

## ARTIGO ORIGINAL

# 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*

Gislaine Alves de Souza<sup>1</sup> , Karla Cristina Giacomin<sup>2</sup> , Josélia Oliveira Araújo Firmo<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Instituto René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Belo Horizonte (MG), Brasil.

<sup>2</sup> Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura de Belo Horizonte - Belo Horizonte (MG), Brasil.

<sup>3</sup> Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento, Instituto René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Belo Horizonte (MG), Brasil.

**Como citar:** Souza GA, Giacomin KC, Firmo JOA. A necessidade de cuidado na percepção de pessoas idosas em processo de fragilização. Cad Saúde Colet, 2022; 30(4) 486-495. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202230040506>

### Resumo

**Introdução:** Com o envelhecimento populacional faz-se necessário conhecer a percepção e experiência de pessoas idosas em processo de fragilização acerca de seu processo de cuidado. **Objetivo:** Objetivou-se compreender a percepção de pessoas idosas em processo de fragilização sobre a necessidade de ajuda de terceiros para seu próprio cuidado. **Método:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, ancorada na Antropologia Médica. A coleta dos dados ocorreu com participantes do estudo multicêntrico FIBRA (Fragilidade em Idosos Brasileiros), do polo de Belo Horizonte, Minas Gerais. Entrevistaram-se, no domicílio, 22 pessoas idosas em processo de fragilização, que tinham, em média, 79 anos. A análise êmica foi guiada pelo modelo dos Signos, Significados e Ações. **Resultados:** 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 e se revela algo doloroso, invasivo, controlador, renunciando a finitude. Diante disso, as pessoas idosas tentam adaptar-se às mudanças para manter certo grau de autonomia e independência, para sentir-se úteis, lançam mão de tratamentos diversos e têm fé. As desigualdades sociais influenciam as ações realizadas por esse público. **Conclusão:** Observa-se a necessidade da solidariedade social e de políticas públicas comprometidas com o cuidado com a pessoa idosa em processo de fragilização, enquanto um sujeito sociocultural.

**Palavras-chave:** saúde do idoso; idoso fragilizado; cuidados culturalmente competentes.

### Abstract

**Background:** With the aging population becomes necessary to know the perception and experience of older people in a process of weakening about the care process. **Objective:** This study aims to understand the perception of elderly people in fragility process about needing help from others to maintain their care. **Method:** It is a qualitative research, based on Medical Anthropology. The data were collected from participants in the multicenter study FIBRA (Fragility in Brazilian Elderly), located in Belo Horizonte, Minas Gerais. At home, 22 elderly people in the process of frailty were interviewed, who were, on average, 79 years old. The *emic* analysis was guided by the Signs, Meanings and Actions model. **Results:** 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. **Conclusion:** 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.

Trabalho realizado no Instituto René Rachou da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Belo Horizonte (MG), Brasil.

Correspondência: Gislaine Alves de Souza. E-mail: [gislaine.as@gmail.com](mailto:gislaine.as@gmail.com)

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

Conflito de interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesse.

Recebido em: Out. 18, 2020. Aprovado em: Jan. 09, 2021



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

## INTRODUÇÃO

O rápido e progressivo envelhecimento populacional expõe um complexo cenário de estimativa de demanda de cuidados<sup>1</sup>. A crescente população de pessoas idosas muito frágeis que necessitam de ajuda para gerenciar a saúde<sup>2</sup> já representa a maior parte das demandas de apoio e cuidado do sistema de saúde<sup>3</sup>.

Esse cuidado, componente central do serviço e da assistência em saúde, enquanto prática dialógica, demanda reconhecer o *ethos* cultural<sup>4</sup> da pessoa idosa frágil e valorizar sua sabedoria prática. Por sua vez, o processo de envelhecimento<sup>5-7</sup>, a imagem corporal<sup>8</sup> e as crenças relacionadas à saúde e ao cuidado<sup>9</sup> são construções múltiplas, influenciadas pelo contexto relacional, social e cultural. Tal discussão, muitas vezes, é desconsiderada na implementação das políticas para pessoas idosas<sup>6,10</sup> e pode resultar em maior sobrecarga dos serviços e perda de oportunidades para intervenções sociais e sanitárias<sup>10</sup>.

A fragilidade possui também causas sociais, subjetivas, políticas e culturais<sup>11,12</sup>, e o cuidado junto a pessoas idosas ultrapassa as atividades básicas e instrumentais de vida diária, incluindo afetos, segurança e preocupações<sup>13</sup>.

A literatura demonstra ainda ser limitado o conhecimento sobre a experiência de saúde de pessoas idosas frágeis<sup>14</sup>. As pesquisas concentram-se nas associações entre fragilidade e desfechos adversos<sup>15</sup>, e poucos estudos versam sobre como as pessoas idosas frágeis compreendem e experimentam a fragilidade<sup>16</sup> e o cuidado<sup>17</sup>. Embora a demanda por cuidados de terceiros e as mudanças nas configurações familiares sejam frequentes<sup>18</sup>, na literatura pesquisada não foram identificados estudos sobre a percepção das pessoas idosas em processo de fragilização a respeito de como notam 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<sup>6,19</sup>. Essa ciência contribui para relativizar a concepção homogeneizada, puramente biológica e passiva da velhice, a partir de diferentes aspectos sociais, econômicos e culturais<sup>20</sup>.

Para ter acesso à experiência psicossocial e às lógicas conceituais em torno do cuidado, a coleta de dados aconteceu por meio das entrevistas compreensivas<sup>21</sup>. Trata-se de um método interativo que se aproxima das noções de Geertz<sup>22</sup> e igualmente parte de Weber<sup>21,22</sup>, tendo o campo como lócus para a apreensão dos processos sociais, para buscar o sentido da ação humana e emergir pequenas teorias<sup>21</sup>. A seleção dos(as) 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 probabilística de 601 idosos residentes na comunidade. Foram efetuados contatos telefônicos para agendamento das entrevistas. A equipe de campo era constituída por cinco profissionais dedicados à gerontologia – psicólogos(as) e fisioterapeuta –, que realizaram a entrevista no domicílio, preservando a organização de cada residência e a privacidade dos(as) entrevistados(as).

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 tenha havido dificuldades no contato relacionadas ao óbito do participante (viés de sobrevivência) ou à mudança de número telefônico. Os critérios de inclusão visaram a uma maior heterogeneidade dos(as) participantes quanto à idade, sexo, condição funcional e território, a partir das informações contidas no banco de dados. Foram excluídas pessoas que não estavam em condições físicas e cognitivas de responder à entrevista. Quando não se tinha conhecimento anterior à entrevista, embasou-se 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 critérios a qualidade, a quantidade e a intensidade dos dados coletados que permitissem aproximar-se da complexidade do fenômeno<sup>23</sup>. As entrevistas duraram em média 42 minutos.

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. No retorno às mesmas pessoas idosas, de 2016 em 2018 (complemento de entrevista), os(as) participantes assinaram novo termo de consentimento, e o material foi analisado em conjunto. A amostra final foi composta por 22 participantes. 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 culturais<sup>24</sup>. Empregou-se a perspectiva êmica<sup>19</sup>. 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(as) interlocutores(as). 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 a 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(as) 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, sendo 14 mulheres e 8 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 (cardiopatas, diabetes, hipertensão, câncer, insuficiência renal), bem como limitações na visão e audição. Apesar de a maioria se considerar funcionalmente independente, todos(as) disseram vivenciar, de alguma maneira, a ajuda de outras pessoas para manutenção de seu cuidado, 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 à 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, emergiram três categorias principais da análise: 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: *tem que* receber cuidados de terceiros**

Dos 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, avanço da idade.

O signo indicativo da necessidade de ajuda a partir da impossibilidade de prover sozinho(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 são incapazes de fazer sozinho(as) e de rejeitar a ajuda de terceiros. *Ter que ter um acompanhante para ir ao médico, ter que fazer muitos exames* transparece a regularidade e a 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 esta 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(algumas) entrevistados(as) se limitam em determinadas tarefas, outros(as) ficam mais

restritos(as) 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 comedido pra não poder ir à exaustão (H9, 76 anos).*

*Mas eu tô levando assim... tá doendo? Tomo remédio que ele receitar, ou, senão, 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(as), sentir-se úteis na função de realizar cuidados a outros – seja ao cônjuge com maior dependência ou aos(às) 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(as) nas atividades cotidianas, a despeito da orientação dos familiares.

Muitos(as) entrevistados(as) reconhecem os dispositivos de tecnologia assistiva para se manterem independentes como um mal necessário ou como uma imposição. 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. Diante do 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 os(as) 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 são ações para aliviar a necessidade de cuidados.

Alguns(algumas) 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 a 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, o acesso à cultura e 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 quietos(as)* são 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(as), o processo de envelhecimento revela-se um peso que enfraquece a vida e com o qual é preciso se conformar – ficar mais discreto(a), mais limitado(a). 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 à funcionalidade, independência e autonomia, bem como à capacidade de se adaptar às adversidades e à construção de 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 atividades<sup>25</sup>. Todavia, ainda que se percebam naturalizadas a doença e a fragilização na velhice<sup>26</sup>, 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<sup>11,12</sup>, 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 saúde<sup>2</sup>. “*Ter que*” remete a uma passividade, fazendo com que a pessoa idosa seja vista 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 sofrimento<sup>13</sup>.

Pessoas idosas frágeis aceitam envelhecer, mas sustentam o interesse de permanecerem em seus domicílios, o mais independentes possível e sem incomodar outras pessoas<sup>27</sup>. A estratégia de investimento em sua existência se faz também pelo medo de serem um fardo e discriminadas pela sociedade.

Das 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, sentir-se uma referência, receber incentivos ligados ao seu autocuidado, mas também vivenciam divergências geracionais<sup>28</sup>. A mesma pessoa que recebe cuidados pode cuidar de outros, inclusive de seu(sua) cuidador(a)<sup>29</sup>. O papel de cuidador(a) é ambivalente: pode onerar alguém em processo de fragilização pelo risco de deterioração da saúde<sup>30</sup>, mas também pode ter impacto positivo na qualidade de vida, conforme discutido em outro estudo<sup>31</sup>.

*Ter que* receber cuidados pode ser interpretado como desagradável e incômodo por causa da perda de controle sobre a própria vida; do 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)<sup>32</sup>. Por sua vez, aqueles(as) que moram sozinhos(as) vivenciam outras formas de vulnerabilidade, como quedas, lesões corporais e dificuldades de pedir ajuda quando precisam<sup>27</sup>.

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 explicativo<sup>9</sup> que emprega. A maioria dos entrevistados(as) relatou buscar melhores profissionais, mas condições socioeconômicas, nível de escolaridade, impossibilidades de acesso, contextos 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(algumas), envelhecer pode significar a morte em vida, enquanto possibilidade de dependência e luto antecipado são piores que morrer. Já outros(as) demonstram não querer ter consciência da morte, com uma forte confiança na tecnologia, e desejam continuar vivos(as)<sup>33</sup>. Na pessoa idosa frágil, o suporte social e o poder de se recriar, apesar das adversidades, dão sentido à vida e são fundamentais<sup>26</sup>.

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 benefícios<sup>14</sup>. 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 socialmente<sup>34</sup>. 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, relegada, escondida, esquecida e inútil<sup>8</sup>.

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 fundamentais<sup>12</sup>.

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 realizada<sup>7</sup>.

Para pessoas de idade avançada<sup>35</sup>, a religiosidade e a fé aparecem como preparo para a morte ou aceitação da sobrevida. Desamparado(a) pela sociedade, o(a) idoso(a) sente-se pessimista, desesperançado(a), 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 mutáveis<sup>26</sup>.

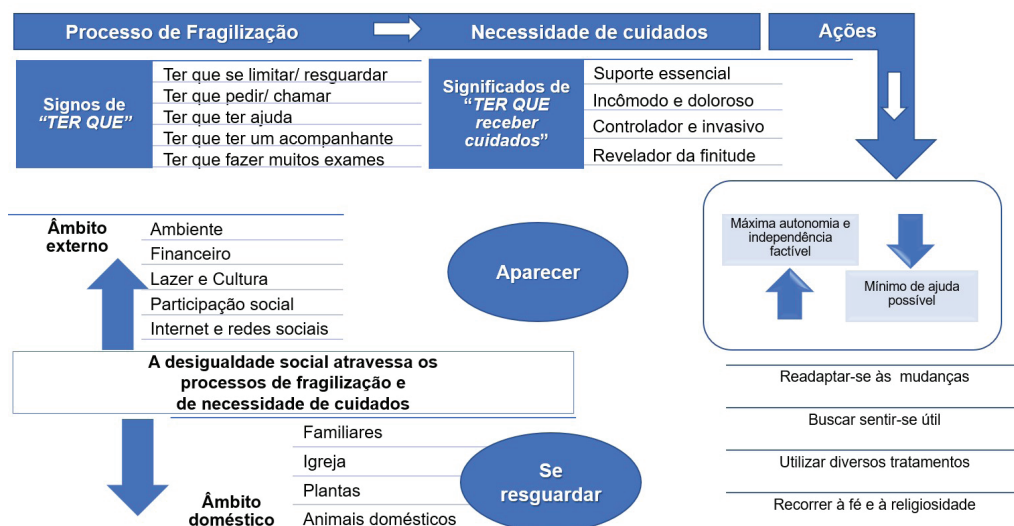
A fragilidade de vínculos, o desinvestimento em sua existência e a morte social<sup>12</sup> apresentam-se como uma realidade para pessoas idosas em processo de fragilização, especialmente aquelas com menor nível socioeconômico, e se refletem nos territórios. De certo modo, nas mudanças urbanas coexistem ganhos e perdas de autonomia; valores tradicionais e modernos perpassam as interações sociais, favorecendo ou não a mobilidade e o medo da violência<sup>5</sup>. 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 humano<sup>12</sup>, de modo potencializado para as pessoas idosas, 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(as) brasileiros(as)<sup>36</sup>.

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 a visibilidade nos espaços públicos – investem recursos na manutenção das saúdes 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, bem como negligência e abandono<sup>37</sup>. Essas violências estão presentes entre pessoas de diferentes status socioeconômicos, embora as maiores vítimas sejam idosos(as) dependentes físicos, mentais e desprovidos(as) de bens materiais<sup>37</sup>.

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

Os resultados do presente artigo apontam para a percepção de pessoas idosas em processo de fragilização que se descobrem frágeis quando passam, entre outros, a *ter que* esperar, *ter que* se resguardar e *ter que* ser cuidados. A necessidade de cuidados é vivenciada



**Figura 1.** Interpretações da necessidade de cuidado na percepção de pessoas idosas em processo de fragilização. Fonte: elaborada pelas autoras

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(as) e hostilizados(as) 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 esse 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.



## AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio: da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES), Código de Financiamento 001; do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), bolsa de produtividade (Processo 303372/2014-1); e da Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG) (APQ-00703-17).

## REFERÊNCIAS

1. Brunner EJ, Ahmadi-Abhari S. Modelling the growing need for social care in older people. *Lancet Public Health*. 2018;3(9):e414. [http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667\(18\)30143-9](http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667(18)30143-9). PMID:30174211.
2. D'Avanzo B, Shaw R, Riva S, Apostolo J, Bobrowicz-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. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0180127>. PMID:28723916.
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. *J Clin Nurs*. 2015;24(7-8):1079-90. <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.12699>. PMID:25293644.
4. Kleinman A. Care: in search of a health agenda. *Lancet*. 2015;386(9990):240-1. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)61271-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)61271-5). PMID:26194517.
5. Barros MML. A velhice na pesquisa socioantropológica brasileira. In: Goldenberg M, editor. *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. *Cad Saude Publica*. 2003;19(3):849-53. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300017>. PMID:12806487.
7. Caradec V. Sexagenários e octogenários diante do envelhecimento do Corpo. In: Goldenberg M, editor. *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. *Relatório mundial de envelhecimento e saúde*. Genebra: OMS; 2015.
11. Tomkow L. The emergence and utilisation of frailty in the United Kingdom: a contemporary biopolitical practice. *Ageing Soc*. 2018;40(4):695-712.
12. Goldfarb D. Velhices fragilizadas: espaços e ações preventivas. In: Serviço Social do Comércio, editor. *Velhices: reflexões contemporâneas*. São Paulo: SEESC; 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. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562019022.180136>.
14. Warmoth K, Lang IA, Phoenix C, Abraham C, Andrew MK, Hubbard R, et al. 'Thinking you're old and frail': a qualitative study of frailty in older adults. *Ageing Soc*. 2016;36(7):1483-500. <http://dx.doi.org/10.1017/S0144686X1500046X>.
15. Dury S, Dierckx E, van der Vorst A, Van der 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. <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-018-5088-3>. PMID:29378540.
16. Archibald MM, Ambagtsheer R, Beilby J, Chehade MJ, Gill TK, Visvanathan R, et al. Perspectives of frailty and frailty screening: protocol for a collaborative knowledge translation approach and qualitative study of stakeholder understandings and experiences. *BMC Geriatr*. 2017;17(87):87. <http://dx.doi.org/10.1186/s12877-017-0483-7>. PMID:28415977.
17. Minayo MCS. O imperativo de cuidar da pessoa idosa dependente. *Cien Saude Colet*. 2019;24(1):247-52. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018241.29912018>. PMID:30698257.
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). *Rev Saude Publica*. 2017;51(Supl. 1):6s. PMID:28591348.
19. Uchôa E, Vidal JM. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. *Cad Saude Publica*. 1994;10(4):497-504. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1994000400010>. PMID:14676936.
20. Corin E. The cultural frame: context and meaning in the construction of health. In: Amick BC III, Levine S, Tarlov AR, Wals DC, editores. *Society and health*. Oxford: Oxford University Press; 1995. p. 272-304.

21. Kaufmann JC. A entrevista compreensiva: um guia para pesquisa de campo. Petrópolis: Vozes; 2013.
22. Geertz C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1989. 213 p.
23. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev Pesqui Qual.* 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: OMS; 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):312-9. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562018021.170118>.
27. Verver D, Merten H, Robben P, Wagner C. Perspectives on the risks for older adults living independently. *Br J Community Nurs.* 2017;22(7):338-45. <http://dx.doi.org/10.12968/bjcn.2017.22.7.338>. PMID:28686099.
28. Côrte B, Ferrigno JC. Programas intergeracionais: estímulo à integração do idoso às demais gerações. In: Freitas EVF, Py L, editores. *Tratado de geriatria e gerontologia.* 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Kogan; 2017. p. 3399-415.
29. Fleischer S, Franch M. Um dor que não passa: aportes teóricos-metodológicos de uma Antropologia das doenças compridas. *Rev Cienc Soc.* 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 Psychol Sci Soc Sci.* 2015;70(5):793-803. <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbu160>. PMID:25481922.
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. <http://dx.doi.org/10.1111/hsc.12206>. PMID:25706511.
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 Psychol Sci Soc Sci.* 2014;69(2):325-35. <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbt128>. PMID:24418830.
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. *Cien Saude Colet.* 2013;18(9):2487-96. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000900002>.
34. Rodrigues JC. *Tabu da morte.* 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. (Antropologia e Saúde). <http://dx.doi.org/10.7476/9788575413722>.
35. Saillant F, Genest S. Introdução. In: Saillant F, Genest S, editores. *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. *J Aging Soc Policy.* 2017;29(5):444-60. <http://dx.doi.org/10.1080/08959420.2017.1342526>. PMID:28622111.
37. Minayo MCS, Almeida LCC. Importância da política nacional do idoso no enfrentamento da violência. In: Alcantara AO, Camarano AA, Giacomini KC, editores. *Política nacional do idoso: velhas e novas questões.* Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2016. p. 435-56.