente de familiares e de outras pessoas como suporte; ▪ Ver pessoas, conversar; ▪ Sentir carinho e respeito; ▪ Perceber positivamente o trabalho realizado; ▪ Aprender com a pessoa cuidada; ▪ Compartilhar das conquistas que a pessoa cuidada realiza; ▪ Ter satisfação com a atividade realizada; ▪ Participar em grupo de apoio; ▪ Utilizar do convencimento/ “jeitinho” para possibilitar o cuidado; ▪ Ter paciência; ▪ Ter intimidade. 	<p>“Eu adoro o que eu faço, faço com muito prazer, eu gosto muito e cada dia eu faço melhor, né!? Porque ela vai ficar internada fica uma semana sem conseguir andar, na semana seguinte ela já tá andando normal (...) Eu procuro ver o que ela quer o que ela sente o que que ela tá pensando, porque ela não consegue expressar direito (...) Mas ela deixa a entender, e ela fica satisfeita quando eu faço. (...) Quando eu preciso de alguma ajuda é o taxista que me ajuda.” (C6)</p> <p>“É a presença de cada um, quando um não pode o outro vem, eles sempre revezam, não falha um dia, quer dizer de dois em dois dias reveza até a que mora em Venda Nova amanhã é dia dela vim aqui, ela vem. (...) Tem o dia de cada um.” (C7)</p> <p>No outro dia que ela ficou sabendo que ela ia voltar a andar, ela tava explodindo de felicidade, ela fez um tanto de balão pra comemora, queria que todo mundo soubesse que ela tava feliz (...) Ela me ensina a tecer, me ensinou fazer balão, me ensinou a fazer um monte de coisa já... (C2)</p> <p>“A gente não fica um dia sem sair, mas, de ir, ele não gosta não, é forçado, tem que fazer chantagem com ele pra poder levar [ao médico] (...) Eu ele deixa [entrar no banheiro para ajudar na higiene], a outra [cuidadora] não! (...) Ele até percebe quando eu tô cansada, quando ele dá muito trabalho, ele pede até desculpa (...) lá na hemodiálise acaba que a gente faz amigos né (C4)</p> <p>“Nós fazemos parte de um grupo de apoio, e lá a gente ouve estas histórias, iguais, piores, a gente voltava de lá achando que a gente nem tinha problema. (...) Eu tenho uma grande amiga, que ele gosta muito. Ela vem aqui, e fica com ele, pra ele poder sair.” (C10)</p>

Fonte: Elaborado pelas autoras a partir dos dados desta pesquisa

A presença ou suporte de outras pessoas foram interpretadas com impacto positivo na pessoa cuidada e na qualidade de vida dos(as) interlocutores(as). Embora a literatura reconheça que a fragilidade limita os contatos sociais³⁵, entende-se que as relações humanas e sociais são essenciais e os(as) cuidadores(as) revelaram possibilidades de vínculo com pessoas na sala de espera no decorrer de tratamentos. Desse modo, as possibilidades e invenções na sustentação de vínculos são relevantes e interpretadas como apoio emocional.

Semelhantemente, na literatura, recorrer ao afeto, zelo, vínculo, paciência, ressignificar o cuidado como cooperação e solidariedade²⁰ e ter suporte de outras pessoas aparecem como recurso de enfrentamento na relação de cuidado⁴ e os grupos de apoio a cuidadores(as) são reconhecidos como úteis²¹. Para lidar com o cotidiano, os imprevistos, os desafios e o sofrimento psíquico, as estratégias criativas são recursos²⁰.

Os(as) entrevistados(as) apontaram que a presença de outras pessoas na cena de cuidado minimiza a angústia e dá sensação de segurança em uma vivência que poderia aniquilá-los(as). Adicionalmente, o estabelecimento de uma relação de confiança é fundamental para o cuidado¹⁸. Para Kleinman¹¹ sustentar corporalmente as ações, desenvolver vivacidade e plenitude de sua presença junto a pessoa cuidada foi libertação. A presença, o emocional e o moral passaram a ser compartilhados e manifestos nos ritos de cuidado¹¹. A rotina possibilitando familiaridade com o cotidiano também é avaliada como positiva¹¹.

C8 relatou conciliar relações com marido, filhos e a mãe da qual cuida, referiu-se a mudanças no domicílio e intervenções intergeracionais para incluir sua mãe. C7 disse manter cuidado à esposa com auxílio dos filhos em escala de revezamento. Portanto, as inversões de papéis de cuidado, mudanças nas relações interpessoais e tensões intergeracionais são fenômenos de reorganização da família para cuidar⁷.

A criatividade⁴, o bom relacionamento mútuo³⁰, a relação de cuidado possibilita o bem-estar do(a) idoso(a) e do(a) cuidador(a)^{12,30}. O cuidado tem um valor reconhecido para quem o realiza¹⁹. Atenta-se ainda que mesmo que o cuidado seja gratificante, pode ser oneroso, por ser complexo⁷ e exigir apoio de uma rede e da sociedade¹¹.

Esse cuidado envolve solidariedade, sensibilização, interesse e tem como condição *sine qua non* a pessoa cuidada se sentir autenticamente reconhecida⁶. Nessa perspectiva, ser habilidoso(a) na comunicação também é um facilitador da relação de cuidados⁴. Negociar,

persuadir e respeitar as preferências da pessoa idosa para aceitar cuidados são tarefas engenhosas balizadas pelo vínculo que contribuem para execução do cuidado²¹.

A percepção de apoio é fundamental para oferta de cuidados em ambiente comunitário²¹ considerando a heterogeneidade da rede de suporte familiar⁷. E no caso de cuidadores(as) profissionais, a presença da família, é vista como fonte de apoio⁴. Desse modo, o cuidado configura-se uma questão de saúde pública³⁻⁷ e um valor^{11,15}. A escassez de ação em prol de pessoas idosas e seus cuidadores(as) evidencia a necessidade de melhorar as condições de vida ofertando suporte adequado^{4,5}, pois todos(as) somos provedores(as), dependentes e beneficiários(as) do cuidado^{6,15}.

São limitações desta pesquisa ter sido realizada apenas com cuidadores(as) dos(as) participantes da linha de base do estudo FIBRA que pode ter restrito o alcance, mas fornece *insights* sobre a experiência de cuidar. As categorias foram artifício para análise e estão imbricadas na relação de cuidado. A opção de escutar a voz de cuidadores(as) profissionais e familiares considerando as colisões e especificidades configuram-se também como um desafio de diálogos com literaturas semelhantes. A percepção de que todo cuidado é trabalho sustenta essa construção, que visa trazer luz sobre os conhecimentos tácitos imbricados e inseridos culturalmente, com marcas sociopolíticas que os naturaliza e invisibiliza. Considera-se que o cuidado como emprego é mais uma discussão que carece de regulação no país.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado é relação e envolve presença. Os(as) cuidadores(as) revelaram um comprometimento moral (a pessoa cuidada depende de mim), mas também ético (de humanidade, dedicação) e emocional (de interesse, afeto e reciprocidade). As relações de cuidado para os(as) cuidadores(as) têm como inédito um vínculo que não se restringe a auxiliar nas atividades de vida diária. Trata-se de uma relação de confiança, sutil e complexa envolta por emoções e dificuldades. A ausência de formação para cuidar, a falta de acessibilidade e de recursos materiais são vivenciadas por cuidadores(as) familiares e profissionais, logo é necessário políticas públicas para amenizar essa dificuldade. Nessa mesma perspectiva, para os(as) profissionais a ausência de cumprimento de direitos trabalhistas e a invisibilidade da atividade realizada no âmbito domiciliar como um trabalho, inclusive quando realizado por familiares, revelam a necessidade de apoio para continuarem a cuidar sem deixarem de cuidar de si. O

constrangimento nas rotinas de higiene, o desafio nas relações com demais membros familiares e a interpretação das ações da pessoa idosa como teimosia evidenciam a demanda do cuidado como um valor na sociedade para construção de alternativas solidárias.

Invisibilizar as desigualdades sociais (gênero, raça, classe e etária) e as ações de cuidado em prol de produção da vida não solucionam a necessidade de cuidado atual e futura. Para relações de cuidado saudáveis, tanto o(a) receptor(a) de cuidados quanto o(a) cuidador(a) precisam ter sua humanidade e subjetividade visíveis, escutadas e reconhecidas. Esse cuidado à pessoa idosa em processo de fragilização é uma tarefa essencial sustentada nas criações e enfrentamentos que requer presença e suporte de demais pessoas, bem como o investimento em políticas públicas.

Desse modo, em um cenário socioeconômico em que a maioria da população brasileira encontra dificuldades para sustentar sozinha os cuidados de que necessita, torna-se relevante construir possibilidades de alternar o cuidado, ofertar um suporte efetivo aos(as) idosos(as) cuidados(as) e aos(as) que cuidam, e considerar o(a) profissional cuidador(a) nas possibilidades de complementar a assistência conciliando os recursos da família, da sociedade, do Estado. Logo, é fundamental a sociedade reconhecer e enxergar as pessoas idosas e implementar políticas de cuidado com ações comunitárias e intersetoriais.

REFERÊNCIAS

1. Cecon RF, Vieira LJES, Brasil CCP, Soares KG, Portes VM, Garcia Júnior CAS et al. Envelhecimento e dependência no Brasil: características sociodemográficas e assistenciais de idosos e cuidadores. *Ciênc. Saúde Colet.* 2021; 26(1): 17-26.
2. Sousa GS, Silva RM, Reinaldo MAS, Soares SM, Gutierrez DMD, Figueiredo MLF. “A gente não é de ferro”: Vivências de cuidadores familiares sobre o cuidado com idosos dependentes no Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* 2021; 26(1): 27-36.
3. Gutierrez DMD, Sousa GS, Figueiredo AEB, Ribeiro MNS, Diniz CX, Nobre GASS. Vivências subjetivas de familiares que cuidam de idosos dependentes. *Ciênc. Saúde Colet.* 2021; 26(1): 47-56.
4. Figueiredo MLF, Gutierrez DMD, Darder JJT, Silva RF, Carvalho ML. Cuidadores formais de idosos dependentes no domicílio: desafios vivenciados. *Ciênc. Saúde Colet.* 2021; 26(1): 37-46.
5. Diniz MAA, Melo BRS, Neri KH, Casemiro FG, Figueiredo LC, Gaioli CCLLO et al. Estudo comparativo entre cuidadores formais e informais de idosos. *Ciênc. saúde colet.* 2018; 23(11): 3789-3798.

6. Duarte YAO, Berzins MAVS, Giacomini KC. Política Nacional do Idoso: as lacunas da lei e questão dos cuidadores. In: Alcantara AO, Camarano AA, Giacomini KC, organizadores. Política nacional do idoso: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2016, p.457-478.
7. Santos SMA, Rifiotis T. Cuidadores familiares de idosos dementados: um estudo crítico de práticas cotidianas e políticas sociais de judicialização e reprivatização. In: Grossi MP, Schwabe E, organizadores. Política e cotidiano: estudos antropológicos sobre gênero, família e sexualidade. Blumenau: Nova Letras, Associação Brasileira de Antropologia, 2006. p.95-114.
8. Nan J, Duan Y, Wu S, Liao L, Li X, Zhao Y et al. Perspectives of older adults, caregivers, healthcare providers on frailty screening in primary care: a systematic review and qualitative meta-synthesis. *BMC Geriatrics*. 2022; 22(482).
9. Lacerda MA, Silva LLT, Oliveira F, Coelho KR. O cuidado com o idoso fragilizado e a Estratégia Saúde da Família: perspectivas do cuidador informal familiar. *Rev baiana enferm*. 2021;35:e43127.
10. Basu R, Steiner AC, Stevens AB. Long-Term Care Market Trend and Patterns of Caregiving in the U.S. *Journal of Aging & Social Policy*. 2022; 34(1): 20-37.
11. Kleinman A. Varieties of Experiences of Care. *Perspectives in Biology and Medicine*. 2020; 63(3): 458–465.
12. Debert GG, Pulhez MM, organizadoras. *Desafios do cuidado, gênero, velhice e deficiência*. 2ª ed. Campinas: Unicamp/IFCH, 2019.
13. Avila MB, Ferreira V. Trabalho doméstico remunerado: contradições estruturantes e emergentes nas relações sociais no Brasil. *Psicol. Soc.* 2020; 32.
14. Hirata H. Cuidado: teorias e práticas. In: Angotti B, Vieira RSC, organizadores. *Cuidar, verbo coletivo: diálogos sobre o cuidado na pandemia da Covid-19*. Joaçaba: Editora Unoesc, 2021, p. 31-40.
15. Tronto J. *Caring democracy: Markets, equality, and justice*. New York: New York University Press, 2013.
16. Antunes R. *Adeus ao trabalho? ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade no mundo do trabalho (livro eletrônico)* São Paulo: Cortez, 2021.
17. Franco TB, Merhy EE. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. *Tempus Acta de Saúde Coletiva*. 2012; 6(2): 151-163.
18. Soares A. O trabalho de cuidar e as emoções nos tempos da Covid-19. In: Angotti B, Vieira RSC, organizadores. *Cuidar, verbo coletivo: diálogos sobre o cuidado na pandemia da Covid-19*. Joaçaba: Editora Unoesc, 2021, p. 41-56.
19. Molinier P. Ética e trabalho do care. In: Hirata H, Guimarães NA, organizadores. *Cuidado e cuidadoras: as várias faces do trabalho do care*. São Paulo: editora Atlas, 2012, p.29-43.
20. Nespolo G, Merhy EE. Trabalho em saúde: biomedicalização de quem cuida. *Saúde em Rede*. 2018; 4(2): 9-18.

21. Wiles J, Moeke-Maxwell T, Williams L, Black S, Trussardi G, Gott M. Caregivers for people at end of life in advanced age: knowing, doing and negotiating care. *Age Ageing*. 2018; 47(6): 887-895.
22. Nunes MO. Da aplicação à implicação na Antropologia médica: leituras políticas, históricas e narrativas do mundo do adoecimento e da saúde. *Análise Hist. cienc. saude-Manguinhos*. 2014; 21 (2).
23. Geertz C. *A Interpretação das Culturas*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, LTC, Antropologia Social, 1989.
24. Vieira RA, Guerra RO, Giacomini KC, Vasconcelos KSS, Andrade ACS, Pereira LSM et al. Prevalência de fragilidade e fatores associados em idosos comunitários de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: dados do estudo FIBRA. *Cadernos de Saúde Pública*. 2013; (29): 1631-1643.
25. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa*. 2017; 5 (7): 1-12.
26. Corin E, Uchôa E, Bibeau G. Articulation et variations des systèmes de signes, de sens et d'action. *Psychopathologie africaine*. 1992; 24 (2): 183-204.
27. Faronbi JO, Faronbi GO, Ayamolowo SJ, Olagun AA. Caring for the seniors with chronic illness: The lived experience of caregivers of older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2019; 82: 8-14.
28. Araújo AB. Cuidado de idosos e emoções na pandemia. In: Angotti B, Vieira RSC, organizadores. *Cuidar, verbo coletivo: diálogos sobre o cuidado na pandemia da Covid-19*. Joaçaba: Editora Unoesc, 2021, p. 235-244.
29. Le Breton D. *As Paixões Ordinárias: Antropologia das Emoções*. Tradução: Peretti, L.A.S. Rio de Janeiro: Vozes, 2009. 276p.
30. Bjorge H, Kvall K, Ulstein I. The effect of psychosocial support on caregivers' perceived criticism and emotional over-involvement of persons with dementia: an assessor-blinded randomized controlled trial. *BMC Health Serv Res*. 2019; 9(1): 744.
31. Kahana E, Bhatta TR, Kahana B, Likhak N. Loving Others: The Impact of Compassionate Love on Later-Life Psychological Well-being. *The Journals of Gerontology: Series B*. 2021; 76(2): 391-402.
32. Horden J. *The Dignity of the Frail: On Compassion, Terror, and Social Death*. Literature and Medicine, Johns Hopkins University Press. 2020; 38 (2): 349-370.
33. Almeida SSL, Martins AM, Rezende AM, Schall VT, Modena CM. Sentidos do cuidado: a perspectiva de cuidadores de homens com câncer. *Psico-USF*. 2013; 18 (3): 469-478.
34. Debert GG. O velho na propaganda. *Cad. Pagu*. 2003; (21).
35. Duppen D, Machielse A, Verté D, Dury S, Donder Ld; D-Scope Consortium. Meaning in Life for Socially Frail Older Adults. *J Community Health Nurs*. 2019; 36(2): 65-77.

6 CONCLUSÃO

Esta tese buscou compreender as experiências de cuidado à pessoa idosa em processo de fragilização. O campo foi realizado junto a 22 pessoas idosas em processo de fragilização e 10 cuidadores(as). Esta pesquisa aponta que a visão da pessoa idosa em processo de fragilização sobre o cuidado é pouco conhecida na literatura. Geralmente, investem em se manter independente e preservar sua capacidade para autocuidado sem depender do cuidado do outro e de modo recorrente se deparam com pouco acolhimento, escasso apoio psicossocial e desconsideração de sua subjetividade no seu processo de cuidado. Nesse sentido, o cuidado demonstra-se dependente da disponibilidade da rede de apoio, dos recursos comunitários e das políticas públicas adequadas às necessidades, ao direito e interesse da população idosa em processo de fragilização e seus(uas) cuidadores(as).

Os resultados do presente estudo abordam a compreensão da percepção de pessoas idosas em processo de fragilização sobre a necessidade de ajuda de terceiros para o seu próprio cuidado, evidenciando uma visão de quem vivencia as limitações e as inevitabilidades de cuidados. De modo recorrente, “ter que” ter ajuda e receber cuidados é interpretado como incômodo, doloroso, controlador, invasivo e revelador da finitude, apesar de ser a condição de possibilitar a continuidade de sua existência. A necessidade de cuidados é vivenciada de modo predominantemente difícil e as desigualdades sociais direcionam as possibilidades de ações de cuidado para pessoa idosa em processo de fragilização. Desse modo, as pessoas com recursos socioeconômicos investem em aparecer na sociedade envolvidas em diversas atividades, enquanto as com menor recurso socioeconômico se deparam com a alternativa de se resguardar no âmbito doméstico como condição de cuidado. Os(as) entrevistados(as) descobrem-se sem apoio de políticas públicas de cuidado, veem-se diminuídos e hostilizados pela sociedade e apelam para a fé na busca de alternativas que possibilitem sua recuperação ou, pelo menos, a sua sobrevivência digna. Os sentimentos manifestados são de resignação diante do processo vivenciado como próprio da idade (nomeado pela sociedade) e de dificuldades de demandar cuidados; e a indignação frente às reais impossibilidades e ausências de cuidados.

A percepção de pessoas idosas em processo de fragilização sobre suas trajetórias de cuidados em saúde revela o sofrimento da vivência no envelhecimento com fragilidade e dependente de cuidados na sociedade que desvaloriza a pessoa idosa e o cuidado. Os corpos velhos são tidos

como indesejáveis e faltam políticas de cuidado continuado no nosso meio. Os(as) entrevistados(as) relatam dificuldade de acesso a um cuidado integral e uma reprodução majoritária do modelo biomédico, que percebe o envelhecimento como doença. Desvelam, dessa forma, a existência de barreiras físicas, simbólicas, comunicacionais, atitudinais, sistemáticas, culturais e políticas que não reconhecem as demandas de cuidado de uma pessoa idosa em processo de fragilização. Assim, diante dessas barreiras, na trajetória de cuidado e pela ausência de escuta, é recorrente interpretarem que *“Remédio bom para curar não tem”*, naturalizando a dor e os incômodos. O cuidado imprescindível ao longo da vida recebe maior atenção diante da fragilização percebida no corpo. *“Minha vida é me cuidar”* esclarece que com o envelhecimento já não é mais possível recalcar o corpo, que transgride os valores da modernidade, de produtividade, vitalidade, juventude, sedução, autocontrole e individualismo. Diante dessas limitações, a pessoa idosa investe seus recursos para ser protagonista no seu processo de cuidado.

As relações de cuidado na perspectiva dos(as) cuidadores(as) domiciliares de pessoas idosas em processos de fragilização são vínculos de confiança, de apoio e dedicação integral, estão presentes nas ações cotidianas de higiene, alimentação, no auxílio à mobilidade, nos tratamentos de saúde, mas também nos cuidados domésticos, na sutileza de sua presença e nas preocupações com o bem-estar. Esse cuidado desencadeia emoções contraditórias: gostam, têm afeto, carinho e satisfação, mas também cansaço, estresse, sobrecarga, medo de agravamento, de errar, de não conseguir cuidar e da morte. Os(as) cuidadores(as) se sentem responsáveis pela vida da pessoa cuidada e as dificuldades aparecem na ausência de formação para cuidar, nos constrangimentos das rotinas de higiene, na ausência de cumprimento de direitos trabalhistas, na falta de acessibilidade e de recursos materiais, na realização das transferências, nas mudanças nas relações familiares para possibilitar o cuidado, na carga de cuidar de modo mais solitário, na interpretação das ações da pessoa cuidada como teimosia e em não sentir confiança em outro(a) cuidador(a). Há enfrentamentos nas relações cotidianas de cuidado incorporadas à relação construída que auxiliam no cuidado: o afeto, a intimidade, o “jeitinho”, a presença de outras pessoas, poder conversar, ter recursos como táxi, barras de apoio e telefone, a percepção do alcance de sua atividade para o bem-estar da pessoa cuidada e a participar de grupo de apoio. Compreender essa percepção pode auxiliar no planejamento de intervenções que melhorem a qualidade de vida e o acolhimento aos(as) cuidadores(as) e, conseqüentemente, às pessoas idosas, conciliando os recursos da família, da sociedade, do Estado.

Desse modo, esta tese aponta que para a pessoa idosa em processo de fragilização o cuidado é vivenciado como difícil pelo sofrimento de “ter que” precisar de ajuda e as ações dependerem dos recursos socioeconômicos de que dispõe. Os itinerários terapêuticos revelam o pluralismo terapêutico que conjuga seguir as prescrições médicas, buscar melhor tratamento, deparar com diversas barreiras e ainda assim conceber a vida direcionada a investir em seu cuidado. As relações de cuidado para os(as) cuidadores(as) têm como inédito a sutileza de uma relação envolta por afetos em que se faz necessário o suporte de outras pessoas no cuidado. O(a) cuidador(a), predominantemente uma mulher, investe solitariamente em sustentar o cuidado, sem reconhecimento e apoio social, com desprezo às limitações de executarem sozinhas tal atividade. Logo enxergar as pessoas idosas frágeis, ofertar cursos, construir acessibilidade e disponibilizar apoio para continuar a cuidar sem deixar de cuidar de si são fundamentais.

Os resultados apontaram que o cuidado à pessoa idosa em processo de fragilização é atravessado por desigualdades sociais, condições de acesso a serviços, questões de gênero e o ageísmo. Há uma naturalização das perdas com o processo de envelhecimento, desvalorização do cuidado e invisibilidade das dimensões que compõem a configuração de cuidado empurrado aos bastidores, na esfera privada. Visualiza-se a fragilidade e a solidão de todos os atores envolvidos no cuidado: a pessoa idosa, responsabilizada pelo próprio envelhecimento, e a família, encarregada sozinha pelo cuidado. Desse modo, percebe-se que há uma omissão do Estado e da sociedade quanto ao valor do cuidado a todos(as) e por todos(as), escancarando, nesse âmbito, o ageísmo. Nesse sentido, é crucial a implementação de políticas de cuidados com ações intersetoriais dedicadas ao cuidado à pessoa idosa e de apoio ao(a) cuidador(a).

Conclui-se que a velhice frágil e o cuidado permanecem pouco visíveis na nossa sociedade. Para alcançar a integralidade em saúde e para superar as fragilidades (biológicas, psicológicas e sociais), faz-se imprescindível considerar como sujeito o receptor de cuidados, em prol de uma velhice mais satisfatória, com dignidade, apoio e sentido, bem como reconhecer o cuidado como um valor na sociedade. Logo, escutar a voz da pessoa idosa em processo de fragilização e dos(as) cuidadores(as) e reconhecê-los como atores sociais é *conditio sine qua non* para o cuidado em saúde – esforço empregado nesta pesquisa.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS/ RECOMENDAÇÕES

Realizar pesquisa com o tema cuidado no cenário político, econômico, social, de saúde atual afeta o corpo, a vida e o processo de longevidade. Relevante reconhecer que parte desse trabalho foi desenvolvido em interlocução com o grupo de pesquisa, o que deixa a caminhada mais leve. Fica o sentimento de gratidão pela possibilidade de trilhar e construir conjuntamente essa pesquisa.

A vivência do crescimento acelerado da população idosa, as marcantes desigualdades sociais, o sofrimento e o enfrentamento cotidiano dos(as) entrevistados(as) nesta pesquisa convocam a encarar o estigma às pessoas idosas e a omissão com o cuidado. As pessoas idosas frágeis representam a maior parte daqueles que necessitam de cuidados. Porém, os interesses hegemônicos desconsideram o processo de subjetivação dos envolvidos no cuidado. Quando compreendida, a visão das pessoas idosas e dos(as) cuidadores(as) dá suporte a decisões e melhorias em prol da qualidade de vida da população. Espera-se que o movimento empreendido em compreender as experiências de cuidado, nos encontros, nas falas e no debruçamento a cada entrevista, possibilite escutar a voz dos(as) interlocutores(as) e mobilizar as relações de poder que naturalizam a escassez de cuidados para as pessoas idosas e restringem o cuidado ao âmbito familiar.

As pessoas idosas visualizam a necessidade de os serviços ofertarem cuidados mais heterogêneos, personalizados, centrados na pessoa, com uma melhor comunicação com os envolvidos no cuidado e considerando sua participação nas decisões. As ações necessitam também ser direcionadas aos aspectos afetivos, psicossociais, espirituais, ambientais e de apoio aos seus cuidadores.

Na voz dos(as) entrevistados(as), as ações e serviços de cuidado são fragmentados e insuficientes. Estudos que buscam compreender as perspectivas das pessoas envolvidas no cuidado são importantes para um melhor entendimento dos mecanismos por trás dessa relação complexa envolvendo abordagens explicativas. Destaca-se como um diferencial deste trabalho compreender a percepção dos envolvidos no cuidado, que historicamente são invisibilizados: escutar as pessoas idosas que necessitam de cuidados, suas demandas, seus desejos, anseios, enfrentamentos, denúncias, bem como escutar os(as) cuidadores(as). Há uma polifonia de

experiências e relações intersubjetivas multifacetadas que necessitam ser consideradas. Visualiza-se o receio na comunicação por parte dos(as) cuidadores(as) em demonstrar que cuidam da melhor maneira possível. Por parte da pessoa idosa, percebe-se um esforço para continuar cuidando, ainda que dependente de cuidados e de não se queixar do suporte cotidiano recebido dos familiares. Compreende-se que esse movimento ocorre pelo fato de os(as) entrevistados(as) endereçarem aos(as) pesquisadores(as) o lugar de profissionais de saúde.

É basilar o interesse da sociedade pela dignidade e qualidade de vida na velhice e o apoio aos(as) seus(uas) cuidadores(as), sendo necessário politizar o cuidado na sociedade, que ainda é marginalizado, invisibilizado, considerado abjeto e restrito ao âmbito privado. Nesse cenário, cumpre fomentar a inclusão social da pessoa idosa em processo de fragilização, mesmo quando restrita ao domicílio, relembrando o quanto somos dependentes uns dos outros como sujeitos.

Do nosso ponto de vista, é necessário implementar políticas públicas e sociais comprometidas com o cuidado, que direcionem atenção à pessoa idosa e aos cuidadores(as). Desse modo, a expectativa é que os elementos aproximados nesta pesquisa possam contribuir na elaboração de intervenções mais condizentes com a proposta e a luta do Sistema Único de Saúde, considerando (escutando) os sujeitos envolvidos cotidianamente no cuidado e as dimensões que influenciam nas ações, sentimentos e pensamentos desse público. Espera-se que esta tese seja uma das inspirações para a implementação de ações que cuidem da pessoa idosa e apoiem o cuidado, visando a melhoria da vida dos(as) interlocutores(as) desta pesquisa e de toda a população, reconhecendo todos os âmbitos de fragilização do ser humano – cultural, social, psicológico, biológico, econômico, político – e a centralidade do cuidado na vida humana.

Em síntese, é urgente escutar a voz da pessoa idosa, considerar as relações de cuidado, ofertar políticas públicas não ageístas e sensibilizar os serviços e os(as) profissionais de saúde para a construção de um cuidado integral, desnaturalizando as perdas e reconhecendo o sujeito com fragilidades.

REFERÊNCIAS

ALCANTARA Alexandre de Oliveira; CAMARANO, Ana Amélia; GIACOMIN, Karla Cristina, (Orgs.), **Política nacional do idoso: velhas e novas questões**. Rio de Janeiro: INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 615p, 2016.

ANDRADE Ankilma do Nascimento, FERNANDES Maria das Graças Melo, NÓBREGA Maria Miriam Lima da, GARCIA Telma Ribeiro, COSTA, Kátia Nêyla de Freitas Macêdo. Análise do conceito fragilidade em idosos. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 748-756, 2012.

ANGOTTI, Bruna; VIEIRA, Regina Stela Corrêa (Orgs.). **Cuidar, verbo coletivo: diálogos sobre o cuidado na pandemia da Covid-19**. Joaçaba: Editora Unoesc, 2021.

ARAÚJO, Inesita Soares de; CARDOSO, Janine Miranda. **Comunicação e Saúde**. Coleção Temas em Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 152p, 2007.

ARAÚJO, Meirel Tavares; VELLOSO Isabela C.; CECI, Christine; PURKIS, Mary Ellen. Caregiving for the elderly person: discourses embedded in the brazilian practical guide for the caregiver. **Journal of Aging & Social Policy**, 2017.

ARCHIBALD, Mandy M.; AMBAGTSHEER, Rachel; BEILBY, Justin; CHEHADE, Mellick J.; GILL, Tiffany K.; VISVANATHAN, Renuka; KITSON, Alison L. Perspectives of Frailty and Frailty Screening: Protocol for a Collaborative Knowledge Translation Approach and Qualitative Study of Stakeholder Understandings and Experiences. **BMC Geriatrics**, v. 17, n. 87, 2017.

ARIÈS, Philippe. **O homem diante da morte**. 1ed. Tradução: Ribeiro, L. São Paulo: Unesp; 837p, 2014.

ATLAS BRASIL. Atlas do desenvolvimento humano no Brasil. **Belo Horizonte**. Programa das Nações Unidas Para o Desenvolvimento (PNUD); Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e Fundação João Pinheiro (FJP), 2019. Disponível em <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/belo-horizonte_mg>. Acesso em: 04 de mar de 2019.

AVILA, Maria Betânia; FERREIRA, Verônica. Trabalho doméstico remunerado: contradições estruturantes e emergentes nas relações sociais no Brasil. **Psicol. Soc.**, v. 32, 2020.

AYRES, José Ricardo C. M. Prefácio. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubens A (Orgs). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8a edição. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, p. 11-14, 2006.

AYRES, José Ricardo C. M. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. 1ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/ UERJ, ABRASCO, 282p. 2009.

AZEVEDO, Raquel Souza; BARROS, Katiúcia M.; VELLOSO, Isabela S. C.; MORAES, Edgar Nunes; ASSIS, Luciana de O. Facilitando o autocuidado. In.: MORAES, Edgar Nunes.

AZEVEDO, Raquel Souza. **Fundamentos do cuidado ao Idoso Frágil**. Belo Horizonte: Folium, p.275-305, 2016.

BANCO MUNDIAL. **Population Aging: Is Latin America Ready?** Directions in Development. The World Bank. Washington, DC, 2011.

BARROS, Maria Elisabeth Barros de. De amoladores de faca a cartógrafos: a atividade do cuidado. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de, (orgs). **Cuidar do cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: Abrasco, p. 279-295, 2008.

BARROS, Myriam Moraes Lins de. A velhice na pesquisa socioantropológica brasileira. In.: GOLDENBERG, Mirian (Org.). **Corpo, envelhecimento e felicidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, p.45-64, 2011.

BERGLUND, Helene; HASSON, Henna; KJELLGREN, Karin I; WILHELMSON, Katarina. Effects of a continuum of care intervention on frail older persons' life satisfaction: a randomized controlled study. **Journal of Clinical Nursing**, v. 24, n. 7-8, p. 1079-1090, 2015.

BINDELS, Jill; COX, Karen; DE LA HAYE, Jean; MEVISSSEN, Ger; HEIJING, Servé; SCHAYCK, Onno C. P. Van; WIDDERSHOVEN, Guy; ABMA, Tineke A. Losing connections and receiving support to reconnect: experiences of frail older people within care programmes implemented in primary care settings. **International Journal of Older People Nursing**. v. 10, n. 3, p. 179-189, 2015.

BOIVIN, M.; ROSATO, A.; ARRIBAS, V. Introducción. In: **En Constructores de Otredad: uja introducción a la Antropología Social y Cultural**. Antropofagia, 3ª ed. Buenos Aires. Fragmentos, p.7-22. 2004.

BORGES, Gabriel Mendes; CAMPOS, Marden Barbosa de; SILVA, Luciano Gonçalves de Castro. Transição da estrutura etária no Brasil: oportunidades e desafios para as próximas décadas. In: ERVATTI, Leila Regina; et.al. **Mudança Demográfica no Brasil no Início do Século XXI: Subsídios para as Projeções da População**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, p. 138-151, 2015.

BRAGA, LS; MACINKO, J; PROIETTI, FA; CÉSAR, C; LIMA-COSTA, MF. Diferenciais intra-urbanos de vulnerabilidade da população idosa. **Cad. Saúde Pública**; v.26, n.12, p:2307-2315, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.528**, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 192 p. il. 2006b. (Série A Normas e Manuais Técnicos, Caderno de Atenção Básica, n. 19).

BRASIL. Ministério da Saúde. BRASIL. **Curso de autoaprendizado: Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde**. Ministério da Saúde - Coordenação Geral de Alimentação

e Nutrição (CGAN); Organização Panamericana da Saúde (OPAS); Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição (OPSAN); Universidade de Brasília (UnB). Brasília, 81p, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. Brasília: Ministério da Saúde. 3. ed., 2. reimpr. - Brasília: Ministério da Saúde, 70p, 2013. 70 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral**. XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. [S.l.], Ministério da Saúde, 41p, 2014.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 127 p 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações técnicas para a implementação de linha de cuidado para atenção integral à saúde da pessoa idosa no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas e estratégicas. Coordenação de saúde da pessoa idosa. 2018.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Congresso mantém veto total a projeto que regulamentava profissão de cuidador**. Brasília, DF, out, 2019. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/593817-congresso-mantem-veto-total-a-projeto-que-regulamentava-profissao-de-cuidador>. Acesso em: 26 jan 2020.

BROWN, Patrick; DE GRAAF, Sabine; HILLEN, Marij, The inherent tensions and ambiguities of hope: Towards a post-formal analysis of experiences of advanced-cancer patients. **Health**, v.19, n.2, p.207-225, 2015.

BRUNNER, Eric J. AHMADI-ABHARI, Sara. Modelling the growing need for social care in older people. **The Lancet** [S.l.], v.3, e447, 2018.

BUCKINX, Fanny; ROLLAND, Yves; REGINSTER, Jean-Yves; RICOUR, Céline; PETERMANS, Jean; BRUYÉRE, Olivier. Burden of frailty in the elderly population: perspectives for a public health challenge. **Archives of Public Health**, v.73, n.29, p.1-7, 2015.

BUTLER, Judith P. Sujeitos do sexo/gênero/desejo. In: BUTLER, Judith P. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 2003. p.17-60.

CALADO, Larissa Barradas; FERRIOLLI, Eduardo; MORIGUTI, Júlio César; MARTINEZ, Edson Zangiacomi; LIMA, Nereida Kilza da Costa. Frailty syndrome in an independent urban population in Brazil (FIBRA study): a cross-sectional populational study. **São Paulo Medical Journal**, v. 134, n. 5, p.385-392, 2016.

CALDAS, Célia Pereira; LINDOLPHO, Mirian Costa. Promoção do Autocuidado na Velhice. In: FREITAS, Elizabete Viana de Freiras; PY, Ligia. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Kogan, 4ª ed., cap. 114, p. 2844-2857, 2017.

CAMARANO, Ana Amélia. **Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica**. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 31 p, 2002.

CAMARANO, Ana Amélia. O novo paradigma demográfico. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, p. 3446-3447, 2013.

CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange. Envelhecimento da População Brasileira: Uma Contribuição Demográfica. FREITAS, Elizabete Viana de Freiras; PY, Ligia. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Kogan, 4ª ed., cap. 5, p. 203-235, 2017.

CAMARANO, Ana Amélia; PASINATO, Maria Tereza. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In.: CAMARANO, A. (Org). **Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60?**. IPEA: Rio de Janeiro, cap.8, p.253-292, 2004.

CAMARGO JR., Kenneth Rochel de. O paradigma clínico-epidemiológico ou biomédico. **Revista Brasileira de História da Ciência**, Rio de Janeiro, v.6, p.183-195, 2013.

CAMARGOS, Mirela Castro Santos; GONZAGA, Marcos Roberto. Viver mais e melhor? Estimativas de expectativa de vida saudável para a população brasileira. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 1460-1472, 2015.

CANESQUI, Ana Maria. Notas sobre a produção acadêmica de Antropologia e saúde na década de 80. In: ALVES, PC.; MINAYO, MCS. (Orgs). **Saúde e doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994.

CANESQUI, Ana Maria. Os estudos de Antropologia da saúde/doença no Brasil na década de 1990. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p.109-124, 2003.

CARADEC, Vincent. Sexagenários e octogenários diante do envelhecimento do Corpo. In: GOLDENBERG, Mirian (Org.). **Corpo, envelhecimento e felicidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, p.21-44, 2011.

CARRIÈRE, Jean-Claude. **Fragilidade**. Rio de Janeiro: Editora Objetiva, 2007.

CASTELLANOS, LOYOLA, IRIART. Ciências Sociais em Saúde. In: PAIM, J. ALMEIDA-FILHO, N. O. (Orgs.) **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro. Medbook, 2014.

CATTANI, Roceli Brum; GIRARDON-PERLINI, Nara Marilene Oliveira. Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. **Revista Eletrônica De Enfermagem**, v. 6, n. 2, 254-271, 2006. <https://doi.org/10.5216/ree.v6i2.812>.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. Escolhas para inovarmos na produção do cuidado, das práticas e do conhecimento: como não fazermos "mais do mesmo". **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 21, n. 2, p. 280-289, 2012.

CENTRO LATINO AMERICANO DE DEMOGRAFIA. **Manual sobre indicadores de calidad en la vejez**. Santiago de Chile, 2006. Disponível em: <<http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/0/28240/P28240.xml&xsl=/celade/tpl/p9f.xsl&base=/celade/tpl/top-bottom.xslt>>. Acesso em 27 de jul de 2018.

CHEN, Christine Yuanxin; GAN, Peiying; HOW, Choon How. Approach to frailty in the elderly in primary care and the community. **Singapore medical journal**, v. 59, n. 5, p. 240, 2018.

COLLARD, Rose M.; BOTER, Han; SCHOEVEERS, Robert A.; VOSHAAR, Richard C. Oude. Prevalence of Frailty in Community-Dwelling Older Persons: A Systematic Review. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 60, n. 8, p.1487-1492, 2012.

CORIN, Ellen; UCHÔA, Elizabeth; BIBEAU, Gilles. Articulation et variations des systèmes de signes, de sens et d'action. **Psychopathologie africaine**, Dakar, v. 24, n. 2, p. 183-204, 1992.

CORIN, Ellen. The cultural frame: context and meaning in the construction of health. In: Amick III, B.C. et al. (Ed.). **Society and health**. Oxford: Oxford University Press. p.272-304. 1995.

D'AVANZO, Barbara; SHAW, Rachel; RIVA, Silvia; APOSTOLO, João; BOBROWICZ-CAMPOS, Elzbieta; KURPAS, Donata; BUJNOWAKA, Maria; HOLLAND, Carol. Stakeholders' views and experiences of care and interventions for addressing frailty and pre-frailty: a meta-synthesis of qualitative evidence. **PloS one**, v. 12, n. 7, p. e0180127, 2017.

DEBERT, Guita Grin. A dissolução da vida adulta e juventude como valor. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v.16, n.34, p. 49-70, 2010.

DEBERT, Guita Grin; SIMÕES, Júlio Assis. Envelhecimento e Velhice na Família Contemporânea. In: FREITAS, Elizabete Viana; Py, Ligia (Eds.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, v. 3, p. 1571-1578, 2011.

DEBERT, Guita Grin; PULHEZ, Mariana Marques (Orgs). **Desafios do cuidado, gênero, velhice e deficiência**. 2ª ed. Campinas: Unicamp/IFCH, 2019.

DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu; MINAYO, Maria Cecília Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

DINIZ, Maria Angélica Andreotti; MELO, Beatriz Rodrigues de Souza; NERI, Karolina Helena; CASEMIRO, Francine Golghetto; FIGUEIREDO, Leandro Correa; GAIOLI, Cheila Cristina Leonardo de Oliveira; GRATÃO, Aline Cristina Martins. Estudo comparativo entre cuidadores formais e informais de idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 3789-3798, 2018.

DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira; BERZINS, Marília A. V. S; GIACOMIN, Karla C. Política Nacional do Idoso: as lacunas da lei e questão dos cuidadores. In.: ALCANTARA Alexandre de Oliveira; CAMARANO, Ana Amélia; GIACOMIN, Karla Cristina, (Orgs.), **Política nacional do idoso: velhas e novas questões**. Rio de Janeiro: INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2016, p.457-478.

DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira; D'ELBOUX, Maria José; BERZINS, Marília Viana. Cuidadores de Idosos, FREITAS, Elizabete Viana de Freiras; PY, Ligia. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Kogan, 4ª ed., cap. 117, p. 2888-2908, 2017.

DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira; LEBRÃO, Maria Lucia. Fragilidade e Envelhecimento. FREITAS, Elizabete Viana de Freiras; PY, Ligia. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Kogan, 4ª ed., cap. 118, p.2908-2938, 2017.

DURY, Sarah; DIERCKX, Eva; VORST, Anne van der; VAN DER ELST, Michaël; FRET, Bram; DUPPEN, Daan; HOEYBERGHS, Lieve; ROECK, Ellen De; LAMBOTTE, Deborah Lambotte; SMETCOREN, An-Sofie; SCHOLS, Jos; KEMPEN, Gertrudis; ZIJLSTRA, G.A. Rixt Zijlstra; LEPELEIRE, Jan De; SCHOENMAKERS, Birgitte; VERTÉ, Dominique; WITTE, Nico De; KARDOL, Tinie; DEYN; Peter Paul De; ENGELBORGHES, Sebastiaan; DONDER, Liesbeth De. Detecting frail, older adults and identifying their strengths: results of a mixed-methods study. **BMC Public Health**. v. 18, n. 1, p. 191, 2018.

EBRAHIMI, Zahra; DAHLIN-IVANOOF, Synneve; EKLUND, Kajsa; JAKOBSSON, Annika; WILHERLMSON, Katarina. Self-rated health and health-strengthening factors in community-living frail older people. **Journal of Advanced Nursing**. v. 71, n. 4, p. 825-836, 2015.

EJEM, Deborah B.; DRENTEA, Patricia; CLAY, Olivio J. The effects of caregiver emotional stress on the depressive symptomatology of the care recipient. **Aging & Mental Health**. v. 19, n. 1, p. 55-62, 2015.

ELIAS, Norbert. **A Solidão dos Moribundos**, seguido de “Envelhecer e morrer”. Tradução: Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 107p, 2001.

FASSIN, Didier. O Sentido da saúde: antropologia das políticas da vida. In.: SAILLANT, Francine; GENEST, Serge (Orgs). **Antropologia Médica: ancoragens locais, desafios globais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p.375-390, 2012.

FERNANDES, Camila. O tempo do cuidado: batalhas femininas por autonomia e mobilidade. In: RANGEL, E.; FERNANDES, C.; LIMA, F. (org.). **(Des)prazer da norma**. Rio de Janeiro: Papéis Selva- gens Edições, 2018.

FERNANDES, Maria das Graças Melo; ANDRADE, Ankilma do Nascimento; NOBREGA, Maria Miriam L. Antecedentes de fragilidade no idoso: uma revisão sistemática. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v.9, n.1, 2010.

FERREIRA, Jaqueline. O corpo sígnico. In: ALVES, PC.; MINAYO, MCS. (Orgs). **Saúde e doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994.

FERREIRA, Jaqueline. Prefácio à Edição Brasileira. In.: SAILLANT, Francine; GENEST, Serge (Orgs). **Antropologia Médica: ancoragens locais, desafios globais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p.19-36, 2012.

FERRIOLLI, Eduardo; MORIGUTI, Júlio César; FORMIGHIERI, Paulo F. Idoso Frágil. FREITAS, Elizabete Viana de Freiras; PY, Ligia. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Kogan, 4ª ed., cap. 90, p. 2262-2272, 2017.

FLEISCHER, Soraya; FRANCH, Mónica. Um dor que não passa: aportes teóricos-metodológicos de uma Antropologia das doenças compridas. **Revista de Ciências Sociais**, n.42, p.13-38, 2015.

FLESCH, Leticia Decimo; LINS, Ana Elizabeth dos Santos; CARVALHO, Elcyana Bezerra Carvalho. Cuidado Familiar a Idosos Física e Cognitivamente Frágeis: Teoria, Pesquisa e Intervenção. FREITAS, Elizabete Viana de Freiras; PY, Ligia. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Kogan, 4ª ed., cap. 140, p. 3302-3314, 2017.

FLECK, Ludwick. Sur la reaction wassermann et as découverte. In: **Genèse et développement d'un fait scientifique**. Paris: Éd. Les Belles Lettres, p.95-114, 1934.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2013.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. **Tempus Actas De Saúde Coletiva**, n.6, v.2, p.151-163, 2012.

FREIRE NETO, João Bastos; MOREIRA, Antonio Carlos Melo. Cuidadores em Domicílio: Conceitos e Práticas. FREITAS, Elizabete Viana de Freiras; PY, Ligia. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Kogan, 4ª ed., cap. 115, p.2857-2868, 2017.

FRIED, Linda P.; TANGEN, Catherine M.; WALSTON, Jeremy; NEWMAN, Anne B.; HIRSCH, Calvin; GOTTDIENER, John; SEEMAN, Teresa; TRACY, Russell; KOP, Willem J.; BURKE, Gregory; MCBURNIE, Mary Ann. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. **Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES**, v. 56, n. 3, p. M146-M157, 2001.

FRIED, Linda P.; FERRUCCI, Luigi; DARER, Jonathan; WILLIAMSON, Jeff D.; ANDERSON, Gerard. "Untangling the concepts of Disability, Frailty, and Comorbidity: implications for improved targeting and care". **The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences**, v. 59, n. 3, p. 255-263, 2004.

FOUCAULT, M. **Ditos e Escritos V**. Ética, Sexualidade e Política. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

FOUCAULT, Michel. A ética do cuidado de si como prática da liberdade. In: FOUCAULT, Michel; MOTTA, Manoel Barros da (Org.). **Ética, sexualidade, política**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004. p.264-287. (Coleção Ditos & escritos; 5)

FOUCAULT, Michel. O Panoptismo. In: Vigiar e Punir: nascimento da prisão. Trad. Raquel Ramallete. 39 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011, p. 186-214.

FOUCAULT, Michel. Sujeito e poder. In.: DREYFUS, Hubert L. **Michel Foucault: uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forense, 1995. p. 231-249.

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. Boletim da Pesquisa por Amostra de Domicílios Minas Gerais 2011: Perfil da população idosa de Minas Gerais. Belo Horizonte, Fundação João Pinheiro, Centro de Estatística e Informações, 3 n. 6, 85p. 2014.

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. **Índice Mineiro de Responsabilidade Social (IMRS) Belo Horizonte**. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro. Disponível em <<http://imrs.fjp.mg.gov.br/Perfil/PerfilMunicipal?id=118>>. Acesso em 04 de mar de 2019.

GADAMER, Hans-Georg. **O caráter oculto da saúde**. Tradução: COSTA, Antonio Luiz. Rio de Janeiro: Vozes, 176p. 2006.

GEERTZ, Cliford. **A Interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, LTC, Antropologia Social, 213p, 1989.

GERHARDT, T. E.; RUIZ, E. F. N. Itinerários terapêuticos: dispositivo revelador da cultura do cuidado e do cuidado na e da cultura. In: PINHEIRO, R. et al. (Org.). **Cultura do cuidado e o cuidado na cultura: dilemas, desafios e avanços para efetivação da integralidade em saúde no Mercosul**. Rio de Janeiro: Cepesc Editora, 2015. p. 255-270.

GIACOMIN, Karla Cristina; UCHÔA, Elizabeth; FIRMO, Josélia Oliveira Araújo; LIMA-COSTA, Maria Fernanda. Projeto Bambuí: um estudo de base populacional da prevalência e dos fatores associados à necessidade de cuidador entre idosos. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, N. 1, p. 80-91, 2005.

GIACOMIN, Karla Cristina; SANTOS, Wagner Jorge dos; FIRMO, Josélia Oliveira Araújo. O luto antecipado diante da consciência da finitude: a vida entre os medos de não dar conta, de dar trabalho e de morrer. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2487-2496, 2013.

GIACOMIN, Karla Cristina; FIRMO, Josélia O Araújo. Velhice, incapacidade e cuidado na saúde pública. **Ciência & Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 12, p. 3631-3640, 2015.

GIERVELD, Jenny De Jong. Intra-couple caregiving of older adults living apart together: Commitment and independence. **Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement**, v. 34, n. 3, p. 356-365, 2015.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Tradução: Lambert M. Rio de Janeiro: LTC, 1981. 123p.

GOHN, Maria da Glória Marcondes. **Novas teorias dos movimentos sociais**. São Paulo: Edições Loyola, 2008. Cap. IV. p 131-168.

GOLDENBERG, Mirian. Apresentação. In.: GOLDENBERG, Mirian (Org.). **Corpo, envelhecimento e felicidade**, Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, p.7-19, 2011.

GOLDFARB, Délia C. Velhices fragilizadas: espaços e ações preventivas. In: **Velhices: reflexões contemporâneas**. São Paulo: SESC: PUC, 2006, p.74-85.

GROISMAN, Daniel. Quem cuida de quem cuida? As cuidadoras de pessoas idosas diante da pandemia da Covid-19. In: ANGOTTI, Bruna; VIEIRA, Regina Stela Corrêa (orgs.). **Cuidar, verbo coletivo: diálogos sobre o cuidado na pandemia da Covid-19**. Joaçaba: Editora Unoesc, 2021, p. 221-234.

GUIMARÃES, Nadya A. Os múltiplos fios que tecem as relações de cuidado. In: ANGOTTI, Bruna; VIEIRA, Regina Stela Corrêa (orgs.). **Cuidar, verbo coletivo: diálogos sobre o cuidado na pandemia da Covid-19**. Joaçaba: Editora Unoesc, 2021, p. 11-30.

GUTIERREZ, Denise Machado et al. Vivências subjetivas de familiares que cuidam de idosos dependentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.26, n.1, p.47-56, 2021.

GUTIÉRREZ, Javier Barbero. Fundamentos antropológicos, éticos y relacionales de la intervención psicológica en cuidados paliativos. In: GUTIÉRREZ, Javier B; et. al., (Orgs.) **Manual para la atención psicosocial y espiritual a personas con enfermedades avanzadas: intervención psicológica y espiritual**. Espanha: obra Social "La Caixa", p. 75-89, 2016.

HACKING, Ian. Biopower and the Avalanche of Printed Numbers. **Humanities in Society**, v. 5, p. 279-295, 1982.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde e doença**. Tradução de Claudia Buchweitz e Pedro M. Garcez. 4ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2003, reimpressão, 2006.

HIRATA, Helena. O trabalho de cuidado. **Sur - Revista Internacional de Direitos Humanos**, v. 13, n. 24, p. 53-64, 2016.

HIRATA, Helena. Cuidado: teorias e práticas. In: ANGOTTI, Bruna; VIEIRA, Regina Stela Corrêa (orgs.). **Cuidar, verbo coletivo: diálogos sobre o cuidado na pandemia da Covid-19**. Joaçaba: Editora Unoesc, 2021, p. 31-40.

HITA, Maria Gabriela. "Igualdade, identidade e diferença(s): feminismo na reinvenção de sujeitos". In BUARQUE, Heloísa de Almeida et al (Orgs) **Gênero em Matizes**. EDUSF, São Paulo, 2002. p. 319 – 351.

HORSFALL, Debbie; BLIGNAULT, Ilse; PERRY, Astrid; ANTONOPOULOS, Penny. Love stories: understanding the caring journeys of aged Greek-Australian carers. **Health and Social Care in the community**, v. 24, n. 2, p. 194-202, 2016.

HUGO MÃE, Valter. **A máquina de fazer espanhóis**. 1ª edição. Ed. Biblioteca Azul. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico 2010. **Características da população e do domicílio: Resultados do universo**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd_2010_caracteristicas_populacao_domicilios.pdf>. Acesso em 15 mai 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD**. 2013. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2013/>> Acessado em 9 de julho de 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeção da população**. IBGE, 2017. Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acessado em 04 de mar de 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Belo Horizonte**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/belo-horizonte/panorama>>. Acesso em 04 de mar de 2019.

IECOVICH, Esther. The Association Between Older Israelis' Quality relationships with their family and migrant live-in caregivers and their loneliness. **Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences**. v. 71, n. 3, p. 526-537, 2016.

KAUFMANN, JC. **A entrevista compreensiva: um guia para pesquisa de campo**. Petrópolis, RJ: Vozes; Maceió, AL: Edufal, 2013.

KIM, Youngji; JANG, Soong-nang. Mapping the knowledge structure of frailty in journal articles by text network analysis. **PloS one**, v. 13, n. 4, p. e0196104, 2018.

KLEINMAN, Arthur; BENSON, Peter. Culture, moral experience and medicine. **The Mount Sinai journal of medicine**, New York, v. 73, n. 6, p. 834-839, 2006.

KLEINMAN, Arthur. Caregiving: the odyssey of becoming more human. **The Lancet**, v. 373, n. 9660, p. 292-293, 2009.

KLEINMAN, Arthur. Caregiving: Its role in medicine and society in America and China. **Ageing International**, v. 35, n. 2, p. 96-108, 2010.

KLEINMAN, Arthur. Caregiving as moral experience. **The Lancet**, v. 380, n. 9853, p. 1550-1551, 2012.

KLEINMAN, Arthur. From illness as culture to caregiving as moral experience. **New England Journal of Medicine**, 368, p. 1376-1377, 2013.

KLEINMAN, Arthur. Care: in search of a health agenda. **The lancet**, v. 386, n. 9990, p. 240-241, 2015.

KLEINMAN A. **Rethinking psychiatry from cultural category to personal experience**. New York: The Free Press; 1988.

KLEINMAN, Arthur. Caring for memories. **The Lancet**, v. 387, n. 10038, p. 2596-2597, 2016.

KLEINMAN, Arthur; CLIFFORD, Rachel Hall. Stigma: a social, cultural and moral process. **J Epidemiol Community Health**, v. 63, p.418-419. 2009. doi:10.1136/jech.2008.084277.

KLEINMAN, Arthur; EISENBERG, Leon; GOOD, Byron. Culture, illness and care: Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. **Focus, The journal of lifelong learning in psychiatry**, v.4, n.1, p.140-149, 2006.

KÜCHEMANN, Berlindes Astrid. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 27, n. 1, p. 165-180, 2012.

KWAK, Minyoung; INGERSOLL-DAYTON, Berit; BURGARD, Sarah. Receipt of care and depressive symptoms in later life: the importance of self-perceptions of aging. **Journals of**

Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, v. 69, n. 2, p. 325-335, 2014.

LAIN, Régis Le; IGNASZEWSKI, Claire; KLINGMANN, Ingrid; CESARIO, Alfredo; BOER, Willem Ivo de. SPRINTT and the involvement of stakeholders: strategy and structure. Springer: **Aging Clinical and Experimental Research**, v.29, n.1, p.65-67, 2017.

LANGDON, Esther J; FOLLÉR, Maj-Lis; MALUF, Sônia Weidner. Um balanço da Antropologia da saúde no Brasil e seus diálogos com as Antropologias mundiais. **Anuário Antropológico**, Brasília, UnB, 2012, v. 37, n. 1: 51-89.

LANGDON, Esther Jean. Os diálogos da Antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas. **Ciênc. saúde coletiva**. 2014, vol.19, n.4, p.1019-1029.

LAPLATINE, François. **Aprender Antropologia**. São Paulo: Brasilienses, 2006.

LE BRETON, David. **As Paixões Ordinárias: Antropologia das Emoções**. Traduzido por Luis Alberto Salton Peretti, Rio de Janeiro: Vozes, 276p, 2009.

LE BRETON, David. **Antropologia do corpo**. Traduzido por Fábio dos Santos Creder Lopes, título original: *Anthropologie du corps et modernité*. 4ª ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 318p, 2016.

LEIBING, Anette. Sobre a Antropologia Médica, e Muito Mais... o corpo saudável e a identidade brasileira. In.: SAILLANT, Francine; GENEST, Serge (Orgs). **Antropologia Médica: ancoragens locais, desafios globais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p.123-138, 2012.

LEME, Luiz Eugênio G. O idoso, a morte e o sofrimento. In: PY, Ligia. **Finitude uma proposta para reflexão e prática gerontológica**. Rio de Janeiro: NAU, 1999.

LIM, Wee Shiong; WONG, Sweet Fun; LEONG, Ian; CHOO, Philip; PANG, Weng Sun. Forging a Frailty-Ready Healthcare System to Meet Population Ageing. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 14, n. 12, p. 1448, 2017.

LIMA, Maria José de. Conferência: Gênero, poder e democracia. In: **Rede Feminista de Saúde. A presença da mulher no controle social das políticas de saúde: anais de capacitação de multiplicadoras em controle social das políticas de saúde**. Belo Horizonte Mazza edições, 2003. Cap 1. p.15-32.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; MAMBRINI, Juliana Vaz de Melo; PEIXOTO, Sérgio William Viana; MALTA, Deborah Carvalho; MACINKO, James. Socioeconomic inequalities in activities of daily living limitations and in the provision of informal and formal care for noninstitutionalized older Brazilians National Health Survey, 2013. **International Journal for Equity in Health**, v. 15, n.1, 137, 2016.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; PEIXOTO, Sérgio Viana Peixoto; MALTA, Deborah Carvalho; SZWARCOWALD, Célia Landmann; MAMBRINI, Juliana Vaz de Melo. Cuidado informal e remunerado aos idosos no Brasil (Pesquisa Nacional de Saúde, 2013). **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, supl. 1, 6s, 2017.

LOCK, Margaret. Antropologia médica: indicações para o futuro. In.: SAILLANT, Francine; GENEST, Serge (Orgs). **Antropologia Médica: ancoragens locais, desafios globais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p.427-453, 2012.

LOURO, Guacira Lopes (Org.). **O corpo educado: pedagogias da sexualidade**. 4ª Ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2018.

LOURO, Guacira Lopes. **Corpos que escapam**. Labrys: estudos feministas. número 4. agosto/dezembro 2003. <https://www.labrys.net.br/labrys4/textos/guacira1.htm>

LOURO, Guacira Lopes. Foucault e os estudos queer. In: RAGO, Margareth; VEIGA-NETO, Alfredo. **Para uma vida não fascista**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009 (Coleção estudos Foucautianos), p.135-142.

LOURO, Guacira Lopes. **Gênero e Sexualidade** – As múltiplas “verdades” da contemporaneidade. Anais do II Congresso Internacional Cotidiano: Diálogos sobre Diálogos. Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2008.

LOUVISON, Marília Cristina Prado; ROSA, Tereza Etsuko da Costa. Redes de Atenção e Gestão de Cuidado ao Idoso. FREITAS, Elizabete Viana de Freiras; PY, Ligia. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Kogan, 4ª ed., cap. 151, p.3474-3488, 2017.

LUTZ, Wolfgang. Global Sustainable Development priorities 500 y after Luther: Sola schola et sanitate. **Proceedings of the National Academy of Sciences**, v. 114, n. 27, p. 6904-6913, 2017.

LUZ, Madel T. Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje. In: PINHEIRO, Roseni, MATTOS, Ruben A. de (Orgs). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. 3ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2008, p.11-22.

MACHADO, Roberto; LOUREIRO, Ângela; LUZ, Rogério; MURICY, Kátia. Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Edições Graal, 559p. 1978.

MARÍN, Carmen González. Contingencia, género y sujeto. **Thémata, Revista de Filosofia**, Madrid, v. 39, p. 619-622, 2007.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília, 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 1-12, 2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Construção da identidade da Antropologia na área de Saúde: o caso Brasileiro. In: ALVES, PC.; RABELO, MC. (Orgs). **Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; Rio de Janeiro: Editora Relume Dumará, 1998. p.29-46.

MINAYO, Maria Cecília S. Idosos dependentes de cuidadores. **Ciênc. Saúde Colet.** v.26, n.01, Jan, 2021.

MOLINIER, Pascale. Ética e trabalho do care. In: HIRATA, Helena; GUIMARÃES, Nadya A. (Orgs). **Cuidado e cuidadoras**: as várias faces do trabalho do care. São Paulo: editora Atlas, 2012, p.29-43.

MORAES, Edgar Nunes. AZEVEDO, Raquel Souza. **Fundamentos do cuidado ao Idoso Frágil**. Belo Horizonte: Folium, 2016.

MOREIRA, Virgílio Garcia; LOURENÇO, Roberto Alves. Prevalence and factors associated with frailty in an older population from the city of Rio de Janeiro, Brazil: the FIBRA-RJ Study. **Clinics**. Rio de Janeiro, v. 68, n. 7, p. 979-985, 2013.

NAPIER, David A; ANCARNO, Clyde; BUTLER, Beverley; CALABRESE, Joseph. Culture and health. **The Lancet**, v. 384, n. 9954, p. 1607–1639, 2014.

NASCIMENTO, Leidimar Cardoso; MORAES, Eronice Ribeiro de, SILVA, Jaqueline Carvalho e, VELOSO, Laurimary Caminha, VALE, Andréia Rodrigues Moura da Costa. Cuidador de idosos: conhecimento disponível na base de dados LILACS. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 4, p.514-517, 2008.

NEITERMAN, Elena; WODCHIS, Walter P.; BOURGEAULT, Ivy Lynn. Experiences of older adults in transition from hospital to community. **Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement**, v. 34, n. 1, p. 90-99, 2015.

NERI, Anita Liberalesso. Teorias Psicológicas do Envelhecimento: Percurso Histórico e Teorias Atuais. FREITAS, Elizabete Viana de Freiras; PY, Ligia. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Kogan, 4ª ed., cap. 3, p. 154-180, 2017.

NERI, Anita Liberalesso; YASSUDA, Mônica Sanches; ARAÚJO, Ludgleydson Fernandes de; EULÁLIO, Maria do Carmo; CABRAL, Benedita Edina; SIQUEIRA, Maria Eliane Catunda de; SANTOS, Geraldine Alves dos; MOURA, José Guilherme de Arruda. Metodologia e perfil sociodemográfico, cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo FIBRA. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 778-792, 2013.

NUNES, Mônica de Oliveira. Da aplicação à implicação na Antropologia médica: leituras políticas, históricas e narrativas do mundo do adoecimento e da saúde. **Análise Hist. cienc. saude-Manguinhos**, v.21, n.2, apr-jun, 2014.

OLIVEIRA, Déborah Cristina de; NERI, Anita Liberalesso; D'ELBOUX, Maria José. Lack of anticipated support for care for community-dwelling older adults. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 3, p. 530-537, 2016.

OLIVEIRA, José Francisco P. Envelhecimento nos Caminhos da Filosofia. FREITAS, Elizabete Viana de Freiras; PY, Ligia. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Kogan, 4ª ed., cap. 4, p. 181-202, 2017.

OLIVEIRA, Kris Herik de. “Intensos encontros: Michel Foucault, Judith Butler, Paul B. Preciado e a teoria queer”. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 29, n. 1, e67637, 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **World Population Ageing** - Department of Economic and Social Affairs, Population Division. ONU ST/ESA/SER.A/408, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 60p. 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Resumo Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde**. Genebra, Suíça, 30p. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Multisectoral action for a life course approach to healthy ageing: draft global strategy and plan of action on ageing and health**. 37p. 2016. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_17-en.pdf>. Acesso em 23 jun. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Definition of an older or elderly person**. Organização Mundial de Saúde, 2016b.

OVERBEEK, Anouk; RIETJENS, Judith A C; JABBARIAN, Lea J.; SEVERIJNEN, Johan; SWART, Siebe J.; VAN DER HEIDE, Agnes; KORFAGE, Ida J. Low patient activation levels in frail older adults: a cross-sectional study. **BMC Geriatrics**. v. 18, n. 1, p. 7, 2018.

PEREIRA, Josianne Katherine; GIACOMIN, Karla Cristina; FIRMO, Josélia Oliveira Araújo. Uma funcionalidade e incapacidade na vontade: ficar ou não ficar quieto. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 1451-1459, julho de 2015.

PINHEIRO, Roseni M. Cuidado como um valor. In: PINHEIRO, Roseni M.; MATTOS, Ruben A. **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, p.15-27, 2007.

RABINOW, Paul; ROSE, Nikolas. O conceito de biopoder hoje. **POLÍTICA & TRABALHO** Revista de Ciências Sociais. no. 24 Abril de 2006, p. 27-57.

RODRIGUES, J.C. **Tabu da morte**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 258 p. 2006. (Antropologia e saúde).

ROLFSON, Darryl B., MAJUMDAR, Sumit R., TSUYUKI, Ross T., TAHIR, Adeel; ROCKWOOD, Kenneth. Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. **Age and Ageing** 2006 June; v. 35, n. 5, p. 526-529, 2006.

ROSENBERG, Charles E. The tyranny of diagnosis: Specific entities and individual experiente. **The Milbank Quarterly**, v. 80, n. 2, p. 237-260, 2002.

SAILLANT, Francine; GENEST, Serge. Introdução. In.: SAILLANT, Francine; GENEST, Serge (Orgs). **Antropologia Médica: ancoragens locais, desafios globais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p.19-36, 2012.

SANDERSON, Warren; SCHERBOV, Sergei. Rethinking Age and Aging. **Population Bulletin**, v. 63, n.4, 2008.

SANTOS, Carla Targino Bruno dos; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; SILVA, Maria Josefina; SOUSA, Maria Fátima de. Percursos do idoso em redes de atenção à saúde: um elo a ser construído. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, n. 26, v.1, p. 45-62, 2016.

SCHAFFER, Simon. Les cérémonies de la mesure: Repenser l'histoire mondiale des sciences. In: **Annales. Histoire, Sciences Sociales**. Cambridge University Press, p. 409-435, 2015.

SCHNEIDER, Rodolfo Herberto; IRIGARAY, Tatiana Quarti. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 25, n. 4, p. 585-593, 2008.

SCOTT, Joan. **Gênero: uma categoria útil para análise histórica**. New York: Columbia University Press, 1989.

SILVA, Silvia Lanziotti Azevedo da; NERI, Anita Liberalesso; FERRIOLI, Eduardo, LOURENÇO, Roberto Alves; DIAS, Rosângela Corrêa. Fenótipo de fragilidade: influência de cada item na determinação da fragilidade em idosos comunitários – Rede Fibra. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 11, p. 3483-3492, 2016.

SILVA, Patrick Leonardo Nogueira da, et al. Sobrecarga de trabalho em cuidadores de idosos frágeis: revisão integrativa. **Nursing**, São Paulo; v.24, n.275, p.5566-5581, abr.-2021.

SIQUEIRA, Renata Lopes de; BOTELHO, Maria Izabel Vieira and COELHO, France Maria Gontijo. A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 899-906, 2002.

SOARES, Angelo. As emoções do care. In: HIRATA, Helena; GUIMARÃES, Nadya A. (Orgs). **Cuidado e cuidadoras: as várias faces do trabalho do care**. São Paulo: editora Atlas, 2012, p. 44-60.

SOARES, Angelo. O trabalho de cuidar e as emoções nos tempos da Covid-19. In: ANGOTTI, Bruna; VIEIRA, Regina Stela Corrêa (Orgs.). **Cuidar, verbo coletivo: diálogos sobre o cuidado na pandemia da Covid-19**. Joaçaba: Editora Unoesc, 2021, p. 41-56.

SOUSA SANTOS, Boaventura de Sousa. **Um discurso sobre as ciências**. 5a ed. Porto: Edições Afrontamento, 92p, 2008.

SOUZA, Diego da Silva; BERLESE, Daiane Bolzan; CUNHA, Gilson Luis da; CABRAL, Sueli Maria, SANTOS, Geraldine Alves dos. Análise da relação do suporte social e da síndrome de fragilidade em idosos. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 18, n. 2, p. 420-433, 2017.

TAUBE, Elin; KRISTENSSON, Jimmie; SANDBERG, Magnus; MIDLOV, Patrik; JAKOBSSON, Ulf. Loneliness and health care consumption among older people. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, v. 29, n. 3, p. 435-443, 2015.

TEIXEIRA, Ilka Nicéia D´Aquino Oliveira. Revisão da literatura sobre conceitos e definições de fragilidade em idosos. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 21, n. 4, p. 297-305, 2008.

TEIXEIRA, Ilka Nicéia D´Aquino Oliveira. Fragilidade biológica e qualidade de vida na velhice. In: NERI, Anita L (Org.). **Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar**. Campinas: Alínea, p. 151-171, 2011.

TEIXEIRA, Maria Cristina T Veloz; SCHULZE, Clélia Maria Nascimento; CAMARGO, Brígido Vizeu. Representações sociais sobre a saúde na velhice: um diagnóstico psicossocial na Rede Básica de saúde. **Estudos de Psicologia**, v. 7, n. 2, p. 351-359, 2002.

TOMKOW, L. The emergence and utilisation of frailty in the United Kingdom: a contemporary biopolitical practice. **Ageing & Society**, p.1-18, 2018.

TRONTO, Joan. Assistência democrática e democracias assistenciais. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 22, n. 2, p. 285-308, maio/ago. 2007.

TRONTO, Joan. **Caring democracy: Markets, equality, and justice**. New York: New York University Press, 2013.

UCHÔA, Elizabeth. Contribuições da Antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p.849-853, 2003.

UCHÔA, Elizabeth; FIRMO, Josélia O. Araújo; LIMA-COSTA, Maria Fernanda F. Envelhecimento e Saúde: experiência e construção cultural. In: Minayo MCS, Coimbra Júnior CEA (Orgs). **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 25-35, 2002.

UCHÔA, Elizabeth; VIDAL, Jean Michel. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 497-504, 1994.

VERAS, Renato Peixoto; CAMARANO, Ana Amélia; COSTA, Maria Fernanda Lima e; UCHOA, Elizabeth. Transformações demográficas e os novos desafios resultantes do envelhecimento populacional. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; COIMBRA JR., Carlos E. A. (orgs). **Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, cap. 27, p. 503-519, 2005.

VERAS, Renato Peixoto; CALDAS, Célia Pereira; MOTTA, Luciana Branco da; Lima, Kenio Costa de; SIQUEIRA, Ricardo Carreño; RODRIGUES, Renata Teixeira da Silva Vendas; SANTOS, Luciana Maria Alves Martins; GUERRA, Ana Carolina Lima Cavaletti. Integração e continuidade do cuidado em modelos de rede de atenção à saúde para idosos frágeis. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 357-365. 2014.

VERAS, Renato Peixoto; OLIVEIRA, Martha. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p.1929-1935, 2018.

VERVER, Didi; MERTEN, Hanneke; ROBBEN, Paul; WAGNER, Cordula. Perspectives on the risks for older adults living independently. **British Journal of Community Nursing**, v. 22, n. 7, p. 338-345, 2017.

VIEIRA, Renata Alvarenga; GUERRA, Ricardo Oliveira; GIACOMIN, Karla Cristina; VASCONCELOS, Karina Simone de Souza; ANDRADE, Amanda Cristina de Souza; PEREIRA, Leani Souza Máximo; DIAS, João Marcos Domingues; DIAS, Rosângela Corrêa. Prevalência de fragilidade e fatores associados em idosos comunitários de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: dados do estudo FIBRA. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, p. 1631-1643, 2013.

WARMOTH, Krystal; LANG, Iain A.; CASSANDRA PHOENIX, Cassandra; ABRAHAM, Charles. 'Thinking you're old and frail': a qualitative study of frailty in older adults. **Ageing & Society**, v. 36, n. 7, p. 1483-1500, 2016.

APÊNDICES

Apêndice A: Roteiro para as entrevistas às pessoas idosas

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

ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DA ENTREVISTA COM OS IDOSOS (AS)

1. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

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

2. O que você entende que é saúde? O que você acha que é saúde boa? Como é uma pessoa que tem a saúde boa?
3. Para você o que é envelhecimento?
4. O que você acha que é uma pessoa velha? Como é uma pessoa velha?
5. Me diga o que você faz durante todo o seu dia.
6. Você encontra dificuldades para fazer (o que a pessoa relatar) no seu dia-a-dia?
7. Como (a dificuldade citada) interfere na sua vida? O que você faz para resolver essa dificuldade?
8. Como você lida com as dificuldades do seu dia-a-dia desde que elas apareceram?
9. Essas dificuldades mudaram a sua vida? De que forma?
10. Como você se cuida?
11. Você conta com alguma ajuda? De quem?
12. Você vê alguma diferença na sua vida de 10 anos atrás para hoje?
13. Que conselho você dará a uma pessoa mais jovem com relação a sua saúde, para que ela envelheça bem?
14. Você utiliza o SUS (Sistema Único de Saúde)?



Fonte: elaborado pela equipe de pesquisa para coleta de dados.

Apêndice B: Roteiro para as entrevistas aos(as) cuidadores(as)

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

ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DA ENTREVISTA COM OS CUIDADORES (AS)

1. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

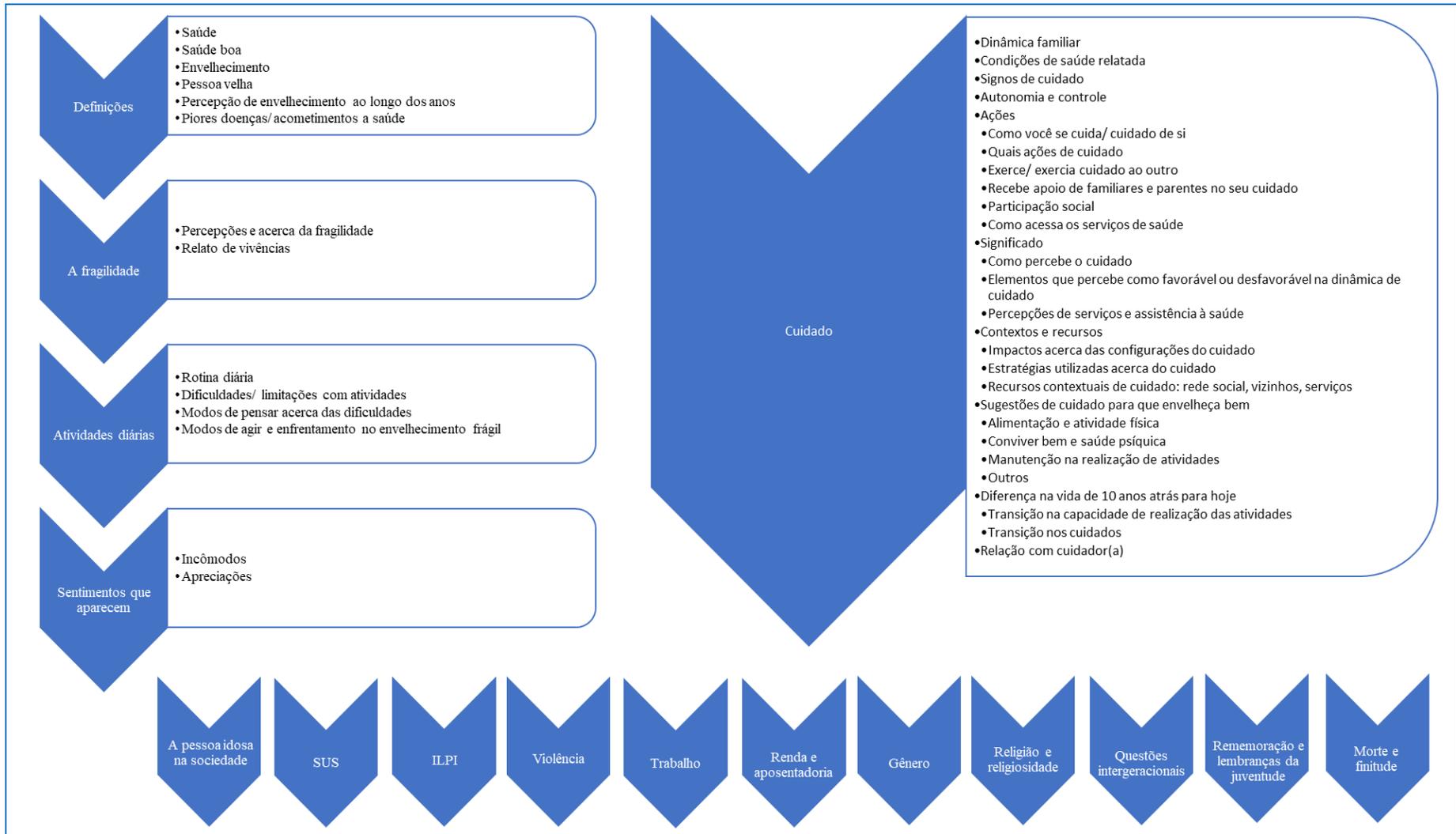
NOME: _____ IDADE: _____ ESTADO CIVIL: _____ GRAU DE PROXIMIDADE (PROFISSIONAL OU FAMILIAR): _____ VOCÊ MORA COM A PESSOA (NOME) CUIDADA? HÁ QUANTO TEMPO VOCÊ ESTÁ NESSA POSIÇÃO DE CUIDADOR (A)?

2. O que você entende que é saúde? O que você acha que é saúde boa? Como é uma pessoa que tem a saúde boa?
3. Para você o que é envelhecimento?
4. O que você acha que é uma pessoa velha? Como é uma pessoa velha?
5. Me diga quais são as suas ações que compõem o cuidado, no seu dia-a-dia? Como você enfrenta a realização dessas tarefas? Tem alguma dificuldade?
6. Qual é a maior dificuldade que você enfrenta no seu dia-a-dia?
7. Como (a dificuldade citada) interfere na sua vida e na vida do idoso? O que você faz para resolver essa dificuldade? (ai você vai vendo as adaptações, recursos). Como essas ações contribuem para minimizar essas dificuldades?
8. Como você e o idoso lidam com as dificuldades no dia-a-dia do cuidado desde que elas apareceram?
9. De que forma essas dificuldades interfere e altera a vida do idoso?
10. Você conta com alguma ajuda na realização do cuidado? De quem? (pessoas, instituições) Você vê alguma diferença na vida do idoso (nome) desde que está com ele(a)?
11. Você precisa de algum tipo de cuidado? Como você se cuida?
12. Me diga quais são as suas ações fora do âmbito do cuidado.
13. A partir de sua experiência, que conselho você dará a uma pessoa mais jovem com relação a sua saúde para que ela envelheça bem?



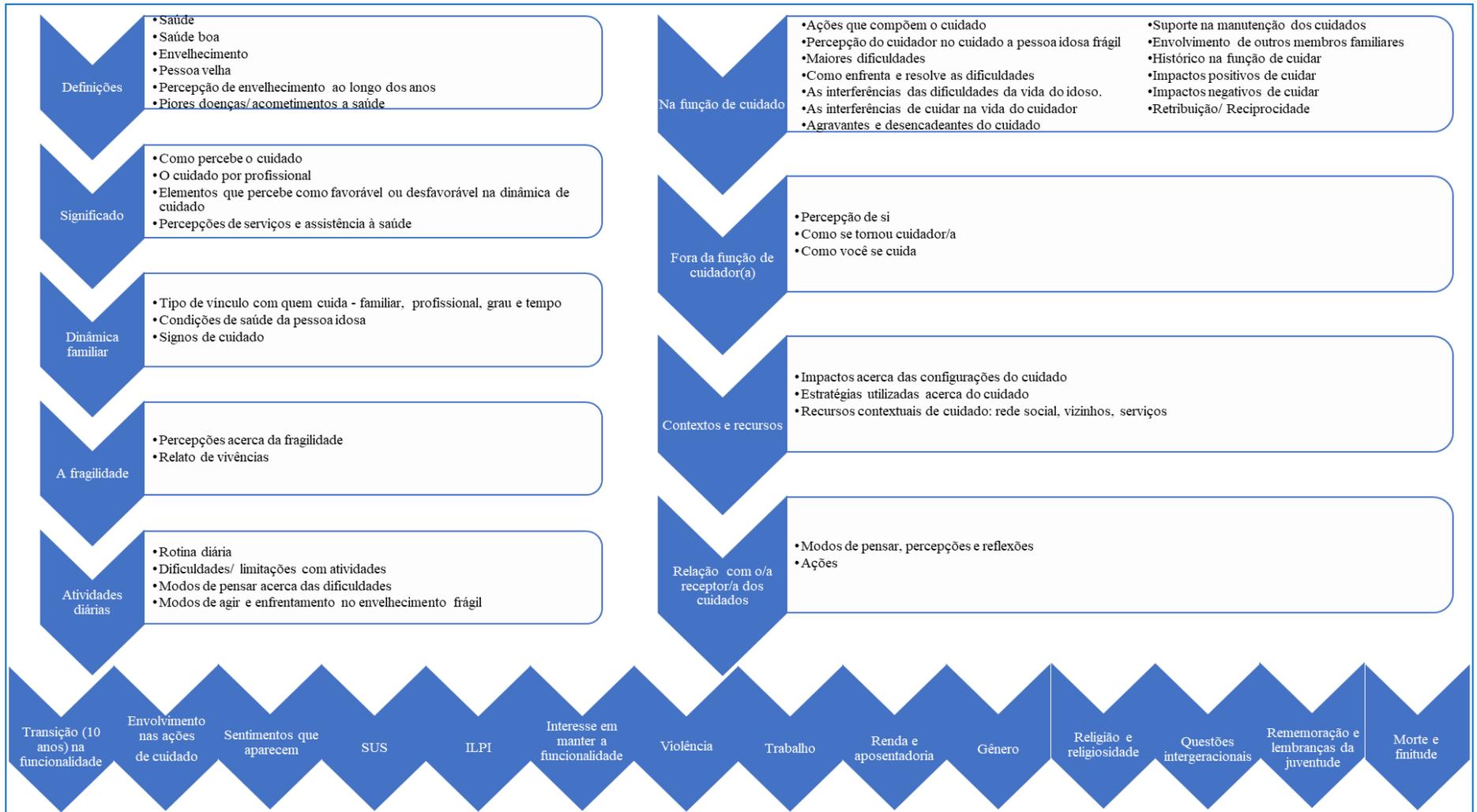
Fonte: elaborado pela equipe de pesquisa para coleta de dados.

Apêndice C: Categorização das análises dos dados das pessoas idosas



Fonte: Elaborado pela autora

Apêndice D: Categorização das análises dos dados dos(as) cuidadores(as)



Fonte: Elaborado pela autora

ANEXOS

Anexo A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

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

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

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

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

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

Josélia Oliveira Araújo Firmo - Coordenadora

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

Belo Horizonte, ___ de _____ de 2018

Sujeito da pesquisa

Josélia Oliveira Araújo Firmo: Av. Augusto de Lima, 1715 – Barro Preto - Belo Horizonte, ~~Cep:~~ 30190-002; telefones: (31) 3349 7733, (31) 3349 7731

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

Anexo B: Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto René Rachou

Esqueceu a senha? Cadastre-se 

Você está em: Público > Confirmar Aprovação pelo CAAE ou Parecer

CONFIRMAR APROVAÇÃO PELO CAAE OU PARECER

Informe o número do CAAE ou do Parecer:

Número do CAAE: Número do Parecer:

Esta consulta retorna somente pareceres aprovados. Caso não apresente nenhum resultado, o número do parecer informado não é válido ou não corresponde a um parecer aprovado.

DETALHAMENTO

Título do Projeto de Pesquisa:

Número do CAAE: Número do Parecer:

Quem Assinou o Parecer: Pesquisador Responsável:

Data Início do Cronograma: Data Fim do Cronograma: Contato Público:

Você está em: Público > Buscar Pesquisas Aprovadas > Detalhar Projeto de Pesquisa

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título Público: Fragilidade em idosos: percepções, mediação cultural, enfrentamento e cuidado
 Pesquisador Responsável: Josélia Oliveira Araújo Firmo
 Contato Público: Josélia Oliveira Araújo Firmo
 Condições de saúde ou problemas estudados:
 Descritores CID - Gerais:
 Descritores CID - Específicos:
 Descritores CID - da Intervenção:
 Data de Aprovação Ética do CEP/CONEP: 24/09/2018

DADOS DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE

Nome da Instituição: Centro de Pesquisas René Rachou/Fundação Oswaldo Cruz/ CPqRR/ FIOCRUZ
 Cidade: BELO HORIZONTE

DADOS DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Comitê de Ética Responsável: 5091 - Centro de Pesquisas René Rachou/Fundação Oswaldo Cruz/ CPqRR/ FIOCRUZ
 Endereço: Avenida Augusto de Lima, 1715
 Telefone: (31)3349-7825
 E-mail: cepsh-cpqr@cpqrr.fiocruz.br

CENTRO(S) PARTICIPANTE(S) DO PROJETO DE PESQUISA

CENTRO(S) COPARTICIPANTE(S) DO PROJETO DE PESQUISA



Anexo C: Artigo "O cuidado para a pessoa idosa frágil na comunidade: uma revisão integrativa", publicado na Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia



Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2020;23(6):e190134

Artigo de Revisão / Review Article

O cuidado com as pessoas idosas frágeis na comunidade: uma revisão integrativa

Care for frail older adults in the community: an integrative review

1 de 1

Giulaine Alves de Souza¹ 
 Karla Cristina Giacomini² 
 Josélia Oliveira Araújo Firme² 

Resumo

Objetivo: Investigar as evidências científicas a respeito do cuidado com a pessoa idosa frágil na comunidade, na percepção da pessoa idosa. **Método:** Estudo descritivo, do tipo revisão integrativa. A busca dos artigos foi realizada nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), da *Medical Literature Analysis and Retrieval System* (Medline), Web of Science, Scopus e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Os critérios de inclusão foram: artigos disponíveis completos e de acesso livre; publicados entre 2014 e 2019; escritos em língua portuguesa, inglesa, espanhola ou francesa; condizentes com o tema desta pesquisa. **Resultados:** Emergiram dos resultados quatro categorias de análise: a fragilidade na visão da pessoa idosa frágil; as prioridades na percepção da pessoa idosa; perspectivas das pessoas idosas acerca dos cuidados pelos serviços; as relações interpessoais no cuidado para pessoa idosa frágil. A percepção das pessoas idosas frágeis apresenta especificidades, tem como foco do cuidado a manutenção de sua independência, sinaliza para a necessidade de manutenção de relações interpessoais, melhora da comunicação das ações de educação em saúde e dos serviços que devem ser centrados nas pessoas. **Conclusão:** Evidenciam-se pontos que requerem atenção por parte dos serviços assistenciais e das estratégias políticas para melhorar a oferta de cuidados e para que as ações realizadas sejam acolhidas por esse público.

Palavras-chave: Saúde do Idoso. Fragilidade. Literatura de Revisão como Assunto. Assistência à Saúde Culturalmente Competente. Percepção. Idoso Fragilizado.

¹ Fundação Oswaldo Cruz, Instituto René Rachou (Fiocruz Minas), Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Belo Horizonte, MG, Brasil.

² Prefeitura de Belo Horizonte, Secretaria Municipal de Saúde, MG, Brasil.

³ Fundação Oswaldo Cruz, Instituto René Rachou (Fiocruz Minas), Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Financiamento da pesquisa: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), bolsa produtividade (Processo 302614/2011-7) e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Correspondência / Correspondence
 Giulaine Alves de Souza
 giulaine.as@gmail.com

Recebido: 03/07/2019
 Aprovado: 26/06/2020

<http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562020023.190134>

Anexo D: Aprovação do artigo “A necessidade de cuidado na percepção de pessoas idosas em processo de fragilização” para Cadernos de Saúde Coletiva

Cadernos Saúde Coletiva - Decision on Manuscript ID CADSC-2020-0506.R14 mensagens

Guilherme Werneck <onbehalf@manuscriptcentral.com>9 de janeiro de 2021 às
19:43Responder a: gwerneckcsc@iesc.ufrj.brPara: gislaine.as@gmail.com

09-Jan-2021

Dear Ms. Souza:

It is a pleasure to accept your manuscript entitled "A necessidade de cuidado na percepção de pessoas idosas em processo de fragilização" in its current form for publication in the Cadernos Saúde Coletiva. The comments of the reviewer(s) who reviewed your manuscript are included at the foot of this letter.

Thank you for your fine contribution. On behalf of the Editors of the Cadernos Saúde Coletiva, we look forward to your continued contributions to the Journal.

Sincerely,
Dr. Guilherme Werneck
Associate Editor, Cadernos Saúde Coletiva
gwerneckcsc@iesc.ufrj.br

Cadernos Saúde Coletiva - Decision on Manuscript ID CADSC-2020-0506.R1

4 mensagens

Guilherme Werneck <nbehalf@manuscriptcentral.com>
Responder a: gwerncksc@iesc.ufjf.br
Para: gislaine.as@gmail.com

9 de janeiro de 2021 às 19:43

09-Jan-2021

Dear Ms. Souza:

It is a pleasure to accept your manuscript entitled "A necessidade de cuidado na percepção de pessoas idosas em processo de fragilização" in its current form for publication in the Cadernos Saúde Coletiva. The comments of the reviewer(s) who reviewed your manuscript are included at the foot of this letter.

Thank you for your fine contribution. On behalf of the Editors of the Cadernos Saúde Coletiva, we look forward to your continued contributions to the Journal.

Sincerely,
Dr. Guilherme Werneck
Associate Editor, Cadernos Saúde Coletiva
gwerncksc@iesc.ufjf.br

Entire Scoresheet:
Reviewer: 1

Comments:

As orientações solicitadas no parecer final foram adequadas.

Additional Questions:

Does the manuscript contain new and significant information to justify publication?: Yes

Does the Abstract (Summary) clearly and accurately describe the content of the article?: Yes

Is the problem significant and concisely stated?: Yes

Are the methods described comprehensively?: Yes

Are the interpretations and conclusions justified by the results?: Yes

Is adequate reference made to other work in the field?: Yes

Is the language acceptable?: Yes

Length of article is: Adequate

Number of tables is: Adequate

Number of figures is: Adequate

Please state any conflict(s) of interest that you have in relation to the review of this paper (state "none" if this is not applicable): Nenhum

Rating:

Interest: 1. Excellent

Quality: 2. Good

Originality: 2. Good

Overall: 3. Average

Reviewer: 2

Comments:

Conforme já mencionado, o artigo traz uma discussão importante e necessária no contexto do cuidado a pessoas idosas. Nesta última versão, os autores atenderam à maioria das sugestões apresentadas na etapa de avaliação anterior. Dessa forma, sou de parecer favorável à publicação do manuscrito.

Additional Questions:

Does the manuscript contain new and significant information to justify publication?: Yes

Does the Abstract (Summary) clearly and accurately describe the content of the article?: Yes

Is the problem significant and concisely stated?: Yes

Are the methods described comprehensively?: Yes

Are the interpretations and conclusions justified by the results?: Yes

Is adequate reference made to other work in the field?: Yes

Is the language acceptable?: Yes

Length of article is: Adequate

Number of tables is: Adequate

Number of figures is: Adequate

Please state any conflict(s) of interest that you have in relation to the review of this paper (state "none" if this is not applicable): None.

Rating:

Interest: 2. Good

Quality: 2. Good

Originality: 2. Good