

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE EDUCAÇÃO CONTINUADA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GERONTOLOGIA INTERVENTIVA**

JAQUELINE ZEN

**O ENVELHECIMENTO NA PERCEPÇÃO DE IDOSOS EM
ATENDIMENTO DOMICILIAR – HOME CARE**

SÃO LEOPOLDO

2017

Jaqueline Zen

**O ENVELHECIMENTO NA PERCEPÇÃO DE IDOSOS EM
ATENDIMENTO DOMICILIAR – HOME CARE**

Projeto apresentado para conclusão do
Curso de Especialização em Gerontologia
Interventiva da Universidade do Vale do
Rio dos Sinos – UNISINOS.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Suzana Hübner
Wolff

São Leopoldo

2017

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	4
1.1 TEMA	5
1.2 DELIMITAÇÃO DO TEMA.....	5
1.3 FORMULAÇÃO DO PROBLEMA.....	5
1.4 OBJETIVOS	5
1.4.1 Objetivo geral	5
1.4.2 Objetivos específicos	6
1.5 JUSTIFICATIVA	6
2 O ENVELHECIMENTO	8
2.1 DISTINÇÃO CONCEITUAL DO ENVELHECIMENTO	8
2.1.1 Envelhecimento natural	9
2.1.1.1 Aspectos anatômicos, biológicos e fisiológicos	9
2.1.1.2 Aspectos psicológicos	11
2.1.1.3 Aspectos culturais e sociais	12
2.1.2 Envelhecimento e velhice fragilizada	14
2.1.2.1 Avaliação e diagnóstico da fragilidade	15
2.1.2.2 Medidas preventivas e intervenções	16
2.1.3 Envelhecimento bem-sucedido	17
2.1.3.1 Envelhecimento bem-sucedido e sua relação com a saúde.....	18
2.1.3.2 Envelhecimento bem-sucedido e sua relação com o bem-estar	19
2.1.3.3 Envelhecimento bem-sucedido e sua relação com a atividade	20
2.2 ENVELHECIMENTO E SUAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	21
2.3 O ENVELHECIMENTO E O ATENDIMENTO DOMICILIAR EM SAÚDE – HOME CARE	23
2.3.1 Conceito e modelo de atendimento particular atual	23
2.3.2 Recursos e operacionalização do atendimento domiciliar	24
2.3.3 O idoso em atendimento domiciliar em saúde - Home Care	25
3 METODOLOGIA	27
3.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA.....	27
3.2 INSTRUMENTOS.....	27
3.3 PROCEDIMENTOS.....	27
3.4 TRATAMENTO DAS INFORMAÇÕES.....	27
3.5 CRITÉRIOS ÉTICOS.....	28
3.6 CENÁRIO.....	28
3.7 SELEÇÃO DOS COLABORADORES	28
4 CRONOGRAMA	29
CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS	31
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	34
APÊNDICE B - SOLICITAÇÃO DE CAMPO DE PESQUISA	35
APÊNDICE C - ENTREVISTA INDIVIDUAL	36

1 INTRODUÇÃO

Embora se constitua num processo natural, o envelhecimento não ocorre de forma generalizada. Cada idoso é um ser único que, ao longo do seu curso de vida, foi e continua sendo influenciado por acontecimentos de ordem biológica, psicológica, social, cultural, que interferem no seu modo de viver.

Uma vez que um grande número de pessoas espera viver mais e melhor, o significado do envelhecimento passa a ter maior importância, especialmente hoje, quando se sabe que velhice não implica necessariamente em doenças e afastamento e que o idoso tem potencial para muitas mudanças.

A percepção do idoso sobre o seu envelhecimento e o significado atribuído ao processo pode variar de acordo com a cultura a qual pertence. Na nossa sociedade, a velhice ainda é vista, na maioria das vezes, de forma negativa. Porém, a psicologia e a antropologia vêm trazendo importantes contribuições para uma nova abordagem referente ao envelhecimento humano.

Frente ao exposto, o projeto de pesquisa se faz necessário já que objetiva ouvir e aprender com os idosos os reais significados de sua velhice e como ela interfere em sua vida, já que o modo de se 'perceber' na velhice pode ter grande influência em seu processo de envelhecimento.

Segundo Guimarães (2007), o problema com a velhice não é a velhice em si, mas a maneira como o idoso e a sociedade se colocam perante ela. Não conseguimos compreender a velhice em sua totalidade, pois ainda nos falta reconhecer o valor de toda uma existência. É preciso entender que a velhice não é um passo para a morte, e sim, mais uma etapa da existência humana que deve ser encarada de forma constante (BEAUVOIR, 1990).

A mudança de perspectiva se faz necessária visto que o envelhecimento populacional é uma realidade e devemos nos preparar, planejando uma maneira para tornar amena e benéfica tal situação, sentida apenas quando envelhecemos (GUIMARÃES, 2007).

Manter a autonomia e a independência durante o processo de envelhecimento é uma meta fundamental para indivíduos e sociedade (NERI; YASSUDA, 2013) que pretendem aumentar a expectativa de uma vida saudável e de um bem-estar físico, social e mental para as pessoas que estão envelhecendo, inclusive as que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados. Esta realidade remete à

consciência de que os idosos podem se sentir felizes e realizados em qualquer momento da vida e de que, quanto mais forem atuantes e estiverem integrados em seu meio social, menos ônus trarão para a família e para os serviços de saúde.

Por outro lado, segundo Wolff (2009), não basta o domínio e a compreensão de termos e indicativos de um envelhecer bem-sucedido sem o entendimento de como as pessoas reagem frente aos desafios de seu próprio envelhecimento, vivendo em um determinado contexto e ressignificando sua dimensão humana. Reforça que as pessoas aprendam a conviver e refletir permanentemente sobre a trajetória humana da vida do nascer ao morrer, incluindo nesse contexto a potencialmente agradável fase do envelhecimento.

O ser humano, ao longo de sua existência, deveria construir para si a concepção de envelhecer como sendo mais uma etapa a ser vivida; perceber que se torna pleno no sentido de que traz consigo histórias e, em suas lembranças, inclui marcas de toda uma trajetória vivida. Por fim, o ser humano deveria trabalhar, tendo em vista objetivos e projetos que dêem seguimento à sua vida (GUIMARÃES, 2007).

1.1 TEMA

O envelhecimento na percepção de idosos.

1.2 DELIMITAÇÃO DO TEMA

O envelhecimento na percepção de idosos em atendimento domiciliar – Home Care.

1.3 FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

Como idosos em atendimento domiciliar – Home Care percebem o envelhecimento?

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo geral

Conhecer as percepções dos idosos em Atendimento Domiciliar em Saúde – Home Care, sobre o seu envelhecimento.

1.4.2 Objetivos específicos

- a) descrever a compreensão dos idosos em Atendimento Domiciliar em Saúde – Home Care sobre o seu envelhecimento;
- b) conhecer os tipos de envelhecimento e suas características;
- c) verificar se o envelhecimento dos idosos em Atendimento Domiciliar em Saúde – Home Care pode ser bem-sucedido.

1.5 JUSTIFICATIVA

O interesse por este tema surgiu da preocupação e da crença de que pode ocorrer envelhecimento bem-sucedido também com idosos considerados frágeis, síndrome característica da maioria dos pacientes que necessitam Atendimento Domiciliar em Saúde – Home Care.

O Atendimento Domiciliar em Saúde – Home Care, envolve principalmente dois contextos: a casa do idoso e sua família, e a empresa que presta o serviço e sua equipe.

Atuando como enfermeira em uma empresa de Atendimento Domiciliar em Saúde – Home Care, que atende um número significativo de idosos, pude perceber que, embora muitos sejam considerados frágeis, os mesmos se encontram em condições privilegiadas de cuidado. A maioria tem residência própria, convívio familiar, possibilidade de lazer e enfermagem nas 24h do dia com equipe multiprofissional sistematicamente presente.

Até mesmo os idosos que possuem doenças e agravos sociais podem viver bem a velhice, dentro de seus limites, desde que “sejam capazes de acionar recursos pessoais, entre os quais têm realce as estratégias de enfrentamento, as crenças de auto eficácia e de controle e as estratégias de seleção, otimização e compensação” (NERI; YASSUDA, 2013).

Porém, alguns idosos demonstram, muitas vezes, uma certa acomodação em relação ao seu próprio cuidado e possibilidade de desenvolvimento. Ou por que não sabem mais como cuidar de si, por não quererem participar do cuidado, ou ainda por

não possuem informações suficientes sobre seu próprio processo de envelhecimento, muitas vezes associado ao declínio, ou ainda por pensarem que como o fim está próximo, só lhes resta esperar. Outros, porém, possuem uma visão diferente acerca do seu envelhecimento, percebendo-o de forma positiva valorizando suas possibilidades e a vida presente.

Por outro lado, temos os profissionais de enfermagem e equipe multiprofissional que, embora estejam presentes sistematicamente, muitos ainda também desconhecem o processo de envelhecimento e suas possibilidades, repetindo o modelo hospitalar de atendimento em saúde, sem estimular as possibilidades de desenvolvimento.

Em ambos os casos, é de fundamental importância conhecer a percepção que os idosos têm acerca do próprio envelhecimento, bem como suas histórias de vida, para poder compreender e auxiliar no desenvolvimento de uma prática mais próxima de um cuidado gerontológico personalizado.

2 O ENVELHECIMENTO

Nesta seção aborda-se a distinção conceitual do envelhecimento. Trata, também, do envelhecimento e suas representações sociais. Por fim, são abordados o envelhecimento e o atendimento domiciliar em saúde – Home Care.

2.1 DISTINÇÃO CONCEITUAL DO ENVELHECIMENTO

O perfil da população mundial, incluindo o de países em desenvolvimento como o Brasil, está mudando. De uma pirâmide populacional composta basicamente por jovens, passa a se apresentar com pessoas idosas em número crescente e expressivo. Fatores como o avanço da medicina, com conseqüente decréscimo nas taxas de natalidade e mortalidade, se relacionam com uma maior expectativa de vida. De acordo com o IBGE (2002), no Brasil, em 2000, havia cerca de 15 milhões de idosos, sendo esperado, em 2025, um número equivalente a 34 milhões.

Para Papaléo Netto (2013), o envelhecimento se traduz como a fase do *continuum* que é a vida, começando com a concepção e terminando com a morte. Ao longo desse *continuum* é possível observar fases de desenvolvimento, entre as quais podem ser identificados marcadores biofisiológicos que representam limites de transição entre as mesmas. Porém, ao contrário do que acontece com as outras fases da vida, o envelhecimento não possui um marcador biofisiológico de seu início. A demarcação entre maturidade e envelhecimento, a qual esse período aparentemente segue, é fixada mais por fatores socioeconômicos e legais do que biológicos.

A Política Nacional do Idoso (PNI), Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, e o Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, definem idoso como sendo pessoa com 60 anos ou mais. A Organização Mundial da Saúde (OMS) também define o idoso a partir da idade cronológica, porém, idoso é aquela pessoa com 60 anos ou mais, em países em desenvolvimento, e com 65 anos ou mais, em países desenvolvidos (NERI; FREIRE, 2000).

O início exato da velhice é indefinido e, portanto, difícil de ser fixado, conseqüência da indefinição da idade biológica, da variabilidade de comportamento dos idosos perante fatores estressantes, de fatores genéticos ou, ainda, devido às diferentes formas como o idoso e a sociedade veem o fenômeno do envelhecimento.

Respeitando-se as limitações teóricas assinaladas, e dentro de uma visão biogerontológica, o envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações anatômicas, morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte (PAPALÉO NETTO, 2013).

Essa definição é complementada por outro conceito, predominantemente funcional, elaborado por Confort, segundo o qual o envelhecimento se caracteriza pela redução da capacidade de adaptação homeostática perante situações de sobrecarga funcional do organismo (PAPALÉO NETTO, 2013).

A grande heterogeneidade entre os idosos e o envelhecimento, em todos os seus aspectos, sejam estes morfológicos, funcionais, psicológicos ou sociais, tem originado questionamentos a respeito, que, segundo Rowe e Khan (1987), impelem a uma distinção conceitual dentro do próprio processo de envelhecimento, que envolve o Envelhecimento Natural ou Senescência, o Envelhecimento Fragilizado ou Senilidade e o Envelhecimento Bem-Sucedido ou Saudável.

2.1.1 Envelhecimento natural

Embora se constitua num processo natural, o envelhecimento não ocorre de forma generalizada. Cada idoso é um ser único que, ao longo do seu curso de vida, foi, e continua sendo, influenciado por acontecimentos de ordem biológica, psicológica, social, cultural, que interferem no seu modo de viver. Existem várias mudanças que são naturais na velhice, as quais passaremos a discorrer abaixo.

2.1.1.1 Aspectos anatômicos, biológicos e fisiológicos

O ser humano atinge o máximo das suas funções orgânicas por volta dos 30 a 40 anos. Entre os 40 e 50 anos há uma estabilização e, a partir daí, um declínio progressivo, com a perda funcional global de 1% ao ano (MORAES, 2008).

No envelhecimento natural se observa perda funcional lenta e progressiva, que não provoca incapacidade, mas que traz alguma(s) limitação(ões) à pessoa. Portanto, quanto maior a reserva funcional, menor será a repercussão do declínio considerado fisiológico.

O envelhecimento biológico é inexorável, irreversível, porém, dinâmico. Acima de tudo, embora o próprio indivíduo sinta as modificações de suas capacidades, envelhecer não significa adoecer.

Em condições basais, o idoso funciona tão bem quanto o jovem. A diferença se manifesta nas situações em que se torna necessária a utilização das reservas homeostáticas. Além disso, cada órgão ou sistema envelhece de forma diferente. A variabilidade é, portanto, cada vez maior à medida em que envelhecemos.

A hereditariedade, os fatores ambientais (estilo de vida) e as alterações fisiológicas do envelhecimento são as variáveis que interagem para determinar o risco de doenças, deficiências ou incapacidades na velhice. Portanto, se o indivíduo traz consigo uma carga hereditária desfavorável, o estilo de vida será o principal determinante modificável do estado de saúde durante a sua velhice. Maior esforço deverá ser feito na implementação de estratégias de prevenção de doenças e promoção da saúde. Por outro lado, aqueles indivíduos com história familiar favorável, terão muito mais chance de atingir o potencial máximo de longevidade, caso tenham um estilo de vida apropriado (NERI, 2000).

O envelhecimento é o principal fator de risco para determinadas doenças e incapacidades. A passagem do tempo expõe o indivíduo a uma série de injúrias, cujas consequências são percebidas na velhice, após décadas de exposição.

Basicamente, existem dois grupos de doenças que se relacionam com a idade com mais frequência, que são as chamadas doenças crônico-degenerativas, que podem ser agrupadas em neurodegenerativas (doença de Alzheimer e doença de Parkinson), cardiodegenerativas (doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral), osteodegenerativas (osteoporose, osteoartrose), entre outras. As doenças que dependem da idade, as quais aumentam sua incidência à medida que a idade aumenta, são a polimialgia reumática e a arterite temporal, entre outras (MORAES, 2008).

Há certas desordens associadas com mudanças específicas que acompanham o processo de envelhecimento natural, como os transtornos motores do esôfago e a catarata. Algumas outras complicações de doenças ocorrem somente décadas após o início de determinadas patologias e, portanto, são mais observadas no idoso, como as lesões de órgãos específicos na hipertensão arterial e no diabetes mellitus. Portanto, o envelhecimento aumenta a vulnerabilidade do organismo às agressões do meio interno e externo, predispondo às doenças.

O envelhecimento normal não afeta a capacidade de decisão (autonomia) ou de execução (independência) do indivíduo.

2.1.1.2 Aspectos psicológicos

Do ponto de vista psicológico, o envelhecimento se constitui numa experiência heterogênea, que pode ocorrer de modo diferente para indivíduos que vivem em contextos históricos e sociais distintos. Essa diferenciação depende das influências e circunstâncias histórico-culturais, de fatores intelectuais, de personalidade e da incidência de patologias durante o envelhecimento, ou seja, é um processo que tem lugar ao longo do ciclo de vida vital (NERI, 2000).

Além das diferenças individuais, os estudos têm encontrado aspectos em comum nos processos de envelhecimento. Em geral, os idosos têm importantes reservas para o desenvolvimento, que podem ser ativadas pela aprendizagem, por exercícios ou treinamento. Em condições médicas e ambientais favoráveis, muitos continuam a ter potencial para funções em altos níveis e para adquirir novos conhecimentos teóricos e práticos. No entanto, essa capacidade de reserva tem seus limites determinados pela plasticidade individual, pelas diferenças individuais com relação à adaptabilidade (NERI, 2000).

Outro aspecto interessante descoberto refere-se à capacidade de compensar declínios decorrentes do envelhecimento. Por exemplo, as perdas relacionadas à memória podem ser compensadas pelo uso de técnicas de memorização. Também a perda de velocidade na tarefa de digitar documentos pode ser compensada pela maior habilidade para ler trechos maiores, diminuindo o tempo gasto para olhar o texto a ser digitado. A qualidade também pode ser maior em virtude da experiência prática aliada a esses fatores, que favorece a diminuição de erros (NERI, 2000).

Estudos demonstram que, em geral, os idosos mantêm uma visão positiva de si mesmos e a capacidade para controlar suas próprias vidas de forma eficaz, apesar das tensões e dificuldades inerentes ao envelhecimento. Com base nas experiências de sucesso e fracasso ao longo da vida, bem como nas expectativas em relação ao futuro e a si próprios, os indivíduos são capazes de ajustar seus projetos de vida de acordo com as condições presentes.

2.1.1.3 Aspectos culturais e sociais

A cultura criou, na família e na sociedade, expectativas diferentes em relação aos jovens e em relação aos velhos. Dos jovens, espera-se o desenvolvimento intelectual-profissional e a exuberância sexual. Dos velhos, espera-se que abdicuem da sexualidade, do trabalho e de atividades outras na sociedade (PETROIANU; PIMENTA, 1998). Por muito tempo, a população idosa sofreu, e ainda continua sofrendo, discriminação por parte da sociedade. Segundo Beauvoir (1990), a população mais idosa, o chamado grupo da minoria improdutiva, sempre teve seu destino subordinado aos interesses da maioria ativa. Entretanto, uma visão mais distinta se faz presente nas sociedades atuais. A ideia de uma visão mais positiva do envelhecimento é resultado de vários fatores, dentre os quais o crescimento numérico da população idosa em todo o mundo, assim como o advento de estudos antropológicos que possibilitam uma visão privilegiada acerca do processo de envelhecimento.

O envelhecimento, ao mesmo tempo em que é processo 'comum' a todos os seres humanos, é também caracterizado pela individualidade de cada um, na medida em que considera a experiência de vida, profundamente influenciada pela cultura. Como afirma Beauvoir (1990), "a velhice só pode ser compreendida na sua totalidade. Não representa somente um fato biológico, é também um fato cultural".

De acordo com Leininger (1985), a cultura são os valores, crenças, normas e o modo de vida praticado, aprendido, compartilhado e transmitido, gerando pensamentos, decisões e ações padronizadas em determinados grupos sociais.

Os valores que a cultura atual favorece, dificultam a vivência do processo de envelhecimento e, principalmente, a condição moral do ser humano. Essa dificuldade leva a desenvolver tabus que evitam a realidade da senectude. Faz parte de uma velhice sadia a aceitação tranquila das deficiências e fraquezas inevitáveis que a longevidade impõe e a conseqüente reconciliação pacífica com a perspectiva da morte (JUNGES, 2004).

Do ponto de vista antropológico, uma das primeiras percepções do processo de envelhecimento é a consciência da vulnerabilidade. As pessoas começam a se dar conta de que não tem mais a energia e a vitalidade de antes, se tornando mais vulneráveis e frágeis diante dos fatores biológicos ou psicológicos, tendendo ao desequilíbrio. Para as pessoas que sempre se consideraram fortes e independentes,

essa consciência da vulnerabilidade poderá ser motivo de incômodo e de reação. Se não aprenderem a integrar os efeitos inevitáveis do envelhecimento, poderão não chegar ao equilíbrio vital e psicológico condizente com a nova situação existencial, tendo dificuldade de aceitar a velhice (JUNGES, 2004).

A condição temporal e a finitude fazem parte da condição permanente do ser humano, enquanto vulnerável. Segundo Junges (2004), a consciência da vulnerabilidade aparece na velhice porque o idoso se dá conta do passar do tempo e da proximidade da morte, naturalmente. Por um lado, faz tudo passar pelo crivo do processo cronológico da decrepitude, mas por outro, é ocasião oportuna do aparecimento do novo pela criação e renovação da identidade. A vida e a morte são duas faces do mesmo fenômeno que é a evolução humana. O tempo humano é experimentado cronologicamente na velhice como um tempo passado, que não volta atrás; a senectude está expressa no aparecimento das rugas, na decrepitude da energia corporal e na certeza da morte. Ao mesmo tempo, significa acúmulo de experiência pessoal e construção de história que são oportunidades que ajudam a enfrentar o futuro (JUNGES, 2004).

O processo de morte faz parte do surgimento da vida. Para viver é preciso continuamente morrer. Junges (2004) refere que nos seres humanos isso tem um significado somático, mas também psíquico-espiritual onde se faz necessário encontrar um sentido. Muitas culturas armazenaram em suas religiões referenciais para esse sentido, porém, a cultura moderna procura eludir esta questão, tornando a morte um tabu (JUNGES, 2004).

Do ponto de vista social, os programas para a terceira idade, próprios dos dias de hoje, são bem-aceitos, pois através deles os idosos podem construir relações novas e positivas com pessoas da mesma geração, fora do círculo familiar, descobrir ou reencontrar papéis, participar de uma rede de solidariedade e troca de afetos, melhorando a autoestima, reconstruir um projeto de vida, preencher o tempo livre, criar um espaço para sua existência (MOTTA, 2004). Nas últimas décadas, tem crescido a visibilidade da população brasileira que envelhece, não apenas pelo aumento desse segmento demográfico, que é heterogêneo, mas também por uma mudança de atitude: os idosos tornaram-se mais participantes, reivindicativos e politicamente organizados pelo desejo de melhorar sua qualidade de vida e definir seu lugar na sociedade.

2.1.2 Envelhecimento e velhice fragilizada

Não existe um consenso em relação à definição de 'fragilidade' e de quais características descrevem o perfil do idoso frágil. Inicialmente, as dificuldades estavam relacionadas com a dependência funcional ou a presença de doenças crônicas (SPEECHLEY; TINNETI, 1991; FRIED et al, 2001).

A partir da década de 90, o conceito de 'ser frágil' foi sendo substituído pela condição de 'tornar-se frágil', pois se passou a acreditar que a fragilidade poderia estar desvinculada das doenças crônicas, da dependência funcional e da necessidade de receber assistência social, e a fragilidade passou a ser reconhecida como precursora da incapacidade, institucionalização e morte, com fortes evidências de diferenças étnicas e culturais e com importante impacto em saúde pública, uma vez que poderia ser evitada ou revertida (FRIED; WALSTON, 1999).

Segundo Fried e Walston (2003), a fragilidade é um estado de vulnerabilidade fisiológica, relacionado com a idade, consequência da diminuição da reserva metabólica e da habilidade do organismo de manutenção da homeostase, somada com alterações frequentes no processo de envelhecimento ou a presença de doenças. Todos esses fatores causam a redução da capacidade do indivíduo de resistir aos desgastes ambientais, tais como atividades físicas, temperaturas extremas, quedas, doenças agudas, perdas, luto, isolamento social e outros fatores.

Mais recentemente, a fragilidade passou a ser considerada uma síndrome biológica de diminuição da capacidade de reserva homeostática do organismo e de resistência aos estressores, que resulta em declínios cumulativos em múltiplos sistemas fisiológicos, causando aumento da vulnerabilidade a eventos adversos como quedas, hospitalização, institucionalização e morte (FREITAS et al., 2013). São três os sistemas centrais para a instalação da síndrome: mudanças no sistema músculo esquelético, neurológico e imunológico, representados pela sarcopenia, desregulação neuroendócrina e disfunção imune (FRIED; WALSTON, 2003).

Bortz (2002) afirma que a fragilidade seria consequência do acometimento de múltiplos sistemas resultando em alteração na força muscular, na mobilidade, no equilíbrio e na resistência e, conseqüentemente, ocasionando declínio na atividade física de maneira distinta do envelhecimento.

Por outro lado, outros pesquisadores reforçam a importância da multidimensionalidade dessa síndrome. Morley et al. (2002) por exemplo, consideram

que fatores sociais como renda insuficiente, baixo nível de escolaridade e ausência de apoio social podem agravar a fisiopatologia da síndrome.

Rockwood (2005), reforça a característica multidimensional da síndrome e reconhece que a inter-relação de fatores biomédicos e psicossociais pode determinar sua ocorrência ou não.

Portanto, a fragilidade não possui uma definição consensual. Pode ser compreendida como uma síndrome multidimensional que envolve uma interação complexa de fatores biológicos, psicológicos e sociais culminando com um estado de maior vulnerabilidade associado ao maior risco de ocorrência de desfechos clínicos adversos (TEIXEIRA, 2006).

2.1.2.1 Avaliação e diagnóstico da fragilidade

A fragilidade possui alguns sinais e sintomas característicos, tais como: perda de peso e de apetite, fraqueza, cansaço, perda de massa muscular e óssea, alterações na marcha e no equilíbrio. Vários desses componentes devem estar presentes clinicamente para se constituir o diagnóstico de fragilidade e, associados com a diminuição do controle regulatório do organismo e da manutenção da homeostase, aumenta o risco a maus prognósticos (FRIED; WALSTON, 2003).

Não há um padrão na avaliação da fragilidade. O que se verificou neste estudo foi a existência de uma diversidade de instrumentos que utilizam parâmetros de desempenho, avaliação clínica, acumulação de déficits, de percepção, aplicados e analisados separados ou conjuntamente, o que traz divergências, dificulta a comparação dos resultados e a construção de um padrão.

Porém, verificou-se uma prevalência do instrumento Fenótipo da Fragilidade, desenvolvido pelo Cardiovascular Health Study (CHS) e suas variações. O índice CHS prediz o risco de resultados adversos, comprometimento funcional, quedas, hospitalização, fratura e morte. Além disso, tem sido associado a alterações em fatores fisiológicos e biológicos, fornecendo evidências de comprometimento dos múltiplos sistemas biológicos e moleculares que podem estar subjacentes ao desenvolvimento da síndrome da fragilidade clínica (FRIED et al., 2001).

O fenótipo define fragilidade em três níveis: robusto/não frágil, pré-frágil e frágil, com base em cinco indicadores, tais como perda de peso, cansaço/exaustão, fraqueza, lentidão na marcha e atividade física reduzida. A presença de três ou mais

componentes indicam fragilidade, sendo que a presença de um ou dois componentes indicam alto risco de desenvolver a síndrome (FRIED et al., 2001).

Segundo Duarte (2009), fragilidade, comorbidade e incapacidade são condições clínicas distintas embora possam ocorrer simultaneamente e representam respostas ou consequências da síndrome de fragilidade. O modelo considera dois os mecanismos responsáveis pela condição frágil: as mudanças relacionadas à senescência e a presença de comorbidades.

O fenótipo proposto por Fried et al. (2001) focaliza aspectos etiológicos, físicos e fisiológicos da fragilidade, fortemente relacionados a sarcopenia. Entretanto, os aspectos sociais e psicológicos também estão imbricados na fragilidade. Sugere-se a inclusão desses outros domínios nas definições de fragilidade. Mas, sem uma operacionalização prática, essas variáveis adicionam importante grau de confusão para um diagnóstico acurado (FREITAS et al., 2013).

Mais recentemente, tem sido sugerido que esses critérios de fragilidade parecem estar associados a alterações em marcadores inflamatórios, de metabolismo de glicose alterado, problemas hematológicos, dentre outros, demonstrando evidências de envolvimento multisistêmico prévio ao aparecimento de um fenótipo definido (FREITAS et al., 2013).

2.1.2.2 Medidas preventivas e intervenções

Considerando a inexistência de uma definição de fragilidade e das dificuldades no estabelecimento do diagnóstico, a partir do modelo apresentado por Fried et al. (2001), que sugere a presença de um fenótipo, é possível a identificação precoce de sinais e sintomas que sugerem a instalação da síndrome, portanto passível da adoção de medidas de prevenção e de intervenção específicas.

Na avaliação da fragilidade primária, o objetivo do tratamento deve ser a instituição precoce de intervenções de suporte para prevenir a perda de massa muscular e melhorar a força e energia. Se a fragilidade for secundária, decorrente de doenças latentes ou não tratadas, inclui-se o tratamento das doenças, pois a maioria delas podem ser tratadas (FREITAS et al., 2013).

Para Woo et al. (2005), as condições socioeconômicas, o estilo de vida e a rede de suporte social são fatores modificadores que apontam para a possibilidade de reversibilidade da síndrome por meio de intervenções apropriadas. Assim, como uma

definição diagnóstica é complexa e ainda não definitiva, as abordagens terapêuticas são igualmente carentes de evidências científicas. Reposições hormonais e suplementação vitamínica e alimentar são propostas terapêuticas, mas ainda sem eficácia conclusiva. Há algum grau de evidência científica sobre a prática regular de atividades físicas (FREITAS et al., 2013).

O desafio é aproximar o conhecimento obtido nas pesquisas para a população e os sistemas social e de saúde na busca da redução da incidência, da prevalência e das consequências adversas da fragilidade na população de idosos uma vez que o potencial de reversibilidade por intervenções é uma característica que distingue o envelhecimento da fragilidade (BORTZ, 2002).

A detecção precoce de um ou dois sinais/sintomas, auxiliará a evitar a instalação da síndrome a partir da adoção de intervenções específicas. No contexto de saúde, a identificação dos sinais e sintomas parece ser mais fácil desde que os profissionais estejam atualizados e sensibilizados para a importância da detecção precoce. O profissional especializado realiza uma avaliação, com o objetivo de detecção da síndrome e estabelecimento de intervenções precoces apropriadas e individualizadas.

2.1.3 Envelhecimento bem-sucedido

Desde seu início, a gerontologia procurou investigar as características positivas do envelhecimento humano. Essa busca foi simbolizada pelo lema da Gerontological Society of América nos anos 50: “Acrescentar vida aos anos e não apenas anos à vida”. Essa divisa permanece até os dias de hoje, especialmente nos estudos sobre qualidade de vida na velhice, bem-estar psicológico do idoso e envelhecimento bem-sucedido ou satisfatório (NERI, 2000).

Termos como qualidade de vida na velhice, bem-estar psicológico, bem-estar percebido, bem-estar subjetivo e envelhecimento satisfatório ou bem-sucedido são expressões tidas como equivalentes. Formam um construto global, referenciando a pontos de vista sobre o envelhecimento como fato individual e social (NERI, 2000).

Desde então, várias ideias têm surgido e, embora não exista um consenso sobre a definição de envelhecimento bem-sucedido, segundo Wolff (2009), alguns indicadores remetem a composições que podem auxiliar na sua compreensão. Golstein (1995 apud WOLFF, 2009) afirma que existe um consenso dos autores em

torno do fato de que o envelhecimento bem-sucedido pode ser medido por um nível relativamente alto de saúde física, funcionamento social e bem-estar psicológico. Relaciona-se a eles a capacidade de adaptação às mudanças ocorridas na pessoa e no mundo que a cerca (WOLFF, 2009).

Nesse contexto, do ponto de vista biomédico, o envelhecimento bem-sucedido é caracterizado pela ausência ou baixo risco de doenças e incapacidades funcionais, atividade e envolvimento social. No modelo psicológico, é visto como dependente do equilíbrio entre a compensação das perdas associadas ao envelhecimento e da otimização das potencialidades individuais mediante ações educativas, médicas, sociais e outras. Uma terceira concepção, de natureza social, é a que estabelece que as sociedades podem proporcionar oportunidades de envelhecimento bem-sucedido ao implementarem recursos externos por meio de políticas públicas (FERNANDES et al., 2011).

2.1.3.1 Envelhecimento bem-sucedido e sua relação com a saúde

Praticamente todo idoso apresenta uma ou mais doenças ou disfunções, podendo conviver bem com isso sem que elas afetem substancialmente sua qualidade de vida. Daí o conceito de saúde como algo mais amplo do que simplesmente a ausência de doenças.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), saúde representa o mais completo estado de bem-estar físico, psíquico e social e não meramente ausência de doença ou enfermidade. Bem-estar e funcionalidade são equivalentes e se referem a presença de autonomia (capacidade individual de decisão e comando sobre as ações, estabelecendo e seguindo as próprias regras) e independência (capacidade de realizar algo com os próprios meios), permitindo que o indivíduo cuide de si e de sua vida.

O baixo risco de doenças e incapacidades funcionais, atualmente, está associado a ação benéfica dos exercícios físicos, a moderação da ingestão de bebidas alcoólicas, a cessação do hábito de fumar, a observância de dieta adequada, entre outras medidas (PAPALÉO NETTO, 2013).

2.1.3.2 Envelhecimento bem-sucedido e sua relação com o bem-estar

Diversos estudiosos dão ênfase à variedade de forças ligadas à longevidade, como calma, tranquilidade, liberdade e sabedoria. Enfatizam os aspectos positivos do envelhecimento, ao invés de estudar apenas as perdas e os declínios (NERI, 2000).

Neri (1994), ao analisar o envelhecimento bem-sucedido frente às transformações comportamentais que se organizam de modo singular, define a velhice bem-sucedida como uma condição individual e grupal de bem-estar físico e social, referendados aos ideais da sociedade, às condições e aos valores existentes no ambiente em que o indivíduo envelhece e às circunstâncias de sua história pessoal e de seu grupo etário. Finalmente, uma velhice bem-sucedida preserva o potencial individual para o desenvolvimento, respeitados os limites da plasticidade de cada um (NERI, 1994).

Segundo Neri e Yassuda (2013) não se pode atribuir o processo de envelhecimento apenas ao declínio das funções biológicas, pois essas acontecem de maneira única para cada sujeito. A velhice pode trazer a possibilidade de ganhos em relação ao domínio afeito e atuar na melhor aceitação e na adaptação das limitações cognitivas decorrentes de alterações físicas. Isto é, se o idoso compreende suas limitações físicas, ele pode conseguir encontrar recursos para se adaptar e compensar as situações de dificuldades encontradas.

No entanto, essa capacidade de adaptação tem seus limites determinados pela plasticidade individual, pelas diferenças individuais com relação à essa adaptabilidade. Segundo Baltes et al. (1990), o envelhecimento bem-sucedido é um processo adaptativo, em andamento e dinâmico que envolve três elementos: seleção, em função das restrições impostas por limitações físicas e cognitivas, a pessoa longeva dirigirá seu esforço para áreas de maior prioridade; otimização, ou seja, a pessoa dará prioridade a comportamentos que melhoram sua autoeficácia; e compensação, com a adoção de estratégias psicológicas e tecnológicas (BALTES; BALTES, 1990).

Segundo Neri (2000), a competência adaptativa está relacionada à capacidade generalizada para responder com flexibilidade aos desafios resultantes do corpo, da mente e do ambiente. Esses desafios podem ser biológicos, mentais, auto conceituais, interpessoais ou socioeconômicos. Essa competência adaptativa é multidimensional, ou seja, emocional, no sentido das estratégias e habilidades do indivíduo para lidar

com os fatores estressores; cognitiva, em relação à capacidade para resolução de problemas; e comportamental, no sentido do desempenho e da competência social (NERI, 2000).

Como competência adaptativa, o envelhecimento envolve a preservação e a expansão das reservas para o desenvolvimento pessoal. Está relacionado à boa qualidade de toda uma vida, o que depende dos acontecimentos vivenciados pelo indivíduo desde a gestação, de sua herança genética e dos fatores socioculturais. Dessa forma, os indivíduos envelhecem de forma muito diferenciada, dependendo de como organizaram suas vidas, das circunstâncias históricas e culturais em que vivem e viveram, da ocorrência de doenças durante o envelhecimento e da interação entre fatores genéticos e ambientais (FREIRE, 2000).

Todo esse conjunto de fatores propiciará condições diferenciadas para cada indivíduo lidar com as perdas e as transformações decorrentes do envelhecimento, ou seja, para adaptar-se às transformações ocorridas em si e no meio em que está inserido. Considerando tais aspectos, se conclui que o envelhecimento humano é um processo individual e diferenciado em relação às variáveis mentais, comportamentais e sociais.

A satisfação com a vida, inclusive um dos indicadores de envelhecimento bem-sucedido mais estudados, mantém-se elevada na velhice, especialmente quando os indivíduos estão empenhados no alcance de metas significativas de vida e na manutenção ou no restabelecimento do bem-estar psicológico.

Segundo Debert (1999), considerar que os velhos são igualmente sábios ou incapazes é uma concepção negativa, pois envelhecer é um evento progressivo e de múltiplas facetas que pode ser vivido como uma experiência positiva, bem-sucedida ou negativa, com mais ou menos qualidade de vida, ou pode ser vivido no encontro e desencontro do bom e do ruim, a partir dos diferentes momentos de vida.

2.1.3.3 Envelhecimento bem-sucedido e sua relação com a atividade

Segundo Redin (1995), há perspectivas de uma velhice plena, mesmo que as forças físicas não permitam realizar tudo aquilo que na maturidade se fazia. É uma questão de condições histórico-sociais e de novos conceitos e representações sociais. Observa que a vida é válida por si mesma e não pelo trabalho que fazemos, pelas relações que temos ou pela produção material que realizamos. Na velhice não temos

muitas coisas a perder, não exigimos mais nada, aceitamos a beleza da sua gratuidade, e então a vida se torna plena. O que não quer dizer passiva.

Para manter a possibilidade de desenvolvimento bem-sucedido em todas as etapas da vida, é preciso atividade. Atividades novas, criativas, desafiadoras, possíveis de serem realizadas por pessoas com fragilidade física e limitações. Segundo Redin (1995), as atividades de lazer e a convivência em grupo contribuem tanto para a manutenção do equilíbrio biopsicossocial do idoso, quanto para amenizar possíveis conflitos. O bem-estar proporcionado pela participação do idoso em atividades grupais contribui para que ele vivencie a troca de experiências e propicia conscientização.

2.2 ENVELHECIMENTO E SUAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Uma das variáveis importantes para o enfrentamento das perdas decorrentes do envelhecimento diz respeito às concepções que as pessoas têm deste processo. Neste sentido, a teoria das representações sociais permite a compreensão desta forma específica de conhecimento do mundo, na qual os grupos constroem e compartilham um conjunto de conhecimentos, conceitos e explicações sobre determinado fato ou tema, durante as conversações interpessoais que estabelecem no cotidiano (MOSCOVICI, 1978; 1985).

Segundo Veras (2002), o envelhecimento e a velhice são tratados por meio de representações sociais dos próprios idosos, de seus familiares, de cuidadores e de profissionais da saúde, modificando a visão social sobre o envelhecimento. Os pontos de reflexão se concentram na identidade, no sentido existencial, na personalidade e na autoestima e, como aspectos mais específicos, aparecem de forma recorrente na perspectiva feminina a sexualidade, a menopausa, a solidão, o uso de medicamentos e alguns agravos à saúde.

Santos (1996) estudou as representações sociais da velhice e a influência sobre a identidade do sujeito idoso, com pessoas não idosas e pessoas idosas da zona rural nordestina. As pessoas não idosas representaram a velhice com características negativas, têm medo da velhice, a percebem como momento de perdas afetivas e sociais e de inutilidade para a sociedade, marcada pela aproximação da morte. Já os idosos consideraram que chegar à velhice é um triunfo, que as transformações corporais podem ser vividas sem revolta, na medida em que são frutos

de sua história, na qual a aposentadoria é definida como um prêmio dado aos anos de trabalho duro. Estes últimos não se caracterizam como velhos, o velho é o outro, aquele mais velho, que concretiza as características negativas de velhice, a objetivando num grupo específico, distinto daquele de que faz parte.

Simone de Beauvoir (1990), também chama a atenção quando diz que muitos dos métodos utilizados nos estudos tratam o sujeito a partir do ponto de vista externo. Trata-se a velhice como algo que acontece aos outros, resultando em soluções abstratas e bem diferentes da realidade prática e viva.

Segundo ela, envelhecer é uma das etapas mais difíceis da vida de um ser humano, porque ainda não se é capaz de ver além das alterações físicas. Não se reconhece as experiências vividas. Ainda na contemporaneidade, vive-se uma cultura em que os jovens e adultos procuram ignorar a realidade do envelhecimento gradual de cada um. A modernidade diminuiu o valor do envelhecer, não considerando o idoso como detentor de extensos e sólidos conhecimentos, talentos e experiências que podem ajudar as gerações futuras (BEAUVOIR, 1990).

A produção científica brasileira ainda não incorpora a dimensão contemporânea necessária para uma reflexão mais qualificada e aguçada, pois se concentra somente nas áreas das políticas de saúde, da medicina e do campo comportamental. Importa entender, por exemplo, os rótulos que a sociedade quer e impõe a esse grupo etário, o que considera de fundamental importância para pensar no novo idoso das próximas décadas (VERAS, 2002).

A vivência do processo de envelhecimento, que deveria ser natural na medida em que é vivida de maneira estigmatizada, passa a representar uma ameaça à autoestima, à aceitação de si, tornando as pessoas vulneráveis a sofrimentos psíquicos de toda ordem e até mesmo a patologias.

Mudar esse quadro significa deixar de entender a velhice como um fim e passar a entendê-la como um estágio do desenvolvimento humano. O problema não é a idade em si, mas as limitações que a maioria dos indivíduos relaciona com o processo de envelhecimento. Isto é, ao invés de se pensar no idoso como um ser humano acabado e 'descartado', interessa associar sua imagem à potencialidade humana de conquistar e traçar projetos. Beauvoir (1990) complementa no sentido de que não se trata de ignorar as limitações físicas, e em alguns casos, intelectuais, mas de respeitar a experiência de vida desses indivíduos e aproveitar-se dela. Só despertando em cada

um o cuidado e a atenção devida é que poderá ser oferecido ao idoso a possibilidade de viver com disposição e ânimo para conquistar novos horizontes.

2.3 O ENVELHECIMENTO E O ATENDIMENTO DOMICILIAR EM SAÚDE – HOME CARE

Atendimento Domiciliar em Saúde – Home Care é um conceito bastante conhecido nos EUA, que pode ser traduzido como sendo Cuidados de Saúde à Domicílio ou Assistência Domiciliar em Saúde. Adaptado no Brasil na década de 1990, vem sendo reconhecido como um dos Modelos de Assistência em Saúde mais atuais, rompendo com os padrões de uma medicina hospitalar e ortodoxa, norteado por princípios que privilegiam a medicina de família, a enfermagem clínica, a educação em saúde e prevenção de doenças.

2.3.1 Conceito e modelo de atendimento particular atual

De forma geral, seu conceito envolve a provisão de serviços de saúde e educação às pessoas de qualquer idade em casa ou em outro local não institucional e o cumprimento de metas de saúde estabelecidas para a independência dos sistemas formais de saúde (SILVA et al, 2000).

Do ponto de vista técnico, o Home Care consiste em encaminhar para tratamento médico domiciliar o paciente clinicamente estável que não necessita mais de uma ampla gama de serviços oferecidos pelos hospitais, onde seu tratamento é continuado em um ambiente familiar, menos hostil para o paciente, onde o risco de contaminação por infecções é bastante reduzido e o atendimento é personalizado, seguro e confortável, o que certamente contribui para a sua recuperação. (SILVA et al, 2000).

O Home Care é um serviço essencialmente de promoção à saúde, de retorno a uma vida normal, para aqueles que temporariamente foram impedidos por uma patologia. E isto só é possível se o foco do Home Care for em educação e treinamento dos profissionais, dos pacientes e das famílias envolvidas, para que entendam a saúde também como uma extensão da entidade familiar.

2.3.2 Recursos e operacionalização do atendimento domiciliar

Segundo definição da ANVISA (2003), o termo genérico 'Assistência Domiciliar' representa diversas modalidades de atenção à saúde desenvolvidas no domicílio, entre elas o Atendimento e a Internação Domiciliar. Entende-se como 'Atenção Domiciliar' o desenvolvimento de ações de promoção à saúde, prevenção de doenças e complicações, abrangendo a assistência e reabilitação desenvolvidas no domicílio. Define-se 'Atendimento Domiciliar' como um conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas por meio de ações preventivas e/ou assistenciais com participação de equipe multiprofissional. Já o termo 'Internação Domiciliar' representa um conjunto de atividades caracterizadas pela atenção em tempo integral para pacientes com quadros clínicos mais complexos e com necessidade de tecnologia especializada de recursos humanos, equipamentos, materiais, medicamentos, atendimento de urgência/emergência e transporte.

O Home Care apresenta uma metodologia de trabalho que visa atender em primeiro lugar a necessidade do paciente, inserido em uma família e sociedade, dentro das expectativas do contratante de seus serviços e sob orientação médica. Neste contexto, a determinação da modalidade de assistência é algo a ser definido mediante avaliação da equipe multiprofissional, juntamente ao paciente e família.

A operacionalização da assistência pelas empresas privadas, segundo SILVA (2000), normalmente obedece a divisão da assistência em três grandes grupos: Atendimento ou Procedimento Domiciliar, Acompanhamento Domiciliar e Internação Domiciliar.

a) Atendimento ou Procedimento: é a realização de qualquer procedimento de enfermagem ou de outro profissional de saúde na casa do cliente. Tem como característica a sua eventualidade e curta duração (2 a 3 horas), sendo que, neste período, várias ações poderão ser realizadas, como por exemplo, a administração de um medicamento, um banho de leito, a realização de um curativo, avaliação da evolução do caso, orientações, etc.;

b) Acompanhamento Domiciliar: tem como característica a permanência de um profissional de saúde, geralmente auxiliar ou técnico de enfermagem em período de tempo de 6 à 24hs, onde o profissional de saúde permanece ao lado do paciente e família, acompanhando-os e orientando-os nas questões de higiene e conforto, alimentação, lazer, realização de exames simples durante um período de tempo

determinado. Nesta modalidade, encontramos os clientes em pós-alta hospitalar que permaneceram com pequenas limitações temporárias ou permanentes, idosos com algum grau de dependência, e crianças recém-nascidas cujos pais necessitam de algum tipo de orientação durante os primeiros dias de vida;

c) Internação Domiciliar: é a transferência, para a casa do cliente, da estrutura necessária para o tratamento de diversas doenças ou situações que envolvam a atuação de profissionais de saúde e utilização de equipamentos. Acrescenta-se, ainda, uma variedade de cuidados, materiais, medicamentos e serviços, bem como pelo número de horas diárias de presença do profissional de enfermagem junto ao paciente. É a alternativa utilizada para clientes com internações hospitalares prolongadas e/ou portadores de doenças crônicas e degenerativas, com história de re-internações frequentes ou ainda portadores de patologias cuja recuperação é de longa duração.

Exames médicos, urgências e emergências são atendidas pelos laboratórios e SOS de escolha da família ou contratados pelo Home Care.

2.3.3 O idoso em atendimento domiciliar em saúde – Home Care

O envelhecimento da população, as mudanças na distribuição das doenças contagiosas e agudas na virada do século para as crônicas como hipertensão, cardiopatias, doenças pulmonares, diabetes, etc., que têm um período longo de desenvolvimento e que conduzem a mudanças irreversíveis no organismo e as deteriorações frequentemente permanentes das habilidades funcionais do indivíduo tem sido uma grande preocupação, pois apesar das intervenções precoces limitarem este efeito, o sistema de prestação de serviços depara-se com a tomada de decisões para a assistência a pessoas para quem a enfermidade e a doença é irreversível, degenerativa, e as comprometem funcionalmente e financeiramente.

Segundo Schramm e Floriani (2004), dentre os objetivos do home care estão “reintegrar o paciente em seu núcleo familiar e de apoio”, “proporcionar assistência humanizada e integral por meio de uma maior aproximação da equipe de saúde com a família”, “estimular maior participação do paciente e sua família no tratamento proposto”. Além disso, em relação ao idoso, os benefícios se estendem também com a “diminuição de re-internações hospitalares (...)” e o “aumento da qualidade de vida deste e de seus familiares”.

É nesse contexto que o home care se inclui, além de uma prática em saúde alternativa ao cuidado intra-hospitalar, integralizar a assistência e tornar o domicílio espaço para a produção de um cuidado gerontológico.

3 METODOLOGIA

3.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA

Para este projeto de pesquisa de campo descritivo-exploratória, a abordagem metodológica utilizada será a análise qualitativa.

3.2 INSTRUMENTOS

Será utilizado o prontuário do idoso em Atendimento Domiciliar e uma entrevista (APÊNDICE C) aberta, individual, gravada, onde serão abordadas questões sobre a percepção dos idosos em Atendimento Domiciliar em relação ao seu envelhecimento e seu significado.

3.3 PROCEDIMENTOS

Os sujeitos serão entrevistados individualmente, em suas próprias residências, em data e horário previamente agendados. Nesta ocasião, serão explicados os objetivos do estudo e questionado a respeito da sua percepção sobre seu envelhecimento e seu significado.

3.4 TRATAMENTO DAS INFORMAÇÕES

As informações sobre o perfil dos idosos e histórico de saúde serão levantadas a partir da análise documental do prontuário de cada idoso, no home care.

O conteúdo das percepções e significados do envelhecimento será descrito e distribuído em categorias de análise que, segundo o referencial teórico, podem envolver dimensões como a corporal, social, psicológica, saúde, meio ambiente, religiosidade e/ou outras dimensões que poderão surgir.

Segundo Gil (2002), a categorização consiste na organização dos dados de forma que o pesquisador consiga tomar decisões e tirar conclusões a partir deles. Requer a construção de um conjunto de categorias descritivas, que podem ou não ser fundamentadas no referencial teórico da pesquisa. Para se chegar a elas, é preciso ler e reler o material obtido até que se tenha o domínio de seu conteúdo para, em

seguida, contrastá-lo com o referencial teórico. Outro ponto importante é a consideração tanto do conteúdo manifesto quanto do conteúdo latente do material. É preciso, portanto, que a análise não se restrinja ao que está explícito no material, mas procure desvelar conteúdos implícitos, dimensões contraditórias e mesmo aspectos silenciados (LÜDKE, 1986).

3.5 CRITÉRIOS ÉTICOS

Após a autorização pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unisinos, será solicitada a prévia permissão dos participantes, mediante assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). Será assegurado o sigilo e o anonimato das informações.

3.6 CENÁRIO

O cenário da presente pesquisa será uma empresa privada de Atendimento Domiciliar em Saúde – Home Care, que atua na região do Vale do Rio dos Sinos desde 1998, bem como a residência de 10 idosos que estão em Atendimento Domiciliar por esta empresa.

A maioria dos idosos em Atendimento Domiciliar em Saúde - Home Care são portadores de doenças crônicas e degenerativas, com algum tipo de limitação da mobilidade, porém somente 27% deles têm demência, estando os demais idosos com a cognição preservada. Contudo, 81% destes idosos têm cuidados de enfermagem continuados nas 24 horas do dia, bem como intervenções de uma equipe multiprofissional, o que torna o ambiente propício para um atendimento gerontológico personalizado a esses idosos.

3.7 SELEÇÃO DOS COLABORADORES

Os sujeitos da pesquisa serão 10 idosos, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 60 anos, que sejam capazes de responder e que tenham assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, selecionados entre os que se encontrarem em Atendimento Domiciliar em Saúde de uma empresa particular de Home Care, na região do Vale do Rio dos Sinos – RS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento, definido como um processo natural e progressivo, no qual ocorrem alterações biológicas, fisiológicas, psicológicas e funcionais, requer uma capacidade de adaptação aos mais diversos desafios, principalmente nas fases mais avançadas do envelhecimento.

A variabilidade de comportamento dos idosos frente a esses desafios, ou ainda, as diferentes formas como o idoso e a sociedade veem o fenômeno do envelhecimento, nos mostra que este não ocorre de forma generalizada, na medida em que cada idoso é um ser único que, ao longo de sua vida, foi e continua sendo influenciado por acontecimentos que interferem no seu modo de viver.

Conhecer o modo de viver dos idosos, sua construção e os caminhos para se chegar a uma velhice bem-sucedida tem sido uma preocupação de estudiosos e da autora, que compartilha com a ideia de que não basta o domínio e a compreensão do processo de envelhecimento sem o entendimento de como as pessoas percebem, dão significado e reagem ao seu próprio envelhecimento. Além disso, é preciso que as pessoas aprendam a conviver e refletir permanentemente sobre a trajetória humana da vida do nascer ao morrer, incluindo nesse contexto a fase do envelhecimento.

Nesse contexto, o presente projeto de pesquisa pretende obter embasamento teórico e conhecer as percepções e o significado do envelhecimento para idosos em Atendimento Domiciliar em Saúde - Home Care.

São muitas as questões sobre envelhecimento, mas entender a percepção e o significado do envelhecimento para os idosos e como isso foi construído por este sujeito envelhecido, pode contribuir para o desenvolvimento de um cuidado em saúde mais próximo da sua identidade, bem como auxiliar na construção de novas políticas públicas para esta população que se encontra na fase do envelhecimento, diferente da juventude e da maturidade, mas possuidora do seu próprio equilíbrio e aberta a um grande leque de possibilidades.

REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Consulta Pública nº 81, de 10 de outubro de 2003. D.O.U de 14/10/2003 (prorrogada por mais 60 dias, por meio da RDC 361, de 23/12/2003. Disponível em: www.anvisa.gov.br. Acesso em: 25 fev. 2017.

BALTES, P.B.; BALTES, M.M.(1990). *Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimization with compensation*. In: BALTES, P.B.; BALTES, M.M. (Eds.). **Successful aging: perspectives from behavioral sciences** (p.1-34). Cambridge: Cambridge University Press, 1990.

BEAUVOIR, S. **A velhice**. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira,1990.

BORTZ, W.M. *A conceptual framework of frailty: a review*. **J Gerontol A Biol Sci Med**, v.57, 2002. p. M283-88.

BRASIL. **Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm. Acesso em: 18 jan. 2016.

BRASIL. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2013**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/10.741.htm. Acesso em: 18 jan. 2016

DEBERT, G.G. **A reinvenção da velhice: socialização e reprivatização do envelhecimento**. São Paulo: EdUSP, 1999.

DUARTE, Y.A. de O. Indicadores de fragilidade em pessoas idosas visando o estabelecimento de medidas preventivas. **BIS, Boletim do Instituto de Saúde** (Impr.), São Paulo, n. 47, 2009. p. 49-52.

FERNANDES, M.G.M. et al. Indicadores e condições associadas ao envelhecimento bem-sucedido: revisão integrativa da literatura. **Cogitare Enfermagem**, v. 16, n. 3, 2011.

FREIRE, S.A. (2000). Envelhecimento bem-sucedido e bem-estar psicológico. In: NERI, A. L.; FREIRE, S. A. (Org.). *E por falar em boa velhice*. Campinas: Papirus, 2000. p. 21-31.

FREITAS, E. V. de; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; DOLL, J.; GORZONI, M. L. **Tratado de geriatria e gerontologia / Treaty of geriatric sand gerontology**. 3 ed. Rio de Janeiro: Koogan, 2013.

FRIED, L.P.; WALSTON, J. *Frailty and failure to thrive*. In: HAZZARD, W.R., BLASS, J.P., HALTER, J.B., et al (Edit). **Principles of geriatric medicine and gerontology**. 5 ed. New York: Mc Graw-Hill, 2003.

_____. *Frailty and failure to thrive*. In: HAZZARD, W. et al. (Eds). **Principles of geriatric medicine and Gerontology**.4 ed. New York: McGraw-Hill. Chapter 109, 1999. p.1387-1402

FRIED, L.P., TANGEN, C.M., WALSTON, J., et al. *Frailty in older adults: evidence for a phenotype*. **The Journals of Gerontology**. 2001; 56: A146-156.

Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil**: 2000. Rio de Janeiro: IBGE, 2002.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GUIMARÃES, E. C. Reflexão sobre a velhice. **CES Revista**, Juiz de Fora, 2007. p. 11-23. v.1.

JUNGES, J.R. **Bioética: hermenêutica e casuística**. São Paulo: Loyola, 2004. p. 141-148.

LEININGER, M. Teoria do cuidado transcultural: diversidade e universidade. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE TEORIAS DE ENFERMAGEM, 1985, Florianópolis. **Anais**...Florianópolis: UFSC, 1985. p. 255-288.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986. In: Como elaborar projetos de pesquisa.

MORAES, N.M. **Processo de envelhecimento e bases da avaliação multidimensional do idoso**. In: Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília, 2008. p. 151-63. Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_215591311.pdf. Acesso em: 23 mar. 2016.

MORLEY, J. et al. *Something about frailty*. **J Geront**. v.57A, n.11, 2002. p. M698-704.

MOSCOVICI, S. **Sobre as representações sociais**. Núcleo de Psicologia Social do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina: Mimeo, 1985.

_____. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro:Zahar,1978.

MOTTA, A. B. **Sociabilidades possíveis: idosos e tempo geracional**. In: PEIXOTO, C. E. Família e envelhecimento. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

NERI, A. L.; YASSUDA, M. S. (Org.). **Velhice bem-sucedida**: aspectos afetivos e cognitivos. 4.ed. Campinas: Papyrus, 2013. p. 13-27.

NERI, A.L.; FREIRE, S.A. (Org.). **E por falar em boa velhice**. Campinas: Papyrus, 2000. P. 14.

NERI, A.L. (1994). Tradução do artigo de Paul B. Baltes, *Cognitive aging: Potential sand limits*, para Gerontologia, 2(1), p. 23-44, **Envelhecimento cognitivo: potencialidades e limites**.

PAPALÉO NETTO, M. O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, E. et al. (Org.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Kroogan, 2013. p. 3-13.

PETROIANU, A.; PIMENTA, L. **Cirurgia Geriátrica**. Rio de Janeiro: Medsi, 1998.

REDIN, E. Velhice: fatalidade ou possibilidade? Educação para a velhice. **Revista Palavra**, ano 4, n. 31, 1995.

RIMED. **Manual do Home Care** – O novo conceito da medicina que pode fazer de você um empresário do setor da saúde, 2. ed. Rimed Com. e Repres., 2000.

ROCKWOOD, K. *Frailty and its definition: a worthy challenge*. **J Am Ger Soc.** v.53, n.6, 2005. p.1069.

ROWE, J.W.; KAHN, R. *Successful aging*. In: PAPALÉO NETTO, M. O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, E. et al. (Org.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

SANTOS, M.de F. de S.(1996). A Velhice na zona rural: representação social e identidade. In: NASCIMENTO-SCHULZE, C. (Org.), *Novas contribuições para a teorização e pesquisa em representação social (Coletâneas da Anpepp*, n. 10, p. 59-83). Rio de Janeiro: Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Psicologia.

SCHRAMM, F. R.; FLORIANI, C. A. Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(4):986-994, jul-ago, 2004. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v20n4/13.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2016.

SILVA, F.S. In: **Manual do Home Care** – O novo conceito da medicina que pode fazer de você um empresário do setor da saúde. 2. ed. Rimed Com. e Repres., 2000.

SPEECHLEY, M.; TINNETI, M. *Falls and injuries in frail and vigorous community elderly persons*. **J Am Geriatr Soc.** 1991 Jan; 39(1)46-52.

TEIXEIRA, I.N. **Definições de fragilidade em idosos: uma abordagem multiprofissional**. 2006. 222 f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

VERAS, R. P. **País jovem com cabelos brancos**. Rio de Janeiro: Relume – Dumará, 1995. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JR, C. E. A. *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

WOLFF, S. H. **Vivendo e envelhecendo**: recortes de práticas sociais nos núcleos de vida saudável. São Leopoldo: Unisinos, 2009.

WOO, J.; GOGGINS, W.; SHAM, A. *Social determinants of frailty*. **Gerontology**, v.51, 2005. p. 402-408.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada “**O Envelhecimento na Percepção de Idosos em Atendimento Domiciliar – Home Care**”.

A sua participação nesta pesquisa é voluntária. Você pode recusar ou aceitar a participar, sendo que, se aceitar, também poderá retirar o seu consentimento a qualquer momento.

Todas as informações relativas as pesquisas serão vistoriadas apenas pelos pesquisadores envolvidos neste projeto, sendo que, para divulgar as informações em relatórios ou publicações, a confidencialidade será mantida, utilizando-se para isso de uma codificação.

A pesquisadora Jaqueline Zen telefone (51XXXXXXXXX), poderá ser contatada em qualquer eventualidade ou dúvida.

A pesquisa será desenvolvida mediante entrevistas e consulta ao prontuário médico do Home Care parte do pesquisador e, sendo assegurado ao entrevistado que não haverá riscos ou desconfortos ao mesmo no decorrer da pesquisa.

Pretende-se com esse estudo, conhecer como os idosos percebem seu próprio envelhecimento e influenciar para um envelhecimento bem-sucedido.

Os critérios de inclusão neste estudo são: ser idoso, aceitar participar da pesquisa, consentir a gravação das entrevistas, possuir capacidade cognitiva para responder aos questionamentos relativos ao estudo. Serão excluídos desta pesquisa os idosos cujo perfil não se enquadre nos critérios descritos acima.

Eu, _____, declaro que tenho ciência da finalidade da pesquisa e que participo da mesma voluntariamente, como também autorizo a divulgação dos resultados obtidos nesta pesquisa.

São Leopoldo, _____ de _____ de 2017.

Participante da Pesquisa

Jaqueline Zen

APÊNDICE B - SOLICITAÇÃO DE CAMPO DE PESQUISA

Ao

Diretor Técnico do Home Care Vale do Sinos

Sr(a) _____

Venho solicitar vossa autorização para realizar a pesquisa intitulada “O Envelhecimento na Percepção de Idosos em Atendimento Domiciliar – Home Care”, nas dependências do Home Care, ressaltando que a mesma envolverá alguns prontuários médicos de idosos que se encontram em Atendimento Domiciliar.

Desde já agradeço pela atenção e oportunidade.

Atenciosamente,

Jaqueline Zen

APÊNDICE C - ENTREVISTA INDIVIDUAL

Nome: _____

Questões norteadoras:

Questão 1 – Como você percebe seu envelhecimento?

Questão 2 - Qual o significado do envelhecimento para o sr(a)?