



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA

BRUNO SOUZA BENEVIDES

ENVELHECIMENTO E FRAGILIDADE: UMA PESQUISA
QUALITATIVA COM IDOSOS QUE VIVENCIARAM
FRATURA DE FÊMUR DECORRENTE DE QUEDA

FORTALEZA
2009

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

BRUNO SOUZA BENEVIDES

**ENVELHECIMENTO E FRAGILIDADE: UMA PESQUISA QUALITATIVA
COM IDOSOS QUE VIVENCIARAM FRATURA DE FÊMUR
DECORRENTE DE QUEDA**

Dissertação submetida à Universidade Estadual do Ceará, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Orientador:
Prof. Dr. Andrea Caprara

Fortaleza
2009



U.E.C.E

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública - CMASP

FOLHA DE AVALIAÇÃO

Título da dissertação: **"Envelhecimento e Fragilidade: Uma Pesquisa Qualitativa com Idosos que Vivenciaram Fratura de Fêmur decorrente de Queda "**.

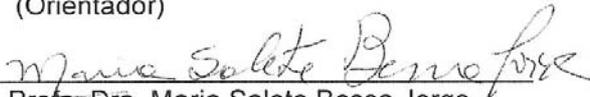
Nome do Mestrando: **Bruno Souza Benevides** .

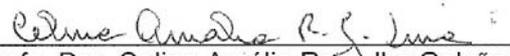
Nome do Orientador: **Prof. Dr. Andréa Caprara**

DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA/CCS/UECE, COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE PÚBLICA, ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM "POLÍTICAS E SERVIÇOS DE SAÚDE".

BANCA EXAMINADORA:


 Prof. Dr. Andrea Caprara
 (Orientador)


 Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge
 (1º membro)


 Profa. Dra. Celina Amália Ramalho Galvão Lima
 (2º membro)

Data da defesa: 18/03/2009

B461e

Benevides, Bruno Souza

Envelhecimento e fragilidade: uma pesquisa qualitativa com idosos que vivenciaram fratura de fêmur decorrente de queda/ Bruno Souza Benevides.
 – Fortaleza, 2009.

153p.

Orientador: Prof. Dr. Andrea Caprara

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde.

1. Envelhecimento. 2. Fragilidade. 3. Saúde Pública. I. Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde.

CDD: 614

À minha avó, Julieta,
por seu amor incondicional.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Prof. Andrea Caprara, por sua competência, capacidade profissional e todo apoio, dedicação e carinho a mim prestados no processo de orientação.

À Prof^a. Maria Salete Bessa Jorge, por seu incentivo à minha inscrição no mestrado, pelos ensinamentos e por sua perseverança e determinação que extrai dos alunos o que eles têm de melhor.

Aos professores do mestrado, que contribuíram para o engrandecimento dos alunos.

À UECE, como instituição, por me envolver num processo de crescimento mútuo e pela oportunidade de realização do mestrado.

Aos idosos, sujeitos desta pesquisa, cujas respostas nos revelaram muito acerca da vivência de uma fratura de fêmur.

Às funcionárias do mestrado, Mairla e Lúcia, por todo seu apoio e presteza com que me trataram sempre, e dona Maria, pelo carinho e cuidado com toda a turma.

Aos funcionários, enfermeiras e médicos do IJF, que foram sempre muito solícitos quanto às informações prestadas e facilitação no acesso aos pacientes.

Aos colegas de turma, que me proporcionaram bons momentos de convivência.

Aos meus amigos, que me ajudaram neste processo árduo de coleta de dados e elaboração da dissertação.

À banca examinadora, pelo aceite do convite.

“Deve-se temer a velhice, porque ela nunca vem só.
Bengalas são provas de idade e não de prudência.”

Platão

RESUMO

Os estudos sobre o envelhecimento e suas implicações têm a finalidade de contribuir para a melhoria da qualidade das práticas de saúde dirigidas aos idosos, especialmente nesse momento histórico em que o percentual dessa população cresce em ritmo acelerado em nosso país. A fratura de fêmur é uma das principais causas de morbidade e mortalidade, especialmente entre idosos, mas existe pouca informação acerca de como os indivíduos vivenciam isto. Não foram encontrados estudos qualitativos sobre fratura de fêmur em idosos nas bases de dados pesquisadas, e pesquisar profundamente o impacto das quedas e fratura de fêmur na vida dos idosos em permanência prolongada no leito domiciliar poderá subsidiar ações específicas no atendimento a essa população, o que justifica o presente estudo. O objeto desta pesquisa foram as vivências dos idosos com fratura de fêmur, com os objetivos de compreender as experiências de idosos com fragilidade devida a fratura de fêmur ocasionada por queda, o cotidiano deles, suas vivências e relações familiares, bem como o processo de transformação física e social no decorrer cronológico da incapacidade; apreender as experiências de idosos com fratura de fêmur, as conseqüências e o impacto deste evento; descrever a existência de problemas paralelos enfrentados por idosos afetados por este quadro incapacitante; descrever os sentimentos em relação aos eventos que sucederam a fratura e à sua trajetória hospitalar; descrever os sentimentos em relação à dor; descrever a relação com os familiares, cuidadores e demais habitantes do domicílio; e propor meios de proporcionar um envelhecimento saudável e bem-sucedido à população idosa em geral e melhorias à população incapacitada estudada. A trajetória metodológica é de natureza qualitativa. Utilizou-se como técnica de coleta de dados a entrevista aberta aprofundada. Os sujeitos do estudo foram 08 indivíduos que sofreram fratura de fêmur e haviam recebido tratamento no Instituto Doutor José Frota (IJF). Os sujeitos foram entrevistados em domicílio, após alta hospitalar. Na análise dos discursos dos participantes foi utilizada a Hermenêutica Fenomenológica de Paul Ricoeur. Os resultados das entrevistas revelaram quatro temas principais: a experiência do trauma, a experiência da dor, a experiência da recuperação e a experiência da incapacidade. A experiência do trauma envolveu o processo da queda, o momento da fratura, o socorro, o processo de transferências até a chegada ao IJF e a visão inicial de uma experiência amedrontadora. A experiência da dor envolveu a magnitude da dor, o medo de sentir a dor novamente, o tipo e o local da dor, o movimento com a dor, os meios de evitar que a dor aparecesse, a sublimação da dor e o cuidado pela equipe de saúde. A experiência da recuperação fala da cirurgia e da luta pela independência. A experiência da incapacidade relata experiências de mudança em relação ao próprio corpo e a si mesmo, aos outros e a toda a situação de vida. Estas experiências foram descritas como limitação do movimento e perda da confiança no corpo, tornar-se mais dependente dos outros, isolamento e restrição ao domicílio e sentimento de envelhecimento, proximidade com a morte e perda do entusiasmo com a vida. As conseqüências vividas foram de ordem multidimensional e envolveram mudanças dramáticas na vida dos entrevistados. O estudo indica que a fratura não apenas quebra o osso, mas deixa estilhaços sociais e existenciais.

Palavras-chave: envelhecimento, fratura de fêmur, fragilidade, geriatria.

ABSTRACT

The studies about aging and its implications have the purpose of contributing to the improvement of the quality of the health practices targeting elderly people, especially in this historical moment in which the percentage of this population grows at an accelerated rate in our country. The femur fracture is one of the main causes of morbidity and mortality, especially among elders, but there is little information about how the individuals experience that. There were found no qualitative studies about femur fractures in old people in the researched databases, and researching profoundly the impact of falls and femur fracture in the lives of the elderly in long permanence at the domiciliary bed will be able to subsidize specific actions in the care of this population, which justifies the present study. The object of this research were the experiences of elderly who have fractured the femur, with the objectives of understand the experiences of elderly with frailty due to femur fracture caused by fall, their daily life, their experiences and family relationships, as well as the process of physical and social transformation in the course of the incapacity; apprehend the experiences of elders with femur fracture, the consequences and the impact of this event; describe the existence of parallel problems faced by elders affected by this disabling situation; describe the feeling in relation to the events that succeeded the fracture and its ways through the hospitals; describe the feelings in relation to the pain; describe the relations with the relatives, caregivers and other home inhabitants; and propose means of providing a healthy and well-succeeded aging to the general elderly population and improvements to the studied disabled population. The methodological trajectory has qualitative nature. It was used as technique to collect data the open interview, deepened. The subjects were 08 individuals who suffered femur fracture and have received treatment at the Instituto Doutor José Frota (IJF). The subjects were interviewed at home, after hospital discharge. In the analysis of the participant's speeches was used Paul Ricouer's Phenomenological Hermeneutic. The results of the interviews revealed four major themes: the trauma experience, the pain experience, the recovery experience and the disability experience. The injury experience involved the falling process, the moment of the fracture, the help, the transference between hospitals until the arrival at IJF and the initial view of a frightening experience. The pain experience involved the magnitude of pain, the fear of feeling the pain again, the kind and place of pain, movement with the pain, sublimation of the pain and the care by the health team. The recovery experience talks about the surgery and the fight for independence. The disability experience reports experiences of changes in their relation to the body and themselves, to others and to the life situation. These experiences were described as movement limitations and loss of confidence in the body, becoming more dependent on others, being isolated and restricted to home, feeling old, closer to death and having lost the zest for life. The experienced consequences of a hip fracture were multidimensional and involved dramatic changes in the interviewees' life situation. The results indicate that the fracture seemed not only to break the bone but also to cause social and existential cracks.

Key-words: aging, femur fracture, frailty, geriatrics.

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO.....	09
1.1 – O envelhecimento em números.....	12
1.2 – Envelhecimento e fragilidade.....	15
1.3 – A construção do objeto e objetivos do estudo.....	18
2 – REFERENCIAL TEÓRICO.....	21
2.1 – Os processos de envelhecimento através dos tempos.....	21
2.1.1 – O processo biológico.....	26
2.1.2 – O processo psicológico.....	31
2.1.3 – O processo sociocultural.....	35
2.1.3.1 – A integração social do idoso.....	39
2.1.3.2 – Estigma e preconceito na velhice.....	41
2.1.3.3 – Formação das culturas e estereótipos da velhice.....	45
2.2 – Envelhecendo com saúde.....	50
2.2.1 – A importância da família do idoso.....	56
2.2.2 – A arte de cuidar da velhice.....	58
2.3 – Fragilidade, quedas e fratura de fêmur.....	62
2.3.1 –	63
2.3.2 –	65
2.3.3 – Definições e critérios para avaliação de fragilidade.....	66
2.3.4 – Quedas.....	69
2.3.5 – Fratura de fêmur em idosos.....	72
3 – METODOLOGIA.....	76
3.1 – Natureza do estudo.....	76
3.2 – Sujeitos do estudo e campo de investigação.....	77
3.3 – Mecanismos e estratégias de coleta de dados.....	79
3.4 – Método de análise das entrevistas.....	80
3.5 – Aspectos éticos.....	83
4 – RESULTADOS.....	85
4.1 – A	87
4.2 – A	95
4.3 – A	100
4.4 – A	103
4.4.1 –	103
4.4.2 –	105
4.4.3 –	107
5 – DISCUSSÃO.....	111
REFERÊNCIAS.....	120
APÊNDICES.....	137
I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	138
ANEXOS.....	139
I – Parecer do Comitê de Ética da UECE.....	140
II – Parecer do Comitê de Ética do IJF.....	141

1 – INTRODUÇÃO

Baseado em conhecimentos nas áreas da geriatria e saúde coletiva, o presente estudo tem como objeto a questão da fragilização, das quedas e da fratura de fêmur. Este trabalho se propõe a investigar as repercussões das fraturas de fêmur na vida de idosos, buscando entender os significados dados por eles a este evento e as implicações das suas conseqüências na vida da pessoa idosa.

O interesse pelo tema do envelhecimento é uma constante na vida pessoal do autor, pelo fato de conviver com sua avó idosa, Dona Julieta. O autor foi criado desde que nasceu por ela. Por ser uma pessoa criada no interior, com pouca instrução, tendo seus conhecimentos baseados em vivências sociais em geral marcadas pelo enfrentamento de dificuldades, Dona Julieta marcou de forma emblemática a personalidade do autor. Tal fato gerou uma afeição por todos os idosos que por ele passam, pensando que a história de sofrimento daqueles assemelha-se em muito à história de sua própria avó.

Assim, estabelece-se uma sensibilidade maior do autor em relação ao tema idoso. Conviver ao longo do tempo com o processo de envelhecimento de sua avó foi uma experiência bastante peculiar e influenciadora no seu processo de maturação e crescimento, já que com os mimos da avó passou a afeiçoar-se à figura idosa.

Também o tema fragilidade vem à tona quando falamos de Dona Julieta. Em 1988, quando o autor tinha oito anos de idade, sua avó fraturou a perna (no caso, a tíbia e a fíbula esquerdas) como resultado de uma queda de um tamborete (pequeno banco de madeira), ao realizar uma limpeza sobre um móvel. Dona Julieta, com seus 1 metro e 30 centímetros de altura, necessitou da ajuda do tamborete para erguer-se sobre o móvel e o fez sem a supervisão de ninguém, já que sabia que não seria autorizada a realizar tal procedimento. Assim, ela sofreu a queda e foi encontrada apenas algum tempo depois, com a perna fraturada em 90 graus. Foi internada e operada, perdeu os movimentos do tornozelo mas após alguns anos e algumas outras cirurgias, para retirada e colocação de parafusos e placas, consegue andar sem dificuldades.

Tais influências tiveram reflexo na vida do autor, tanto profissional, ao se tornar médico especialista em geriatria, quanto acadêmica, pela relevância das questões que envolvem a pessoa idosa e por ser este o segmento populacional que mais cresce no Brasil e no mundo.

A partir daí, ao graduar-se e ir trabalhar no interior do Ceará como médico do Programa Saúde da Família, buscou direcionar suas ações no campo da saúde do idoso, visto que esta era a parcela da população onde se mostravam as maiores carências de cuidados. A partir daí, resolveu fazer o curso de especialização em Geriatria, o que o determinou a seguir tal área como foco de sua prática, sedimentando o desejo de trabalhar junto a idosos e ajudar com os processos de envelhecimento saudável e bem-sucedido.

Dado o fato que o envelhecimento é inevitável e a grande maioria da população que dispõe de recursos está realmente disposta a investi-los na prorrogação de sua vida, e mais, na prorrogação de sua vida *saudável*, o que vemos hoje é uma verdadeira explosão destas práticas que promovem o envelhecimento de forma segura, suave e que sejam capazes de manter a integridade, a independência e a autonomia do indivíduo.

A discussão acerca do envelhecimento vem conquistando espaço cada vez maior nos distintos setores da sociedade brasileira, principalmente a partir das últimas décadas do século XX. O envelhecimento da população brasileira tem sido debatido por estudiosos e especialistas das áreas demográfica, previdenciária, turística e de lazer, dentre outras, ora como algo negativo que onera o Estado, ora como um grupo consumidor para o qual cresce e se desenvolve um lucrativo mercado de ofertas de serviços. Um dos setores que tem se deparado com as questões do envelhecimento é o da saúde, que precisa responder às crescentes demandas por serviços cada vez mais complexos e especializados que o idoso requer. O enfoque epidemiológico dado pelo olhar da saúde destaca as quedas como um dos eventos acidentais e/ou violentos que atingem milhares de pessoas idosas em nosso país e são importante motivo de internações e de mortes, conforme identificam Souza e cols (1998), Masud e Morris (2001), Fabrício e cols (2004), Gawryszewski e cols (2004), Minayo e Souza (2005).

O aumento da longevidade deve-se, entre outros fatores, aos avanços científicos, melhorias na infra-estrutura sanitária, melhores condições sócio-econômicas e à redução na taxa de natalidade que ocorreu nas últimas décadas. As mudanças no perfil demográfico trazem importantes repercussões sociais e econômicas para toda a população, especialmente para os idosos.

Duarte (2001) considera que as alterações que ocorrem durante o envelhecimento são fisiológicas, porém o acúmulo dessas alterações pode levar a uma limitação na capacidade do idoso em desempenhar as chamadas atividades básicas da vida diária: tomar banho, vestir-se, evacuar e urinar sem ajuda, alimentar-se, caminhar, sentar-se e levantar-se de uma cadeira ou da cama. Para a autora, a ocorrência de doenças pode ocasionar um rápido comprometimento da capacidade funcional do idoso, o que pode levá-lo a uma situação de incapacidade e dependência. Para prestar um atendimento adequado ao idoso, é necessário que os profissionais da Equipe de Saúde sejam capazes de avaliar o nível de dependência do idoso, seus limites e suas potencialidades, para que possam identificar as suas reais necessidades.

As mulheres brasileiras sobrevivem por muito mais anos que seus companheiros e, por conseqüência, viverão muito tempo sozinhas (MOREIRA, 1998) enfrentando as dificuldades impostas pelo processo do envelhecimento que traz consigo algumas alterações fisiológicas que tornam os idosos vulneráveis em determinados aspectos.

Pessoas de todas as idades apresentam risco de sofrer intercorrências provocadas por fatores externos ou próprios das limitações do processo de envelhecimento, dentre elas a queda. Para os idosos uma queda possui um peso muito significativo, pois este evento pode levá-los à incapacidade e à morte. O custo social de uma queda é imenso e torna-se maior quando a pessoa idosa apresenta uma redução de sua autonomia. Nesses casos, sofrer uma queda pode ser sinônimo de dependência ou necessidade de institucionalização (FABRÍCIO et al, 2004).

Estes eventos causam impacto na saúde e na capacidade funcional dos idosos e pressupõem uma alteração na rotina de vida dessas pessoas.

As políticas públicas direcionadas aos idosos preconizam a manutenção da capacidade funcional como uma prioridade. A promoção do envelhecimento saudável e a manutenção da máxima capacidade funcional do indivíduo que envelhece, pelo maior tempo possível é o foco central da Política Nacional de Saúde do Idoso/PNSI e pressupõem a valorização da autonomia e a preservação da independência física e mental do idoso. Doenças físicas e mentais podem levar à dependência através de suas conseqüências, entre elas as quedas, submetendo a pessoa idosa à perda da capacidade funcional.

A PNSI tem como propósito basilar “a promoção do envelhecimento saudável, a preservação e/ou a melhoria, ao máximo possível da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde daqueles que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida” (GORDILHO et al, 2001) no sentido de favorecer a permanência dos idosos no ambiente que estão inseridos de forma independente.

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (MS, 2001) do Ministério da Saúde, objetivando a qualidade de vida, lança mão da promoção da saúde e coloca como uma de suas diretrizes a promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis. Especificamente, em relação aos idosos prevê como fundamental o investimento na formação de cuidadores e o direito a atendimento preferencial nos órgãos estatais e privados de atenção à saúde.

Assim, faz parte deste trabalho não só discutir as repercussões das quedas para a saúde, mas tentar compreender como a vida dos idosos é afetada por elas.

1.1 – O envelhecimento em números

O aumento da proporção de pessoas idosas em relação ao total da população é um fenômeno nacional e mundial. Segundo dados do IBGE (2000), a população brasileira, com idade superior a sessenta anos, aumentou de 4%, em 1940, para 8,6%, no ano de 2000.

Em uma década, o número de idosos no Brasil cresceu 17%. Em 1991, ele correspondia a 7,3% da população. A população brasileira vive, hoje, em média, de 68,6 anos, 2,5 anos a mais do que no início dos anos 90. Em 2002, a estimativa era de 15 milhões de brasileiros com mais de sessenta anos e as projeções demográficas indicam que em 2020 a população com mais de 60 anos no País deva chegar a 30 milhões de pessoas (15% do total), e a esperança de vida, a 70,3 anos (IBGE, 2002).

Tendo em vista a idade adotada pela Organização Mundial de Saúde para os países em desenvolvimento, idoso é quem tem 60 anos ou mais, e um país é considerado com a população envelhecida quando tem 7% ou mais do total de sua população nesta faixa etária (OMS, 1994).

No Nordeste, temos a segunda maior população idosa do país, fruto de um forte processo de emigração de jovens em busca de melhorias de vida, aliado a um declínio da fecundidade ocorrido na região (KALACHE, 1987; CHAIMOWICZ, 1997). Quando somados os números de idosos das regiões Nordeste e Sudeste, esta comparecendo em primeiro lugar em número de idosos, tem-se 75% dos idosos vivendo nestas duas regiões, principalmente em seus centros urbanos.

Encontramos as maiores proporções de idosos no Rio de Janeiro e em Porto Alegre, com 12,8% e 11,8%, respectivamente. Somente na cidade de São Paulo, foram contabilizados quase 1 milhão de idosos em 2002. Em Fortaleza, essa proporção é de 7,5%. Além disso, a proporção da população “mais idosa”, ou seja, a de 80 anos e mais, também está aumentando, alterando a composição etária dentro do próprio grupo, ou seja, a população considerada idosa também está envelhecendo (CAMARANO et al, 1999). Isso leva a uma heterogeneidade do segmento populacional chamado idoso. Prova disso é a participação dos idosos com 75 anos ou mais no total da população - em 1991, eles eram 2,4 milhões (1,6%) e, em 2000, 3,6 milhões (2,1%) (IBGE, 2000).

Para as pessoas idosas, as quedas parecem ser uma das maiores vilãs da manutenção da capacidade funcional. Nos países ocidentais aproximadamente 30% dos idosos caem pelo menos uma vez por ano e nos países orientais, a frequência é menor e cerca de 15,0% das pessoas idosas caem uma vez ao ano (PERRACINI e RAMOS, 2002).

No Brasil, a mortalidade de idosos por causas externas representaram 2,8% de todas as mortes nessa faixa etária no ano de 2004 (MS, 2006). A queda representou 20,5% dos óbitos de idosos por essas causas. Entre as mulheres idosas a proporção de óbitos por queda foi ainda maior, cerca de 28,3% do total de mortes por causas externas no ano de 2004.

O impacto causado pelas quedas na população idosa tem dimensões significativas, principalmente para as mulheres. No ano de 2005, as internações hospitalares de idosos por causas externas de agravo à saúde atingiram um número de 113.101 no Brasil. Desse total, 54,2% ocorreram devido às quedas. Ao analisar os dados para o grupo de mulheres idosas, vê-se que aproximadamente 60,0% das hospitalizações de idosos brasileiros, no ano de 2005, por queda, ocorreu entre elas (MS, 2008).

O envelhecimento populacional significa um crescimento mais elevado da população idosa em relação aos demais grupos etários. Isso é resultado de suas mais altas taxas de crescimento, dada a alta fecundidade prevalente no passado, comparativamente à atual, e também à redução da mortalidade. O envelhecimento é reflexo do aumento da expectativa de vida, devido ao avanço no campo da saúde e à redução da taxa de natalidade. Isso se traduz no aumento do número absoluto e relativo de idosos, no tempo vivido por eles, no envelhecimento de certos segmentos populacionais, como a População Economicamente Ativa, no envelhecimento das famílias (crescimento do número de famílias nas quais existe pelo menos um idoso) e na mudança nos arranjos familiares.

A importância dos idosos para o País não se resume à sua crescente participação no total da população. Boa parte dos idosos hoje são chefes de família e nessas famílias a renda média é superior àquelas chefiadas por adultos não-idosos. Segundo o Censo 2000, 62,4% dos idosos e 37,6% das idosas são chefes de família, somando 8,9 milhões de pessoas. Além disso, 54,5% dos idosos chefes de família vivem com os seus filhos e os sustentam (IBGE, 2002).

Reconhece-se, no entanto, que o envelhecimento é um processo de perdas biológicas e sociais, que traz vulnerabilidades que são diferenciadas por gênero, idade, grupo social, raças e regiões geográficas, entre outros. É diferenciado também o momento (a idade) em que elas se iniciam. Tais vulnerabilidades são

afetadas pelas capacidades básicas (com as quais o indivíduo nasceu), pelas capacidades adquiridas ao longo da vida e pelo contexto social em que os indivíduos encontram na sua fase de vulnerabilidades. Dessa forma, políticas públicas podem ter um papel fundamental na redução do seu impacto sobre o indivíduo e a sociedade.

Ramos (2005) ressalta que o desafio maior do século XXI no Brasil será cuidar de uma população de mais de 32 milhões de idosos, a maioria com baixo nível sócio-econômico e educacional e uma alta prevalência de doenças crônicas e incapacitantes. O objetivo principal dos sistemas de saúde deve ser a preservação da capacidade funcional do idoso, mantendo-o na comunidade por maior tempo possível e gozando da maior independência possível. Para tal, “faz-se necessário o estabelecimento de indicadores de saúde capazes de identificar idosos com alto risco de perda funcional e orientar ações concentradas de promoção de saúde e manutenção da capacidade funcional” (RAMOS, 2005).

A principal fonte de suporte para esta população de idosos ainda é a família, principalmente a família que com eles coabita em domicílios multigeracionais, moradia de uma população idosa que tende a ser mais pobre, com mais problemas de saúde e mais dependente no dia-a-dia do que a maioria dos idosos. Afora as limitações financeiras para aderir aos múltiplos tratamentos necessários, geralmente em bases crônicas, a disponibilidade de suporte familiar para o idoso dependente deverá recair marcadamente em face da diminuição do tamanho da família, do aumento do número de pessoas atingindo idades avançadas, e da crescente incorporação da mulher, principal cuidadora, à força de trabalho fora do domicílio (RAMOS, 2005).

1.2 – Envelhecimento e fragilidade

Hogan et al. (2003) classificaram 34 definições de fragilidade em três grupos: dependência nas atividades de vida diária (AVDs), vulnerabilidade e doenças. Markle-Reid e Browne (2003) estudaram 42 artigos sobre o tema e classificaram as definições em 18 grupos, incluindo: dependência nas AVDS; comprometimento dos mecanismos de homeostase, déficit cognitivo; doença crônica incapacitante; envelhecimento; diminuição da força muscular, mobilidade e equilíbrio.

Segundo Fried e Walston (1999), fragilidade é uma síndrome clínica que se caracteriza por redução da reserva e resistência diminuída aos estressores. A condição resulta do declínio cumulativo nos sistemas fisiológicos e causa vulnerabilidade às condições adversas, tais como doenças, variações ambientais e acidentes.

Bergman et al. (2004) observam que fragilidade é uma entidade multidimensional, resultante da interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais no curso de vida. Sob essa perspectiva, a história individual influencia a velhice, que pode ser frágil ou não, dependendo dos recursos e déficits pessoais em um contexto particular e individual.

O conhecimento sobre fragilidade é limitado e ainda não foi estabelecido um significado científico para a entidade. Para ampliar e integrar o conhecimento sobre o tema, Hogan et al. (2003) sugerem a troca de informações entre pesquisadores de várias disciplinas que estudam os diferentes domínios da entidade.

Em relação ao envelhecimento e às patologias, cabe salientar que:

“um idoso com uma ou mais doenças [...] pode ser considerado um idoso saudável, se comparado com um idoso com as mesmas doenças, porém sem controle destas, com seqüelas decorrentes e incapacidades associadas [...], o idoso saudável é aquele que possui saúde física, mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica. O importante é que este idoso mantenha sua autonomia e que se sinta feliz e integrado socialmente, ressaltando que saúde e longevidade são conceitos inseparáveis (RAMOS, 2003).”

O modo de viver dos idosos é influenciado por suas concepções de vida, crenças, valores e conhecimentos, que são variáveis integrantes da cultura do indivíduo, família ou coletividade. Acrescentando a esta vertente as conseqüências da relação profissional/idoso, evidencia-se a importância de envolver e integrar a cultura do ancião nos princípios da prática gerontológica. A vertente cultural é compreendida como a abordagem das múltiplas dimensões que compõem o modo de viver de determinados indivíduos, envolvendo suas crenças, valores e conhecimentos. Esta abordagem possibilita a aproximação do profissional com o ser idoso, bem como de sua família e contexto de vida deles.

A família do ser idoso, nesta perspectiva, é compreendida como um grupo e como forte aliada do profissional no desenvolvimento do cuidado gerontológico. Acredita-se que a gerontologia é um ramo da prática em saúde essencialmente de cuidado transcultural e particularmente centra o fornecimento do cuidado humano para as pessoas de forma significativa, congruente e respeitosa em relação aos valores culturais e estilo de vida (LEININGER, 1984).

Um dos caminhos para o desenvolvimento do cuidado gerontológico, com sucesso, pode ser através do cuidado cultural, definido “como valores, crenças e expressões padronizadas, cognitivamente conhecidas, que auxiliam, apóiam ou capacitam outro indivíduo ou grupo a manter o bem-estar, a melhorar uma condição ou vida humana ou a enfrentar a morte e as deficiências” (LEININGER, 1991; BEAUVOIR, 1970). O cuidado cultural constitui parte das premissas necessárias para a construção de um modelo de desenvolvimento sustentado de cuidado gerontológico.

No desenvolvimento do cuidado gerontológico, há necessidade de interação com o ser idoso, buscando compreender e apreender o modo de viver deste, bem

como de seus familiares e/ou indivíduos envolvidos no processo. Este caminhar para a prática gerontológica alicerçada na multiplicidade dos princípios culturais, defendendo-se esses como as múltiplas dimensões da vivência do ser idoso, incluindo as grandezas espaciais, físicas, econômicas, sociais e ambientais, possibilita maiores chances da sustentabilidade do cuidado desenvolvido, bem como conscientização e apreensão da amplitude que integra o processo de cuidado gerontológico.

1.3 – A construção do objeto e os objetivos do estudo

Diante de todo o exposto, o interesse do autor se apontou aos idosos internados em domicílio. Aqueles idosos que não têm condições de reunir forças – tanto físicas quanto financeiras – para deslocar-se a uma visita ao médico, necessitando de visitas domiciliares.

Durante seu percurso profissional, atuando como médico de família junto ao Programa Saúde da Família, desde quando se graduou em medicina em 2004, o autor constatou que a quase totalidade das visitas domiciliares solicitadas aos centros de saúde eram para idosos que sofriam de algum processo de fragilização. Doenças crônicas, impedimentos físicos, falta de acompanhante, falta de interesse do idoso em cuidar-se, relutância em procurar os serviços de saúde, não sentir-se à vontade no consultório médico, dentre outros, são fatores para a busca de visitas domiciliares nos centros de saúde.

As quedas são reconhecidas como um importante problema de saúde pública entre os idosos, em decorrência da freqüência, da morbidade e do elevado custo social e econômico decorrente das lesões provocadas. Estudos realizados nos Estados Unidos e na Europa mostram que aproximadamente um terço da população acima de 65 anos sofreu pelo menos uma queda durante o último ano. Entre idosos que sofreram quedas, 3 a 5% apresentaram fraturas graves, isto é, que demandaram internação hospitalar (SATTIN, 1992; TINETTI, 1994).

No Brasil, Chaimowicz et al. (2000) observaram uma incidência de 17% de pelo menos uma queda no ano anterior, entre os idosos que residiam num bairro do Município de Campo Belo, Minas Gerais. Em outro estudo, conduzido com a população de idosos que freqüentava a Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI), da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rozenfeld (1997) encontrou uma incidência de 38% de quedas nos 12 meses anteriores à entrevista.

Pinheiro (1999) conduziu um estudo sobre as internações de pacientes com diagnóstico principal de fratura de colo de fêmur (total de 1.870 internações), nos hospitais credenciados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), da cidade do Rio de Janeiro, nos anos de 1994 e 1995. A média de idade do grupo tratado clinicamente foi de 61 anos, e no grupo tratado cirurgicamente de 68,8 anos. O tempo médio de permanência (TMP) foi de 10,6 dias no grupo de pacientes tratados clinicamente, e de 16,2 dias no grupo de pacientes que foram submetidos à cirurgia. O TMP nos hospitais pesquisados variou entre 5,3 e 34,7 dias.

As quedas, além de produzirem uma importante perda de autonomia e de qualidade de vida entre os idosos, podem ainda repercutir entre os seus cuidadores, principalmente os familiares, que devem se mobilizar em torno de cuidados especiais, adaptando toda a rotina em função da recuperação ou adaptação após a queda.

Assim sendo, tendo em vista a discussão a cerca do assunto, buscando delimitar o objeto de estudo, o autor resolveu tratar, nesta pesquisa, de idosos vítimas de fratura de colo de fêmur proximal devida a quedas. Desta forma, estabelece-se um padrão dos sujeitos a serem entrevistados, bem como supre uma lacuna existente na literatura acerca do assunto, onde não são encontradas informações qualitativas acerca desta população.

Os estudos sobre o envelhecimento e suas implicações têm a finalidade de contribuir para a melhoria da qualidade das práticas de saúde dirigidas aos idosos, especialmente nesse momento histórico em que o percentual dessa população cresce em ritmo acelerado em nosso país. Não foram encontrados estudos qualitativos dessa natureza nas bases de dados pesquisadas, e o autor acredita que pesquisar profundamente o impacto das quedas e fratura de fêmur na vida dos idosos em permanência prolongada no leito domiciliar poderá subsidiar ações

específicas no atendimento a essa população, o que justifica o presente estudo. Investigar as repercussões das fraturas de fêmur na vida de idosos certamente trará um conhecimento indispensável para o cuidado de tais pessoas enfermas.

Portanto, este estudo visa como **objetivo geral**, compreender as experiências de idosos com fragilidade devida a fratura de fêmur ocasionada por queda, o cotidiano deles, suas vivências e relações familiares, bem como o processo de transformação física e social no decorrer cronológico da incapacidade. Em particular, esta pesquisa intenciona apreender as experiências de idosos com fratura de fêmur, as conseqüências e o impacto deste evento; descrever a existência de problemas paralelos enfrentados por idosos afetados por este quadro incapacitante; descrever os sentimentos em relação aos eventos que sucederam a fratura e à sua trajetória hospitalar; descrever os sentimentos em relação à dor; descrever a relação com os familiares, cuidadores e demais habitantes do domicílio; e, por fim, propor meios de proporcionar um envelhecimento saudável e bem-sucedido à população idosa em geral e melhorias à população incapacitada estudada.

2 – REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 – Os processos de envelhecimento através dos tempos

O envelhecimento foi por muito tempo assunto de preocupação para o homem. É um processo que vem recebendo um merecido destaque em nossa sociedade moderna, pois tem suscitado muitos medos e fantasias, devido ao fato das pessoas estarem envelhecendo em proporções cada vez maiores.

Para Duarte (2002, p. 1), o tempo médio de vida do ser humano era muito pequeno, devido às condições precárias de vida, à fragilidade diante das doenças e o desconhecimento da etiologia das mesmas, como também eram presas fáceis dos predadores maiores.

Por influência das teorias e visão biomédica sobre o funcionamento humano, a velhice esteve constantemente associada à doença e à decrepitude. Birman (1995) mostra que a idéia de evolucionismo – o ciclo biológico de existência humana em faixas etárias delineadas – é recente: surge na passagem do século XVIII para o XIX, fundamentada na teoria do evolucionismo, de onde surge então o conceito de velhice como o “momento da decadência humana, caracterizado por especificidades no seu funcionamento biológico” (BIRMAN, 1995, p. 31). O autor, baseado em Foucault, marca que na passagem para o século XIX se inaugura a *bio-história*: a categoria “vida” passa a ocupar um lugar crucial na mentalidade e nos projetos políticos da sociedade moderna. Os governos passam a considerar que a riqueza maior do Estado não se restringe às riquezas existentes na natureza, mas também à qualidade da população. O Estado passa a investir nas condições sanitárias de seu território, iniciando assim a intervenção da medicina no espaço social.

Inicia-se, com o passar do tempo, uma luta contra a morte, combatendo-se as doenças e o grande desafio, vencer o envelhecimento. Então, se começa a dar certo cunho científico ao desenvolvimento de métodos que contribuiriam para o prolongamento da vida.

Ainda de acordo com Duarte (2002, p. 2),

Conhecem-se, através de relatos, como nos conta a história na Idade Antiga, rituais em diversas culturas, como banhos de ervas e de leite para manter a pele branca, suave e jovem. Na Idade Média, com o surgimento dos alquimistas, se preocupavam em descobrir o elixir da longa vida, através de porções mágicas, a fim de buscar a imortalidade e a perfeição do ser humano.

Há alguns séculos atrás, o navegador espanhol Ponce de Leon, enlouqueceu em sua exaustiva busca pela “Fonte da Juventude”. É uma utopia, pois se trata da busca da vida eterna em corpo jovem. A maioria dos povos sempre apelou para a fantasia quando procurava a fonte da juventude. Alguns pensaram encontrá-la em longínquas ilhas, outros em rios caudalosos, alguns em extratos especiais extraídos de testículos de cães e outros ainda em ser a longevidade dependente de uma vida reta e disciplinada.

Para Azpitarte (1995), a conquista desta imortalidade será sempre para o homem um sonho irrealizável, por mais que a medicina e a tecnologia progridam. Uma vitória parcial sobre os mecanismos biológicos adiará significativamente, para muitas pessoas, o momento definitivo.

De acordo com Duarte (2002, p. 2)

(...) em 1867 é escrito o primeiro trabalho científico sobre a velhice, escrita pelo médico francês Jean Martin Charcot, cuja obra é “Estudo Clínico sobre a Senilidade e Doenças Crônicas”, a obra não tem a preocupação em estudar a imortalidade, trata apenas o envelhecimento como um processo com suas causas e conseqüências sobre o organismo.

Para Fogaça (2005, p. 1)

Tuckman e Lorge, em 1953, fizeram uma advertência a várias levadas de pesquisadores, que parece ter sido ignorada, sobre atitudes em relação a velhice, um conjunto de crenças e opiniões sobre a predominância de predisposições negativas nos indivíduos e na sociedade. Em 1971, McTavish publicou uma importante revisão de pesquisas realizadas nas décadas de 50 e 60, que confirma essa predominância,

anteriormente citada. Uma privilegia o contexto sociocultural e a outra o individual, ou de subgrupos analíticos. A primeira que privilegia o contexto sociocultural considera como variável dependente do nível geral de considerações ou prestígio que o velho desfruta na sociedade, e como variáveis independentes fatores temporais, sociais e interculturais. No contexto individual se privilegia a variável dependente como os estereótipos estudados em função de variáveis psicológicas ou sociológicas (sexo, idade, escolaridade, autoritarismo, anomia e conservadorismo dos respondentes).

Conforme postula Néri & Freire (2000), nos anos 50, com o surgimento de uma nova área do conhecimento sobre o envelhecimento humano, a gerontologia procurou características positivas do envelhecimento, e com essa simbolizada pelo lema “acrescentar vida aos anos e não apenas anos à vida”, que permanecem 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.

Ainda para Néri & Freire (2000) a possibilidade de envelhecer com saúde, mantendo-se satisfeito, envolvido e ativo, depende em parte de fatores genético-biológicos e em parte do contexto social, fatores sobre os quais não se tem controle.

Verifica-se no decorrer da nossa história, que o fenômeno do envelhecimento e da morte vem sendo tratado como uma constante histórica.

Segundo Santos (2002) ao se abordar o envelhecimento, está se falando de algo muito mais vasto do que a parte final da vida. Estamos falando de um processo contínuo que corresponde a toda a existência do ser humano.

Conforme afirma Néri & Freire (2000, p. 81)

O processo do envelhecimento por ser lento e gradativo, que ocorre em diferentes ritmos para diferentes pessoas e grupos, atuam sobre essas pessoas e grupos conforme as influências genéticas, sociais, históricas e psicológicas do curso de vida. É, porém, universal, isto é, ocorre em todos os seres humanos.

De acordo com Azpitarte (1995) verifica-se que a velhice não tem época, pois faz parte da história humana, e, por isso mesmo, tem sido objeto de reflexão a partir de diversas perspectivas: a religião, a medicina, as tradições, a literatura e a arte.

Para Santos (2002), citando Kachar, com o avanço da longevidade, é o momento de começarmos a rever o significado da velhice. Na França, já se fala em quarta e quinta idades.

Segundo o dicionário Aurélio APUD Fogaça (2005) velho é uma pessoa muito idosa; de época remota; algo antigo, que tem muito tempo de existência; algo gasto pelo uso; antiquado; obsoleto.

Verifica-se que o termo velhice possui conceito demasiado flutuante e escorregadio para se poder ter dele uma definição comum. Os termos empregados pelos diversos autores variam com demasiada frequência ou se referem a situações muito diferentes.

Já para Azpitarte (1995, p. 27)

Até hoje, não se encontrou um denominador comum para a questão. A fronteira em uma idade cronológica ou a partir do momento da aposentadoria ganha-se em precisão, mas trata-se de uma opção que raramente corresponde àquilo que se deve entender por velhice ou ancianidade.

Kastenbaun (1981, p.15)

Sugere que podem ser reconhecidos três tipos de envelhecimento funcional: o biológico, o psicológico e o social. Podem-se atribuir a um mesmo indivíduo idades funcionais em cada uma dessas esferas, bem como uma idade funcional global, composta. Quanto mais essas três dimensões do desempenho do indivíduo lhe permitam adaptar-se satisfatoriamente, “menos velho” ele será. A maioria das pessoas tem mais de uma idade ao mesmo tempo.

Na literatura gerontológica, as distorções conceituais entre o envelhecimento, velho e velhice, são relativamente claras, devidamente contextualizadas por dimensões espaço-temporais, mas nada fácil de discriminar essas distinções.

Para Santos (2002) existem vários conceitos de acordo com a área de estudo. Desta maneira a geriatria, a psicologia, o serviço social, a terapia ocupacional, a fisioterapia, o jornalismo, o direito, a psicopedagogia entre outros, terão respostas diferentes para a mesma pergunta.

Duarte (2002) confirma a variedade de conceitos e observa que para se estudar e analisar o processo de envelhecimento deve-se enquadrar o termo dentro das perspectivas histórica, sociológica, cultural e psicológica.

Néri & Freire (2000, p. 7)

Acrescentam que para falar atualmente sobre as pessoas que já viveram mais tempo ou se encontram nesta fase da vida, antes designada apenas como velhice, amplia-se seu número de termos e dentre os mais comuns podemos lembrar: adulto maduro, idoso, pessoa idosa, pessoa na meia-idade, maturidade, idade madura, maior idade, melhor idade, idade legal e, o mais comum, terceira idade.

França (2002) informa que a velhice é um processo pessoal, natural, indiscutível e inevitável, para qualquer ser humano na evolução da vida. Ocorrendo sempre nessa fase, mudanças biológicas, fisiológicas, psicossociais, econômicas e políticas que compõem o cotidiano das pessoas.

Para Fogaça (2005, p. 1),

A resposta a qualquer tipo de questão sobre velho e velhice depende de quem e de como ela é feita. Não existe uma resposta única porque o próprio fenômeno da velhice tem muitos significados contextualizados por fatores individuais, grupais e socioculturais. O conhecimento científico, também contextualizado por esses fatores, desempenha um papel fundamental na atribuição de significados a esses objetos à medida que justifica, explica, legitima determinadas práticas e atitudes em relação à velhice.

A velhice, em decorrência da alta idade cronológica, é vista como algo normal e inevitável, e entendida como uma situação inédita da etapa da vida em que ocorrem modificações de ordem biopsicossocial, que conseqüentemente afetam a relação do indivíduo com o meio.

Afinal o que é velhice e como a definimos? Não é fácil responder. Na verdade, existem várias definições, e tendemos a passar inadvertidamente de umas para outras.

2.1.1 – O processo biológico

Como assinala Duarte (2002) envelhecer é próprio dos seres vivos. Como podemos observar, na natureza existem animais com alta longevidade, como a tartaruga, que pode atingir 150 anos e árvores com mais de sete mil anos. Esses seres, contudo, obedecem a uma programação genética precisa, diferente da humana.

Na argumentação de Davies APUD Py (1999) as teorias sobre o envelhecimento vêm sendo criticamente discutidas por não atribuir a uma ou a outra a explicação do conjunto de fatos conhecidos acerca do envelhecer. Por outro lado, as teorias que têm sido propostas não podem ser de antemão rejeitadas e/ou excluídas.

Py (1999) acrescenta que estudiosos do assunto vêm trabalhando com uma premissa, do ponto de vista fisiológico. O envelhecimento apresenta uma característica de insuficiência de condições, associando um rebaixamento de vitalidade orgânica a uma conseqüente elevação do grau de vulnerabilidade do indivíduo que cursa esse processo.

Ainda segunda a autora (1999), o panorama atual apresenta uma diversidade de teorias sobre o fenômeno do envelhecimento humano.

Conforme Py (1999, p. 52)

As teorias sobre o envelhecimento vêm sendo criticamente discutidas por considerarem estes critérios apenas como orientadores do envelhecimento. Assim, envelhecer, enquanto ação processual e peculiar de cada indivíduo, é universal, degenerativo, progressivo e intrínseco. Distinguindo-se, portanto o processo do envelhecimento de outras mudanças características das etapas do desenvolvimento, tipicamente, a maturação, bem como o aparecimento de doenças relacionadas à saúde do idoso.

Horan (1992) coloca entre a concepção e a morte sucessivas mudanças que vão acontecendo no indivíduo, tanto as que trazem prejuízos à saúde, como as que são benéficas, pelo grau de interação obtido na dinâmica do processo do envelhecimento.

Considerando que ao nível fisiológico a característica mais importante do envelhecimento é a variabilidade, o avanço na idade está associado a uma deterioração gradual no desempenho funcional dos indivíduos, há uma considerável diversidade existente no padrão da idade relacionado à patologia (PY, 1999).

Com o envelhecimento se inicia um processo de mutação biológica, seu estudo está, em grande parte, influenciado por essa ótica, para a qual a velhice é fundamentalmente determinada pelo desgaste físico que os anos produzem nos indivíduos.

Conceituações porventura encontradas na literatura apresentam-se, de maneira geral, muito relacionada com uma idéia de tempo de vida, em que se toma como base a expectativa média de vida da população. Desta forma, todos aqueles que se aproximam da idade estabelecida como limite médio de vida são velhos (SALGADO, 2002).

Do ponto de vista biológico e psíquico o envelhecimento tem início mais cedo do que se pensa.

Em referência ao texto de Salgado (2002, p. 23)

Pode-se admitir duas etapas distintas no desenvolvimento do ser humano, a do acréscimo e a do decréscimo. Na primeira etapa, estariam a formação, a fortificação, o desenvolvimento propriamente dito do

organismo humano e suas subseqüentes capacidades. Na segunda, seria iniciado o processo reverso da primeira etapa, ou seja, tudo aquilo que foi conquistado começaria uma caminhada de desgaste, em menor ou maior intensidade, dependendo das condições particulares, estruturais e ambientais.

Ainda de acordo como o autor acima citado, o homem começaria a envelhecer desde o nascimento, pois, mesmo conquistando aspectos novos de sua natureza, já estariam degenerando-se os anteriores, pelo processo de simples desgaste (SALGADO, 2002).

Segundo Moragas (1997, p. 26-27)

Para o organismo humano, como o de outros animais, experimenta de diversas formas, o processo de envelhecimento. Os tecidos perdem flexibilidade e capacidade de recuperação, os órgãos e sistemas reduzem a velocidade e a qualidade de suas funções e o ritmo vital se atenua de diversas formas a partir do fim da adolescência. O envelhecimento existe, mas não é uma doença, nem necessariamente limitante. A velhice é uma etapa da vida que pode ser tão sã quanto outras, pois se os órgãos e tecidos estão afetados pelo decorrer do tempo, poderemos conceber um papel social com menores tensões que permita viver com menores possibilidades vitais e deixar as tarefas físicas mais exigentes para as gerações jovens.

Já para Azpitarte (1995) a experiência psicológica e a biológica estão intimamente ligadas. Mas ainda, do ponto de vista orgânico, o fenômeno biológico do envelhecimento tem início a partir dos 25 anos, quando determinados tipos de células começam a perder-se sem a mais remota possibilidade de reposição.

Salgado (2002, p, 02-03) comenta:

Por diferentes razões cada organismo humano, dos vinte aos quarenta anos, apresenta, com o avanço da idade, diferenças fundamentais caracterizadas por sucessivas mutações de força e de disposição físicas, perceptíveis não só ao próprio indivíduo, mas também a seus circundantes. O envelhecimento físico se evidencia, basicamente pela

perda da força e da forma muscular, dando ao tempo acumulado uma imagem pesada e até mesmo gasta do corpo.

É verdade que as conseqüências desta perda não fazem sentir no organismo, passando completamente despercebidas; contudo, a velhice continua se aproximando sorrateiramente, sem chamar a atenção. Trata-se de um processo permanente, mesmo sem a presença das moléstias, limitações ou enfermidades que ficam reservadas para épocas posteriores, quando a decadência biológica é mais visível.

Conforme Azpitarte (1995) não é preciso ter vivido muito para se perceber como se vai perdendo o equilíbrio e a agilidade motora, enquanto a lentidão e o torpor dos movimentos aumentam: as articulações e a massa muscular se desgastam e ao mesmo tempo agrava-se a dificuldade nas evocações da memória. Tornam-se também mais difíceis outros esforços que antes se faziam com maior facilidade.

Atualmente, a idade de sessenta e cinco ou setenta anos é considerada o ponto para a introdução deste último estágio da vida. Isto não implica deterioração marcante de sistemas orgânicos e poderes cognitivos (PIKUNAS, 1981).

A variabilidade das faixas etárias incluídas nesse período é muito grande. Estudiosos desse processo distinguem o velho jovem (de 65 a 75 anos), o velho médio (de 75 a 85 anos) e o velho (acima de 85 anos), considerando que cada um desses grupos tem problemas próprios, diferentes necessidades e perspectivas outras (NOVAES, 2000).

De acordo com Pikunas (1981) em seus aspectos estruturais, o crescimento fisiológico é um processo altamente desigual. A decadência da maioria das estruturas fisiológicas e as perdas funcionais resultantes começam na parte intermediária da vida adulta e se intensificam durante a senectude.

A definição de velhice através da idade cronológica permitiu uma concepção individualizada do que seja uma pessoa idosa no final do século XX.

Atualmente, além da idade, consideram-se outras características pessoais como o estado físico, doenças, história pessoal e profissional, equilíbrio familiar e social, de tal maneira que é avaliada a pessoa, em sua complexidade e não somente por uma variável história importante, mas não determinante da capacidade vital individual (MORAGAS, 1997).

Pikunas (1981) afirma que durante os últimos anos adultos, o envelhecimento biológico é um processo gradual de debilitação. É também um processo que não pode ser cessado ou invertido. Praticamente, todos os sistemas do corpo se deterioram tanto na eficiência estrutural quanto funcional.

O ser humano faz parte de um ciclo vital que, como as plantas e os animais, nascem, crescem, alcança a sua plenitude, envelhecem e fenecem. Portanto não se pode dizer que a morte se constitui um fracasso biológico, já que ela se constitui uma etapa obrigatória deste processo (AZPITARTE, 1995).

Para Kastenbaun (1981) a velhice é um estado de espírito. Define-se por meio de padrões exteriores, como a classificação cronológica de idade, ou segundo nossa própria opinião. Podemos situar a velhice numa etapa relativamente avançada da vida. Cabe a nós decidir se a consideraremos como condição desejável ou aflitiva.

Em referência ao texto de Novaes (2000, p. 93-94)

Para alguns, ser idoso é começar a ficar doente, não enxergar bem, tropeçar quando anda, ter cabeça de velho, bater esclerose, esquecer muito, quando a memória falhar, não trabalhar mais, ficar deprimido, perder o entusiasmo de amar, sentir-se inferior e incapaz. Para outros, é sentir-se pleno e realizado, ter conseguido aquilo que desejou, ficar disponível para novas experiências, ter tempo para conviver com amigos, viajar, ajudar os jovens no que puder, aproveitar melhor suas capacidades.

Podemos perceber claramente que ser velho depende de como cada um se sinta, levando sempre em consideração opiniões, saúde, qualidade de vida e de como cada pessoa encara o modo de viver a vida.

2.1.2 – O processo psicológico

De acordo com Paiva (1986) o envelhecimento psicológico é traduzido pelos comportamentos (abertos e encobertos) das pessoas em relação a si próprias ou aos outros, ligados a mudanças de atitude e limitações das capacidades em geral. Esses comportamentos trazem como consequência a ocorrência de inaptações, readaptações e reajustamentos dos repertórios comportamentais, face às exigências da vida.

Para Moragas (1997, p. 71)

O primeiro estudo da personalidade dos idosos identificava cinco tipos de personalidades: 1 – o maduro estável, bem integrado, que desfruta daquilo que a vida lhe proporciona; 2 – o passivo, senhor da cadeira de balanço, voluntariamente desengajado e satisfeito, porque enfim pode descansar; 3 – o defensivo, ativo, rígido, disciplinado, individualista que se dedica a um sem número de atividades, porque não pode suportar a inatividade: “se parar, morre”. Estes três tipos estão bem integrados, cada um no seu estilo de vida, e se adaptaram com êxito ao processo de envelhecer. De outro lado, há outros dois tipos que não se ajustaram; 4 – o colérico, que culpa as outras pessoas e as torna responsáveis pelas suas frustrações e limitações, lutando contra as manifestações do envelhecimento; e 5 – o auto-agressivo, desajustado, que odeia a si mesmo, deprimido e isolado.

Conforme Novaes (2000) observa-se que, envelhecer é mudar, e as atitudes básicas que interferem são muito similares àquelas que atuam em qualquer outra idade. Quatro fatores independentes aparecem na área interpessoal: o do sentimento de intimidade, o da integração social, o da auto-estima e competência, e o do apoio e assistência aos demais.

Atualmente a psicologia tem a perspectiva de desenvolvimento integral de qualquer pessoa, desde que esta tenha uma saúde normal. Se aceita que a assimilação de novos conhecimentos, aptidões e hábitos podem ocorrer em qualquer idade, modificando-se, apenas, a velocidade dessa assimilação (MORAGAS, 1997).

Arenberg APUD Moragas (1997) a aprendizagem pode ocorrer em qualquer idade, embora o rendimento diminua, esta diminuição não é substancial até depois dos setenta anos.

Ainda para o autor acima citado,

O significado psicossocial da velhice no ciclo da vida sabe-se que ao nível cognitivo, perda global da memória, por exemplo, não é muito maior do que em outras idades, e que a diminuição da memória imediata pode ser compensada com a melhora da memória remota, por meio de exercícios e técnicas. A inteligência pode diminuir, mas também pode aumentar se houver oportunidades para exercitá-las. Consta-se que na velhice se recorda melhor os acontecimentos distantes do que os mais recentes. No passado, considerava-se inexistente a capacidade de aprendizagem, mas atualmente, graças às escolas de adultos, à aprendizagem de novos ofícios depois da aposentadoria e os processos de reciclagem industrial, comprovou-se que os velhos podem aprender com facilidade e que sua motivação é, com frequência, superior às das gerações jovens (MORAGAS, 1997, p. 28).

O que se começa a comprovar é que a aptidão orgânica está estreitamente ligada aos fatores psicossociais de motivação, estilo de vida, interesses, ocupações, companhia e capacidade de decisão, e que estes fatores afetam, diretamente variáveis biológicas. O fator biológico depende do social e vice-versa, estabelecendo uma sutil inter-relação, em que é difícil isolar o agente causal e o resultado da influência.

As alterações psicológicas, como mudanças notáveis na personalidade e perda de memória, são modificações dos traços como resultado direto do decréscimo ou limitação do funcionamento físico (MORAGAS, 1997).

Na mente, o processo não ocorre da mesma forma, pois o envelhecimento mental não se caracteriza pelas mudanças atrofiantes de sua capacidade. Ao contrário, a mente amadurecendo, torna-se mais apta a apreensões de toda ordem, principalmente aos raciocínios abstratos que, em idades anteriores nem sempre foram possíveis. A maior característica do desenvolvimento da mente está no controle das emoções e no encontro de objetivos de vida (SALGADO, 2002).

Apesar das alterações produzirem mudanças no corpo conseqüentemente na imagem corporal e na sua auto-estima, a pessoa idosa que consegue superar esta crise e criar sua nova identidade corporal, acaba diferenciando estética de beleza o que os faz sentir-se seguros e bonitos. Esse processo psicológico, bem elaborado pode proporcionar uma evolução afetivo-emocional na velhice.

As mudanças que ocorrem com a idade são sentidas de forma própria por cada indivíduo. As adaptações podem acontecer de forma adequada, saudável ou patológica. Tudo depende de como as perdas físicas são vivenciadas psicologicamente. Envelhecer é somar todas as decisões de todas as escolhas que foram feitas durante todo o percurso da vida (DUARTE, 2002).

Com o envelhecimento, podem-se verificar também modificações nas reações emocionais do idoso. Poderá haver redução da capacidade física e intelectual, acúmulo de perdas e separações, a solidão, o isolamento e a marginalização sociais podem acelerar o envelhecimento emocional. Por outro lado, a força muscular é um fator fisiológico que pode realimentar a deterioração da vida social do idoso. Do ponto de vista psicológico, o envelhecimento pode significar uma semi ou total dependência.

Estudos recentes comprovam que o avanço da idade não determina a deterioração da inteligência, pois a eles, está associada à educação, ao padrão de vida, a vitalidade física, mental e emocional. Também é preciso perder o preconceito sobre a idade cronológica das pessoas. Pode-se afirmar que há jovens com 20, 40 ou 90 anos de idade, tudo dependerá da postura e do interesse de cada um (FRANÇA, 2002).

A idéia de senso comum de que a memória é seletiva, em parte se explica porque leva o indivíduo a juntar as referências do passado num processo permanente de reconstrução (NOVAES, 2000).

Considerando-se a proximidade dos acontecimentos com o presente, classifica-se a memória em imediata ou primária (até trinta segundos), recente (vários dias), remota ou secundária (recordação do passado distante), velha ou terciária (passado distante não recordado), variando a facilidade da lembrança de acordo com as diferentes classes de memória (MORAGAS, 1997).

Para Moragas (1997) a natureza da memória de acordo com os sentidos divide-se em memória auditiva e memória visual. Constatando-se que, com a idade, parece que recordamos melhores as coisas que ouvimos do que as que vemos.

Ainda em Moragas (1997, p. 65)

(...) divide a memória de acordo com o tipo de lembranças: “episódicos” acontecimentos relativos somente à pessoa (casamento, viagem, etc.), lembranças “semânticas”, conhecimentos comuns vivenciados em conjunto com toda a população (normas de circulação do trânsito, instruções para o funcionamento de maquinaria, sinais públicos de atenção etc.).

Para Novaes (2000) existem dois tipos de memória, que são memória hábito adquirido e memória pura.

Destacando ainda, como uma das funções da memória a de favorecer o conhecimento do passado, a organização ordenada do tempo, localizando os eventos numa sucessão cronológica. No início da civilização grega, a memória era entendida como “vidência” e “êxtase”, sendo o passado revelado desse modo, não como antecedente do presente, mas sua própria fonte era considerada como uma faculdade épica, por excelência, que levava à esperança (NOVAES, 2000).

Segundo Duarte (2002) adapta-se adequadamente ao processo de envelhecer a pessoa que ao longo de toda a sua existência soube se manter sensível e aberta às inúmeras mudanças e vai progressivamente adaptando-se de acordo com as informações que vão chegando do próprio corpo, e do meio social respondendo na sua devida proporção sem ilusões nem desespero.

O período tardio da vida é caracterizado pela decadência, retraimento e declínio. Há pouca aprendizagem e ainda menos desenvolvimento de qualquer espécie. Os recentes progressos médicos e as melhorias econômicas têm sido acompanhados de maior expectativa de vida.

Paiva (1986) dividiu o desenvolvimento adulto em três fases distintas. Para ele, cada um desses estágios é caracterizado por práticas de atividades específicas que modelam a vida psicossocial de cada pessoa e, provavelmente são

responsáveis pela formação do autoconceito. A primeira delas é fase adulta inicial que envolve o período dos 18 aos 30 ou 35 anos de idade. É caracterizada por prontidão especial para aprendizagens, grande dose de egocentrismo e individualismo, um maior afastamento da religião, busca de responsabilidades, de novas tarefas de prestígio e de prazeres. É geralmente o período onde ocorre o casamento e o nascimento de filhos. A idade adulta média vai dos trinta e cinco aos sessenta anos de idade aproximadamente. É o período de maior participação social e cívica. As mudanças biológicas do envelhecimento começam a ser notadas no final desta fase. Neste período, a pessoa deve ter constituído família, ter uma profissão definida e objetivos de desempenhá-la bem. É o período de realização profissional em que o status social pode ser mais elevado. Na idade adulta final ou velhice, ocorre o declínio das capacidades físicas e mentais e o afastamento do trabalho (aposentadoria). Há menor potencial para aprendizagem em função da perda da funcionalidade de certos sistemas vitais. É uma fase em que é comum as pessoas precisarem de instrumentos para se comunicar com o ambiente, tais como lentes, bengalas, prótese e outros.

2.1.3 – O processo sociocultural

O envelhecimento é um fenômeno multifacetado que não pode ser desmembrado e que também varia muito de acordo com a época e com o local em que está sendo tratado.

Duarte (2002) defende, dependendo da educação de cada um, da cultura e civilização em que vive o idoso ele pode ser considerado um sábio ou um inválido. Apesar de que, nas culturas orientais, o velho é tido como alguém que acumulou muita experiência, e é possuidor de um saber digno de respeito e admiração.

Dentro dessa mesma linha de pensamento, França (2002) coloca que principalmente nas culturas orientais, o velho, o idoso, é visto com respeito e veneração, representando uma fonte de experiência, de valioso saber acumulado ao longo dos anos, da prudência e da reflexão. Ainda acrescenta, enquanto, em outras

culturas, o idoso representa “o velho”, “o ultrapassado” e “a falência múltipla do potencial do ser humano”.

No Ocidente, além de ser percebida a velhice como um fato negativo, é também como um tabu para uma parte da população que não deseja analisá-la racionalmente apesar de sua inevitabilidade (MORAGAS, 1997).

Dentro de nossa sociedade capitalista, conforme Duarte (2002) envelhecer está relacionado à boa aposentadoria. Por isso que na nossa cultura a aposentadoria associa, o velho a um trambolho, um tirano, um aposentado sofredor, ou cortejado se dispuser de boa situação financeira.

A própria imagem sociológica da aposentadoria, momento crítico e significativo se apresenta como a sinalização de que o exercício de uma profissão, uma das etapas mais importante da vida, ficou definitivamente para trás.

Para Azpitarte (1995) representa o momento da morte social, onde se proclama seres oficialmente inúteis do ponto de vista econômico e trabalhista.

A aposentadoria foi criada exatamente para que as pessoas mais velhas cedessem espaço de trabalho para os mais jovens. Atualmente, este conceito não está sendo levado em consideração porque estão se aposentando muito cedo e, devido aos valores recebidos, necessitam continuar trabalhando independente do status da aposentadoria (SANTOS, 2002).

No contexto cultural dominante, a competitividade e a eficiência surgem como valores primordiais. O progresso acelerado em todos os domínios da tecnologia faz com que seja preciso estar preparado para responder às novas exigências. E idade, supõe, normalmente, resistência às mudanças. Assim, não valeria a pena investir em pessoas cuja produtividade acha-se muito reduzida. É nesse ponto que o aposentado descobre que não só perdeu espaço, mas que se tornou até um estorvo para as novas gerações que irrompem com outra mentalidade de formação que influencia nossas ações e comportamento.

Uma sociedade imbuída dos valores da juventude: beleza, poder econômico entre outros. O idoso não os tem, daí derivando sua marginalização. A aposentadoria não é somente uma ruptura com os meios econômicos da

comunidade, mas, também, com os sociais, na medida em que o trabalho origina status. Tendo em vista os atuais valores baseados no poder material e político, conseguidos através da ação, os idosos não terão muitas possibilidades de alcançar um status elevado (MORAGAS, 1997).

A proporção de pessoas idosas em relação ao total da população atinge, atualmente, níveis superiores aos de qualquer outra época histórica. Nos países desenvolvidos, situa-se ao redor de 15% e com tendência a um crescimento superior ao de qualquer outro setor da população. Peritos concordam que o número de pessoas idosas sobre o total da população crescerá em todos os países do mundo, considerando-se as melhorias no nível de vida e a redução na taxa de natalidade (MORAGAS, 1997).

Ainda para o autor acima mencionado,

A queda da taxa de fecundidade, número de filhos por mulher originou um fenômeno totalmente novo, um peso elevado de cidadãos de idade avançada na pirâmide da população. Incidiram no resultado final da estrutura da população dois fatores: primeiro, porque o homem está demorando mais a deixar a pirâmide populacional, porque está vivendo mais, sua esperança de vida aumentou e ele morre mais tarde; segundo, porque entram menos jovens nos níveis inferiores da pirâmide, devido à queda da natalidade (MORAGAS, 1997, p. 42).

A população idosa vai crescer mais rapidamente do que a jovem, de modo que aparecem razões materiais para descobrir uma estética baseada no seu potencial de consumo (MORAGAS, 1997).

A sociedade começa a questionar seriamente o que é envelhecer, lembrando que o processo não inclui só perdas, mas uma série de coisas positivas, como experiência. Com sorte seremos velhos.

O que significa ser velho hoje? Sentir-se visto como um indivíduo operativo, aceito, valorizado e integrado? Ou o inverso? Sentir-se e ser considerado de forma substancialmente diferente das crianças, jovens e adultos mais jovens? Ser avaliado ou avaliar-se positivamente ou negativamente? Enfim, haveria uma resposta única a essa questão? (FOGAÇA, 2005).

Para Novaes (2000) observa-se que a sociedade brasileira começa a construir uma nova imagem do idoso e do envelhecer influenciada, em parte, pela força das mídias, destacando-se o fato de que os idosos também procuram conquistar o seu espaço social com mais dignidade, conscientes dos seus direitos de cidadania e da sua importante participação na vida do país.

Segundo Santos (2002, p. 2),

Para poder envelhecer bem ou ajudar os que estão próximos quando nos encontramos no papel de profissionais, amigos ou familiares, precisamos compreender que a velhice é um prolongamento da vida em que não se deixa de ser uma pessoa adulta para se tornar um idoso completamente diferente. A vida é um processo contínuo, por isso as atitudes e pensamentos em relação à época da velhice se iniciam na maneira como tratamos nossos avós, e o valor que lhe damos pela sua experiência e não pela sua estética ou pela aceitação que eles têm dos valores jovens.

Conforme postula Moragas (1997, p. 32)

A velhice constitui uma etapa vital que pode ter elementos de desenvolvimento pessoal embora este desenvolvimento vá em direção contrária aos valores predominantes na sociedade atual: força, trabalho, poder econômico e político. A estes valores os idosos podem oferecer pouco. As atitudes coletivas da população associam a velhice com limitações, doenças, achaques e problemas individuais ou sociais. Grupos e pessoas dão um enfoque negativo à velhice, porque existe uma re colocação clara da razão última da vida que se aproxima do fim, surgindo a realidade da morte. A velhice é um fenômeno individual e social.

É preciso entender que as mudanças ocorrem com a idade e são sentidas de uma forma única para cada indivíduo, pois as adaptações acontecem de forma adequada ou patológica. Tudo irá depender de como as perdas físicas serão vivenciadas psicologicamente.

Envelhecer é, acima de tudo, somar todas as experiências vividas. É o resultado de todas as escolhas e decisões feitas ao longo da vida.

O envelhecimento psicológico é determinado, por um lado, pelas mudanças concretas do envelhecimento biológico e, por outro lado, pelas normas e estereótipos sociais que correspondem no envelhecimento social.

2.1.3.1 – A integração social do idoso

Definir integração é bastante difícil, haja vista que a palavra integração é muito complexa, tanto do ponto de vista etimológico, quanto do ponto de vista social.

Integrar o idoso na sociedade atual é entrar em contato com o diferente, é mudar a forma de pensar, já que vivemos num mundo onde os preconceitos ainda estão muito arraigados na sociedade, principalmente nas relações vividas entre as pessoas mais jovens e idosos, pois a falta de entendimento é um dos empecilhos para que essa integração não aconteça.

Segundo Blau (1960, p.545), a integração social só prevalece num grupo se vínculos de atração unirem seus membros.

Isso acontece quando todos os membros de um determinado grupo sentem-se capazes de aceitar o outro como é e da forma como o membro é apresentado.

Pontuar a integração de pessoas idosas com pessoas mais jovens na sociedade é importante, isso porque é preciso abrir espaço para que essas pessoas possam superar suas dificuldades e obstáculos que são apresentados no dia-a-dia, ao mesmo tempo em que a troca de experiências tanto profissionais quanto pessoais pode beneficiar ambos os lados.

No verbete integração, Aurélio Buarque de Holanda Ferreira (1988, p.365), registra: “1 – Ato ou efeito de integrar(-se). 2 – Ação ou política que visa integrar em um grupo as minorias raciais, religiosas, sociais, etc”.

A definição acima descrita mostra o processo de integração social através de um aspecto político. Entretanto, faz-se necessário implementar ações de políticas públicas, visando o amparo e uma melhor integração de idosos e das minorias em diversos setores da sociedade.

Segundo Vesentini, apud Menezes (1992, p.12), “integrar não é acomodar: a integração supõe reflexão sobre a realidade e aspiração a mudanças, objetivando uma situação melhor”.

É justamente nesta reflexão que a sociedade e as políticas públicas podem interferir e melhorar a integração do idoso, visando assim, mudanças significativas na relação velho-sociedade.

É preciso perceber que não se pode confinar o idoso a um mundo bastante restrito, já que o mesmo possui inteligência e habilidade para sair do seu casulo de diferença e integrar-se plenamente com a maioria. Para que isto ocorra, é necessário que vejamos a velhice como realmente é e não com um ar de comiseração que é bastante comum aos mais jovens sentirem em relação à velhice.

É necessário perceber e reconhecer que a partir da diferença, o meio familiar pode interferir nas identificações que sustentam o desenvolvimento e a socialização do idoso no seu processo de integração na sociedade. Entretanto, as diferenças entre jovens e velhos devem ser respeitadas e preservadas para que as assimilações entre ambos possam acontecer de forma participativa e interativa.

Na opinião de Blau (1960),

A integração da pessoa no grupo depende de que ele seja atraente para os outros, o processo social gerado pela penetrante preocupação em causar uma boa impressão cria um impasse que torna a integração social impossível (p.548).

Faz-se necessário encontrar um equilíbrio para que jovens e velhos possam integrar-se da melhor forma possível, caso contrário, esta integração social estará fadada ao insucesso. Este insucesso ocorrerá devido à pressão que as minorias, no caso específico os mais velhos, sofrem para serem aceitos como membros de grupos sociais considerados jovens do ponto de vista social.

É preciso perceber que a partir do momento em que a integração é realizada entre jovens e velhos, as relações vividas entre ambos será completamente diferente das relações vividas individualmente, isto só é possível porque as relações vividas entre essas mesmas pessoas modificam-se constantemente, levando assim ambos a interagirem de forma intensa, criando laços de afetividade.

Para que a integração social do idoso ocorra, é necessário que mudemos o modo de vê-los como coitadinhos e passemos a encará-los como seres humanos capazes de superarem suas limitações, já que suas potencialidades não envelhecem.

2.1.3.2 – Estigma e preconceito na velhice

Toda sociedade tem seu padrão de normalidade, ou seja, o que é considerado aceitável dentro de padrões estéticos, comportamentos e atitudes, dentre outros, para todos os seus membros. Essas normas podem variar em relação ao gênero (um padrão de comportamento para homens e outro para mulheres), ao poder aquisitivo e até a ocupação do indivíduo. Mas todos aqueles que não estiverem dentro desses padrões são vistos como diferentes ou anormais.

Antes de discorrer sobre o estigma e preconceito é preciso explicitar o significado de cada verbete, conforme Aurélio Buarque de Holanda Ferreira (1998, p. 287, 524),

Estigma: 1 – cicatriz, marca, sinal. 2 – sinal infamante; ferrete. 3 – sinal natural no corpo. 4 – marcas das cinco chagas de Cristo. 5 – aquilo que marca, que assinala. 6 – marca infamante, vergonhosa; labéu.

Preconceito: 1 – conceito ou opinião formados antecipadamente, sem maior ponderação ou conhecimentos dos fatos; idéia preconcebida. 2 – julgamento ou opinião formada sem se levar em conta o fato de que os conteste, prejuízo. 3 – superstição, credice; prejuízo. 4 – suspeita, intolerância, ódio irracional ou aversão a outras raças, credos religiões, etc.

Ambos os verbetes possuem significados diferentes, e apontam para sinais de prejuízo contra todos aqueles que possuem ou são detentores de qualquer deficiência e/ou velhice e não se enquadram no paradigma ditado pela sociedade dita “normal”.

Goffman (1988), em sua obra sobre estigma, relata que a sociedade na Era Cristã percebia o estigma como fonte de algo sagrado, presente da graça divina. Entretanto, com o desenvolvimento dos estudos da patologia social, a palavra estigma, virou conceito de degeneração e condenação do indivíduo levando-o ao banimento social. Ao refletir sobre os estigmatizados da sociedade, Goffman diz que “existem normas, como as associadas à beleza física, que tomam a forma de ideais e constituem modelos perante os quais quase todo mundo fracassa em algum período de sua vida” (GOFFMAN, 1988, p.139).

Em 1970, “A Velhice”, livro da escritora Simone de Beauvoir, torna-se um marco na discussão sobre o tema, denunciando a “conspiração do silêncio” sobre as questões do envelhecer. Nele, a autora marca que a velhice não é um fato estático, é um processo e que a vida “é um sistema instável no qual, a cada instante, o equilíbrio se perde e se reconquista: é a inércia que é o sinônimo da morte. Mudar é a lei da vida” (BEAUVOIR, 1970, p. 17). Ressalta haver dois sentidos diferentes para a velhice: é uma categoria social, mais ou menos valorizada segundo as circunstâncias, e é um destino singular, de cada indivíduo.

Segundo ela, o velho, como categoria social, nunca interferiu no percurso do mundo e enquanto ele conservar sua eficácia permanecerá integrado na sociedade sem se distinguir dela. Ao perder suas capacidades, aparece como o outro, tornando-se puro objeto, sem serventia, sem valor de troca, não passando de uma carga (BEAUVOIR, 1970, p. 110).

Conforme Becker & Arnold (1986, p. 40), “Embora o conceito de estigma seja universal, percepções do que constitui estigma variam de uma sociedade para outra. Isto é devido a diferentes normas culturais, valores e estruturas”.

A cultura é um fator preponderante na internalização que cada ser humano carrega consigo, mesmo sem se dar conta do porque de carregar esses estigmas, já tão inseridos dentro desse ser humano desde a mais tenra idade.

O estigma pode variar de acordo com o objeto de estigma, entretanto, se faz necessário frisar que mesmo variando em diversos graus, exercerá sempre o seu papel estigmatizante na sociedade. Essa variação pode ocorrer de cultura para cultura, enquanto países diferentes, mas também pode acontecer que essa mesma variação se dê entre culturas existentes numa mesma região.

Segundo Becker & Arnold (1986, p. 43), “As percepções culturais têm se alterado ao longo do tempo, alimentadas pelas mudanças sociais e históricas”.

As mudanças sociais e históricas que ocorrem no decorrer do processo evolutivo da sociedade humana tende a requalificar os estigmas que acompanham a humanidade. Isso só é possível devido à metamorfose que sempre acompanhou e sempre acompanhará a todas as sociedades, fazendo adaptações necessárias no seu modo de ver e agir perante as diversas situações as quais serão expostos.

Conforme Goffman (1988, p. 133),

Exige-se do indivíduo estigmatizado que ele se comporte de maneira tal que não signifique nem que sua carga é pesada, e nem que carregá-la tornou-o diferente de nós; ao mesmo tempo, ele deve-se manter a uma distância tal que nos assegure que podemos confirmar, de forma indolor, essa crença sobre ele. Em outras palavras, ele é aconselhado a corresponder naturalmente, aceitando com naturalidade a si mesmo e aos outros, uma aceitação de si mesmo que nós não fomos os primeiros a lhe dar.

Percebe-se, claramente, que o indivíduo estigmatizado deve se manter à margem da sociedade. Ele é levado a admitir que é diferente e que em hipótese alguma deva entrar em confronto com a sociedade. É levado a aceitar a si mesmo como um ser diferente das pessoas que o cercam sem questionar os motivos dessa aceitação.

De acordo com o Ministério da Saúde (2002, p. 159), podemos dividir os estigmas em três grupos distintos:

1. estigmas relacionados com alguma característica “visível”: física ou corporal. Nesse grupo, encontramos os deficientes físicos, os amputados, os portadores da síndrome de Down;

2. estigmas relacionados às características pessoais ou a algum traço de personalidade ou de comportamento que é visto de maneira depreciativa pela comunidade. Podemos situar nesse grupo os mendigos, os alcoolistas, os homossexuais;

3. estigmas que não estão ligados ao indivíduo pessoalmente, mas à raça, religião ou qualquer outra característica do grupo familiar ao qual ele pertença. Exemplo: judeus, negros, adventistas.

Comumente, em todos esses grupos o estigma apresentado pela pessoa é a “marca” de seu relacionamento com a comunidade. Aquela característica física, cultural ou familiar, que o distingue das pessoas ditas normais, obscure todas as características pessoais.

A relação da sociedade com o estigmatizado pode ser de superproteção ou de rejeição, mas nunca de indiferença. De um jeito ou de outro, o grupo estará, mesmo sem se dar conta, impedindo aquela pessoa de desenvolver-se e ter uma vida dentro dos padrões de normalidade adotados pela comunidade.

Com relação ao preconceito, é preciso ficar bem claro que a discriminação é reinante em todas as sociedades mesmo que estas mesmas sociedades achem que não existem discriminações dentro dos seus domínios.

Todas as sociedades, independentemente da época que existiram, sempre levaram consigo seus preconceitos e estigmas contra as pessoas que não estavam de acordo com os seus padrões de normalidade.

Percebe-se que toda intolerância existente gera discriminação dentro da sociedade. Isso é muito comum acontecer com minorias, haja vista que todas as minorias que fazem parte de uma ação discriminatória geralmente são tratadas como os parias da sociedade.

Faz-se necessário conscientizar a toda sociedade que todos os idosos são pessoas que devem ser respeitadas e tratadas com dignidade e não como “massas humanas descartáveis”.

É possível que essa conscientização já venha ocorrendo, mas é preciso dar um enfoque às políticas públicas elaboradas pelo governo, para que a sociedade civil, juntamente com as entidades não governamentais, possa colaborar para minimizar o preconceito contra os idosos.

Conforme Boff (1997, p. 20-21),

Infelizmente, a mesma discriminação acontece com os pobres e miseráveis, com as mulheres, os deficientes físicos e mentais, os homossexuais, os portadores do vírus HIV, os hansenianos e todos aqueles que não se enquadram nos modelos preestabelecidos. Todos são vítimas do preconceito e da exclusão por parte daqueles que se pretendem os únicos portadores da humanidade, de cultura, de saúde, de saber e de verdade religiosa.

É preciso esclarecer a todas as pessoas que se sintam discriminadas que não aceitem passivamente essas atitudes e que lutem para melhorar e acabar com a discriminação contra suas condições.

É evidente que existe certa complementação entre estigma e preconceito, pois o estigma se forma a partir do preconceito. Porém, é necessário notar que a sociedade de uma forma ou de outra marca os indivíduos que não se adaptam às condições de normalidade, excluídos de participarem como seres “normais” e produtivos apesar de suas diferenças.

2.1.3.3 – Formação das culturas e estereótipos da velhice

Para Hobsbawm (1998), a história, quando utilizada para inspirar ideologias, acaba por se tornar um mito de autojustificação. Nessa perspectiva, é válido lembrar que:

[...] as pessoas que formulam aqueles mitos e invenções são cultas: professores primários laicos ou clericais, professores de colégio ou universidade (não muitos, espero), jornalistas, produtores de rádio e televisão. Hoje, a maioria delas terá ido para alguma universidade. Não se enganem a respeito. História não é memória ancestral ou tradição coletiva. É o que as pessoas aprenderam de padres, professores, autores de livros de história e compiladores de artigos para revistas e programas de televisão (HOBSBAWM, 1998, p. 19-20).

O eminente historiador alerta para o fato de que a história, tal como é institucionalmente praticada, desconsidera, no mais das vezes, a “memória ancestral ou tradição coletiva”, aspectos essenciais para a construção de um conhecimento verdadeiramente representativo de uma comunidade. Em outros termos, boa parte da história ensinada é feita de “mitos e invenções”, e difere da história intuída pela comunidade: todo ser humano tem consciência (implícita ou explícita) do passado, cujo veículo privilegiado são os sujeitos mais idosos da comunidade. Em tal contexto, ser membro de uma comunidade é situar-se em relação ao passado coletivo. Pode-se dizer que a história é uma dimensão constante da consciência humana, é um componente indissociável das instituições, dos valores e dos padrões de comportamento de uma comunidade (HOBSBAWM, 1998).

Conclui-se, portanto, que história local e identidade comunitária são dois aspectos profundamente interligados. Entende-se, por esse viés, que na ausência de uma identidade e de uma história próprias, a comunidade terminará por emprestar uma identidade e uma história alheias. Ora, se o grau de confiança entre os membros de uma comunidade depende, entre outros aspectos, da identidade comunitária, Manuel Castells (2003) indica que “construir intimidade com base na confiança exige uma redefinição da identidade totalmente autônoma em relação à lógica de formação de rede das instituições e organizações dominantes”. A história local, baseada na “memória ancestral ou tradição coletiva”, assume um papel fundamental na construção dessa “identidade autônoma”.

Com o processo de midiaticização, as trocas compartilhadas de significados são mediadas, também, pelos jornais, revistas, rádio, televisão, cinema, internet e muitas outras, complexificando o processo de construção social da realidade, pois atuam basicamente na instância do simbólico, do imaterial, do representacional.

As diferentes etapas etárias passam a adquirir valores diversos e a velhice “passou a ocupar um lugar marginalizado na existência humana, na medida em que a individualidade já teria realizado os seus potenciais evolutivos e perderia também o seu valor simbólico” (BIRMAN, 1995, p. 33).

Em tempos em que tudo é descartável, a luta pelo direito à memória parece ser um ganho individual e social. A lembrança pode ser uma das tarefas possíveis para tempos agora livres, libertos das obrigações laborais e familiares.

Ecléa Bosi, no livro *Memória e sociedade: lembrança de velhos*, marca a função do idoso como portador e guardião da memória social e histórica. “A sociedade rejeita o velho, não oferece nenhuma sobrevivência à sua obra. Perdendo a força de trabalho ele já não é produtor nem reproduzidor” (BOSI, 1994, p. 77). Resta-lhe a função de lembrar: “a história deve reproduzir-se de geração a geração, gerar muitas outras, cujos fios se cruzem, prolongando o original, puxado por outros dedos” (BOSI, 1994, p. 90).

Ariès (1978) assinala que a vida era, e parece ser até hoje, vivida em etapas bem delimitadas, havendo correspondentes funções, moda e tipos físicos, e as idades da vida não correspondiam apenas a etapas biológicas, mas também a funções sociais. Vemos hoje um “alargamento” do tempo das etapas, principalmente da adolescência, e a variação da vivência das etapas marcada pela classe social pertencente.

Schachter-Shalomi (1996), pensando sobre a velhice como etapa final da vida, acrescentam:

“da infância à idade adulta avançada, somos como trens que deslizam sobre trilhos altamente regulares que nos levam a destinos previsíveis. Quando a terceira idade se aproxima, chegamos ao fim da linha e descobrimos que a administração da ferrovia não previu mais trilhos. Temos que saltar do trem e caminhar – mas para onde? Qual é o nosso próximo destino?” (SCHACHTER-SHALOMI, 1996, p. 25).

Esta parece ser a novidade na modernidade: não se tem mais o *script* pronto para os “envelhecidos”, agora em maior número, em melhores condições de saúde, mental e física, mais reivindicativos e ativos, apontando assim para a necessidade de se “reinventar a velhice”, como ressaltou Guita Debert.

Na pós-modernidade tem-se a exaltação do culto ao jovem, à beleza, à eficiência, à produtividade, ao novo, levando à exclusão os que estão fora destes padrões. Saúde e beleza confundem-se e vemos que ainda que se queira alongar os anos de vida, não se quer envelhecer, e alguns autores referem-se ao termo *gerontofobia*, como o horror ao velho.

Viu-se que a velhice não é uma categoria natural e que o estudo sociológico e antropológico ajuda a perceber que são várias as representações da velhice e as maneiras de envelhecer, e o papel e posição social dos velhos, bem como o tratamento por eles recebido, variam em cada cultura.

Segundo Debert (1998):

“a idade não é um dado da natureza, nem um princípio naturalmente constitutivo de grupos sociais, nem ainda um fator explicativo dos comportamentos humanos (...) um processo biológico é elaborado simbolicamente com rituais que definem fronteiras entre as idades pelas quais os indivíduos passam e que não são necessariamente as mesmas em todas as sociedades” (DEBERT, 1998, p. 51).

Barros (1998) ressalta que ser velho significa mais que ser idoso, estando associado a uma série de características negativas. Baseando-se nos estudos de Goffman, a autora trata da questão da velhice como estigma, ressaltando os valores e conceitos depreciativos ligados à velhice: “a feiúra, a doença, a desesperança, a solidão, o fim da vida, a morte, a tristeza, a inatividade, a pobreza, a falta de consciência de si e do mundo” (BARROS, 1998, p. 139).

Pensando sobre os termos classificatórios *velho*, *velhote*, *idoso* e *terceira idade*, Peixoto (1998) aponta que:

“a representação social da pessoa envelhecida conheceu, assim, uma série de modificações ao longo do tempo, uma vez que as mudanças sociais reclamavam políticas sociais para a velhice, políticas essas que pressionavam pela criação de categorias classificatórias adaptadas à nova condição moral, assim como a construção ética do objeto velho” (PEIXOTO, 1998, p. 69).

A autora afirma que os termos velho ou velhote, quando utilizados com conotação negativa, “são empregados para reforçar uma situação de exclusão social” (PEIXOTO, 1998, p. 72).

A criação do conceito “terceira idade” surgiu na intenção de relativizar o preconceito, estando associado ao envelhecimento ativo e independente (DEBERT, 1999; PEIXOTO, 1998; SINGER, 2001). Anteriormente, a categoria “idoso” se contrapunha ao termo “velho”, que restou associado à decadência e decrepitude e seu uso passou a ser politicamente incorreto.

As autoras, acima citadas, apontam para as contradições envolvidas nas novas nomenclaturas, principalmente no sentido de remoçar a velhice, tais como distinguir idosos-jovens de idosos-velhos ou a nova etapa que seria a “quarta idade”, para os que têm mais de 75 anos. A terceira idade surgiu como etapa intermediária entre o final da fase adulta e a velhice.

Debert (1999) situa que o conceito terceira idade foi criado na perspectiva da visão positiva em relação ao envelhecer. O termo surgiu na França, nos anos 70, quando se iniciaram as escolas abertas para a terceira idade.

A velhice considerada como problema social não será a dos velhos ricos e saudáveis:

“o conceito de capacidade funcional é particularmente útil no contexto do envelhecimento. Envelhecer mantendo todas as funções não significa problema quer para o indivíduo ou para a comunidade; quando as funções começam a deteriorar é que os problemas começam a surgir (...) na velhice, a manutenção de autonomia está intimamente ligada à qualidade de vida” (KALACHE, 1987, p. 208).

Considerando as mudanças ao longo dos tempos – e ainda que sejam categorias abertas, passíveis de múltiplas interpretações –, pode-se constatar que os pontos elencados no estudo etnográfico feito por Leo Simmons (1945), em 71 sociedades ditas primitivas, no qual o autor buscava elementos universais sobre o envelhecimento, permanecem atuais:

“existem fatores constantes, relacionados a objetivos e a interesses centrais, que caracterizam os indivíduos na última etapa da vida: viver o máximo possível, terminar a vida de forma digna e sem sofrimento, encontrar ajuda e proteção para a progressiva diminuição de capacidades, continuar participando ativamente dos assuntos e decisões que envolvem a comunidade, prolongar ao máximo conquistas e prerrogativas sociais como a propriedade, a autoridade e o respeito” (DEBERT, 1998, p. 54).

2.2 – Envelhecendo com saúde

O aumento do contingente de idosos é resultante de uma série de fatores, dentre os quais se destacam os avanços da ciência que possibilitaram o desenvolvimento de recursos que contribuíram para o aumento da longevidade, favorecendo o controle de patologias, técnicas cirúrgicas mais sofisticadas e eficientes, além de diagnósticos mais precisos.

Tal fenômeno faz com que diversas áreas científicas intensifiquem os estudos sobre questões relacionadas ao envelhecimento humano. Dentre tais áreas, a da atividade física relacionada à saúde está interessada em elaborar estratégias que possam contribuir com a prevenção e o desenvolvimento da capacidade funcional, ou seja, está preocupada com a condição das pessoas realizarem as atividades da vida diária de maneira independente.

No entanto, este fenômeno mundial caracterizado pelo aumento da longevidade nem sempre se faz acompanhar por uma vida salutar, autônoma e com qualidade. De acordo com Ramos (2003) há diferenças no crescimento do contingente de idosos nos países mais ricos em relação aos mais pobres. Enquanto que nos países desenvolvidos tal aumento da população idosa vem ocorrendo de forma paralela com a modificação da estrutura da sociedade, de tal forma que se torna mais eficaz o atendimento dos mais velhos. Nos países em desenvolvimento, a população idosa vem aumentando em um cenário de pobreza e despreparo.

O ideal seria que as pessoas tivessem suporte necessário nos diferentes setores da sociedade de forma a favorecer uma longevidade com mais qualidade de vida.

A possível relação entre saúde, envelhecimento, exercícios físicos, capacidade funcional e qualidade de vida é integrar todas essas variáveis no sentido de envelhecer bem, ou seja, envelhecer saudavelmente.

Saúde não significa simplesmente a ausência de doenças. O termo saúde engloba aspectos físicos, psíquicos e sociais. Portanto, o indivíduo deve interagir com seu meio plenamente, necessitando para isso de uma capacidade funcional preservada.

De acordo com Papaléu Netto (2002) capacidade funcional é a capacidade de realizar as atividades de vida independentemente, incluindo atividades de deslocamento, atividades de autocuidado, sono adequado e participação em atividades ocupacionais e recreativas. O conceito de qualidade vida envolve a capacidade de realizar as atividades da vida diária sem comprometer o equilíbrio do organismo.

A qualidade de vida na terceira idade tem sido motivo de amplas discussões em todo o mundo, pois existe atualmente uma grande preocupação em preservar a saúde e o bem-estar global dessa parcela da população para que tenham um envelhecer com dignidade.

Segundo Clarck e Siebens (2002), o envelhecimento, uma parte integrante da vida, é tipicamente acompanhado por alterações fisiológicas graduais, porém progressivas, e por um aumento na prevalência de enfermidades agudas e crônicas. É muito comum ocorrerem distúrbios cardiovasculares, pulmonares, gastrintestinais, geniturinários, hematológicos, músculos-esqueléticos, endócrinos e metabólicos, doenças infecciosas, distúrbios neurológicos, psiquiátricos, cutâneo, oculares e do sono do idoso, o que resulta em mudanças significativas em sua vida, levando-o até mesmo ao isolamento. Esse quadro de alterações pode resultar em perda de função, que sem intervenção adequada e em tempo hábil causa a institucionalização precoce dos idosos. Desse modo são primordiais a promoção e a atenção à saúde

do idoso, de maneira que englobe medidas preventivas, restauradoras e reabilitadoras.

Uma das mais importantes alterações que ocorre com o aumento da idade cronológica é a diminuição da massa muscular esquelética que gira em torno de 40%. Essa perda gradativa é conhecida como sarcopenia, termo genérico que indica a perda da massa, força e da qualidade do músculo esquelético e que tem impacto significativo na saúde pública pelas suas bem reconhecidas conseqüências funcionais (MATSUDO, MATSUDO e NETTO, 2000).

O processo de envelhecimento é acompanhado por uma série de alterações fisiológicas ocorridas no organismo, bem como pelo surgimento de doenças crônico-degenerativas advindas de hábitos de vida inadequados, a exemplo do tabagismo, do sedentarismo, da ingestão de álcool e da alimentação incorreta, abusando do uso de gorduras.

O envelhecimento é um processo que do ponto de vista fisiológico, não ocorre necessariamente em paralelo com o avanço da idade cronológica, apresentando considerável variação individual. Tal processo é marcado por um decréscimo das capacidades motoras, redução da força, da capacidade cardio-respiratória, o que dificulta a realização das atividades da vida diária na manutenção de um estilo de vida saudável.

Segundo Papaléu Netto (2002), a intervenção pelos exercícios físicos se constitui em uma medida eficaz para minimizar os efeitos das alterações fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento. Um idoso frágil e descondicionado, com limitações de força, equilíbrio e resistência, encontra dificuldades para realizar as mais simples atividades da vida diária como banhar-se e vestir-se; além de estar mais susceptível a quedas que podem resultar em fraturas e conseqüentemente imobilidade. Muitos dos déficits advindos com o avanço da idade são reversíveis, podendo o idoso melhorar sua capacidade funcional e autonomia, pela inserção do exercício físico em sua rotina diária.

O exercício físico na terceira idade pode trazer benefícios tanto físicos, como sociais e psicológicos contribuindo para um estilo de vida mais saudável dos indivíduos que a praticam.

De acordo com Santarém (2007), alguns dos efeitos salutarés do exercício físico são: aumento do HDL-colesterol; redução dos triglicérides; redução da pressão arterial e da tendência à arritmia pela diminuição da sensibilidade à adrenalina; redução da agregação plaquetária e estímulo a fibrinólise; aumento da sensibilidade das células à insulina; estímulo ao metabolismo dos carboidratos; estímulo hormonal e imunológico; redução da gordura corporal devido ao maior gasto calórico; e tendência à elevação da taxa metabólica pelo aumento da massa muscular.

Sendo assim, o exercício físico atua na profilaxia de doenças melhorando os fatores de risco para o desenvolvimento de diversas patologias.

Conforme postula Shankar, Randal e Nayak (2002) a prescrição de exercícios físicos para os idosos é desafiante porque há muitas questões envolvidas, entre elas as clínicas e as psicológicas. Dessa forma se faz necessária uma avaliação geriátrica abrangente que contemple todos os aspectos inseridos no envelhecimento.

Para Santarém (2007) a escolha do exercício físico para pessoas idosas também é complexa, pois muitas atividades que poderiam ser prazerosas para a pessoa são inviáveis devido à perda de aptidão decorrente da idade avançada e do sedentarismo.

Além do prazer, outros aspectos como a eficácia, a segurança e a motivação, devem ser levados em consideração pelos profissionais que atuam na geriatria. É interessante buscar caminhos que mostrem a real melhora da qualidade de vida dos gerontes.

Na terceira idade, os exercícios que atuam revertendo perdas como a de massa óssea, muscular e força são os mais eficazes já que contribuem para uma maior autonomia funcional. O baixo risco de lesões, controle de frequência cardíaca e pressão arterial são fatores que tornam certos exercícios seguros, portanto preferíveis nesta faixa etária. Por fim, uma sensação agradável e de bem-estar deve envolver o indivíduo para que este se sinta motivado a progredir com os exercícios.

Se faz necessário implantar programas que objetivem elevar o bem-estar da população idosa no país, com o desenvolvimento de ações voltadas para a

promoção do envelhecimento saudável, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde e a reabilitação daqueles que venham a ter sua capacidade funcional restringida.

É preciso identificar o idoso como um grupo populacional que possui características peculiares e, dessa forma, merece uma atenção diferenciada. É necessário reconhecer que essa população existe. Para que isso aconteça, os poderes públicos deveriam aplicar questionários de avaliação de saúde e de qualidade de vida, possibilitando assim ampliar e melhorar o conhecimento do perfil social, psicológico e de saúde da população idosa, como subsídio para o desenvolvimento de ações mais concretas e específicas.

Com isso, é possível que a população idosa possa ganhar de forma planejada, um agendamento de consulta médica e atendimento voltado exclusivamente para essa população, contando assim com uma equipe de saúde composta de médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social e nutricionista, sempre que necessário. Além disso, é possível organizar atividades coletivas vivenciadas em grupo e que tenha como objetivo principal promover a educação em saúde, voltada exclusivamente para o autocuidado.

O despreparo generalizado para lidar com o envelhecimento reflete-se em alguns indicadores, que sinalizam a urgente necessidade de mudanças. Os idosos apresentam o maior índice de hospitalização por faixa etária e o maior custo médio de hospitalização em todo o país. As contribuições feitas ao longo de sua vida profissional junto à Previdência Social geralmente não refletem de forma justa os benefícios recebidos pelos idosos, já que em muitos casos o idoso contribuiu com o teto máximo e recebe uma quantia que às vezes mal dá para o sustento, levando-os a continuarem a trabalhar para comprar medicamentos e manter um determinado padrão de vida, mesmo que em muitos casos ínfimo.

Na tentativa de criar estratégias para facilitar a reorganização dos serviços de saúde para que possam atender às necessidades de saúde dos idosos, o Ministério da Saúde implantou o Programa de Atenção Integral à Saúde do Idoso – PAISI.

De acordo com Duarte (2002), a principal meta a ser alcançada pelo PAISI como por qualquer outra iniciativa voltada para os interesses dos idosos é a

mobilização da família e da comunidade para que assuma seu papel no processo de valorização dos idosos.

Os profissionais que desenvolvem atividades na perspectiva da atenção básica estão mais próximos do conhecimento acerca das condições de vida e da saúde destes idosos, sendo mais fácil identificarem quais são os fatores de risco que necessitam de intervenção juntos não apenas em relação às famílias, mas também envolvendo toda a comunidade.

Sob tal ótica, os profissionais de saúde podem executar atividades de impacto individual ou coletivo, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de violência doméstica e prestação de assistência aos idosos.

Conforme o Ministério da Saúde (2002), as atividades ligadas à promoção, à saúde dos idosos devem ser realizadas junto a eles próprios e à sociedade como um todo. Entretanto, faz-se necessário ter a clara idéia de que um envelhecimento saudável começa hoje, com a adoção de hábitos mais saudáveis no presente, ou seja, no adulto jovem, para gerar um envelhecimento mais tranquilo e com mais qualidade de vida. As informações acerca do processo de envelhecimento devem ser prestadas a toda a população independente de faixa etária, para que possamos construir uma sociedade com mais respeito e cordialidade para com os nossos idosos.

É importante empenharmos nossos esforços para estimular a reflexão e mobilizar a sociedade, de forma a facilitar e garantir o acesso e a permanência dos idosos em todas as atividades físicas, laborativas entre outras.

Envelhecer sem nenhuma doença é mais exceção do que regra. No entanto, a adequada abordagem do processo de envelhecimento e do cuidado à saúde permite garantir melhor qualidade de vida.

A promoção do envelhecimento saudável e a manutenção da máxima capacidade funcional do indivíduo que envelhece, pelo maior tempo possível, significam a valorização da autonomia e a preservação da independência física e mental do idoso, possibilitando assim desfrutar da saúde, da vitalidade e do bem-estar.

Apesar de todas essas mudanças e problemas que ocorrem no envelhecimento, várias medidas podem ser seguidas ou tomadas para se envelhecer bem. A primeira de todas é querer envelhecer bem. Ter força de vontade e manter um espírito sempre jovem é fundamental. Jamais se achar velho e incapacitado, que não serve mais para nada. O envelhecer bem começa bem antes, na juventude e na vida adulta. Todas as medidas para uma vida saudável devem ser seguidas, como uma boa alimentação, exercícios físicos contínuos realizados de forma contínua e sono regular. Tudo isso previne uma série de problemas que normalmente aparecem na velhice, como doenças do coração, doenças de junta e até problemas mentais.

2.2.1 – A importância da família do idoso

Ao longo de nossa existência seja ela profissional, social ou pessoal, sempre estamos nos relacionando com pessoas diferentes, já que o ser humano é gregário, isto é, vive em grupos.

Diferentemente do animal irracional, nós estabelecemos uma relação de dependência com o outro em todos os momentos de nossa vida. Seja com os colegas de trabalho, seja com os vizinhos de apartamento entre outros.

A família é um grupo de extrema importância para o desenvolvimento de um envelhecimento saudável, especialmente se o idoso estiver em tratamento de saúde. A ausência, por omissão, distância ou qualquer outro motivo, reflete-se sobremaneira no estado geral do mesmo, podendo inclusive, vir a ajudar ou prejudicar de acordo com o tratamento exigido para o paciente.

A morte ou invalidez de um parente idoso pode alterar toda a estrutura familiar. Questões de ordem afetiva e mesmo financeira podem afetar todos os integrantes da família, e não apenas o paciente. A insuficiência de sistemas sociais de assistência à saúde e à velhice parece estar na origem de uma forte interdependência entre os membros dessas famílias, dependência psicológica ligada à dependência econômica.

Conforme cita o Ministério da Saúde (2002, p. 156)

Às vezes, ouvimos dizer que a doença está servindo para o paciente chamar a atenção da família, pois, dependendo da situação, ele consegue tornar-se o centro das preocupações, exagerando sintomas para continuar sendo tratado e cuidado. Em casos extremos, para permanecer recebendo o carinho dos familiares, pode prolongar a doença não se cuidando e “esquecendo” de tomar a medicação [...].

Em outros casos, acontece o contrário. Algum familiar pode ver na doença do parente a oportunidade de se mostrar útil e importante. Assim, vai mostrar-se extremamente cuidadoso com o paciente, às vezes de maneira excessiva, superprotetora, de modo a valorizar ao máximo a doença e, conseqüentemente, sua dedicação e trabalho.

A família não pode ser refém e nem tão pouco usar da doença do idoso para lucrar com sua enfermidade, pois além de ser um ato criminoso é um ato de desamor para com o seu familiar.

A família tem um papel fundamental no cuidado com o idoso. Pois além dos cuidados básicos com a saúde do mesmo, a família deve sempre se fazer presente na vida do seu idoso de forma bastante carinhosa e respeitosa. As alterações de humor como ansiedade, tristeza, dependência e isolamento são extremamente freqüentes no envelhecimento. A família deve estar atenta a essas mudanças, tentando amenizá-las para que o idoso não tenha um comprometimento não só da sua saúde física, mas, também, da sua saúde mental.

A família deve incentivá-lo ao convívio social, criando situações onde os mesmos possam fazer parte de grupos sociais da terceira idade e de diferentes outros grupos de forma bastante interativa, não apenas levando em consideração o convívio familiar e sim, toda uma sociedade e um meio ambiente que deve e pode ser explorado para que tenha uma boa qualidade de vida.

2.2.2 – A arte de cuidar da velhice

O mundo hoje – leia-se mercado consumidor – nos remete a um padrão de consumismo exacerbado, levando em conta apenas o que pode ser revertido em lucratividade.

O ser humano também está relegado a um segundo plano e quando se trata do idoso, o plano está bem distante do ato de solidariedade que deveria existir sempre com a humanidade, pois no ciclo da vida, a velhice faz parte da evolução dos seres humanos.

Porém, é possível vislumbrar uma tênue luz no final do túnel. Algumas instituições que abrigam idosos e famílias que cuidam de seus velhos tratam-nos com carinho, atenção, e não apenas como algo que é perecível ou depreciado como uma máquina usada.

Os idosos geralmente precisam de uma série de cuidados para evitar diversos problemas e para ter uma vida mais saudável. Esses cuidados podem ser no próprio lar, na comunidade, no posto de saúde ou até no hospital. É preciso saber cuidar de maneira correta do idoso, pois o mesmo precisa de cuidados bastante diferenciados não apenas no trato físico, mas também no trato psicológico.

De acordo com Rodrigues & Diogo (1996, p. 136),

Cuidador ou cuidadora é uma pessoa que assume a responsabilidade de cuidar e ajudar o idoso que tem algum tipo de necessidade, visando a melhoria de sua saúde e de seu bem-estar.

Geralmente é um parente (cônjuge, filha, nora, etc.) que mora com o idoso, ou mesmo um vizinho ou uma pessoa contratada para esse fim. Para a equipe de saúde que se preocupa com o bem-estar do idoso, o importante é que esse cuidador seja bem orientado e saiba prestar os devidos cuidados em benefício do idoso.

O ato de cuidar não é apenas tratar bem. É algo bem maior, é sentir-se responsável por alguém, é saber que o outro depende de você. É ver o outro como o

olhar de respeito e de admiração. Pois, cada um de nós deve ser visto como um todo, um ser que possui sua própria história, seu lugar na família, na sociedade, respeitando seus sentimentos e sua cultura.

Antes de cuidar de alguém se faz necessário humanizar-se pois só assim é possível ser um bom cuidador.

Como postula Feitosa (2001, p. 16),

A humanização requer aprendizagem, e aprender é modificar-se, olhar com um olhar novo, perceber as informações visuais e cuidar da trilha da conversa. É sorrir para facilitar a interação e, ao mesmo tempo, encontrar-se, pois somente aquele que sabe quem é, aonde quer chegar e o que quer fazer é capaz de guiar o outro.

É preciso cuidar de forma humanizada, não apenas das pessoas que já chegaram na terceira idade ou das que estão doentes, e sim cuidar de todos os seres humanos, independente de raça, credo, cor, orientação sexual entre outros, com o intuito de entender e compreender o que cada ser traz consigo no seu íntimo, pois o mesmo é único no mundo.

Faz-se necessário motivar as pessoas, principalmente os nossos idosos, para que se sintam úteis na sua família e na sociedade. Essa motivação pode ser através da sua experiência de vida, um bom ambiente social, promoção da auto-estima e incentivo para que, ao longo da sua trajetória no planeta, o mesmo sintam-se sempre capaz de realizar seus sonhos.

Atualmente as pessoas estão cada vez mais distantes, gerando assim um isolacionismo muito comum no século XXI. As pessoas não possuem tempo para conhecer as outras de forma a estreitarem laços de amizade, como faziam os nossos avós, nossos pais até recentemente. O mundo tornou-se dinâmico demais e é preciso cuidar de cada ser de forma respeitosa e com carinho. Com isso esquecemos que somos seres humanos, passíveis de erros e de acertos.

É necessário olhar o outro como um ser humano e não apenas como mais um. É aprender a ser mais tolerante, pois só assim, será possível construir um mundo com mais sensibilidade. Um mundo com um maior grau de consciência, em

que a igualdade, a fraternidade e a liberdade, tripé da Revolução Francesa, que foi um marco na história da humanidade, sejam características de um povo maduro e melhor.

De acordo com Feitosa (2001, p. 65), “humanização é para todos fazerem. Não pode nem deve existir um só humanizador [...] deve-se acreditar nesta filosofia e vestir a camisa”.

Para que o trabalho no ato de cuidar possa dar certo, é necessário que todos estejam empenhados. Já que só é possível obter sucesso quando todos estão empenhados nos objetivos.

As famílias e as instituições de saúde que cuidam de seus idosos de forma responsável, são detentoras de resultados favoráveis. Pois, o cuidado que é dado aos mesmos, demonstra o quanto é possível melhorar na qualidade de vida da população idosa.

Segundo Boff (1999, p. 141),

Cresce mais e mais a convicção de que as estratégias meramente assistencialistas e paternalistas não resolvem como nunca resolveram os problemas dos pobres e dos excluídos. Antes, perpetua-os, pois os mantêm na condição de dependentes de esmoleres, humilhando-os pelo não reconhecimento de sua força de transformação da sociedade.

Os cuidadores devem sempre estar atentos aos problemas que cada pessoa da terceira idade carrega consigo. Ao governo, cabe criar políticas públicas para dar a essa população que a cada ano que passa, cresce bastante em todo o mundo. Já que, com a modernização da medicina, os avanços na área educacional, o aumento da expectativa de vida entre outros, os nossos velhos nem sempre têm acesso a uma boa qualidade de vida nos abrigos públicos ou particulares, gerando assim programas de cunho assistencialista, não levando em conta que a população idosa necessita de cuidados diferenciados.

Ainda para Boff (1999, p. 18-19)

Há um descuido e um abandono dos sonhos de generosidade, agravados pela hegemonia do neoliberalismo com o individualismo e a exaltação da propriedade privada que comporta. Menospreza-se a tradição de solidariedade. Faz-se pouco dos ideais de liberdade e dignidade para todos os seres humanos. Essa situação se aprofundou com a queda do socialismo real e a implosão do bloco soviético. Não obstante suas contradições, essas realidades mantinham sempre ativa a retórica do social, acesa a consciência da cooperação e do internacionalismo.

Os sonhos hoje foram trocados em virtude das relações capitalistas que permeiam a sociedade atual. O que vale é o lucro exacerbado, em detrimento dos seres humanos que ocupam lugar na sociedade.

Hoje, com a sobrevivência de um único sistema econômico – o capitalismo –, o mundo se viu obrigado a seguir esse modelo, deixando de lado os desejos e os sonhos de uma sociedade mais fraterna e solidária, passando apenas a exercer uma desmedida busca pelo “vil metal”.

Os dois únicos fatos verdadeiros na vida de todos os seres humanos do planeta é que todos nascemos num determinado dia e iremos morrer em outro determinado dia. O que acontece entre as duas datas depende do modo que conduzirmos nossas vidas. Ou seja, devemos nos guiar de forma honesta, respeitosa e acima de tudo com ética pelo outro.

Cuidar não significa apenas ser assistencialista. É antes de tudo encorajar as pessoas, mais especificamente os idosos, a saírem de seus casulos, levá-los a se transformarem em borboletas que precisam e necessitam voar. É mostrar aos mesmos, que a mudança de atitude em suas vidas pode ser benéfica. É fazer com que se sintam seguros para aproveitar a vida e não deixá-los em seus casulos de apatia e descrença para com o mundo. Entretanto, é sempre preciso falar às claras e com bastante objetividade, para que as relações entre cuidador e idoso sejam inteiras e confiantes. Onde ambos possam interagir ao mesmo tempo em que o vínculo de amizade se torne cada vez mais forte.

2.3 – Fragilidade, quedas e fratura de fêmur

O envelhecimento populacional mostra que nunca houve na história da humanidade tanta chance do ser humano envelhecer (KINSELLA, 2005). Além de se constituir em um dos maiores triunfos da espécie humana, o fenômeno constitui-se também num de seus maiores desafios, levantando questões tais como a manutenção da independência, a promoção de saúde, a prevenção de agravos e a manutenção ou a melhora da qualidade de vida (OPAS, 2005).

Resultados de vários campos de pesquisa sugerem que a trajetória descendente e persistente rumo à incapacidade passa por um estágio de compensação ou de pré-incapacidade caracterizado por manutenção da autonomia, apesar de limitações funcionais e deficiências fisiológicas graves (FRIED et al., 1991).

Segundo a “American Medical Association”, estima-se que entre 10 a 25% das pessoas com 65 anos e mais sejam frágeis, sendo que esta prevalência aumenta proporcionalmente com a idade, chegando a mais de 40% naquelas com mais de 80 anos e que residem na comunidade (FRIED e WALSTON, 2003). Ainda nos Estados Unidos, suspeita-se que a grande maioria dos 1,6 milhão de pessoas residentes em instituições de longa permanência sejam frágeis (BERGMAN et al., 2002).

Os idosos frágeis são geralmente aqueles que mais necessitam de cuidados de saúde, da comunidade e de serviços de suporte informais e de longo prazo. Este subgrupo ainda é o que mais se beneficia de uma avaliação geriátrica e muito da geriatria é direcionado aos seus cuidados (BERGMAN et al., 2002).

2.3.1 – Origem dos termos fragilidade e frágil em Geriatria e Gerontologia

Segundo dois dicionários “Inglês-Português” consultados (HOUAISS, 1987; MICHAELIS, 2000), a palavra “Frail” pode ser traduzida como: “frágil, quebradiço, fácil de destruir, delicado, débil, fraco (de saúde e moralmente), incapaz de resistir a tentações” (HOUAISS, 1987). A palavra “Frailty” foi traduzida como “fragilidade, fraqueza, disposição para facilmente se quebrar, delicadeza, debilidade, tibieza” em ambos.

Aqui serão considerados os termos “fragilidade” como tradução de “frailty”, “frágil” como tradução de “frail” e “idoso frágil” como tradução do termo “frail elderly” ou “frail-old”, seguindo tendência observada em outros estudos nacionais (JACOB FILHO et al., 2006).

As palavras “frail” e “frailty”, relacionadas ao envelhecimento, foram utilizadas raramente na literatura médica antes dos anos 1980. A primeira aparição da expressão “idoso frágil” (“frail-old”) no índice remissivo do Journal of the American Geriatrics Society (JAGS) data de 1990. Até então eram utilizadas outras expressões ou termos para a definição deste grupo de indivíduos idosos: “doente crônico”, “debilitado”, “incapacitado”, “dependente funcional”, “institucionalizado”, “sedentário” e “senil”, principalmente (PAINE, 1970).

Em 1980, James Fries publicou o artigo “Aging, natural death, and the compression of morbidity”, no qual são discutidas a heterogeneidade do processo de envelhecimento, a importância da manutenção da homeostase orgânica e a retangularização da curva de morbidade proporcionada pelo adiamento da incidência de doenças crônicas devido, provavelmente, a mudanças do estilo de vida. O mesmo artigo também veicula a noção de que os marcadores fisiológicos e psicológicos do envelhecimento podem ser alterados através de ações voltadas à promoção de saúde, manutenção da autonomia e interação social (FRIES, 1980).

Outro trabalho importante publicado no início da década de 1980 procura discutir a inatividade física relacionada ao envelhecimento, bem como o papel do exercício físico na prevenção de agravos e manutenção de vigor físico com o avançar da idade (BORTZ, 1982).

Durante os anos 1970 e 1980 prevaleceu a idéia de que fragilidade era uma outra palavra para designar incapacidade física e/ou mental e a dependência em idosos. Segundo Clark et al. (1990), era aceito ainda que seria uma característica daqueles com 75 ou mais anos; corresponderia à população de idosos vulneráveis devido à incapacidade física ou mental; esses idosos necessitariam

institucionalização ou deveriam ser pacientes de um programa geriátrico; seriam dependentes para as atividades de vida diária (AVDs).

Segundo Teixeira e Neri (2006), ocorreu uma mudança de paradigma, de ser frágil para tornar-se frágil, baseada em três premissas: (1) nem todas as pessoas com limitações no desempenho das atividades instrumentais ou básicas de vida diária seriam frágeis; (2) nem todas as pessoas frágeis apresentariam limitações no desempenho destas atividades e (3) existiria um potencial para a prevenção desta condição e seus desfechos adversos a ser explorado.

Atualmente, não há um consenso universalmente aceito sobre como avaliar clinicamente ou identificar o estado de fragilidade e muito do que se discutiu acerca de seus mecanismos subjacentes durante os anos 1990 continua em pauta (HOGAN, 2003; TEIXEIRA e NERI, 2006). Entretanto, o modelo fisiológico de alterações associadas a esta condição proposto por Fried e Walston (2003) tem sido aceito como um dos mais promissores e é o que serve de base para a maioria dos trabalhos realizados atualmente sobre fragilidade (WILSON, 2004).

2.3.2 – Literatura científica sobre fragilidade

De 1982 em diante, houve um importante aumento no número de publicações geriátricas e gerontológicas sobre fragilidade. Os primeiros autores a fazê-lo foram

Brocklehurst e colaboradores em um artigo publicado no periódico “The Journal of the Geriatrics American Society” (JAGS) em 1982. O aumento do interesse pelo tema reflete-se na presença de 335 artigos associados à palavra-chave “fragilidade” entre 1989 e 1992 e de 563 entre 1993 e 1995 (HAMERMAN, 1999).

Hogan e colaboradores (2003) levantaram as citações da Medline por ano de publicação utilizando o Medical Subject Headings (MeSH) e entrando com a palavra-chave “frail elderly” (idoso frágil). Encontraram uma citação até o ano de 1980, nenhuma entre 1981 e 1985, 36 entre 1986 e 1990, 793 entre 1991 e 1995, 1098 entre 1996 e 2000 e em apenas dois anos, entre 2001 e 2002, 724 citações. Ou seja, em vinte anos houve um crescimento expressivo do número de trabalhos sobre o tema. Com o aumento da população dos indivíduos idosos e muito idosos, com maiores chances de se tornarem frágeis, as buscas de medidas de prevenção e de reversão deste quadro tornaram-se, igualmente, objeto de crescente pesquisa (GILL et al., 2006). No entanto, a falta de uma definição padrão para a identificação de idosos frágeis, bem como a inclusão de presença de incapacidades e/ou comorbidades para sua avaliação, tornou mais lenta a evolução dos estudos das bases fisiológicas desta condição (WALSTON, 2002).

2.3.3 – Definições e critérios para avaliação de fragilidade

Falta, ainda, um consenso definitivo sobre a melhor definição e como poderia ser identificada ou avaliada fragilidade. O estágio em que se encontram os estudos sobre esta condição pode ser traduzido pela pergunta: “O quê, exatamente, define fragilidade?” pergunta Alfred L. Fisher, em editorial na edição de dezembro de 2005 do JAGS (FISHER, 2005). Isto significa que ainda não há nem consenso e nem um “padrão-ouro” que valide e forneça confiabilidade aos critérios usados atualmente para avaliação desta condição, sendo eles sugeridos por suas capacidades de antecipar ou predizer os desfechos de saúde julgados a ela relacionados dentro de um prazo de um ano ou mais (FERRUCCI et al., 2003).

Dentre estes desfechos denominados de adversos do ponto de vista clínico, ou seja, que têm como resultado a piora ou a deterioração do quadro de saúde

individual, destacam-se as quedas e fraturas, a emergência de novas doenças e a piora do quadro daquelas já diagnosticadas, a incapacidade e a dependência, a admissão em uma instituição de longa permanência, maiores índices de utilização dos serviços de saúde e de hospitalização e, finalmente, a morte (FERRUCCI, et al., 2003).

Ferrucci e colaboradores (2003) mencionam ainda a existência de um grande número de critérios diferentes para avaliação de fragilidade, critérios esses muitas vezes conflitantes, e que o mesmo acontece com as definições de frágil. Elas têm sido utilizadas para designar pacientes que vão desde os não incapacitados e independentes, porém com reservas funcional e metabólica diminuídas, até os muito velhos, acamados e portadores de múltiplas condições médicas ou que estão em estágio terminal.

A maioria das definições propostas para fragilidade é nominalista, ou seja, tem como propósito o estabelecimento de características pelas quais a entidade pode ser reconhecida. Assim, “o significado do conceito se torna claro pelo uso de outros conceitos, os quais já se encontram adequadamente definidos” (HOGAN et al., 2003). Deste ponto de vista, poderiam ser classificadas em três grupos:

- 1) Aquelas nas quais fragilidade é sinônimo de dependência para o desempenho das Atividades de Vida Diária (AVDs) e das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs) (ROCKWOOD et al., 2005);
- 2) Aquelas que entendem fragilidade como um estado de vulnerabilidade aos estressores ambientais (por exemplo, extremos de temperatura) e a patologias e injúrias (por exemplo, quedas, traumas, fraturas, infecções), ocasionado por declínio de reserva funcional (FRIED e WALSTON, 2003) e;
- 3) Aquelas nas quais a presença de mais do que uma doença aguda e/ou crônica, a denominada co-morbidade, define fragilidade (ROCKWOOD et al., 2005).

Walston e colaboradores (2006) argumentam que o termo médico “frágil”, tal como a própria palavra, pode ter vários significados e representar vários fenótipos em Geriatria. Afirmam ainda que, apesar de haver diferentes conceitos e definições de fragilidade, abrangendo vários domínios, entre os quais: características físicas e funcionais, função cognitiva, outras características psicológicas e fatores

psicossociais, de maneira geral, as definições existentes podem ser divididas em dois grandes grupos. O primeiro seria o daquelas que entendem fragilidade como uma síndrome única, ou seja, suas manifestações ocorrem combinadas e nenhuma manifestação isolada é suficiente para a identificação daqueles que a apresentam. Neste sentido, as diferentes definições utilizando este conceito incluiriam várias combinações dos seguintes sinais e sintomas: fraqueza, cansaço/fadiga, perda de peso, perda de equilíbrio, baixos níveis de atividade física, lentificação motora, retraimento social, leves alterações cognitivas e vulnerabilidade a estressores aumentada. O segundo grupo defende a existência de uma ou várias fragilidades representadas por um conjunto de fenômenos clínicos relacionados a vulnerabilidades, fraquezas, instabilidades e limitações encontrados isoladamente ou em várias combinações em diferentes órgãos ou sistemas.

Veras (2003) utilizou um instrumento, baseado nos estudos de Boulton e colaboradores (1993), contendo nove perguntas para avaliação de risco de fragilização, ou seja: maior probabilidade de agravos à saúde, alto risco de hospitalização e maior demanda por serviços de saúde em todos os níveis. Os fatores de risco pesquisados pelo instrumento foram: idade, sexo, disponibilidade de cuidador, autopercepção da saúde, presença de doença cardíaca, presença de diabetes mellitus, pernoite hospitalar, consultas médicas nos últimos 12 meses e ocorrência de mais do que duas internações nos últimos quatro anos. Com este

instrumento, foram abordados 360 indivíduos com 65 anos ou mais na recepção de um ambulatório de saúde, sendo encontrados 75,8% com baixo risco e 11% com risco médio a alto de fragilização.

Negri e colaboradores (2004), utilizando o mesmo instrumento e os mesmos níveis de hierarquização propostos por Veras (2003) para avaliar risco de fragilização ou probabilidade de hospitalizações repetidas ou maior utilização dos serviços de saúde, entrevistou 109 pessoas com 60 anos ou mais (59 da zona urbana e 44 da rural), encontrando risco considerado elevado em 54,5% dos indivíduos da zona rural e em 42,4% da área urbana.

O envelhecimento populacional brasileiro leva a crer que a fragilidade também pode ser um problema de saúde pública em nosso meio (RAMOS, 2005), como referiram Bergman e colaboradores (2002), para a população dos Estados Unidos.

2.3.4 – Quedas

A queda é um evento acidental que tem como resultado a mudança de posição do indivíduo para um nível mais baixo, em relação a sua posição inicial, com incapacidade de correção em tempo hábil e apoio no solo (MOURA et al, 1999). Não se considera queda quando o indivíduo somente cai de costas em um assento, por exemplo.

Para Cunha & Guimarães (1989), a queda se dá em decorrência da perda total do equilíbrio postural, podendo estar relacionada à insuficiência súbita dos mecanismos neurais e osteoarticulares envolvidos na manutenção da postura. Autores como Studenski (1997), Carvalhães e cols. (1998) e Martins (1999) referem-se à queda como uma síndrome geriátrica por ser considerada um evento multifatorial e heterogêneo.

A estabilidade do corpo depende da recepção adequada de informações através de componentes sensoriais, cognitivos, do sistema nervoso central e musculoesquelético de forma integrada. O efeito cumulativo de alterações

relacionadas à idade, doenças e meio-ambiente inadequado parece predispor à queda (PEREIRA et al, 2001).

A origem da queda pode ser associada a fatores intrínsecos – decorrentes de alterações fisiológicas do envelhecimento, doenças e efeitos de medicamentos, e a fatores extrínsecos – circunstâncias sociais e ambientais que oferecem desafios ao idoso (FABRÍCIO et al, 2004).

As quedas entre pessoas idosas constituem um dos principais problemas clínicos e de saúde pública devido à sua alta incidência, às conseqüentes complicações para a saúde e aos altos custos assistenciais. Aproximadamente 30% das pessoas de 65 anos ou mais caem pelo menos uma vez a cada ano (TINETTI,1994). As conseqüências das quedas para os idosos podem ser bastante limitadoras e, em alguns casos, até fatais. Os principais problemas decorrentes são fraturas, lesões na cabeça, ferimentos graves, ansiedade, depressão, o chamado “medo de cair” (medo de subseqüentes quedas), que também pode acometer idosos que nunca caíram. Entre idosos que sofrem quedas, 3% a 5% apresentam fraturas graves a cada ano (TINETTI, 1994).

Evidências de pesquisa têm mostrado que a incidência de fraturas de quadril no Brasil é semelhante às incidências nos países desenvolvidos, o que coloca a premência de estudar um evento de alto impacto sobre o sistema de saúde (KOMATSU, 1998).

Tem sido verificado nos serviços de emergência dos EUA que as quedas são eventos freqüentes causadores de lesões, constituindo a principal etiologia de morte acidental em pessoas com idade acima de 65 anos (FULLER, 2000). A lesão acidental é a sexta causa de mortalidade em pessoas de 75 anos ou mais. A queda é responsável por 70% dessa mortalidade (KAY, 1995). Segundo dados do Governo da Alemanha, em 1996, morreram 11/100.000 pessoas após sofrerem lesões provocadas por queda (BECKER, 1999). No Brasil, segundo dados do Sistema de Informação Médica/Ministério da Saúde, entre os anos de 1979 e 1995, cerca de 54.730 pessoas morreram devido a quedas, sendo que 52% delas eram idosos, com 39,8% apresentando idade entre 80 e 89 anos. Ainda segundo dados do Ministério da Saúde/ Sistema de Informação Hospitalar, a taxa de mortalidade hospitalar por

queda, em fevereiro de 2000, foi de 2,58%. A maior taxa encontrada foi na região Sudeste, seguida pela região Nordeste, Sul e Centro Oeste.

No Brasil, 2.030 mortes foram determinadas por essas causas no ano 2000 na faixa de 60 anos ou mais, ocupando o terceiro lugar na mortalidade por causas externas, tanto entre os homens quanto entre as mulheres, com coeficiente de 14,0/100.000 (15,7/100.000 para os homens e 12,5/100.000 para as mulheres). Diferentemente do observado no Brasil, nos Estados Unidos as quedas lideram a mortalidade por causas externas entre a população idosa, e os coeficientes são mais elevados, 24,0/100.000 para o ano 2000 (BINDER, 2002). Em relação à morbidade, as quedas aumentam sua importância, ocupando o primeiro lugar entre as internações.

Em 2000, 48.940 pessoas foram hospitalizadas devido às quedas entre a população de 60 anos ou mais (56,1% do total). Ocupam o primeiro lugar tanto entre as mulheres quanto entre os homens, ressaltando-se a importância das mulheres nessa causa, pois para todos os outros tipos de causa externa o homem é o principal atingido. Em relação às lesões determinadas por esses acidentes, 68,3% são fraturas, novamente chamando a atenção às fraturas do fêmur. As mulheres sofreram o dobro de fraturas do fêmur que o sexo masculino (CDC, 2003). Cabe lembrar que a osteoporose, que é considerada fator de risco para fraturas (GEUSENS et al, 2002), tem maior incidência entre as mulheres e é uma doença diagnosticável, tratável e evitável, sendo que na maioria dos casos a prevenção não é dispendiosa.

Vários outros fatores individuais relacionados a essa faixa etária também concorrem para o aumento da ocorrência de quedas: os problemas visuais, neurológicos, declínio da função mental e uso de substâncias psicoativas. Mas é preciso lembrar que há também os fatores do ambiente: as quedas são a causa de 87% das fraturas entre os idosos nos Estados Unidos (STEVENS, 1996) e a maioria delas ocorrem em casa, em razão de pisos escorregadios, má iluminação, mobília instável etc.

Entre os idosos, é comum acontecerem multimorbidades e reincidência das quedas, gerando incapacidades parciais ou dependência e pior qualidade de vida. A qualidade de vida da pessoa idosa se vê ainda mais deteriorada quando estão

presentes problemas de saúde, muito freqüentes na idade avançada, a violência e certos fatores de risco para quedas e outros acidentes.

2.3.5 – Fratura de fêmur em idosos

O ferimento traumático tem sido reconhecido como uma parte da experiência humana desde civilizações anteriores. Estudos antropológicos de achados ósseos do homem pré-histórico mostrou que este grupo de pessoas eram acometidas por um grande número de ‘traumas’ ao decorrer de suas vidas (TRINKAUS e ZIMMERMAN, 1982). Estruturas esqueléticas desconfiguradas e calcificações ósseas à longo prazo são evidências de que os traumas que este grupo de pessoas experienciaram foi resultado de seu estilo de vida relativamente perigoso, além disso, muitos ferimentos eram mantidos secundariamente à constante exposição aos elementos brutos da natureza, incluindo freqüentes encontros com animais selvagens (CARDONA et al, 1994).

Existem muitas definições para trauma. No “*Webster’s Third New International Dictionary*”, trauma é definido como um ferimento ou ferida em um corpo vivo causado pela aplicação de violência externa, ou seja, resultante de “causas externas”. Desta forma, compreende-se trauma ortopédico todas as lesões ósseas, articulares e musculares de origem traumática, segundo a definição acima descrita.

Durante o processo de envelhecimento biológico, não apenas o osso, mas todas as estruturas componentes do aparelho locomotor são atingidas, ocorrendo alterações na estrutura óssea, nos músculos, nas articulações e nos tendões nas várias regiões do organismo.

A resistência óssea diminui progressivamente com a idade, havendo maior chance de ocorrerem fraturas com traumatismos mínimos, sendo as de localização mais características as fraturas do colo do fêmur e da região transtrocanterica (CARVALHO et al, 2000).

De modo geral, a ocorrência do trauma no idoso difere do trauma no jovem e adulto da seguinte maneira: o idoso tende a se ferir com menor freqüência que

indivíduos com idade menor que 50 anos; o idoso que sofre um evento traumático se torna mais suscetível a uma evolução fatal em consequência de seus ferimentos e finalmente, ferimentos de baixa severidade são mais propensos a resultar em morte em idosos (CARDONA et al, 1994).

A incidência de fratura do fêmur proximal aumenta com a idade (ALARCON, 2001), principalmente como resultado do número de quedas associado a uma maior prevalência de osteoporose. Geralmente está relacionada com idosos moradores de áreas urbanas, de sexo feminino e institucionalizados.

Nos Estados Unidos, estima-se que ocorrem anualmente 350.000 fraturas do fêmur, com um custo total de aproximadamente seis bilhões de dólares por ano, apenas em cuidados clínicos. O custo social e econômico da fratura de fêmur eleva-se ainda mais pelo fato de que após um tempo variável de internação, o paciente idoso enfrenta altas taxas de mortalidade, necessitando de cuidados médicos intensivos e programas de reabilitação por longos períodos (HANNAN et al, 2001).

Em estudos recentes, pacientes idosos com fratura de fêmur proximal alcançaram a capacidade prévia de realizar tarefas diárias em apenas 17% das vezes após 4 meses e somente 43% readquiriram a anterior capacidade de deambulação. Além do prejuízo social, o idoso tem sua reserva funcional diminuída e apresenta um número grande de doenças crônicas associadas, com 70% dos pacientes tendo pelo menos duas outras doenças no momento da fratura, estando, então, muito mais sujeito a complicações no pós-operatório tanto imediato quanto tardio, apresentando em média três complicações, que em 26% dos casos são graves, levando a um risco aumentado de morte. (VAN BALEN et al, 2001).

A fratura de fêmur proximal pode ser intracapsular ou extracapsular. No primeiro tipo estão as fraturas do colo femoral e no segundo as fraturas transtrocantéricas, sendo que ambas decorrem de traumas de baixa energia, como quedas. Apesar de medidas como prevenção de quedas, tratamento precoce da osteoporose, incentivo à atividade física regular e controle de outras doenças, as fraturas femorais no idoso continuam sendo muito freqüentes.

O tratamento da maioria dessas fraturas é cirúrgico, sendo o conservador reservado somente a algumas fraturas incompletas ou sem desvio. A cirurgia visa à

redução e fixação estável da fratura, utilizando os mais variados métodos de osteossíntese ou, no caso específico da fratura do colo femoral com desvio, a substituição protética. Ao longo do tempo, novos materiais de osteossíntese, pacas e próteses de quadril vêm evoluindo, diminuindo progressivamente a agressão cirúrgica necessária ao implante.

Em revisão bibliográfica extensa, Sakaki e colaboradores (2004) encontraram uma mortalidade de 5,5% durante a internação hospitalar, 4,7% com um mês após a fratura, 11,9% com três meses, 10,8% com seis meses, 19,2% com um ano e 24,9% com dois anos.

Foram também identificados na pesquisa quatro fatores intimamente relacionados com uma maior mortalidade nestes pacientes: idade avançada, grande número de doenças associadas, sexo masculino e presença de deficiências cognitivas. Outros fatores mostraram uma fraca correlação com a mortalidade, como capacidade deambulatoria prévia, índice de risco anestésico da Sociedade Americana de Anestesia (ASA), anemia, hipoalbuminemia, linfopenia e existência de AVC prévio. Os fatores como tempo prévio à cirurgia, tipo de anestesia utilizada e tipo de osteossíntese empregada não mostraram ter interferência.

As causas externas são de grande importância entre a população de 60 anos, uma vez que os valores dos coeficientes de mortalidade por essas causas são muito próximos aos da faixa de adolescentes e adultos jovens, considerada de alto risco para os acidentes e violências. Porém, em relação aos tipos de causas, o perfil dos idosos é bastante diverso da população geral. O componente não-intencional é preponderante, as taxas de mortalidade por acidentes de trânsito são mais altas e as de homicídios são mais baixas. Isso configura que os idosos têm riscos específicos, merecendo estudo individualizado.

Algumas das mudanças verificadas nas atitudes e comportamentos dessa faixa podem trazer um aumento no risco para causas externas. Um estudo realizado na Austrália mostrou que muitos indivíduos classificados como idosos não consideravam a si próprios como “idosos” e por isso não tinham conhecimento sobre o seu risco aumentado para quedas (ADHA, 2001).

É importante ressaltar que existem diferenças nos níveis de prevenção obtidos para os diversos tipos de causas externas. É grande o número de trabalhos mostrando que intervenções efetivas mostram bons resultados na prevenção das quedas (BINDER, 2002; GEUSENS, 2002; ADHA, 2001).

Binder (2002) chama a atenção que a prescrição do antidepressivo nessa faixa pode diminuir o risco para suicídios e, por outro lado, aumentar a ocorrência das quedas. Com certeza isso não significa que intervenções não devam ser realizadas, significa apenas que elas devem ser mais complexas e elaboradas.

Em razão dos altos números apresentados e da farta literatura disponível, a prevenção das quedas em idosos merece entrar na pauta de discussão das questões de saúde pública, sem mais demora. Além de significarem importante número de mortes, afetam substancialmente a qualidade de vida pela redução da mobilidade, independência e autoconfiança.

3 - METODOLOGIA

3.1 – Natureza do estudo

Este é um estudo qualitativo. Também é exploratório e interpretativo, tendo como intuito registrar, analisar, interpretar e descrever os fatos de interesse.

Optou-se pela metodologia qualitativa por entender-se que, através dela, é possível perceber os sentimentos e os significados das experiências vividas pelos idosos que passaram por processo de fragilização após queda e conseqüente fratura de fêmur. Ao pesquisar a partir do ponto de vista do sujeito, busca-se atenuar a carência de material na literatura sob essa perspectiva.

A pesquisa qualitativa, segundo Minayo (1996, p.22),

“trabalha com o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”

Reforçando essa idéia, a autora ainda acrescenta que ao abordar quantitativamente os indivíduos a quem se pretende conhecer seus atributos, pode-se perder muito do significado desses atributos.

Reportam-se, ainda, as considerações de Chizzotti (1995, p.79):

A abordagem qualitativa parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito.

Como assinala Gil (1996), a pesquisa qualitativa proporciona o contato direto do pesquisador com o ambiente e com a situação que está sendo investigada, por meio de um trabalho de campo.

Na última década, é possível encontrar um crescimento considerável das publicações na área da saúde sobre pesquisas realizadas com métodos qualitativos (POPE & MAYS, 2005). Estudos sobre a experiência de pacientes com doenças crônicas, as pesquisas sobre a organização dos serviços de saúde e a humanização da assistência, o trabalho em equipes multidisciplinares, são exemplos dos temas abordados. Também encontramos extensa produção literária no Brasil, sobre a utilização de métodos qualitativos em Saúde Coletiva (ALMEIDA FILHO, 2003; MINAYO & MINAYO-GOMÉZ, 2003).

Ao falarmos de métodos qualitativos, na realidade estamos tratando de uma ampla bagagem de métodos de pesquisa voltados à coleta de dados sobre o “universo social” (POPE & MAYS, 2005). Dessa forma, eles requerem, por parte do pesquisador, um percurso de exploração e interpretação de dados provenientes de diversas fontes. Os desenhos das pesquisas qualitativas e as quantitativas são diferentes, pois ambas têm diferentes finalidades. A lógica da pesquisa qualitativa, na maioria dos casos, é mais do tipo indutivo que dedutivo, e se faz na descrição de pessoas e grupos em situações particulares (CAPRARA & LANDIM, 2008).

Rosaldo (1993) ressalta que um objetivo da pesquisa qualitativa é entender os significados, as experiências e, em muitos casos, se faz flexível, dinâmica (os métodos e os aspectos relacionados ao desenho do estudo podem, em parte, modificar-se na medida em que novas informações são recolhidas). Também a análise e interpretação dos dados mudam com o tempo na medida em que o pesquisador acrescenta novos elementos e conhece melhor o contexto estudado, fato comum em estudos etnográficos. Podemos afirmar que é um processo não linear, não seqüencial. Além disso, boas pesquisas qualitativas também procuram responder a perguntas bem formuladas (CAPRARA & LANDIM, 2008).

3.2 – Sujeitos do estudo e campo de investigação

Participaram deste estudo 08 idosos, portanto com 60 ou mais anos de idade, que sofreram fratura de fêmur proximal devida a queda.

Entre o episódio da queda e o momento da entrevista, passou-se um tempo variável entre um e seis meses. Esta delimitação visou que se passasse tempo suficiente para que a experiência de ter sofrido o processo de fragilização houvesse sido sedimentada pelo idoso e sua rotina e seu contexto domiciliar se modificassem de acordo com o trauma sofrido. Também o tempo decorrido não poderia ser tão longo, tendo em vista que se desejou avaliar o idoso num momento agudo, onde ele pudesse estabelecer comparações entre os momentos anteriores e posteriores ao evento, o que seria mais dificultado num processo já crônico.

O sexo não foi fator decisivo para a escolha dos participantes deste estudo. Buscamos, no entanto, fazer uma distribuição igualitária dos entrevistados entre homens e mulheres, visando comparações entre os grupos. Mesmo assim, a disponibilidade dos mesmos em participarem da pesquisa é que delimitou a proporção entre os sexos dos sujeitos. Como a proporção de mulheres encontrada foi bem maior, a pesquisa foi feita com 07 mulheres e 01 homem.

Também não foi de interesse a essa pesquisa o tipo de fratura sofrida pelo idoso (intra ou extracapsular) nem o tipo de tratamento obtido no hospital, seja ele cirúrgico (osteossíntese ou prótese) ou conservador, sendo no caso importante apenas o evento da queda e da fratura.

Foram excluídos desta pesquisa idosos com déficit cognitivo em estágio que impeça a coleta de dados de forma satisfatória. Também não foram incluídos aqueles que, após serem contatados, se negaram a participar da pesquisa.

Como meio de chegar a esses idosos, foi consultado o cadastro de pacientes do Instituto Doutor José Frota (IJF), localizado na cidade de Fortaleza, Ceará.

O IJF é uma Autarquia da Prefeitura Municipal de Fortaleza (PMF), constituindo-se no primeiro Serviço de Pronto Socorro de Fortaleza, inaugurado em 22 de agosto de 1932, sendo hoje um centro de referência em traumatologia para toda a região Norte/Nordeste do País.

Segundo dados obtidos no site do instituto, são internados mensalmente cerca de 15 vítimas de fratura devido a quedas, com tempo médio de permanência de nove dias (IJF, 2001).

A partir da identificação dos pacientes que foram internados por fratura de fêmur, foram então selecionados cinco idosos, residentes na cidade de Fortaleza. Devido a dificuldades em localizar estes pacientes através do endereço e do telefone, utilizou-se como artifício entrar em contato com o paciente ainda internado e realizar a entrevista após a alta do hospital. Num contato posterior, foi realizada a entrevista, sendo os idosos entrevistados em seus domicílios.

De forma a complementar os dados colhidos inicialmente, o pesquisador selecionou mais três pacientes, totalizando a amostra em oito entrevistados.

3.3 – Mecanismos e estratégias de coleta de dados

Foi utilizada neste estudo a técnica de entrevista aberta aprofundada. A entrevista teve como enfoque as questões principais acerca da vida do idoso antes e depois do episódio da queda, como por exemplo, sua relação com familiares e cuidadores, as dificuldades e facilidades encontradas no dia-a-dia ao lidar com o evento, as experiências com o sistema de saúde, a relação com médicos e demais profissionais de saúde, a existência de doenças concomitantes ao processo traumático, a modificação de hábitos, visando evitar quedas, bem como demais aspectos que envolvam o ambiente do idoso no convívio com sua incapacidade.

Decidiu-se entrevistá-los em domicílio, após alta do hospital, pois os pesquisados estariam aptos a dar uma descrição mais completa e ampla dos fatos ocorridos no processo no hospital e também se sentiriam mais à vontade caso recusassem a participar da pesquisa.

As entrevistas iniciaram-se com alguns minutos de conversa aleatória, com informações acerca da pesquisa para aqueles que ainda não haviam entrado em contato com o autor no hospital. Foram conduzidas de uma maneira de deixar o entrevistado livre para falar de suas próprias experiências das conseqüências de uma fratura de fêmur.

Como introdução, os pacientes eram solicitados a narrar o que aconteceu quando sofreram a queda e a fratura. Frases como “Me conte mais a respeito disso”

e perguntas como “O que isso significa para você?” e “Você poderia esclarecer o que acabou de falar?” foram usadas no intuito de promover e estimular a fala do entrevistado, levando em conta que algumas vezes o autor necessitava ser bem específico em relação às perguntas que queria esclarecidas, dado o baixo grau de instrução da maioria dos entrevistados.

O interesse era deixar que os pacientes concretizassem suas experiências em suas falas, por exemplo, ao descrever nos maiores detalhes possíveis suas atividades de vida diária antes e depois da fratura, a relação com os familiares, o medo de morrer, o medo de não andar novamente, entre várias outras experiências que surgiram no decorrer das entrevistas.

As entrevistas tiveram duração de aproximadamente 30 minutos e foram transcritas em sua íntegra antes da análise dos dados.

André (1988) atribui uma grande vantagem à técnica de entrevistas, tendo em vista que ela permite a captação e tratamento de assuntos de natureza pessoal, correções, esclarecimentos e adaptações. As entrevistas abertas permitem ao pesquisado discorrer sobre o tema proposto sem respostas ou condições pré-fixadas pelo pesquisador (MINAYO, 1996).

Também foi utilizado diário de campo, com coleta de dados dos prontuários dos pacientes e informações dadas por familiares.

3.4 – Método de análise das entrevistas

A perspectiva hermenêutica foi utilizada na análise das falas dos sujeitos, após coletadas através das entrevistas e transcritas. Foi escolhida como método a análise de narrativa inspirada na teoria de interpretação de Paul Ricoeur (1995), conforme detalhado por Franco (1995) e Geanellos (2000) e utilizado por Ekman *et al.* (2000) e Caprara & Veras (2004).

Para Paul Ricoeur, o objetivo principal da hermenêutica concentrou-se em interpretar os textos, sendo definido como um hermeneuta com traços

fenomenológicos. Sua teoria de interpretação considera a linguagem, reflexão, explicação, compreensão e a própria pessoa. De acordo com a teoria desenvolvida por ele, o significado da experiência vivida pode ser compreendido por intermédio de sinais e símbolos e da interpretação de textos (RICOEUR, 1995; GEANELLOS, 2000).

Este método promove a congruência entre bases filosóficas e os processos metodológicos, fornecendo uma abordagem onde pode ser alcançada congruência entre filosofia, metodologia e método (GEANELLOS, 2000).

A metodologia dialética oferecida por Ricoeur prega a complementaridade entre explicação e compreensão, considerando que somente a compreensão coroada pela explicação pode fazer com que o texto volte à condição de texto vivo. A pluralidade e multiplicidade textual¹ das interpretações diante do texto é o que realmente é proposto, mostrando que “o texto não permanece fechado em si mesmo, mas lê-lo significa exatamente permitir que o texto reinterprete o mundo do leitor” (FRANCO, 1995, p.20).

Faz parte do método o conhecimento intersubjetivo, e também são passos metodológicos os conceitos-chave como distanciamento, apropriação, explicação e compreensão, suposição e validação, que serão explicados a seguir (RICOEUR, 1995).

A distanciação objetiva o texto ao liberá-lo das intenções (significações) do autor (entrevistado), dando vida própria ao texto (GEANELLOS, 2000).

Conforme ilustram o princípio da consciência historicamente afetada e também o princípio da fusão de horizontes de Gadamer, a compreensão está situada e é influenciada pela história. A consciência contém uma tensão entre o perto e o longe, e tal consciência acontece na condição de distância histórica. Para Ricoeur, esta é a distância entre o familiar e o alheio, que a interpretação e o conhecimento tentam reduzir, tornando assim os horizontes mais próximos (GEANELLOS, 2000).

¹A pluralidade textual significa que compreensões prévias levam os interpretadores a interpretar o mesmo texto fielmente, contudo diferentemente. A multiplicidade revela a capacidade do interpretador perceber que os textos possuem muitos significados (GEANELLOS, 2000).

Assim, novos mundos de sentido são abertos, através da valorização da escrita e da distanciação emergente na transição da fala à escrita. Tais mundos são passíveis de apropriação por qualquer leitor, pois quando interpretadores se apropriam do significado de um texto, este se torna familiar. A apropriação amplia os horizontes do pesquisador, permitindo que ele volte sempre ao texto com um olhar renovado, realçando a relação de intersubjetividade. Conseqüentemente, apropriação e distanciamento formam uma interpretação dialética, entre o próximo e o distante, o familiar e o estranho, o conhecido/próprio e o estrangeiro/externo (RICOEUR, 1995; GEANELLOS, 2000).

Dentro da visão da compreensão dos significados e ações individuais, Ricoeur propõe um meio de análise hermenêutica que se desdobra em três fases: mimesis I, que é a pré-figuração do relato de experiência vivida e tem caráter descritivo; mimesis II, a fase da configuração da experiência vivida pela narração, e por fim mimesis III, fase da refiguração da experiência pelo ato da leitura, sendo considerada a intersecção do mundo do texto e do mundo do ouvinte.

Dessa forma, é reconhecida a inter-relação entre epistemologia (interpretação) e ontologia (interpretador), numa dinâmica onde a interpretação se movimenta da compreensão “ingênua” (superficial) para a compreensão profunda (partes em relação ao todo e todo em relação às partes) consistindo no que se denomina o círculo hermenêutico (RICOEUR, 1995; GEANELLOS, 2000).

Por sua vez, a interpretação começa de uma maneira simples, quando o interpretador compreende o significado do texto como um todo, seguindo para uma compreensão mais profunda, através do conhecimento das partes em relação ao todo. Para Ricoeur *apud* Geanellos (2000, p.8) “interpretar um texto significa ir além de compreender o que ele diz para compreender sobre o que ele fala”. A explicação consiste em compreender o que ele diz, mas a compreensão vai mais além, chegando a compreender sobre o que ele está falando. De tal forma, compreensão e interpretação interseccionam-se numa dialética superadora, que resulta numa interpretação textual que é também auto-compreensão do leitor (RICOEUR, 1995).

Conforme frisa Geanellos (2000), mais importante ainda é que a hermenêutica não procura nem deseja consenso interpretativo, pois isto implicaria

conceitos únicos e estáticos de conhecimento, que calariam os debates em relação a compreensão. Para Gadamer, em seu livro *Verdade e Método II*,

O diálogo constante não permite conclusão final. Seria um hermeneuta pobre quem pensar que possa ter, ou ter tido, a última palavra.

É possível através da análise de narrativa, portanto, verbalizar a história colocada no centro do interesse da pesquisa, pois sendo uma projeção e, por estar em continuidade com a vida individual, reflete o cotidiano de cada um de nós, permitindo a exteriorização dos esquemas e emoções internas (CAPRARA & VERAS, 2004).

Em Ricoeur, aprendemos a buscar nos discursos as objetivações do mundo-vida dos sujeitos, que são os próprios idosos, cabendo aos autores decifrar o sentido oculto no sentido aparente, a partir da interpretação. A realidade existencial só aparece àqueles que se empenham como pessoa na trama histórica.

Em conjunto com a hermenêutica da compreensão de Gadamer, a teoria da interpretação de Paul Ricoeur é um método de extrema validade como método de análise textual (GEANELLOS, 2000), motivo pelo qual é o mais adequado a esta pesquisa e ao objeto de estudo.

3.5 – Aspectos éticos

Em respeito aos aspectos éticos, foram obedecidas as exigências dispostas na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que dispõe sobre as diretrizes regulamentadoras de pesquisas que envolvem seres humanos, baseados nos quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, justiça, beneficência e não-maleficência.

O princípio da autonomia será considerado mediante o esclarecimento aos participantes do estudo de que sua participação é voluntária, sendo que podem a

qualquer momento negar-se a participar da pesquisa conforme o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE I). Quanto ao princípio da justiça, será garantido o anonimato, o sigilo das informações e o respeito à individualidade dos participantes.

Quanto ao princípio da beneficência, os resultados do estudo serão devolvidos aos participantes, tendo em vista que um dos objetivos é a proposição de meios de melhorar a vida dos estudados. Em referência à não-maleficência, os participantes serão esclarecidos de que a pesquisa não lhes acarretará qualquer dano, seja físico, moral ou profissional.

O projeto foi cadastrado no Sistema Nacional de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (SISNEP) e o protocolo foi submetido juntamente com este projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da UECE e ao do IJF, conforme resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, havendo sido aprovado em ambos (ANEXOS I e II).

4 – RESULTADOS

Oito participantes, um homem e sete mulheres, com média de idade de 78,07 anos, foram entrevistados. As características deles estão descritas na Tabela 1. O homem e duas das mulheres eram casados e moravam com a família. As demais mulheres eram viúvas, com exceção de uma, que nunca havia casado, mas tinha filhos. A solteira e duas das viúvas moravam com a família, enquanto as outras duas viúvas moravam sozinhas.

Todos os entrevistados estavam sendo assistidos por familiares, revelando um suporte social bastante adequado. As que moravam sozinhas estavam na casa dos filhos. Todos também tinham algum tipo de renda, seja aposentadoria ou pensão, de pelo menos um salário mínimo. As famílias pareceram bem estruturadas, configurando um ambiente favorável ao bem-estar e à recuperação do idoso.

Tabela 1: Características dos entrevistados

Paciente	Idade	Sexo	Estado civil	Moradia	Local do acidente	Tratamento	Espera para cirurgia	Duração da hospitalização
1	78	M	C	Família	Casa	Cirúrgico	4 dias	14 dias
2	81	F	V	Família	Casa	Cirúrgico	6 dias	13 dias
3	71	F	V	Sozinha	Rua	Cirúrgico	7 dias	21 dias
4	87	F	C	Família	Casa	Conserv.	-	09 dias
5	91	F	S	Família	Casa	Cirúrgico	5 dias	14 dias
6	74	F	C	Família	Casa	Cirúrgico	7 dias	20 dias
7	69	F	V	Sozinha	Casa	Cirúrgico	4 dias	13 dias
8	74	F	V	Família	Casa	Cirúrgico	7 dias	18 dias

Nas entrevistas feitas, os pacientes descreveram suas experiências com as fraturas. O que se iniciou como um acidente, uma fratura da perna tornou-se uma experiência que causou severas e extensas transformações no que diz respeito às relações com o próprio corpo, com eles mesmos, com os outros e a situação de vida como um todo.

Durante as entrevistas, os pacientes descreveram suas fraturas como tendo acontecido inesperadamente e que havia sido mais um problema de uma série de eventos que estavam acontecendo em suas vidas, como diminuição da visão, depressão, quedas acidentais e perda de membros da família e amigos. Vemos, então, a fratura como mais um problema, no cume de uma série de eventos de fragilidade como descrito pelos idosos.

Este trabalho focaliza as experiências subagudas da fratura de fêmur, no caso a experiência da incapacidade. No entanto, as etapas iniciais merecem destaque por tratar-se de fenômenos determinantes da experiência da fratura de fêmur.

O segundo momento foi onde foi possível identificar as modificações no ambiente domiciliar dos entrevistados, suas experiências no convívio com a incapacidade e nas relações com os outros e com o próprio corpo.

Nas apresentações que se seguem, as categorias são ilustradas com recortes das falas dos participantes. Para facilitar a leitura, os textos foram editados para não se tornarem longos. Pontos [...] significam palavras que foram suprimidas da fala

“Fiquei um tempo parada, sem me mexer, sabia que tinha alguma coisa fora do lugar.”

“Quando veio a dor, eu sabia que tinha quebrado.”

“Eu sabia que tinha quebrado a perna.”

“Minha perna tá quebrada.”

Eles descreveram com certa dificuldade quando solicitados a se lembrar como foi que se sentiram em relação à queda. Era relativamente fácil fazê-los descreverem fatos, mas eles não eram tão capazes de expressar seus sentimentos em relação ao evento, o lado afetivo da experiência. Alguns diziam ter “esquecido como se sentiram”:

“Não tem como eu dizer, a pessoa esquece essas coisas, é como se fosse um filme.”

Sobre o fato de estarem sozinhos no momento da queda, sabendo que haviam fraturado a perna, os participantes descreveram sentimentos de “desespero” e “falta de esperança”, principalmente as que moravam sozinhas:

“Eu pensei que ia morrer ali.”

“Eu chorei e pedi a Deus que me ajudasse, que mandasse um anjo pra me acudir.”

“Eu não sabia o que fazer, fiquei atordoadazinha, achei que fosse desmaiar.”

“Meu medo era que um carro passasse por cima de mim, no escuro.”

A chegada do socorro

Os pacientes deram uma ênfase grande ao relatarem como a ajuda foi solicitada e os procedimentos de ajuda. A maioria, como já dito, estava sozinha no momento do acidente e houve uma variação do tempo decorrido entre a queda e o momento que outra pessoa ou pessoas chegaram ao local do acidente, de quase imediatamente até alguns minutos. Nenhum entrevistado teve a experiência de ficar horas esperando ajuda. A maioria estava em casa e a queda se deu no trajeto entre a cama e o banheiro, à noite.

Uma das que moravam sozinhas solicitou ajuda de vizinhos que se encontravam na rua:

“Eu gritei muito, e me escutaram na rua. [...] Me sentaram numa cadeira, me acalmaram.”

Em outro caso, o acidente se deu na rua, num local sem movimento. A paciente descreve que teve sorte de ter sido encontrada antes que um carro a atropelasse:

“Eu levei uma topada com a chinela na calçada e caí [na pista], minha sorte foi que eu tinha pago só dez reais pelos salgados que era vinte, e a menina veio atrás de mim pelos outros dez e me achou na rua.”

Duas entrevistadas estavam trancadas no banheiro no momento da queda:

“Meu filho arrombou a porta do banheiro quando ouviu meus gritos [...] Era só ter pego uma chave e aberto a porta por fora, não precisava ter dado chute.”

A demora na chegada do socorro foi vivenciada por alguns dos participantes. Todos os pacientes solicitaram o SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, pois nenhum deles tinha acesso a meio de transporte próprio e também porque sabiam que estavam com a fratura e queriam que o transporte fosse feito com a maior cautela possível. A espera pela ambulância foi relatada como momentos de angústia e aflição:

“Me botaram sentada e eu fiquei lá esperando de cinco até umas sete horas, mesmo o posto do SAMU sendo na rua atrás da minha casa [...] eu sentia vontade de pedir pra me levarem logo, mas ficavam dizendo que a ambulância tava chegando.”

“Devia ter mais ambulâncias pra num acontecer o que aconteceu comigo, eu sentia muita dor e num tinha ninguém que me levasse.”

“Eu não queria me mexer até que a ambulância chegasse, mas demorou tanto que eu me vi obrigada a deixar me levantarem, nessa hora doeu muito e eu achei que nunca mais ia andar”

“Eu achava que ia perder minha perna, ela tava dormente e ficando muito fria [...] eu chorava muito, feito uma criança”

Os entrevistados descreveram sua experiência de serem resgatados e como se sentiram seguros com a chegada da ambulância, quando foi transferida para os socorristas a sua luta pela sobrevivência. Descrições falam de como os socorristas foram cuidadosos:

“Eu tava muito nervosa, quando a ambulância chegou eu fiquei muito aliviada mesmo, os enfermeiros da ambulância me trataram muito bem.”

“Eu me senti bem melhor, me disseram que eu ia ficar bem de novo.”

“Eles me trataram como se eu fosse a vó deles, me pegaram com muito jeito.”

“Eu saí do desespero, num tinha ninguém da minha família comigo e eles me cuidaram, me colocaram um monte de coisas pra me proteger.”

Mas nem todos manifestaram tanta satisfação com o socorro. Algumas das entrevistadas mencionaram:

“Quando eu tava parada, eu tava bem. Aí me pegaram e me levantaram pra colocar em cima da cama [maca][...] pra entrar na ambulância, e aí a dor foi uma dor desgraçada, eu pensei que se num tivesse quebrado a perna ainda, agora eu tinha certeza.”

“Quando me pegaram e colocaram na ambulância, eu não sabia pra onde iam me levar, e num tinha ninguém comigo [...] iam me levar de qualquer jeito, sorte que uma vizinha foi comigo até o hospital até minha neta chegar lá.”

Via crucis

Em relação ao manejo destes pacientes nos hospitais, as histórias diferem largamente. Aqueles que foram levados diretamente ao IJF tiveram experiências bem mais amenas que aqueles levados aos hospitais secundários, chamados Frotinhas.

A Central de Leitos do município foi a responsável pelo direcionamento destes pacientes, através do médico regulador. No momento do resgate, a ambulância entra em contato com a central e então é dito para onde se deve levar o paciente, sendo avaliado cada caso de acordo com a gravidade e a disponibilidade de leitos.

Vemos ainda em Fortaleza uma sobrecarga do IJF no que se refere ao atendimento de emergência. Como norma, a central orienta os pacientes a procurarem e serem levados pelo SAMU aos hospitais secundários, e de lá estes são então encaminhados ao IJF em caso de necessidade.

Sabe-se da necessidade de tratamento cirúrgico precoce nos casos de fratura de fêmur. O objetivo do tratamento cirúrgico das fraturas do acetábulo é a redução anatômica da superfície articular, que nos casos tardios é sempre difícil. Por ser um osso esponjoso, após três semanas essas fraturas já estão consolidadas e é necessário uma osteotomia ou calotomia para recriar os traços da fratura (KÖBERLE, 1993).

Desta forma, impõe-se uma dificuldade aos pacientes que sofrem fratura de fêmur em Fortaleza, pois a maioria dos pacientes que chega ao IJF passou anteriormente por um hospital secundário, onde estes pacientes não são nunca operados, e somente após algum tempo eles são transferidos ao IJF para o tratamento apropriado.

Dentre os pacientes entrevistados, três tiveram a sorte de serem levados diretamente ao IJF. Por parte destes pacientes não houve nenhuma tentativa de burlar o sistema por intermédio de conhecidos para que fosse agilizada a internação no IJF. A sorte foi o fator que fez com que a vaga existisse no momento certo e levou estes pacientes diretamente ao IJF através da Central de Leitos. A experiência destes pacientes na chegada ao hospital é descrita como de confusão no início, mas de tranqüilidade logo após:

“Quando cheguei no hospital eu sabia onde era que eu tava, só não sabia que tinha tanta gente. Fiquei a noite sem saber pra onde eu ia, me colocaram um soro no braço e deram mais remédio [...] depois de um tempo vieram me buscar pra levar lá pra cima [enfermaria].”

“Eu cheguei e esperei umas duas horas na emergência até que o médico veio perguntar quem eu era e o que tinha acontecido. Quando ele viu a radiografia, disse que era pra eu ir pra enfermaria logo que tinha uma vaga.”

“Eu fui trazido logo pra cá, quando o médico da emergência me viu ele sabia o que era e disse que era pra ser internado logo.”

Em relação às entrevistas acima, podemos verificar que os pacientes que deram entrada no hospital durante o dia foram vistos pelos médicos residentes, o que facilitou a internação dos mesmos logo de imediato. A paciente que deu entrada durante a madrugada só foi vista pelo residente pela manhã, e então internada, mesmo com a indicação da disponibilidade do leito para ela.

Já os pacientes atendidos nos Frotinhas tiveram as mais variadas experiências com o sistema de saúde. Em geral, estas experiências foram negativas. A superlotação, a falta de informação por parte dos médicos, a dor, a indiferença e até mesmo negligência por parte da equipe de enfermagem foi relatada por alguns dos pacientes. Alguns buscaram falar destas experiências com palavras mais amenas, mas quando instigados, seja pelo pesquisador ou pelos familiares, disseram com certa veemência seus sentimentos durante aquela experiência:

“Eu fui humilhada [...] Passei um dia e uma noite no corredor do hospital, e tudo que eles me davam era remédio pra dor, pra eu ser feliz [ironicamente].”

“Parecia que eu tava lá de favor, me tratavam como se eu num fosse pra estar ali.”

“Eu achava que meu problema nunca ia ser resolvido, sempre que falavam comigo diziam que eu tava aguardando ser transferida [...] mas nunca ninguém dizia nada certo.”

“Eu fiquei no corredor do Frotinha, cheguei lá de noite e só fizeram me jogar numa cama [...] Depois de muito tempo que vieram me dar remédio pra dor, porque minha neta ficava indo lá dizer que eu tava com dor [...] Não tinha comida pra mim, fiquei umas 8 horas sem comer até que a minha neta conseguiu falar com a assistente social e autorizou me dar comida [...] Foi caldo. Você, como médico [se referindo ao pesquisador], acha que caldo é uma comida que se dê a uma

paciente no meu estado? [...] Nem eles davam comida nem podia levar comida de fora pra lá.”

“No Frotinha até o asseio era difícil, já que eu ficava no corredor [...] Lá não vinha remédio, o soro acabava e ninguém vinha trocar [...] Não tinha hora pra nada, a janta vinha chegar nove horas da noite [...] No Frotão [IJF], era bem certinho, na hora certa.”

“Quando eu fui transferida da primeira vez [para o IJF], cheguei lá e pediram um papel, não tava com a minha filha nem com o homem da ambulância, aí eu tive que voltar [...] Depois que foram ver que a enfermeira tinha enrolado na radiografia e ninguém viu nem disse nada, porque esse papel não era pra ir pra mão do paciente [...] Perdi a vaga, tive que esperar por outra.”

“Aqui é o céu, lá é o inferno [em comparação entre o IJF e o Frotinha].”

“Foi até bom eu ter ido pra lá [Frotinha], assim dei mais valor ao hospital [IJF].”

Após o atendimento nos Frotinhas, o encaminhamento ao IJF se deu também através da Central de Leitos. Uma familiar de uma das pacientes referiu que conhecia uma enfermeira do IJF, mas que mesmo assim não foi possível conseguir transferir a paciente senão por intermédio da Central de Leitos.

Em relação ao contato com a equipe de saúde, todos os pacientes demonstraram muito apreço com o tratamento recebido no IJF. Os médicos residentes receberam menções especiais dos entrevistados, pelo cuidado na enfermagem e pelas demonstrações de interesse pelos problemas dos pacientes. Os cuidados de enfermagem também foram elogiados:

“Aquele doutor é um santo.”

“Sempre que eu precisava de alguma coisa elas me davam, nunca tive vergonha de pedir nada a elas.”

“Aqui a gente tem de tudo, num falta nada [...] Todas as pessoas são atenciosas.”

Em geral, a atitude dos pacientes frente a esse processo foi de naturalidade, como se esse fosse realmente o caminho das coisas e elas tivessem que passar mesmo por esse drama até chegarem ao IJF e à cirurgia. Mesmo assim, uma paciente mostrou certo grau de revolta ao mencionar:

. Preponderantemente, encontramos o medo de não mais sair daquela situação, medo de morrer, medo da dor não parar, medo de perder a função da perna:

“Eu nunca tinha sofrido nada antes, fiquei morta de medo de perder minha perna.”

“Eu pensava que ia ter que ficar de cadeira de rodas pro resto da vida.”

“Eu achei que a dor só ia parar um dia se arrancassem minha perna”

“Eu num desejo isso pra ninguém, nem pro meu pior inimigo. Pior que se operar e ficar no hospital é na hora que quebra, cada minuto parece uma hora.”

Uma paciente, no entanto, pensou tratar-se de uma fratura simples e que o desfecho seria bem menos mórbido:

“Na hora eu pensei que tinha quebrado a perna e que era só engessar que logo ia ficar bem de novo, não pensei que era preciso operar”

”. Ao serem solicitados a dar uma descrição mais profunda da severidade da dor, eles tinham dificuldades. Mesmo assim, foram capazes de descrever a magnitude da dor em termos relativos, como:

“Foi a maior dor que eu senti na minha vida”

“Eu dei à luz sete filhos e se somar a dor de todos num dá o tanto dessa dor que eu senti.”

“É uma dor que eu num gosto nem de lembrar.”

“É pior que qualquer outra dor que eu já ouvi falar.”

“Na hora, eu só conseguia pensar na dor.”

Alguns entrevistados ainda descreveram sentir dor durante a internação, mesmo com o uso de analgésicos potentes como tramadol e morfina:

“Eu sentia muita dor, no hospital. Eu pedia pra eles me darem remédio e diziam que eu já tinha tomado, na veia [...] Eu não posso dizer que não fazia efeito, mas eu ainda gritava de dor às vezes.”

“Eu só fui saber o que era ficar sem dor quando cheguei em casa. Mesmo depois da cirurgia a dor ainda era muita.”

Somente um paciente ainda referiu dor no momento da entrevista. Mas já era uma dor bem mais amena:

“Eu ainda sinto dor, mas é mais da operação que da perna [...] ela passa com os remédios, é ruim só de mexer.”

Essas falas nos remetem à natureza subjetiva da dor (LAWLER, 1997). Devido a essa subjetividade, é difícil considerar essa experiência em relação a um modelo ou conceito.

Medo de sentir a dor novamente

Os pacientes falam da dor como uma coisa que não quisessem mais sentir. O medo da dor e de futuras quedas se mostra aqui:

“Nunca mais quero sofrer isso de novo”

“É a pior coisa que pode acontecer”

Mas, como já dito, uma paciente não referiu muita dor, inclusive pensando haver se tratado de uma injúria simples:

“Não senti muita dor não. Eu senti tipo uma dor quando como você batesse forte numa parede, fica apertando [...] Não era uma dor, assim, dor mesmo [...] Era mais esse aperto e a dificuldade de mexer. Eu não senti dor hora nenhuma depois, mas pode ter sido os remédios no hospital”

Tipo de dor

O tipo de dor também não foi muito fácil para os entrevistados esclarecerem, mas palavras como “insuportável”, “muito forte” e “terrível”. Uma entrevistada descreveu:

“É uma dor que não é só no lugar, parece que tá em todo canto [...] É uma dor que atravessa o corpo, você num pode mexer nem uma unha que sente”

Local da dor

Em relação ao local da dor, os entrevistados referiram a maior dor na região imediatamente ao redor do local da fratura, sendo possível apontar com precisão onde foi que sofreram a lesão. A magnitude da lesão era sentida por eles pelo tamanho da dor e também pelo edema e pelo tamanho do hematoma deixado pela injúria.

“Tava tudo inchado e roxo em cima da minha perna, eu quando via pensava que o osso ia sair fora.”

“Eu sentia bem onde era a dor”

Movimento

Devido ao local e à severidade do trauma, a idéia de movimento era central nas descrições de dor dos pacientes. Mover-se era necessário para pedir ajuda, no socorro pelos familiares e no deslocamento feito quando o socorro emergencial chegava. Os movimentos iniciais eram muito difíceis, sendo descritos como de “se arrastar”, limitados pela dor. Os movimentos eram lentos, eles não conseguiam se mover muito. Em alguns casos a dor começava quando havia movimento, em outros a dor estava presente sempre, mas aumentava com o movimento. Eles mencionaram não serem capazes de suportar o peso da perna fraturada, o que os impedia de mancar ou deslocar-se apoiados nos ombros dos outros.

“Não mexe em mim.”

“Eu me arrastei mas não consegui abrir a porta [...] A dor era muito grande que eu não podia me suspender pra alcançar o trinco”

“Quando eu tava parada, eu tava bem. Aí me pegaram e me levantaram pra colocar em cima da cama [maca][...] pra entrar na ambulância, e aí a dor foi uma dor desgraçada, eu pensei que se num tivesse quebrado a perna ainda, agora eu tinha certeza.”

“Os outros vieram me ajudar, mas eu não agüentei quando eles quiseram me levantar.”

“Não posso mexer minha perna, dói muito”

. Alguns referem este fato como essencial para o alívio da dor e para suportar a espera pelo socorro:

“Me deitaram de ‘banda’ com a perna pra cima num sofá e a dor melhorou e esperaram comigo a ambulância.”

“A dor só foi passar quando me sentaram e a minha perna ficou parada.”

“A minha perna ficou doendo menos quando eu colocava pra cima a parte que tinha levado o ‘baque’.”

“Eu fiquei no chão o tempo todo, estirei minha perna ali e deu pra aguentar”

“Dói o tempo todo, menos quando eu estou deitada na cama e não me mexo.”

Sublimação da dor pelos pacientes

A maioria dos entrevistados tolerava bem a dor e tinha atitudes ativas juntamente com a equipe médica no sentido de solicitar ajuda e administração de

analgésicos. Mas três pacientes se comportaram passivamente em relação à dor, sendo as atitudes frente a ela tomadas pelas pessoas que estavam em volta. Durante a internação, esses pacientes referiram ainda sentir dor, tanto antes quanto após a cirurgia. Eles falaram que não gostavam de incomodar os membros da equipe nem seus próprios acompanhantes referindo dor o tempo todo, portanto não solicitavam ajuda. Eles tentavam não demonstrar que estavam sentindo dor:

“Eu não agüentava de dor, mas quando me perguntavam se eu tava bem eu dizia que tava, achava que não tinha mais o que fazer.”

“Eu dizia que os remédios não faziam efeito e me diziam que eu já estava tomando, não adiantava falar mais nada, então eu fiquei quieta.”

“Eu conseguia agüentar a dor direitinho, não precisava de tanto remédio, eu já estava tomando muitos.”

Também evidenciamos através dos relatos dos entrevistados que eles achavam estar num hospital onde estavam os melhores profissionais, e então julgavam estar recebendo o melhor tratamento possível. Também sabiam das limitações por se tratar de um hospital público, que contava com medicação boa, mas com recursos limitados. Então os pacientes procuravam não exigir muito. Já por parte da equipe de saúde, a orientação era administrar medicação para a dor quando solicitada, o que por vezes gerava uma falta de comunicação que deixava os pacientes sentindo dor:

“Como eu falei e disseram que eu já estava tomando o remédio, achei que era o mais forte que tinha.”

“Eu pensei que eu já estava tomando o que tinha que tomar, não fui atrás de mais remédio não.”

“Sabia que não estava nos Estados Unidos, tinha que ser o que eles tinham lá mesmo.”

“Os remédios vinham todo dia na mesma hora [...] ali devia ter de tudo que eu precisava.”

Cuidados com a dor por parte da equipe de saúde

Em alguns casos, o manejo da dor foi caracterizado por procedimentos pouco claros. Os médicos faziam as prescrições e deixavam a cargo da equipe de enfermagem, que não pode administrar nada sem seguir a prescrição médica. As recomendações eram para a medicação ser dada regularmente. Mas, em certos casos, evidenciou-se a falha na prescrição, sendo os analgésicos administrados irregularmente ou de forma solicitada (se necessário). Aqueles pacientes que não reclamavam, recebiam a medicação raramente. O analgésico mais freqüentemente administrado era a dipirona, que é bom, mas não tem um efeito muito potente frente a uma dor como a da fatura do fêmur. Morfina e tramadol foram usados em alguns dos entrevistados que referiam dores fortíssimas, de forma não uniforme entre os pacientes. Um recebeu morfina duas vezes ao dia, outro uma vez e a maioria não recebeu morfina no hospital. Tramadol foi o mais freqüentemente prescrito, para ser administrado se necessário.

4.3 – A experiência da recuperação

O longo caminho de volta

A cirurgia

Consideramos que o momento da cirurgia foi o marco inicial da recuperação desses pacientes. Todos os pacientes tiveram reparo cirúrgico da fratura, exceto uma, para a qual devido ao grau da fratura não ser tão severo e por ser bastante idosa e ter vários problemas concomitantes, como por exemplo, diabetes com controle inadequado, hipertensão arterial, lúpus eritematoso sistêmico e trombose venosa profunda nas pernas, foi estabelecido o tratamento conservador.

Os pacientes em sua maioria não se recordam do momento da cirurgia, respondendo “Não, não me lembro de nada” na maioria das vezes. Recordações vagas da entrada no centro cirúrgico conseguiram ser extraídas.

“Eu me lembro de ter entrado na sala de operação [...] falaram comigo e deram a anestesia nas costas. Não doeu, eu fiquei lá deitada, eles falaram comigo e eu dormi nem sei como [...] Eu acordei e já tinha acabado, fiquei muito tonta com a anestesia.”

“Eu fui pra sala de operação de manhã, quando voltei já era quase de noite [...] Eu só lembro até a hora da anestesia, mas não foi muita coisa não.”

tendo que lutar para realizar suas necessidades básicas e tendo que adquirir resiliência para enfrentar a vergonha que certas situações impunham:

“Eu não conseguia fazer nada, até que eu comecei a fisioterapia [...] Eu agora já consigo fazer muita coisa que eu pensava que não ia mais.”

“Era uma luta pra ir pro banheiro.”

“Eu precisava de ajuda pra sentar na cadeira e ir pro banheiro.”

“Quando eu tinha que usar o urinol na cama eu achava muito ruim, fazer lá com todo mundo vendo [...] Mas agora já é mais fácil ir pro banheiro na cadeira.”

“Teve uma vez que eu não agüentei e fiz na cama mesmo [fezes], dentro do penico que eles botam embaixo [...] Tem horas que a gente perde o controle e não sabe a hora que vai sair.”

da enfermidade, ganhos maiores não puderam ser detectados. Mas a alegria e a esperança com as novas conquistas podem ser extraídas:

“Foi uma alegria quando eu consegui chegar até o banheiro.”

“Quando [...] fiquei em pé de novo eu senti que ia mesmo ficar boa, recuperada, cem por cento como era antes.”

“Eu passei tanto tempo deitada que não achava que fosse me levantar mais. [...] Na fisioterapia eu vou já já fazer ‘bunda canastra’ [cambalhota], pode anotar.”

“Depois [...] quando começou a fisioterapia, tudo ficou melhor. Eu já me sento, me calço, visto [...] minha camisola, já to quase chegando lá [ficar em pé].”

O fator ‘motivação’ para se locomover foi um determinante chave na recuperação destes pacientes. Em grau variável, estes quatro entrevistados tinham esperança de poder locomover-se novamente. Muito disso era devido ao ambiente familiar que se mostrava favorável e estimulante à recuperação do idoso. Um estudo de Eldar *et al.* (1995) elenca motivação, cooperação e função mental preservada na admissão como os determinantes mais importantes na reabilitação após fratura de quadril. Nesta categoria encontramos a batalha para reaver a fisionomia anterior, olhando para o processo de recuperação e vendo a perda da atividade física como condição temporária. Os outros pacientes, no entanto, demonstraram introspecção e uma visão negativa da fratura, havendo sido incluídos numa categoria na seção subsequente deste capítulo.

dor, fraqueza, fadiga, rigidez, desconforto, insegurança e restrições em sua capacidade de se mover. Os pacientes descreveram como eles se tornaram muito cautelosos e incertos sobre sua habilidade para se mover e a tolerância dos seus corpos.

“Eu uso sempre um andador, minhas pernas estão fracas. [...] Eu tenho medo de cair, sabe, de cair no chão.”

“É, eu estou mais [limitado] agora, até porque não consigo enxergar muito bem.”

“Eu estou bem mais cuidadosa [...] Quando me mexo eu tenho cuidado pra não tropeçar, sempre tem alguém comigo [...] Tem coisas que eu não consigo fazer ainda, mas que eu vou conseguir [...] Coisas que antes era fácil [fazer] agora eu tenho medo de tentar fazer e terminar acontecendo alguma coisa.”

Os sujeitos também mencionaram que as mudanças nos seus corpos os impedia de se mover da forma normal e que eles tinham que se adaptar a uma nova forma de movimento, bem devagar. Anteriormente, essas funções diárias como andar livremente e se mover sem restrições eram pouco valorizadas. Agora, com a incapacidade, essas funções eram difíceis e os entrevistados tinham medo de fazer atividades que antes realizavam como rotina, como lavar roupas e pratos, cozinhar, varrer a casa e andar na rua. Concomitante a isso, havia o medo de forçar demais a perna recém-operada e prejudicar o resultado da cirurgia, talvez danificando a perna permanentemente.

“Eu sei que agora não posso fazer de tudo [...] tem que ir com calma.”

“Agora que eu ‘tô’ [estou] operada, não posso mais ‘botar’ [colocar] força nessa perna.”

“Eu lavava, passava, cozinava, varria a casa [...] agora num posso mais fazer nada disso.”

Os entrevistados também referiram medo de cair novamente e preocupação com as conseqüências de uma nova queda:

“Eu morro de medo de cair de novo.”

“Se acontecesse uma coisa dessas de novo, aí num tem mais como ajeitar.”

“Eu agora quando vou me levantar fico bem ‘seguradazinha’ na cama pra não ter perigo de escorregar.”

A confiança no corpo é hesitante, eles se sentem mais frágeis e acreditam menos na resposta do corpo do que antes. Também a própria capacidade deles é questionada por eles mesmos.

“É mal de velho, meu filho. Você sabe, quando a cabeça pensa uma coisa e o corpo faz outra.”

“Eu pensava que eu nunca ia cair [...] até que me acontece uma dessas.”

“Eu não acho que é bom ficar andando mais por aí não, ninguém nunca sabe o que pode acontecer [...] Eu mesma acho que se eu der mole eu caio de novo.”

Eles começam a conhecer e tolerar seus corpos alterados, aprendem limitações e passam a ter uma visão mais clara da sua situação, reconhecendo que poderia ser pior:

“Tem coisas que a gente passa e pensa que vai morrer [...] Pensa que prefere morrer a ficar aleijado. Depois a gente para e pensa que não tem só a gente, que tem outras pessoas que precisam da gente [...] Tem outras coisas que a gente tem que pensar.”

A experiência da fragilidade física e a insegurança foram acompanhadas pela incerteza deles em uma recuperação completa. Os indivíduos relataram com grande ênfase a falta da mobilidade e das funções cotidianas ligadas a ela. Estes achados estão de acordo com o trabalho de Marottoli *et al.*(1992), que descrevem importante declínio da função física decorrente de fratura do quadril numa coorte prospectiva nos Estados Unidos.

4

. Eles passaram a depender dos outros para realizar as atividades solicitadas por eles. Aqui, evidencia-se uma aceitação estóica em se tornar dependente dos outros:

“Se antes era eu quem fazia as coisas, agora ‘tão’ [estão] fazendo por mim.”

“É muito ruim quando você não pode fazer as coisas [...] Ter que deixar tudo nas mãos dos outros, meu aposento, tudo agora quem gasta são eles, comprando minhas coisas, meus remédios. Eu tenho que aceitar.”

“Não é bom ficar só sentada vendo as coisas acontecerem, ficar dando palpite nas coisas, eu gosto é de fazer [...] Mas tem que ver que se eu piorar é pior.”

“Eu queria me levantar [sair da cama] [...] ficar nem que fosse descascando batata ou escolhendo o feijão, mas não deixam de jeito nenhum.”

“Eu tenho muita ajuda das minhas filhas, minhas netas que moram aqui [...] Não me falta nada.”

Um dos pacientes também referiu medo de ficar ainda mais dependente, caso sofra uma nova queda ou outro episódio agudo de doença incapacitante:

“Se acontecer de outra vez isso comigo, rapaz, sei não [...] Acho que o pessoal aqui não vai agüentar não.”

Quine *et al.* (1994) trazem uma discussão acerca do assunto do crescente fardo sobre os cuidadores de idosos após uma fratura de quadril. Se os cuidadores já forem sobrecarregados antes do episódio da fratura, certamente irão necessitar de ajuda para continuar com os cuidados após a injúria.

Também se notou, com o contato com os familiares, a redistribuição das tarefas domésticas. As atividades antes pertencentes ao idoso tiveram que ser distribuídas entre os demais membros da família. Caso que chamou atenção foi de uma entrevistada que era quem cozinhava diariamente, e as netas e a filha passavam por dificuldades para aprender a cozinhar, já que nunca haviam precisado fazê-lo antes.

. Juntamente com estar dependente dos outros para sair e o medo de cair novamente, esta categoria significa o sentimento de uma vida limitada e aprisionamento no domicílio.

“Eu acho que se eu saísse eu ia me sentir bem melhor.”

“Eu queria pelo menos poder ir na igreja, sinto muita falta.”

“Nunca mais eu saí [...] Eu andava pra cima e pra baixo nessa rua, tinha meus amigos, ia pras casas uns dos outros [...] Agora eles nem aqui vêm mais [...] Eu ficava na bodega, tomava minha pinga, jogava [...] Agora nada mais disso eu faço.”

“Eu queria poder sair, mas num posso fazer isso todo dia. Tem que ver que estou operado e ainda não é hora de pensar nisso.”

“Eu fico aqui pela casa, me colocam na sala, na cozinha, mas lá fora eu não vou não.”

Evidencia-se um círculo vicioso, pois o fato de estar preso ao domicílio leva o entrevistado a recusar compromissos sociais. Os pacientes, mesmo com vontade de sair de casa, negam seus convites sociais em nome da preservação da perna quebrada, alegando estarem cansados e sem força.

“Eu até queria ir quando me chamam, dizem que eu podia ficar sentado, mas só em ter que sair daqui e chegar lá é um trabalho muito grande [...] Não sei se eu agüento não.”

“Eu fico em casa mesmo, num vou poder ajudar em nada por lá [...] Vou só ficar servindo de enfeite.”

A tristeza presente nos relatos da falta de vida social e isolamento no domicílio é evidente. Isso está de acordo com um estudo realizado por Salkeld et al. (2000), que mostra que a qualidade de vida é profundamente afetada pelas quedas e fraturas de quadril. O estudo sugere que qualquer grau de perda da capacidade de viver independentemente tem um impacto consideravelmente negativo na qualidade de vida percebida no sujeito.

Mesmo assim, mais uma vez, é possível evidenciar certo grau de aceitação estóica em parte destes entrevistados. Em concordância com isso, Aberg et al. (2005) relatam, em um estudo qualitativo, que a adaptação aumenta a satisfação com a vida em pacientes que perderam a atividade e a independência. Neste caso dos entrevistados nesta pesquisa, esta adaptação é reflexo do suporte familiar e da própria sensação do indivíduo de fragilidade, que toma para si como responsabilidade não mais incorrer no erro de agravar seu estado de saúde.

. Aqui é onde se encontram os relatos dos pacientes que não estavam “motivados” com a recuperação e tinham uma visão negativa de seu estado atual devido à enfermidade.

“A gente sabe que quem quebra a perna assim não fica bom tão fácil. [...] Quando a gente fica velho, a gente não agüenta mais muita coisa. Uma perna dessas quebrada assim, eu vou morrer com ela desse jeito.”

“Eu já tenho um monte de outros problemas [...] é diabetes, pressão, artrite, artrose, é tanta coisa que eu não sei como eu não morri ainda [...] Eu só vou piorando cada vez mais, nenhuma das outras doenças que eu tenho diz que tem cura, então vai só juntando.”

“Eu sei que não vou ficar bom, já não dá mais pra mim. Eu vou vivendo como dá.”

“Você ou morre de uma coisa ou de outra [...] Pode ser da perna, pode ser do que for, o futuro é um só.”

A proximidade da morte foi relatada por uma entrevistada:

“Eu acho que não vou durar muito tempo mais, do jeito que tá [está], é capaz de eu morrer logo logo [em breve] [...] Eu já cheguei na idade que as coisas começam a dar errado.[...] Nessa idade a gente não pode mais esperar viver muito.”

Os entrevistados não vislumbravam como seria sua vida no futuro.

“É difícil pensar no futuro mancando desse jeito, não dá pra saber o que vai acontecer.”

“Eu não sei nem se eu vou estar viva, quanto mais pensar como vai ser.”

“Eu acho que vou ter que ficar aqui pra sempre [na casa da filha].”

Estes entrevistados relutavam em construir planos para o futuro, pois tinham medo de cair novamente ou sofrer outro agravo e verem seus planos desmoronarem. Eles vivem, então, como se cada dia a mais fosse lucro.

“Não tive nem tempo de pensar nisso, porque depois vai e acontece outra dessas de novo.”

“A gente vai vivendo [...] Se eu viver mais pelo menos uns 10 anos tá [está] bom.”

“Não tenho mais o que querer da vida não, se Deus quiser que eu fique aqui, eu fico.”

De acordo com Morse e O'Brien (1995), indivíduos que sobrevivem a severas injúrias traumáticas se adéquam à nova realidade e repensam objetivos de vida.

5 – DISCUSSÃO

Os participantes descreveram sua jornada desde a fratura, passando pela internação e a alta do hospital, até sua nova vida em casa. É claro que para cada um deles a vivência foi traumática.

Parte do objetivo era capturar as experiências precoces dos sujeitos, visando extrair deles os relatos dos momentos desde a fratura até a atualidade. Os achados aqui presentes oferecem informações sob a perspectiva dos pacientes, os quais devem ser tomados como parte do quebra-cabeças do processo de recuperação.

O número de entrevistados é pequeno e, portanto, não compõe uma base sólida para generalizações, mas os resultados podem contribuir para uma visão mais ampla das experiências vividas por estes indivíduos.

Procurou-se entrevistar indivíduos com os mais diferentes contextos pessoais e familiares, mas devido à escassez de tempo para a conclusão desta pesquisa, selecionamos os pacientes disponíveis. Infelizmente, foi possível apenas incluir um

homem no estudo, devido à falta de homens disponíveis em participar da pesquisa. As mulheres mostravam-se bem mais dispostas a participar da pesquisa, talvez revelando uma abertura e uma naturalidade maior para falar de seus sentimentos pessoais e experiências.

Uma pergunta comum na análise qualitativa é o quanto o pesquisador está munido de preconceitos. Nenhum método é neutro e é muito difícil deixar de lado as opiniões previamente formadas sobre um fenômeno específico. Uma forma de aumentar a veracidade e confiabilidade dos resultados é ilustrar as categorias com recortes das entrevistas.

A natureza da experiência subjetiva é intrinsecamente individual e complexa. Contudo, quatro lacunas temáticas foram encontradas nos dados coletados. Estas foram a experiência do trauma, a experiência da dor, a experiência da recuperação e a experiência da incapacidade.

A maioria dos participantes relatou dor durante a sua experiência. O manejo da dor na chegada da ambulância é um fator que pode ser melhorado. O manejo da dor no hospital pode ser melhorado mais ainda. Conforme mencionado por de Rond *et al* (2001), muitos pacientes internados sofrem de dor que não é adequadamente manejada, as razões para isto sendo multifatoriais.

Existe uma vasta literatura em documentos científicos acerca sobre dor e alívio da dor. Vários estudos mostraram que os pacientes idosos não recebem medicação adequada para o alívio da dor e que não são administrados a eles os analgésicos que são solicitados (ELANDER, 1992; BELL, 1997; FELDT, 1998).

Da perspectiva dos pacientes, especialmente dos idosos, a dor é algo relacionado à enfermidade e à hospitalização e eles raramente reclamam sobre medicação inadequada para a dor devido à alta tolerância e/ou baixas expectativas (EGBERT, 1996; FRANCLE, 1996).

).

Prescrições “se necessário” são comuns nas fases tanto pré-operatória quanto pós-operatória. As enfermeiras aceitam tais prescrições sem questionar, mesmo se elas souberem que não é suficiente (FRANCLE, 1996).

Contudo, prescrições “se necessário” não são úteis nas fases agudas por dois motivos: a medicação é raramente administrada quando solicitada e, caso seja, é tarde demais. Os analgésicos devem ser dados para prevenir a dor, para tornar possível a mobilização do paciente tão logo quanto possível (EGBERT, 1996).

Num estudo feito por Walker (1994), as enfermeiras mostraram-se pessimistas em relação ao seu papel no manejo da dor. Elas se sentiam impotentes a menos que o médico auxiliasse e expressaram necessidade de mais tempo com os pacientes.

Os indivíduos limitados cognitivamente e os idosos estão no maior risco de serem tratados inadequadamente para a dor, por estarem impossibilitados ou relutantes em verbalizar sua dor. (YATES, 1995; BELL, 1997). Feldt *et al.* (1998) encontraram que limitação cognitiva e idade avançada influenciam fortemente a quantidade de analgésicos que as enfermeiras administram aos pacientes idosos após reparo cirúrgico da fratura de fêmur. Portanto, deve-se presumir que os pacientes estão com dor se a situação for potencialmente dolorosa, mesmo sem queixas verbais (EGBERT, 1996).

Espera-se que um paciente com fratura de fêmur esteja sentindo dor. Deveria ser rotina administrar analgésicos assim que eles chegam ao hospital, ou ainda na ambulância. O diagnóstico não necessariamente tem que ser confirmado por raios-X antes da administração da medicação.

Os sujeitos descreveram uma nova experiência de limitações físicas e independência destruída. A vida se tornou mais estreita em termos tanto físicos como psicológicos e sociais.

Além disso, os pacientes do estudo encontravam-se dependentes de outras pessoas e sentiam-se presos em casa. Todos os entrevistados também demonstraram sentimentos de insuficiência, relacionado a uma capacidade limitada de mover-se, e de perda da confiança em seus corpos. Eles tinham sentimentos de insegurança, fragilidade e medo.

Atividades triviais do cotidiano, como lavar, passar, cozinhar, varrer, sair de casa, fazer compras, todas se tornaram difíceis de serem realizadas. Os entrevistados vivenciaram esses acontecimentos como sendo inesperados, com grande impacto na autoconfiança.

O risco de morrer no ano subsequente à fratura de quadril é descrito na literatura, podendo alcançar valores entre 20 e 30% (VESTERGAARD, 2007; FRIHAGEN, 2007). Muitos pacientes morrem em decorrência de sua condição de saúde deteriorada, apesar do fato de que o tratamento cirúrgico foi considerado um sucesso. Deste modo, as experiências relatadas como de proximidade com a morte e medo de planejar o futuro devem ser vistas como uma reação realista a uma ameaça concreta.

Os entrevistados também demonstraram frustração e tristeza com o fato de que suas vidas haviam mudado, provavelmente nunca mais voltando a serem as mesmas de antes da fratura. Esses achados corroboram estudos prévios que

mostram que restrições físicas substanciais (van BALEN, 2001; MAGAZINER, 2000), dependência nas atividades de vida diária (RODER, 2003), limitações sociais (MOSSEY, 1989) e depressão (LENZE, 2007; MUTRAN, 1995) são comuns após uma

Bruggemann *et al.* (2007) relataram que os sentimentos de impotência poderiam levar a depressão após fratura do quadril e que a crença de pouco controle sobre a sua lesão está associada com maior risco de desenvolver sentimentos de impotência e sintomas depressivos.

Dessa forma, isto nos dá bases suficientes para a realização de screenings multiprofissionais visando encontrar sinais de humor depressivo, bem como elaborar intervenções apropriadas para serem implementadas precocemente no processo de reabilitação após a fratura de quadril.

Falando de outra forma, pode ser argumentado que uma fratura de quadril não envolve apenas um osso quebrado, mas também tem um impacto psicológico e social profundo, que os serviços de saúde deveriam incluir nos cuidados que oferecem.

Os resultados obtidos mostraram que uma fratura de fêmur pode ser vivida como uma manifestação distinta da idade avançada, incluindo uma variedade de atributos negativos concomitantes. Isto pode ser visto como um reflexo da atitude da sociedade frente aos idosos, os quais, em contraste com os jovens, são geralmente tachados com os atributos de inutilidade e um fardo para a sociedade (ANGUS, 2006).

O envelhecimento é de fato um momento onde muitas mudanças, importantes e estressantes, acontecem, como, por exemplo, a aposentadoria, doenças, incapacidades e separações, todas as quais impõem demandas e estresse ao indivíduo. Além disso, os fatores predominantes para a evocação do estresse são relatados como sendo perda ou separação, especialmente a perda de membros da

família, mas também perda de saúde (HOLMES, 1967). Pesquisas anteriores indicam uma relação entre aspectos do envelhecimento subjetivo com relação à saúde e às mudanças na saúde como razão mais frequentemente citada para o indivíduo começar a se sentir mais velho (SHERMAN, 1994).

Pressupostos e atitudes contra o envelhecimento também se tornaram parte do sistema de saúde. Um envelhecimento saudável pode ser visto como uma recompensa por uma vida de autocontrole e “vida correta”, enquanto a fragilidade e a dependência são vistas como conseqüências de um envelhecimento fracassado. De acordo com pesquisadores no mundo todo, espera-se que a “idade da dependência” ponha pressão na comunidade que teme o envelhecimento da população e se preocupa se existem recursos para arcar com os custos da população idosa em crescimento (ANGUS, 2006).

perceber o controle sobre sua saúde também pareceram influenciar a reabilitação do paciente (FURSTENBERG, 1988).

Fatores a serem considerados ao planejar o cuidado com pacientes incluem: O que aconteceu? Quais são as idéias e expectativas do paciente? Como este paciente estava vivendo antes da fratura? O que ele considera uma reabilitação de sucesso?

Também foi sugerido em estudos que a intervenção após a fratura do fêmur focalize na eficácia em reabilitar o indivíduo a realizar tarefas sem cair, isto associado com melhor funcionamento (FUZHONG, 2002).

Os resultados acentuam que a fratura não somente quebra o osso, mas deixa estilhaços sociais e existenciais.

REFERÊNCIAS

ÅBERG, A.C.; SIDENVALL, B.; HEPWORTH, M.; O'REILLY, K.; LITHELL, H. **On loss of activity and independence, adaptation improves life satisfaction in old age** – a qualitative study of patients' perceptions. *Quality of Life Research*, v. 14, n. 4, p. 1111-1125, 2005.

ADAMS, K.; CORRIGAN, J.M. **Priority areas for national action: transforming health care quality**. Washington, DC; National Academies Press, p. 64-65, 2003.

ALARCON, T.; GONZALEZ-MONTALVO, J.I.; BARCENA, A.; SAEZ, P. **Further experience of nonagenarians with hip fractures**. *Injury*, v. 32, p. 555-558, 2001.

ALMEIDA FILHO, N. Integração metodológica na pesquisa em saúde: nota crítica sobre a dicotomia quantitativo-qualitativo. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R.M.G.; GOMES, M.H.A. (Orgs.). **O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. p.143-56. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

ANDRÉ, M.E.D.A. Abordagens qualitativas de pesquisa: a pesquisa etnográfica e o estudo de caso. In: LUDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D.A. **A pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. cap. 2, p. 11-24. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1988.

ANGUS, J.; REEVE, P. **Ageism: A threat to "aging well" in the 21st century**. *J Appl Gerontol*, v. 25(2), p. 137-152, 2006.

ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: LTC, 1978.

AUSTRALIA DEPARTMENT OF HEALTH AND AGING (ADHC). Australia. **National falls prevention for older people initiative "StepOut with confidence"**. Australia: [s.n], 2001.

AZPITARTE, E.L. **Idade inútil? Como se preparar para tirar proveito da velhice**. São Paulo, Paulinas, 1995.

van BALEN, R.; STEYERBERG, E.W.; POLDER, J.J.; RIBBERS, T.L.; HABBEMA, J.D.; COOLS, H.J. **Hip fracture in elderly patients: outcomes for function, quality of life, and type of residence**. *Clin Orthop Relat Res*, v.390, p. 232-243, 2001.

BARROS, M. **Velhice ou terceira idade?** Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas, 1998.

BAUMANN, S. **Defying gravity and fear: the prevention of falls in community-Dwelling older adults.** Clinical Excellence for Nurse Practitioners, v. 3, p. 254–261, 1999.

BEAUVOIR, S.A. **Old age: a realidade incômoda.** São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1970.

BECKER, G.; ARNOLD, R. **The dilemma of difference – a multidisciplinary view of stigma.** Chapter 3: Stigma as a social and cultural construct, p. 39-57. Nova York e Londres: Plenum Press, 1986.

BECKER, R.C.; GEBHARD, F.; MUCHER, R.; SCHEIBLE, S.; NIKOLAUS, T. **Epidemiologie von stürzen älterer.** Z Orthop, v. 137, p.482-485, 1999.

BELL, M.L. **Postoperative pain management for the cognitively impaired older adult.** Seminary Perioperative Nursing, v. 6(1), p. 37-41, 1997.

BERGMAN, H.; BÉLAND, F.; PERRAULT, A. **The global challenge of understanding and meeting the needs of the frail older population** (editorial). Aging Clin Exp Res, v. 14(4), p. 223-225, 2002.

BERGMAN, H.; BÉLAND, F.; KARUNANANTHAN, S.; HUMME, L.S.; HOGAN, D.; WOLFSON, C. **Développement d'un cadre de travail pour comprendre et étudier la fragilité.** Gerontol Soc, v. 109, p. 15-29, 2004.

BINDER S. **Injuries among older adults: the challenge of optimizing safety and minimizing unintended consequences.** Injury Prevention, v. 8(Suppl 4). p. iv2-iv4, 2002.

BIRMAN, J. Futuro de todos nós: temporalidade, memória e terceira idade na psicanálise. In: Veras, R. **Um envelhecimento digno para o cidadão do futuro.** Rio de Janeiro: Relume-Dumará/UNATI/UERJ, 1995.

BLAU, P. M. **A theory of social integration.** The American Journal of Sociology, v. LXV, nº 6, p. 1-18, maio, 1960.

BOFF, L. **A Águia e a Galinha** – uma metáfora da condição humana. 23ª ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1999.

BORKAN, J.M.; QUIRK, M.; SULLIVAN, M. **Finding meaning after the fall**: injury narratives from elderly hip fracture patients. *Soc Sci Med*, v. 33(8), p. 947-957, 1991.

BORTZ II, W.M. **Disuse and aging**. *JAMA*, v. 248(10), p. 1203-1208, 1982.

BOSI, E. **Memória e sociedade**: lembrança de velhos. São Paulo: Companhia das Letras; 1994.

BOULT, C.; DOWD, B.; MCCAFFREY, D.; BOULT, L.; HERNANDEZ, R.; KRULEWITCH, H. **Screening elders for risk of hospital admission**. *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 41, p. 811-817, 1993.

BRUGGEMANN, L.; NIXON, R.D.; CAVENETT, T. **Predicting acute anxiety and depression following hip fracture**. *J Behav Med*, v. 30(2), p. 97-105, 2007.

CAMARANO, A. A. e EL GHAOURI, S. K. Idosos brasileiros: que dependência é essa? In: CAMARANO, A. A. **Muito Além dos 60**: os novos idosos brasileiros. Rio de Janeiro: IPEA, 1999. p. 281-306.

CAPRARA, A.; LANDIM, L.P. **Etnografia**: uso, potencialidades e limites na pesquisa em saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. v.12, n.25, p.363-76, abr./jun. 2008.

CAPRARA, A.; VERAS, M.S.C. **Hermenêutica e narrativa**: a experiência de mães de crianças com epidermólise bolhosa congênita. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.9, n.16, p.131-46, 2004.

CARDONA, V.D. e colaboradores. **Trauma Nursing**: From Resuscitation through Rehabilitation. 2ª edição. Philadelphia: [s.n], 1994.

CARRESE, J.; MULLANEY, J.; FADEN, R.; FINUCANE, T. **Planning for death but not serious future illness**: Qualitative study of household elderly patients. *British Medical Journal*, v. 325, n. 7356, p. 125-30, 2002.

CARVALHAES, N.; ROSSI, E.; PASCHOAL, S.; PERRACINI, N.; PERRACINI, M.; RODRIGUES, R.A.P. Quedas. In: **Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia**, São Paulo, 24 a 27 de junho de 1998. Consensos de gerontologia. São Paulo: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 1998. p. 5-18.

CARVALHO FILHO, E.T. e colaboradores. **Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica**. São Paulo: Editora Atheneu, 2000.

CASTELLS, M. **A era da informação: economia, sociedade e cultura – a sociedade em rede**. 7 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2003.

CHAIMOWICZ, F. **A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas**. Rev Saude Publica, v. 31(2), p. 184-200, 1997.

CHAIMOWICZ, F.; MARTINS, T.J.X.; ASSUMPÇÃO, D.F. **Use of psychoactive drugs and falls among older people living in a community in Brazil**. Revista de Saúde Pública, v. 34, p. 631-635, 2000.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez Editora, 1995.

CLARCK, G.S.; SIEBENS, H.C. Reabilitação Geriátrica. In: DELISA, J.A.; GANS, B.M. **Tratado de Medicina de Reabilitação: Princípios e Práticas**. cap. 39, p. 1013-1047. São Paulo: Manole, 2002.

CLARK, L.P.; DION, D.M.; BARKER, W.H. **Taking to bed: rapid functional decline in an independently mobile older population living in an intermediate-care facility**. Journal of the American Geriatrics Society, v. 38, p. 967-972, 1990.

CLOSS, S.J. **Pain and elderly patients: a survey of nurses knowledge and experiences**. Journal of Advanced Nursing, v. 23(2), p. 237-242, 1996.

CUNHA, U.G. de V.; GUIMARÃES, R.M. Sinais e sintomas do aparelho locomotor. In: GUIMARÃES, R.M.; CUNHA, U.G. de V. **Sinais e sintomas em geriatria**. p. 141-154. Rio de Janeiro: Revinter, 1989.

DEBERT, G.G. **A reinvenção da velhice**. São Paulo: Edusp; 1999.

DEBERT, G.G. A antropologia e o estudo dos grupos e das categorias de idade. In: Barros, M. **Velhice ou terceira idade?** Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas, 1998.

DUARTE, L.T. **Envelhecimento: processo biopsicossocial.** 2002. Monografia (Curso Virtual Educación para el envejecimiento) – PsicoMundo, 2002.

DUARTE, Y.A.O. O processo de envelhecimento e a assistência ao idoso. In: BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Manual de enfermagem.** p. 185. Brasília: IDS-USP-MS, 2001.

EGBERT, A.M. **Postoperative pain in the management in the frail elderly.** Clinics in Geriatric Medicine, v. 12(3), p. 583-598, 1996.

ELANDER, G.; HELLSTRÖM, G. **Analgesic administration in children and adults following open heart surgery.** Scandinavian Journal of Caring Sciences, v. 6(1), p. 17-21, 1992.

ELDAR, R.; TAMIR, A.; SUSAK, Z. **Determinants of rehabilitation following fracture of the hip in elderly patients.** Clinical Rehabilitation, v. 9, p. 184-189, 1995.

EKMAN, I.; EHNFORSS, M. NORBERG, A. **The meaning of living with severe chronic heart failure as narrated by elderly people.** Scand. Journal Caring. Sci., nº14, p. 130-136, 2000.

FABRÍCIO, S.C.C.; RODRIGUES, R.A.P.; COSTA JUNIOR, M.L. **Causas e conseqüências de quedas de idosos atendidos em hospital público.** Revista de Saúde Pública, v. 38(1), p. 93-99, 2004.

FEITOSA, L. **Humanização nos Hospitais.** Fortaleza: Premius, 2001.

FELDT, K.S.; RYDEN, M.B.; MILES, S. **Treatment of pain in cognitive and impaired compared with cognitively intact older patients with hip-fracture.** Journal of the American Geriatric Society, v. 46(9), p. 1079-1085, 1998.

FERREIRA, A. B. de H. **Dicionário Aurélio B.Á.S.I.C.O.** 1ª ed. Fortaleza: Ed. Nova Fronteira, 1998.

FERRUCCI, L.; GURALNIK, J.M.; CAVAZZINI, C. et al. **The frailty syndrome: a critical issue in geriatric oncology.** Crit Rev Oncology/Hematology, v. 46, p. 127-137, 2003.

FISHER, A.L. **Just what defines frailty?** (editorial) Journal of the American Geriatrics Society, v. 53(12), p. 2229-2230, 2005.

FOGAÇA, M.C.C.B.H. **Cabe também ao idoso a mudança da imagem sobre o velho.** 2005. Disponível em: <<http://www.cristinafogaca.com/32/6425.html>>. Acessado em: 01 setembro 2008.

FRANÇA, L.S. **Quando o entardecer chega...** o envelhecimento ainda surpreende muitos. 2002. Disponível em: <<http://www.guiarh.com.br/pp46.html>>. Acessado em: 01 setembro 2008.

FRANCO, S.G. **Hermenêutica e psicanálise na obra de Paul Ricoeur.** São Paulo: Loyola, 1995.

FRANCKE, A.L.; GARSSEN, B.; ABU-SAAD, H.H.; GRYPDONCK, M. **Qualitative needs assessment prior to a continuing education program.** Journal of Continuing Education in Nursing, v. 27(1), p. 34-41, 1996.

FREDMAN, L.; HAWKES, W.G.; BLACK, S.; BERTRAND, R.M.; MAGAZINER, J. **Elderly patients with hip fracture with positive affect have better functional recovery over 2 years.** J Am Geriatr Soc. V. 54(7), p.1074-1081, 2006.

FRIED, L.P.; HERDMAN, S.J.; KUHN, K. et al. **Preclinical disability: hypotheses about the bottom of the iceberg.** Journal of Aging Health, v. 3, p. 285-300, 1991.

FRIED, L.P.; TANGEN, C.M.; WALSTON, J.; NEWMAN, A.B.; HIRSCH, C.; GOTTDIENER, J. et al. **Frailty in older adults: Evidence for a phenotype.** Journal Gerontology A Biol Sci Med Sci, v. 56(3), p. M146-156, 2001.

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.** 5ª ed. p. 1487-1502. Nova York: MacGraw-Hill, 2003.

FRIES, J.F. Aging, natural death and the compression of morbidity. New England Journal of Medicine, v. 303, p. 130-135, 1980.

FRIHAGEN, F.; NORDSLETTEN, L.; MADSEN, J.E. **Hemiarthroplasty or internal fixation for intracapsular displaced femoral neck fractures**: randomised controlled trial. *British Medical Journal*, v. 335, p. 1251–1254, 2007.

FULLER, G.F. **Falls in the elderly**. *American Family Physician*, v. 61, p. 2159-2168, 2000.

FURSTENBERG, A-L. **Attributions of control by hip fracture patients**. *Health and Soc Work*, v. Winter, p. 43-8, 1988.

FUZHONG, L.; MCAULEY, E.; FISHER, K.J.; HARMER, P.; CHAUMETON, N.; WILSON, N.L. **Self-efficacy as a mediator between fear of falling and functional ability in the elderly**. *J Aging Health*, v. 14(4), p. 452-466, 2002.

GAWRYSZEWSKI, V.P.; MELLO JORGE, M.H.P.; KOIZUMI, M.S. **Mortes e internações por causas externas entre os idosos no Brasil**: o desafio de integrar a saúde coletiva e atenção individual. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 50(1), p. 97-103, 2004.

GEANELLOS, R. Exploring Ricoeur's hermeneutic theory of interpretation as a method of analysing research texts. *Nursing Inquiry*. v. 7. p. 112-119, 2000.

GEUSENS, P.; AUTIER, P.; BOONEM, S.; VANHOOF, J.; DECLERCK, K.; RAUS, J. The relationship among history of falls, osteoporosis, and fractures in postmenopausal women. *Archives of Physical Medical Rehabilitation*, v. 83(7), p. 903-906, 2002.

GIL, A. C. **Como elaborar um projeto de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1996.

GILL, T.M.; GAHBAUER, E.A.; ALLORE, H.G. et al. Transitions between frailty states among community-living older persons. *Archives of Internal Medicine*, v. 166, p.418-423, 2006.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.

GORDILHO, A. et al. **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso**. *Bahia Análise & Dados*, v. 10(4), p. 138-153, 2001.

HAMERMAN, D. Toward an understanding of frailty. *Annals of Internal Medicine*, v.130(11), p. 945-950, 1999.

HANNAN, E.L.; MAGAZINER, J.; WANG, J.J. et al. **Mortality and locomotion 6 months after hospitalization for hip fracture**: risk factors and risk-adjusted hospital outcomes. *JAMA*, v. 285, p. 2736-2742, 2001.

HERSHKOVITZ, A.; KALANDARIOV, Z.; HERMUSH, V.; WEISS, R.; BRILL, S. **Factors affecting short-term rehabilitation outcomes of disabled elderly patients with proximal hip fracture**. *Arch Phys Med Rehabil*, v. 88(7), p. 916-921, 2007.

HOBBSAWM, E. **Sobre História**. São Paulo: Cia das Letras, 1998.

HOFLAND, S.L. **Elder beliefs**: block to pain management. *Journal of Gerontological Nursing*, v. 18(6), p. 19-23, 1992.

HOGAN, D.B.; MCKNIGHT, C.; BERGMAN, H. et al. **Models, Definition and Criteria of Frailty**. *Ag Clin Exp Res*, v. 15(3), p. 3-29, 2003.

HOLMES, T.H.; RAHE, R. **The social readjustment rating scale**. *J Psychosom Res* v. 11, p. 213–218, 1967.

HORAN, M.A. Presentation of disease in old age. In: BROCKLEHURST, J.C.; TALLIS, R.C.; FILLIT, H.M. **Textbook of geriatric medicine and gerontology**. 4a ed. Nova York: Churchill Livingstone, 1992.

HOUAISS, A (editor), CARDIM, I. et al. **Webster's dicionário Inglês-Português**. Rio de Janeiro: Record, 1987.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico 2000**. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/tabelabrasil111.shtm>> Acessado em 16 de agosto de 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil**. Rio de Janeiro, 2000.

INSTITUTO DOUTOR JOSÉ FROTA (IJF). Fortaleza, Brasil. 2001. Disponível em: <<http://www.ijf.ce.gov.br/paginas/dadosestatisticos2.html#8>>. Acessado em: 12 setembro 2008.

JACOB-FILHO, W.; FLÓ, C.; MONACO, T. Evidências em Gerontologia. In: JACOB-FILHO, W.; FLÓ, C.; SANTARÉM, J.M.; MONACO, T. **Atividade Física e Envelhecimento Saudável**, p. 03; 23-26. São Paulo: Atheneu, 2006.

KALACHE, A.; VERAS, R.P.; RAMOS, L.R. **O envelhecimento da população mundial**: um desafio novo. Revista de Saúde Pública, v. 21, p. 200-210, 1987.

KASTENBAUN, R. (org) **Velhice**: anos de plenitude. São Paulo: Harper, 1981.

KAY, P.D.; TIDEIKSAAR, R. Quedas e distúrbios de marcha. In: ABRAMS, W.B; BERKOW, R. **Manual Merck de Geriatria**. São Paulo: Roca; 1995.

KINSELLA, K.G. **Future longevity**: demographic concerns and consequences. Journal of the American Geriatrics Society, v. 53, p. S299-S303, 2005.

KÖBERLE, G.; MIRANDA, J.B.; YAMANAKA, E.; GRAVA, A.L.S.; BELANGERO, W.D. **Fraturas do acetábulo**: estudo dos resultados clínicos do tratamento cirúrgico precoce e tardio. Rev Bras Ortop, v. 28, n. 6, 1993.

KOMATSU, R.S. **Incidência de fraturas do fêmur proximal em Marulha, São Paulo**, Brasil, 1994 e 1995 (Dissertação) UNIFESP, São Paulo, 1998.

KVIGNE, K.; KIRKEVOLD, M. **Living with bodily strangeness**: women's experiences of their changing and unpredictable body following a stroke. Qual Health Res, v. 13, p. 1291–310, 2003.

LAWLER, K. **Pain assessment**. Professional Nurse Supplement, v. 13, p.55–58, 1997.

LEININGER, M.M. **Care, the essence of nursing and health**. Thorofare, NJ: Slack, 1984.

LEININGER M.M. **Culture care diversity and universality**: a theory of nursing. New York: National League for Nursing Press, 1991.

LENZE, E.J.; MUNIN, M.C.; DEW, M.A.; ROGERS, J.C.; SELIGMAN, K.; MULSANT, B.H. **Adverse effects of depression and cognitive impairment on rehabilitation participation and recovery from hip fracture.** *Int J Geriatr Psychiatry*, v. 19(5), p. 472-478, 2004.

LENZE, E.J.; MUNIN, M.C.; SKIDMORE, E.R.; DEW, M.A.; ROGERS, J.C.; WHYTE, E.M. **Onset of depression in elderly persons after hip fracture: implications for prevention and early intervention of late-life depression.** *J Am Geriatr Soc*, v. 55(1), p. 81-86, 2007.

MAGAZINER, J.; HAWKES, W.; HEBEL, J.R.; ZIMMERMAN, S.I.; FOX, K.M.; DOLAN, M. **Recovery from hip fracture in eight areas of function.** *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, v. 55, n. 9, p. M498-507, 2000.

MAKITALO, A.; SALJO, R. **Talk in institutional context and institutional context in talk.** *Categories as situated practices*. v. 22, p. 57–82, 2002.

MARKLE-REID, M.; BROWNE, G. **Conceptualizations of frailty in relation to older adults.** *Journal Advanced Nursing*. v. 44(1), p. 58-68, 2003.

MAROTTOLI, R.; BERKMAN, L.; COONEY, L. **Decline in physical function following hip fracture.** *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 40, p. 861–866, 1992.

MARTINS, V.M.C. **Quedas em pacientes geriátricos.** p. 51. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública - Fundação Oswaldo Cruz; 1999.

MASUD, T.; MORRIS, R.O. **Epidemiology of falls.** *Age and Ageing*, v. 30-s4. p. 3-7, 2001.

MATSUDO, S.M.; MATSUDO, V.K.R.; NETTO, T.L. de B. **Impacto do envelhecimento nas variáveis antropométricas, neuromotoras e metabólicas da aptidão física.** *Revista Brasileira Ciência e Movimento*. Brasília, v. 8, n. 4, p. 21-32, set. 2000.

MENEZES, A.M.B. de **O aluno surdo e o aprendizado em Geografia: possibilidades pedagógicas.** 1992. (Monografia) – UNIFOR, Fortaleza, 1992.

MICHAELIS Dicionário Inglês-Português/Português-Inglês. Rio de Janeiro: Melhoramentos, 2000.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes, 1996.

MINAYO, M.C.S.; MINAYO-GÓMEZ, C. Dífceis e possíveis relações entre métodos quantitativos e qualitativos nos estudos de problemas de saúde. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R.M.G.; GOMES, A.M.H. (Orgs.). **O clássico e o novo**: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. p.117-42. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E.R. Violência contra idosos: é possível prevenir. In: **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Brasil. Disponível em <www.datasus.gov.br>. Acessado em: 19 agosto 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Brasil. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. **Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem**. 2ª ed. Volume 1. Brasília: Ministério da Saúde, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Brasil. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**. Brasília, 2001.

MOR, V. **The compression of morbidity hypothesis**: a review of research and prospects for the future. Journal of the American Geriatrics Society, v. 53, p. S308-S309, 2005.

MORAGAS, R. **Gerontologia social**: envelhecimento e qualidade de vida. São Paulo: Paulinas, 1997.

MOREIRA, M.M. **O envelhecimento da população brasileira**: intensidade, feminização e dependência. Revista Brasileira de Estudos Populacionais. v. 15, p.79-93. Brasília, 1998.

MORSE, J.; O'BRIEN, B. **Preserving self**: from victim, to patient, to disabled person. *Journal of Advanced Nursing*, v. 21, p. 886–896, 1995.

MOSSEY, J.M.; MUTRAN, E.; KNOTT, K.; CRAIK, R. **Determinants of recovery 12 months after hip fracture**: the importance of psychosocial factors. *American Journal of Public Health*, v. 79(3), p. 279-86, 1989.

MOURA, R.N.; SANTOS, F.C.; DRIEMEIER, M.; SANTOS, L.M.; RAMOS, L.R. **Quedas em idosos**: fatores de risco associados. *Gerontologia*, v. 7(2), p. 15-21, 1999.

MUTRAN, E.J.; REITZES, D.C.; MOSSEY, J.; FERNANDEZ, M.E. **Social support, depression, and recovery of walking ability following hip fracture surgery**. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, v. 50(6), p. S354-61, 1995.

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

NEGRI, L.S.A.; RUY, G.F.; COLLODETTI, J.B. et al. **Aplicação de um instrumento para detecção precoce e previsibilidade de agravos na população idosa**. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 9(4), p. 1033-1046, 2004.

NORMAN, P.; BENNETT, P. Health locus of control. In: CONNER, M.; NORMAN, P. **Predicting health behaviour**. Buckingham: Open University Press, 1996.

NOVAES, M.H. **Psicologia da terceira idade**: conquistas possíveis e rupturas necessárias. 2ª ed. Rio de Janeiro: NAU, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **La atención de los ancianos**: um desafio para los años noventa. Publicación científica n° 546, 1994.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE – OPAS/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. p. 7-12. Brasília, 2005.

PAINE, C.H.; ELLIS, F.; SMITH, J.C. **Carcinoma of the renal pelvis**: a new technique for treatment of frail patient. *Journal of Urology*, v. 104, p. 808-809, 1970.

PAIVA, V.M.B. **A velhice como fase do desenvolvimento humano.** Revista de Psicologia. v. 4, n. 1, p. 15-23, jan./jun 1986.

PAPALÉU NETTO, M. **Gerontologia:** a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 2002.

PEREIRA, S.R.M.; BUKSMAN, S.; PERRACINI, M.; PY, L.; BARRETO, K.M.L.; LEITE, V.M.M. **Quedas em idosos.** Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2001.

PERRACINI, M.R.; RAMOS, L.R. **Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade.** Revista de Saúde Pública, v. 36(6), p. 709-16, 2002.

PIKUNAS, J. **Desenvolvimento humano:** uma ciência emergente. 3ª ed. São Paulo: McGraw-Hill, 1981.

PINHEIRO, R.S. **Estudo sobre variações no uso de serviços de saúde:** abordagens metodológicas e a utilização de grandes bases de dados nacionais. 1999. (Tese) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

POPE, C.; MAYS, N. (Eds.). **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde.** Rio de Janeiro: Artmed, 2005.

PY, L. **Testemunhas vivas da história.** Rio de Janeiro: NAU, 1999.

QUINE, S.; HELBY, L.; CAMERON, I.; LYLE, D. **Carer burden after proximal femoral fracture.** Disability and Rehabilitation, v. 16, p. 191–197, 1994.

RAMOS, L.R. A mudança de paradigma na saúde e o conceito de capacidade funcional. In: RAMOS, L.R. **Guia de geriatria e gerontologia.** p. 01-06. São Paulo: Manole, 2005.

RAMOS, L.R. **Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano:** Projeto Epidoso. Caderno de Saúde Pública, v. 19(3), p.793-798, 2003.

RICOEUR, P. **Teoria da interpretação.** Porto, Portugal: Porto, 1995.

ROCKWOOD, K.; STADNYK, K.; MACKNIGHT, C.; MCDOWELL, I.; HEBERT, R.; HOGAN, D. **A brief clinical instrument to classify frailty in elderly people.** Lancet, v. 353, p. 205-206, 1999.

RODER, F.; SCHWAB, M.; ALEKER, T.; MORIKE, K.; THON, K.P.; KLOTZ, U. **Proximal femur fracture in older patients:** rehabilitation and clinical outcome. Age Ageing, v. 32(1), p. 74-80, 2003.

RODRIGUES, R.A.P.; DIOGO, M.J.D.(orgs). **Como cuidar dos idosos.** Campinas: Papiros Editora, 1996.

de ROND, M.; de WIT, R.; van DAM, F. **The implementation of a pain monitoring programme for nurses in daily clinical practice:** results of a follow up study in five hospitals. Journal of Advanced Nursing, v. 35, p. 590–598, 2001.

ROSALDO, R. **Culture & truth: the remaking of social analysis.** Boston: Beacon Press, 1993.

ROZENFELD, S. **Reações Adversas aos Medicamentos na Terceira Idade:** As Quedas como Iatrogenia Farmacoterapêutica. 1997. (Tese) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.

SAKAKI, M.H.; OLIVEIRA, A.R.; COELHO, F.F.; LEME, L.E.G.; SUZUKI, I.; AMATUZZI, M.M. **Estudo da mortalidade na fratura do fêmur proximal em idosos.** Acta Ortopédica Brasileira, v. 12, nº 004, p. 242-249, São Paulo: Instituto de Ortopedia e Traumatologia, out/dez 2004.

SALGADO, M.A. **Conceituação de velhice.** 2002. Disponível em: <<http://www.intelecto.net/cidadania/marcelo.html>>. Acessado em: 12 maio 2008.

SALKELD, G.; CAMERON, I.; CUMMING, R.; EASTER, S.; SEYMOUR, J.; KURRLE, S.; QUINE S. British Medical Journal, v. 320, p. 341–345, 2000.

SANTARÉM, J.M. **Promoção da saúde do idoso:** a importância da atividade física. 2007. Disponível em: <<http://www.saudetotal.com/saude/musvida/idoso.html>>. Acesso em: 30 abril 2008.

SANTOS, G.A. **O envelhecimento bem sucedido**. 2002. Disponível em: <http://www.annex.com.br/colunas/comportamento/gerardemer_imp.asp>. Acessado em 08 julho 2008.

SATTIN, R.W. **Falls among older persons**: A public health perspective. Annual Review of Public Health, v. 13, p. 489-508, 1992.

SCHACHTER-SHALOMI, Z.; MILLER, R. **Mais velhos, mais Sábios**. Rio de Janeiro: Campus, 1996.

SHANKAR, K.; RANDAL, K.; NAYAK, N.N. Exercícios para idosos. In: SHANKAR, K. **Prescrição de exercícios**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2002.

SHAW, C. **A framework for the study of coping, illness behaviour and outcomes**. J Adv Nurs, v. 29(5), p. 1246-1255, 1999.

SHERMAN, S.R. **Changes in age identity**: self percetions in middle and late life. J Aging Studies, v. 8(4), p. 397-412, 1994.

SINGER, D. **Psicoanálisis y gerontologia**. Revista Kairós/Gerontologia (Caderno Temático 2 – Psicogerontologia: contribuições da psicanálise ao envelhecimento). PUC-SP: EDUC, 2002.

SOUZA, E.R.; FORTUNA, F.F.P.; PEREIRA, M.C. **Extremo da vida sob a mira da violência**: mortalidade de idosos no estado do Rio de Janeiro. Gerontologia, v. 6(2), p.66-73, 1998.

STEVENS, J.Á.; THOMAS, T.A. **Major causes of unintentional injuries among older persons**. Atlanta: National Center for Injury Prevention and Control, 1996.

STUDENSKI, S. Quedas. In: CALKINS, E.; FORD, A.D.; KATZ, P.R. **Geriatría Prática**. 2a ed. p. 227-3. Rio de Janeiro: Revinter, 1997.

TEIXEIRA, I.N.D.O.; NÉRI, A.L. A fragilidade no envelhecimento: fenômeno multidimensional, multideterminado e evolutivo. In: FREITAS, E.V., PY, L., CANÇADO, F.A.X. et al (editores) **Tratado de Geriatría e Gerontologia**. p. 1102-108. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

TINETTI, M.E. **Prevention of falls and fall injuries in elderly persons: a research agenda.** Preventive Medicine, v. 23, p. 756-762, 1994.

TORNSTAM, L. **The quo vadis of gerontology:** On the scientific paradigm of gerontology. The Gerontologist, v. 32, p. 318-326, 1992.

TRINKAUS, E., ZIMMERMAN, M.R. **Trauma among the shanidar Neanderthals.** American Journal Phys Anthropology, v. 57, p. 61-76, 1982.

VAN BALEN, R.; STEYERBERG, E.W.; POLDER, J.J.; RIBBERS, T.L.; HABBEMA, J.D.; COOLS, H.J. **Hip fracture in elderly patients:** outcomes for function, quality of life, and type of residence. Clinical Orthopedics , v. 390, p. 232-243, 2001.

VERAS, R. **Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso:** revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. Caderno de Saúde Pública, v. 19(3), p. 705-715, 2003.

VESTERGAARD, P.; REJNMARK, L.; MOSEKILDE, L. **Has mortality after a hip fracture increased?** Journal of the American Geriatrics Society, v. 55, p. 1720–1726, 2007.

VOSHAAR, R.C.; BANERJEE, S.; HORAN, M.; BALDWIN, R.; PENDLETON, N.; PROCTOR, R. **Predictors of incident depression after hip fracture surgery.** Am J Geriatr Psychiatry, v.15(9), p. 807-814, 2007.

WALKER, J.M. Caring for elderly people with persistent pain in the community: a qualitative perspective on the attitudes of patients and nurses. Health and Social Care, v. 2, p. 221-228, 1994.

WALKER, J.M.; AKINSANYA, J.A.; DAVIES, B.D.; MARCER, D. The nursing management of elderly patients with pain in the community: study and recommendations. Journal of Advanced Nursing, v. 15, p. 1154-1161, 1990.

WALSTON, J., HADLEY, E.C.; FERRUCCI, L. et al. **Research agenda for frailty in older adults:** toward a better understanding of physiology and etiology. Journal of the American Geriatrics Society, v. 54, p. 991-1001, 2006.

WALSTON, J.; MCBURNIE, M.A.; NEWMAN, A. et al. **Frailty and activation of the inflammation and coagulation systems with and without clinical comorbidities.** Archives of Internal Medicine, v. 162, p. 2333-2341, 2002.

WILSON, J.F. **Frailty and its dangerous effects might be preventable**. *Annals of Internal Medicine*, v. 141(6), p. 489-492, 2004.

YATES, P.; DEWAR, A.; FENTIMAN, B. **Pain**: the views of elderly people living in long-term residential care settings. *Journal of Advanced Nursing*, v. 21(4), p. 667-74, 1995.

APÊNDICES

APÊNDICE I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Universidade Estadual do Ceará
 Pesquisa: Envelhecimento E Fragilidade: Uma Pesquisa Qualitativa Com Idosos Que
 Vivenciaram Fratura de Fêmur Decorrente de Queda

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Bruno Souza Benevides, pretendo desenvolver uma pesquisa cujo objetivo é compreender as experiências de idosos com fragilidade devida a fratura de fêmur ocasionada por queda, o cotidiano deles, suas vivências e relações familiares, bem como o processo de transformação física e social no decorrer cronológico da incapacidade.

Com isto pretendemos avaliar melhor as mudanças de vida dos idosos que passaram por esse processo, para podermos propor meios de melhorias a estas pessoas e aos demais idosos.

A pesquisa consiste em entrevistas abertas, gravadas em forma de fitas cassete. Informamos que garantiremos o anonimato e segredo quanto à identidade e as informações prestadas; não divulgaremos seu nome, nem qualquer informação que possa identificá-lo(a) ou que esteja relacionado(a) a sua intimidade. Caso aceite participar, não haverá qualquer prejuízo para o(a) senhor(a) em face das informações fornecidas.

Durante o andamento da pesquisa, se por qualquer motivo resolver desistir, terá toda liberdade para retirar seu consentimento. Em caso de dúvidas favor contatar com o pesquisador Bruno Souza Benevides pelo telefone (0XX85)99888899.

O Comitê de Ética encontra-se disponível para esclarecer dúvidas em relação a sua participação na pesquisa no telefone: _____.

Eu, _____
 após ter sido devidamente esclarecido(a) pelo pesquisador e entendido o que me foi explicado concordo em participar do presente protocolo de pesquisa.

Fortaleza-CE., _____/_____/_____.



Digital

 Assinatura do Participante

 Assinatura do Pesquisador

 Testemunha

ANEXOS



Universidade Estadual do Ceará
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
 Av. Paranjana, 1700 Campus do Itaperi CEP. 60.740-000 Fortaleza-Ce
 Fone: 3101 9890 E-mail: cep@uece.br

UECE

Fortaleza (CE), 05 de novembro de 2008

Título: Envelhecimento e fragilidade: uma pesquisa qualitativa com idosos que vivenciaram fratura de fêmur decorrente de queda.

Processo Nº-08386898-4 FR 222354

Nome: Bruno Souza Benevides. **Orientador:** Prof. Dr. Andréa Caprara.

P A R E C E R

O objetivo geral do estudo é compreender as exigências de idosos com fragilidade devido à fratura de fêmur ocasionada por queda, o cotidiano deles, suas vivências e relações familiares, bem como o processo de transformação física e social no decorrer cronológico da incapacidade. Esse é um estudo qualitativo e também descritivo e exploratório, tendo como intuito registrar, analisar e descrever os fatos de interesse. Sujeito de estudo e campo de investigação. Participarão deste estudo idosos, portanto com 60 ou mais anos de idade, que sofreram fratura de fêmur proximal devida a queda. Entre o episódio e o momento da entrevista, deverão ter se passado no mínimo um mês e no máximo seis. Serão excluídos desta pesquisa idosos com déficit cognitivo em estágio que impeça a coleta de dados de forma satisfatória. Também não serão incluídos aqueles que, após serem contatados, se neguem a participar da pesquisa. Como meio de chegar a esses idosos, será consultado o cadastro de pacientes do Instituto Doutor José Frota (IJF), localizado na cidade de Fortaleza, Ceará. A partir da identificação dos pacientes serão selecionados trinta idosos, residentes na cidade de Fortaleza. Posteriormente, um contato pessoal do pesquisador será feito buscando informar o entrevistado acerca de estudo e dos aspectos éticos da pesquisa. Em um terceiro contato, será realizado a entrevista, sendo os idosos entrevistados em seus domicílios. Será utilizada neste estudo a técnica de entrevista aberta aprofundada. A entrevista terá como enfoque as questões principais acerca da vida do idoso antes e depois do episódio da queda. A perspectiva hermenêutica será utilizada na análise das falas dos sujeitos, coletadas através das entrevistas. Foi escolhido como método a análise de narrativa inspirada na teoria de interpretação de Paul Ricoeur (1995). O orçamento está explícito sendo financiado pelos pesquisadores. O TCLE para as entrevistas dos idosos está adequado ao projeto.

O projeto está bem estruturado e é relevante havendo retorno para o sujeito e a comunidade. Ele atende aos ditames da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS e, portanto, está aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UECE.

Prof. Dra. Diana Célia Sousa Nunes Pinheiro
 Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da UECE



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA
 COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA
 Aprovado pela Carta 1193 CONEP/CNS/MS
 Em 17 de outubro de 2005



Fortaleza, 03 de novembro de 2008

Título: ENVELHECIMENTO E FRAGILIDADE: UMA PESQUISA QUALITATIVA COM IDOSOS QUE VIVENCIARAM FRATURA DE FÊMUR DECORRENTE DE QUEDA

Processo N°: 19417/08

Nome: BRUNO SOUZA BENEVIDES

PARECER

O projeto tem como objetivo compreender as experiências de idosos com fragilidade devida a fratura ocasionada por queda, o cotidiano deles, suas vivências e relações familiares, bem como o processo de transformação física e social no decorrer cronológico da incapacidade.

Em termos metodológicos, trata-se de estudo qualitativo, descritivo e exploratório a ser desenvolvido em um hospital de emergência referência em traumatologia para a região Norte/Nordeste do país.

Com respeito aos aspectos éticos, o estudo será desenvolvido em duas etapas, sendo a primeira documental e a segunda mediante entrevista aos sujeitos. O protocolo de pesquisa incluiu o Termo de Fiel Depositário e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, nos quais esclarece ao responsável pelos dados a serem coletados, os objetivos da pesquisa, bem como a aceitação da recusa ou desistência, no momento que assim desejar.

No protocolo consta ainda o instrumento a ser utilizado para coleta dos dados, estando este adequado aos objetivos e metodologia.

O projeto está bem estruturado e é relevante havendo retorno para o sujeito e comunidade. O projeto atende aos ditames da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS e, portanto está **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisas do Instituto Dr. José Frota – CEP-IJF.

Luciene Miranda de Andrade

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Dr. José Frota (IJF)

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)