

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

**A tessitura de resiliência em idosos em processo de fragilização: a construção
de superações, “apesar de”**

por

Daniel Rocha Silveira

Belo Horizonte

Março/2018

TESE DSC-IRR D.R. SILVEIRA 2018
--

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

A tessitura de resiliência em idosos em processo de fragilização: a construção de superações, “apesar de”

por

Daniel Rocha Silveira

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto René Rachou com vistas à obtenção do Título de Doutor em Saúde Coletiva na área de concentração Ciências Humanas e Sociais em Saúde.

Orientação: Dra. Josélia Oliveira Araújo Firmo

Coorientação: Dra. Karla Cristina Giacomin

Belo Horizonte

Março/2018

Catálogo-na-fonte

Rede de Bibliotecas da FIOCRUZ

Biblioteca do IRR

CRB/6 1975

S587t
2018 Silveira, Daniel Rocha.
A tessitura de resiliência em idosos em processo de fragilização: a construção de superações, “apesar de” / Daniel Rocha da Silveira. – Belo Horizonte, 2018

VIII, 101 f.: il.; 210 x 297mm.

Bibliografia: f. 81-90

Tese (Doutorado) – Tese para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto René Rachou. Área de concentração: Ciências Humanas e Sociais em Saúde

1. Saúde do Idoso/classificação 2. Fragilidade 3. Resiliência
I. Título. II. Firmo, Josélia Oliveira Araújo (Orientação). III. Giacomini, Karla Cristina (Coorientação)

CDD – 22. ed. – 305.26

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

A tessitura de resiliência em idosos em processo de fragilização: a construção de superações, “apesar de”

Daniel Rocha Silveira

Tese avaliada pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

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

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

Prof^ª. Dr^ª. Efigênia Ferreira (UFMG) – Titular

Prof^ª. Dr^ª. Celina Maria Modena (FIOCRUZ Minas) – Titular

Prof^ª. Dr^ª. Denise Nacif Pimenta (FIOCRUZ Minas) – Titular

Prof. Dr. Wagner Jorge dos Santos (FIOCRUZ Minas) – Suplente

Tese defendida e aprovada em: 01/03/2018

“No meio da pedra, tinha um caminho”
“a fragilidade do equilíbrio”

(João Diniz, 2014, “Aforismos experimentais, p. 82 e 106)

“Nem tudo é dias de sol,
E a chuva, quando falta muito, pede-se.
Por isso tomo a infelicidade com a felicidade
Naturalmente, como quem não estranha
Que haja montanhas e planícies
E que haja rochedos e erva...”

O que é preciso é ser-se natural e calmo
Na felicidade ou na infelicidade,
Sentir como quem olha,
Pensar como quem anda,
E quando se vai morrer,
lembrar-se de que o dia morre,
E que o poente é belo e é bela a noite que fica...
Assim é e assim seja...”

(Fernando Pessoa, 1980, p.151, em seu livro “O eu profundo e outros eus”, no poema “O guardador de rebanhos”, parte XXI)

Dedicatória

Dedico este trabalho de pesquisa aos meus pais Otaviano & Heloisa; meus irmãos Felipe & Suzana; aos amigos Leonardo Dumont, Martha Iglesias, Rodrigo Nicolato, Jussara Mendonça Alvarenga, Climene Mendonça, Valéria Slon, Adnaldo Cardoso, Rafael Vieira, Luciano Sepúlveda.

Agradecimentos

Aos idosos participantes dessa pesquisa, que viabilizaram a nossa reflexão, contribuindo para nosso amadurecimento e humanização.

Às minhas orientadoras Dra. Josélia Firmo e Dra. Karla Giacomini pelo competente trabalho de orientação construído com sensibilidade e profissionalismo – na consciência de quem vê o cenário amplo.

À Dra. Zélia Maria Profeta da Luz, pela presença e inspiração, alegria, entusiasmo e esperança: concretude na construção da vida-saúde, inserida em nosso processo histórico, em humanismo pragmático.

À professora Dra. Alice Delerue Matos, pela contribuição fundamental na construção do projeto de pesquisa: acreditando em meu potencial, motivando, ensinando e acompanhando - especialmente na disciplina sobre construção de projetos de pesquisa em envelhecimento.

À professora Dra. Rosângela Correa Dias, pela acolhida ao disponibilizar o acesso à rede FIBRA em Belo Horizonte.

À professora Dra. Celina Maria Modena, pelo olhar carinhoso que ambientou uma aprendizagem significativa.

Às professoras Dra. Josélia Oliveira Araújo Firmo, Dra. Marcella Guimarães Assis, Dra. Efigênia Ferreira, Dra. Celina Maria Modena e Dra. Denise Nacif Pimenta, pela enriquecedora presença na banca examinadora, proporcionando uma aprendizagem significativa na experiência da defesa desta tese.

Aos professores Dr. Miguel Mahfoud e Dr. José Paulo Giovanetti, que, ao contribuírem de forma fundamental para minha formação, incluindo respectivamente o mestrado em Psicologia Social sobre resiliência e Viktor Frankl, e a especialização em Psicologia Existencial-Fenomenológica e Gestáltica, lançaram as bases que propiciaram alcançar e construir esta tese.

Ao colega Dr. Wagner Jorge dos Santos, pela contribuição na formatação do volume da tese.

À Sra. Patrícia da Conceição Parreiras, pela disponibilidade e suporte efetivo na secretaria de ensino do IRR.

Aos colegas do NESPE - Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento/FIOCRUZ/UFMG - e do Laboratório de Epidemiologia e Antropologia Médica do IRR/FIOCRUZ pela convivência & aprendizagem.

Ao Instituto René Rachou, ao qual me apresentei, pela acolhida a partir do reconhecimento de minhas competências que se manifestaram ao longo do processo: por propiciar ambiente profundamente favorável ao desenvolvimento desta pesquisa e da ciência como um todo.

A todos os funcionários do IRR/Fiocruz, especialmente a Aline Sodré pela dedicação, suporte e disponibilidade na secretaria do Laboratório de Epidemiologia e Antropologia Médica.

Às Bibliotecas do Instituto René Rachou e da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, por prover acesso gratuito local e remoto à informação técnica científica em saúde, e especificamente à Biblioteca do IRR pela catalogação e normalização do volume desta tese.

Aos amigos Leonardo Dumont, Martha Iglesias, Adnaldo Cardoso, Rafael Gustavo Vieira, Rodrigo Nicolato, Climene, Jussara Mendonça Alvarenga e Valéria Slon, presença significativa, base de afeto.

A meus pais Otaviano e Heloisa – com os valores que transmitiram e transmitem - e meus irmãos Felipe e Suzana. Ambiente base, solidez, sustentação, raiz, calor - ecologia fértil ao crescimento, proteção e diferenciação. Presença e contexto.

A todos que de alguma forma contribuíram para que eu pudesse seguir - seja incentivando, seja apresentando desafios que se tornaram oportunidades de encontrar novos caminhos - matéria prima para minhas tessituras de resiliência.

SUPORTE FINANCEIRO:

Instituto de Pesquisas René Rachou/FIOCRUZ

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

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

Resumo

Objetivo: compreender como a pessoa idosa percebe incômodos-sofrimentos, ligados ao seu cenário atual, e outros experienciados ao longo da vida, que remetem ao processo de fragilização; buscar uma compreensão, a partir da visão de idosos em processo de fragilização, sobre como tecem sua resiliência. *Método:* estudo qualitativo, ancorado na Antropologia Interpretativa. Foram selecionados idosos participantes no banco de dados da Rede FIBRA - entre aqueles classificados como “robustos” ou “pré-frágeis” em 2009, no polo Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, segundo o referencial do fenótipo de fragilidade de Fried et al. Foram entrevistados 15 idosos em 2016, de diferentes sexos, idades, renda, religião, condição funcional. Foi utilizado o modelo de análise “Signos, significados e ações” que possibilita a compreensão dos elementos significativos para uma população ler uma determinada situação e se posicionar diante dela. *Resultados:* da análise emergiram as categorias: A) Sobre fragilização: a) o sofrimento ao longo da vida e b) Adoecimentos e os recursos para lidar com eles. B) Sobre resiliência: a) construção de vínculos. b) reinvenção de si mesmo. c) a religiosidade. *Conclusão:* os entrevistados narram sofrimentos de diferentes aspectos que constituem a sua vida, do nascer ao envelhecer, conforme experiências que significam dores, perdas, aprendizado. As narrativas nos aproximam da percepção da fragilidade como sendo constitutiva do ser humano. Os idosos constroem resiliência na sua ligação com as pessoas próximas, na busca de soluções, e na experiência religiosa. A tessitura da resiliência – articulação, navegações e negociações entre o processo de fragilização, as vinculações afetivas, os recursos disponíveis – apresenta-se como experiência que permite o encontro com o que faz sentido e as alegrias possíveis, apesar de.

Palavras-chave: Idoso, Fragilidade, Resiliência.

Abstract

Objective: To understand how the elderly person perceives burdens-sufferings, linked to his/her current scenario, and other life experiences that refer to the process of fragilization; look for an understanding of how the frail elder builds his/her resilience. *Method:* qualitative study, anchored in Interpretative Anthropology. The elderly were selected from the FIBRA Network database - among those classified as "robust" or "pre-fragile" in 2009, at Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil, according to the fragility phenotype of Fried et al. 15 elderly people were interviewed in 2016, of different sexes, ages, income, religion, functional status. In the data collection and analysis, the "Signs, meanings and actions" analysis model was used, which allows the understanding of the significant elements for a population to read and take a position in a given situation. *Results:* from the analysis emerged the categories: A) About frailty process: a) suffering throughout life, b) suffering and the resources to deal with them. B) Categories on building resilience: a) bonds construction. b) reinvention of one's being. c) religiosity. *Conclusion:* The perception of current fragility refers to life history, marked by physical or mental suffering, insidious or punctual - as well as to illnesses, as they are today, and the lack of financial resources and urban security. The narratives support the perception of fragility as being constitutive of the human being. Resilience is built in the bond between the elder and his closest people, and in the search for solutions, including the religious experience. The resilience fabric – articulating, navigating and negotiating between the fragilization process, the affective bonding-attachment, the available resources – presents itself as an experience which allows the meeting with what makes sense and the possible joys, in spite of.

Keywords: Elder, Frailty, Resilience.

Sumário

1 Introdução	09
2 Objetivos	16
3 Revisão de Literatura	17
4 Metodologia.....	40
5 Resultados.....	43
6 Conclusão	76
7 Referências.....	81
8 - Anexos.....	91

1. INTRODUÇÃO

1.1. Prefácio

Ao buscar o Instituto René Rachou para cursar disciplinas do doutorado, meu interesse foi o de trabalhar o tema da resiliência no universo da Saúde Coletiva. Seria uma forma de dar continuidade a meus estudos teóricos do mestrado, porém então com uma pesquisa de campo. Graduado em psicologia, pós-graduado em psicologia clínica em abordagem fenomenológico-existencial e gestáltica, e com formação em análise existencial na abordagem de Viktor Emil Frankl (psiquiatra sobrevivente de campos de extermínio nazistas, para quem a busca de um sentido para a vida é a maior força motivadora, que inclusive permite suportar sofrimentos intensos). No mestrado em Psicologia Social na Universidade Federal de Minas Gerais trabalhei teoricamente as contribuições do Viktor Frankl para o estudo e compreensão da resiliência.

A acolhida no René Rachou permitiu-me configurar o anteprojeto de pesquisa, e entrar na pós-graduação. Meu foco de estudo foi os idosos em fragilização, para compreender como buscavam construir resiliência. A lembrança de bons momentos vividos com meus avós motivou-me a seguir pela gerontologia pois a convivência com eles já era tão significativa. O número cada vez maior de idosos nas sociedades e a constatação de seu processo de fragilização afetaram-me no sentido de impulsionar uma pesquisa que pudesse de alguma forma contribuir para a melhoria da qualidade de vida daquelas pessoas. Sinto-me realizado pelo fato desta pesquisa ter inspirado o início do Projeto Fragilidade.

Partimos da concepção ampla de saúde preconizada na Saúde Coletiva:

“Muito mais do que ausência de doenças, a saúde é a garantia de bem-estar físico, social e afetivo – e para ser plenamente concretizada, depende de outros direitos, como o acesso à habitação, ao trabalho, à água potável e à educação, o respeito à livre opinião e organização e o direito a ter informações sobre como transformar o mundo.” (STEFANIM & DOMINGUEZ, 2017, p. 10).

No âmbito da Saúde Coletiva, não atrapalhar, não violentar, não desrespeitar já é muito – tendo em vista o quadro geral do que ocorre na atenção ao idoso

(MORAES, 2017). Para esse autor, a “saúde no idoso pode ser definida como sendo a capacidade individual de satisfação das necessidades biopsicossociais, independentemente da idade ou presença de doenças. O declínio da vitalidade é conhecido como fragilidade, francamente associado ao desenvolvimento de incapacidades, dependência funcional, internação e óbito”. (2017, p. 307)

1.2 Introdução

O cenário brasileiro atual compromete o bem-estar da pessoa idosa, contribuindo para sua fragilização, pela falta de infraestrutura e ao dificultar as condições de cuidado e acesso à saúde. De acordo com a declaração final do 3º Congresso de Política, Planejamento e Gestão em Saúde, realizado em 2017, “os mais pobres, os mais velhos e os mais vulneráveis serão penalizados pelas reformas da previdência e trabalhista”. (RADIS, 2017, p. 27). Nesse contexto adverso, torna-se fundamental aprofundar os estudos sobre como os idosos desenvolvem resiliência.

Em 2030, é possível que 20% dos habitantes do Brasil sejam idosos. Apesar de uma legitimação de alguns direitos dos idosos, muitas situações não estão resolvidas, inclusive o cuidado com os chamados “idosos frágeis”. (CAMARANO, 2013). Conhecer as características específicas de cada pessoa envelhecida, incluindo avaliar a sua capacidade funcional (do que a pessoa é capaz), é fundamental para que se tenha uma visão clara diagnóstica. Enquanto a escuta permite compreender quem é este ser humano, que tem sua história de vida, sua dignidade, seus sofrimentos e suas luzes. A partir daí é possível se organizar uma abordagem respeitosa, talhada sob medida, no sentido da promoção de sua saúde.

Em todo o mundo, vários grupos de pesquisa trabalham sobre o tema fragilidade. Na concepção de Vieira et al (2013), idosos frágeis seriam

“aqueles que apresentaram maiores chances (...) para limitações em atividades instrumentais de vida diária, restrição de atividades avançadas, utilização de dispositivos auxiliares de marcha, acometimento por maior quantidade de comorbidades, ocorrência de quedas, sintomas depressivos, redução da auto-eficácia, hospitalização e idade avançada.” (VIEIRA et al, 2013, p. 1636).

Dada a multiplicidade de propostas de definição, nota-se uma dificuldade para se formular uma síntese conceitual sobre quem é o “idoso frágil”: algumas enfatizam aspectos biomédicos, outras sublinham aspectos psicossociais, e ainda outras iluminam a multidimensionalidade da síndrome. (TEIXEIRA, 2008). “O fenômeno é determinado por fatores múltiplos, inter-relacionados e variáveis de indivíduo para indivíduo” (FERNANDES, ANDRADE, NÓBREGA, 2011, p. 8). E entre os aspectos relevantes para a fragilidade, encontrou-se uma “forte relação entre sintomas depressivos e fragilidade incidente”, sugerindo “um possível componente psicossocial ou psicobiológico da síndrome de fragilidade” (WOODS et al, 2005, p. 1328). A incidência e a prevalência da síndrome da fragilidade variam conforme a definição utilizada para a operacionalização desse desfecho. A síndrome é mais prevalente com o aumento da idade e entre as mulheres, o que reforça a necessidade de atenção da parte dos profissionais de saúde para esse grupo de idosos (TEIXEIRA, 2011).

A equipe de Fried propôs um “fenótipo de fragilidade”: a fragilidade é identificada pela presença de três ou mais dos seguintes componentes desta escala: “1. (...) perda não intencional de peso; 2. fraqueza; 3. pobre resistência e energia, como indicada por auto relato de exaustão; 4. lentidão(...); 5. baixo nível de atividade física (...) Aqueles com nenhuma característica eram considerados robustos, enquanto pessoas idosas que apresentassem uma ou duas características foram considerados como estando clinicamente em um estágio intermediário, possivelmente pré-frágil” (FRIED et al, 2001, p. M148). Os resultados de pesquisa de Fried et al suportam a hipótese de que essa condição pode levar à incapacidade, independentemente de doenças clínicas e subclínicas e pode representar um precursor fisiológico e um fator etiológico na incapacidade. (FRIED et al, 2001).

No Brasil, um estudo epidemiológico de caráter transversal, multidisciplinar e multicêntrico, baseado nos mesmos critérios de Fried et al (2001), foi desenhado para investigar o perfil e a prevalência dessa síndrome em idosos e seus fatores associados - a Rede de Estudo sobre Fragilidade de Idosos Brasileiros (rede FIBRA). Foram estudadas pessoas acima de 65 anos – em 14 cidades em várias regiões do Brasil. Composta por quatro polos (Universidade Federal de Minas

Gerais, Universidade de Campinas, Universidade de São Paulo-Ribeirão Preto e Universidade do Estado do Rio de Janeiro). (SILVA, 2013) Em amostra de idosos do polo Belo Horizonte, Vieira et al (2013) encontraram a prevalência de fragilidade de 8,7%.

Por sua vez, na tese de doutoramento intitulada “Influência dos itens do fenótipo de fragilidade na transição entre os níveis de fragilidade, quedas e capacidade funcional em idosos comunitários – análise de dados da rede FIBRA”, orientada pela doutora Rosângela Correa Dias, e com autoria de Silvia Lanziotti Azevedo da Silva, verificou-se que o fenótipo de fragilidade se associa à redução da capacidade funcional e quedas. A redução da força muscular foi importante para o aumento da fragilidade; assim como a perda de peso e diminuição do nível de atividade se relacionam a uma dificuldade para a melhoria do quadro clínico do idoso. Cuidados, intervenções a nível de saúde podem ter bons resultados para melhora do idoso, especialmente daqueles que foram classificados como pré-frágeis. (SILVA, 2013)

Assim, a fragilidade, como definida pelos estudos da biomedicina, pode ser prevenida – e podem ser feitas intervenções no sentido de favorecer a melhoria do quadro de saúde da pessoa idosa (VIEIRA et al, 2013; FERNANDES, ANDRADE, NÓBREGA, 2011; SILVA et al, 2009). Porém, é importante conhecer a compreensão da fragilidade a partir da visão dos próprios interessados: as pessoas idosas em processo de fragilização.

Nesse sentido, a pergunta de pesquisa volta-se para um olhar antropológico sobre a fragilidade do ser humano idoso.

Buscando essa compreensão antropológica da pessoa, podemos constatar que a experiência de fragilidade comporta as contradições do ser humano (internas e relacionais) e relaciona-se com a finitude – a fragilidade é um processo existencial, e, portanto, ligado a sofrimentos psíquicos, relacionais, sociais. O ser humano é constitutivamente limitado e frágil – metaforicamente, temos uma “essência de vidro” (CARRIÈRE, 2007, p.22):

“a imagem do fim, sua presença, sua insistência, à medida que avançamos pelo caminho, vai se fazendo mais precisa e mais densa. Impossível escapar, a menos que se esteja fora de si. A partir de

uma certa idade, a morte se torna uma companhia familiar. Ela desperta todas as manhãs junto conosco, caminha do nosso lado, não nos deixa mais”.

A pessoa idosa traz mais presente a consciência de sua finitude – do que em geral pessoas de outras faixas etárias, até pelas representações sociais que se fazem sobre envelhecimento e seus adoecimentos possíveis, em estereótipos que associam velhice a doença e morte.

Na velhice, pessoas idosas tentam atribuir significado a este período de suas vidas, e aos impactos que lhes chegam. Nesse sentido, ao envelhecer e se fragilizar, a pessoa pode criar uma nova narrativa de si mesmo, metamorfoseando essa condição em uma experiência de aprendizagem que leva a novas sínteses sobre a vida. Podem-se criar e encontrar sentidos, bem como estratégias para lidar com as adversidades – trata-se de construção de resiliência.

O termo “resiliência” remete à imagem de um salto para adiante, cair e levantar-se, flexibilidade, adaptação, resistência, superação, fortalecimento, recuperação (BRANDÃO, MAHFOUD & GIARNODOLI-NASCIMENTO, 2011). O sujeito, embora cindido por um trauma, se reconstrói e resiste - sofre, mas tem esperança apesar de tudo (CYRULNIK, 2001). Para a ONU (2014), a resiliência humana refere-se às estratégias utilizadas para remover as barreiras que limitam as pessoas. Kleinman (2014) enfatiza que cada um de nós, em algum momento, deve aprender a suportar e dar o que temos: precisamos caminhar para fora de nós mesmos e olhar para dentro para reconhecer a resistência, a força, compaixão, a coragem e a humanidade com nós mesmos para suportar ou ajudar a tornar suportável as duras jornadas dos outros. Assim, diferentes autores enfatizam aspectos distintos da resiliência: “ressignificação”, “mola” e “tecido” (CYRULNIK, 2001); vínculo e sentido, comprometimento com uma nova dinâmica de vida (VANISTENDAEL & LECOMTE, 2004); vida com certo conforto, apesar de contradições e conflitos - negociando e navegando pela cultura, até encontrar estratégias próprias (UNGAR, 2008; UNGAR & LIBÓRIO, 2010) para suportar o sofrimento (KLEINMAN, 2014): o sentido que a pessoa dá e a forma como reconstrói este sentido.

Na velhice, a resiliência se mantém na utilização de estratégias de enfrentamento (FONTES & NERI, 2014). Os idosos atribuem significados aos

eventos difíceis da vida, transformando dores em experiências cheias de sentido. Frankl (2015), a partir de sua experiência como prisioneiro de campos de extermínio nazistas, afirma que ter um sentido para a vida é o que mais fortalece: pode-se privar a pessoa de tudo, menos da liberdade última de assumir uma atitude alternativa frente às situações. No Brasil, Goldemberg (2013) apresenta resultados de entrevistas com idosos da zona sul carioca, os quais apontam ser possível a construção de uma *bela velhice*, por meio de um projeto de vida.

A tessitura da resiliência aponta para a construção de superação das adversidades que advém do processo de fragilização, diante do atual contexto de envelhecimento populacional brasileiro - considerando que as desordens, sejam elas orgânicas ou psicológicas, somente são acessíveis por meio da mediação cultural (UCHÔA & VIDAL, 1994, p. 500). Evidencia-se a importância de buscar um conhecimento em profundidade, antropológico, das formas como a pessoa idosa percebe seus incômodos-sofrimento – o que aponta para a fragilização, e como lida com isso; bem como o tecido, a malha de significações e comportamentos que resultam em alguma superação, na medida do possível.

O presente trabalho pretendeu aproximar-se de narrativas de vida de idosos participantes da Rede Fibra em Belo Horizonte. A Rede foi a porta de acesso a idosos que poderiam participar desta pesquisa. Diversamente da pesquisa Fibra, este estudo trabalhar com enfoque qualitativo de cunho antropológico. Esperou-se um aprofundamento da compreensão sobre de que forma o(a) idoso(a) se percebia, e de que forma este se organizava ao utilizar estratégias de enfrentamento, e portanto construía o processo de resiliência, para então contribuir para que a equipe de atendimento do idoso possa melhor compreendê-lo(a); para que, através da divulgação dos resultados, a família possa também de certa forma melhorar a forma de abordagem e convívio com o parente idoso; e que a sociedade cresça na compreensão do idoso frágil. Contribuir para a promoção e construção da saúde coletiva - já que as intervenções em saúde, para que tenham bom efeito, devem ser desenvolvidas a partir do contexto específico no qual serão implantadas e entregues com a linguagem própria ao referido contexto. (FROHLICH, CORIN & POTVIN, 2001).

Este trabalho será apresentado na seguinte sequência: Iniciamos com uma revisão da literatura abordando o dinamismo da tessitura da resiliência do idoso, relacionando o processo de fragilização e a construção de resiliência do idoso – e uma contextualização do idoso, a partir da Antropologia Médica.

Passamos, em seguida, à apresentação da metodologia e dos resultados, que serão discutidos em dois artigos científicos, submetidos e aprovados junto à Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia.

Como anexos, incluímos o termo de consentimento livre e esclarecido, o parecer do Comitê de Ética em pesquisa e a autorização para a utilização do banco de dados do Projeto FIBRA.

2. OBJETIVOS

2.1 - Objetivo Geral:

Compreender a construção da resiliência na vida do idoso em processo de fragilização.

2.2 - Objetivos Específicos:

- Compreender como a pessoa idosa percebe seus incômodos-sofrimentos em seu processo de fragilização.
- Compreender a construção da resiliência da pessoa idosa, diante de seu processo de fragilização.

3. REVISÃO DE LITERATURA

Para fundamentar esta pesquisa, torna-se importante situar o conceito de fragilização, bem como o conceito de resiliência. E de que forma os dois se imbricam, uma vez que a resiliência diz respeito à superação de adversidades, e a fragilização implica em convivência com adversidades, e até mesmo traumas. Falar em tessitura da resiliência do idoso frágil, por si só, traz significações de construções de superações possíveis, no contexto dos incômodos que a pessoa idosa suporta em seu cotidiano, e que também tem raízes em sua história.

3.1 - A tessitura de resiliência da pessoa idosa: relacionando o processo de fragilização e a construção de resiliência.

O interesse pelo tema fragilidade pode ser notado nas múltiplas publicações produzidas na última década. Mello et al (2014), após identificarem 4.183 publicações sobre fragilidade, selecionaram entre elas 35 artigos, nos quais se evidencia a ligação entre a síndrome de fragilidade e várias características individuais (idade, raça/cor da pele preta, sexo feminino, doença cardiovascular, número de comorbidades, doenças, incapacidade funcional, autoavaliação de saúde ruim, sintomas depressivos, índice de massa corporal, tabagismo, escolaridade, renda, função cognitiva, e com cautela o uso de álcool). Por sua vez, uma pesquisa sobre indicadores de saúde mental e sua relação com a fragilidade demonstrou que as pessoas que apresentam comprometimento ao nível cognitivo apresentam o triplo do risco de serem frágeis, enquanto uma pessoa com sintomatologia depressiva quadruplica a chance de ser frágil (DUARTE & PAUL, 2014, p. 30). Essa forte associação entre sintomas depressivos e a incidência de fragilidade leva a pressupor um possível componente psicossocial e psicobiológico na síndrome de fragilidade (MELLO et al, 2014; WOODS et al, 2005).

Em um estudo de revisão narrativa sobre a fragilidade da pessoa idosa, LANA & SCHNEIDER (2014) apresentam a evolução desse conceito. Inicialmente, em 1968, a fragilidade referia-se a indivíduos com 65 anos ou mais que dependiam de outras pessoas para realizar as atividades diárias. Na década de 1980, foi proposto

um modelo de fragilidade incluindo aspectos biológicos, sociais e psicológicos, segundo o qual essa condição poderia se manifestar em qualquer faixa etária, sendo mais prevalente entre idosos acima de 80 anos. Notar-se-ia uma diminuição da capacidade do organismo de resistir às vicissitudes vitais, cuja etiologia poderia estar ligada a aspectos ambientais, financeiros, interpessoais, legais, institucionais, bem como à história de vida do indivíduo - fatores cognitivos, psíquicos, sociais, físicos, espirituais (LANA & SCHNEIDER, 2014).

Ademais, a síndrome da fragilidade pode ser um precursor fisiológico e um fator etiológico da incapacidade, devido a suas características centrais de fraqueza, potência diminuída, e desempenho lentificado (FRIED et al, 2001). Fried et al (2004) definem esses construtos assim: (1) a incapacidade como a dificuldade ou dependência em desempenhar atividades essenciais à vida diária; (2) a comorbidade como a presença concorrente de duas ou mais doenças diagnosticadas medicamente na mesma pessoa; e (3) a fragilidade como o agregado de perdas de reserva subclínicas dos múltiplos sistemas fisiológicos.

Cada um desses diagnósticos implica em necessidades e prognósticos específicos para cada indivíduo (FRIED et al, 2004). Segundo MELLO et al (2014), o modelo validado mais utilizado em artigos nacionais e internacionais tem sido o de Fried et al (2001), que propõe o chamado “fenótipo de fragilidade”, baseado em critérios objetivos e precisos para identificar a síndrome em nível populacional, sem desconsiderar que se trata de um recorte que pode ser problematizado.

Partindo de outra perspectiva, a fragilidade pode ser compreendida enquanto manifestação da finitude humana. Em uma visão antropológico-existencial, Carrière (2007, p. 22) demonstra que o efêmero em cada um se mostra inexoravelmente. Se a fragilidade também se apresenta como uma revelação da finitude humana, ela pode ser entendida enquanto uma experiência subjetiva do mal-estar sentido pelo indivíduo que envelhece. Todas as pessoas são falíveis, imperfeitas, *quebradiças* e contraditórias – o que se expõe inclusive nas relações humanas. Quem acusa pode estar incorrendo na mesma situação que discrimina e utiliza para apontar e martirizar o outro – a dimensão ética pessoal se manifesta no que a pessoa faz quando (supostamente) ninguém está olhando. A pessoa é constitutivamente frágil. Segundo a reflexão-constatação antropológica e fenomenológica de Le Blanc (2006), a vida

humana é precária: a ela é inerente uma fragilidade que remete à vulnerabilidade de cada pessoa. As assimetrias de poder nas relações humanas limitam a capacidade de agir, fragilizam também. Do interior da instituição do humano, brota a fragilização das capacidades humanas e da autonomia.

Felizmente, várias pesquisas apontam para a possibilidade de superar as adversidades, (EBRAHIMI et al, 2013; GOLDEMBERG, 2013; UNGAR, 2011; FRANKL, 2008; SILVEIRA & MAHFOUD, 2008; CYRULNIK, 2001; YALOM, 1984, 2006; VANISTENDAEL & LECOMTE, 2004), que podem incluir aquelas experimentadas por uma pessoa idosa em processo de fragilização. A questão é compreender como uma pessoa idosa frágil constrói os processos de superação das adversidades inerentes à sua condição existencial. Ao indagá-la, adentramos no tema da resiliência.

De acordo com o *Dicionário Houaiss da língua portuguesa* (HOUAISS & VILLAR, 2001), resiliência é a (a) “propriedade que alguns corpos apresentam de retornar à forma original após serem submetidos a uma deformação elástica”, ou (b) a “capacidade de se recobrar facilmente ou se adaptar à má sorte ou às mudanças”. A palavra vem do latim *resilire*, que significa “saltar para trás, voltar; ser impelido, relançado; retirar-se, recuar; dobrar-se, encolher-se, diminuir-se; rebentar, romper”. E do inglês *resilience*: “elasticidade, capacidade rápida de recuperação”. No *Randon House Webster’s dictionary* (1999), encontramos: “o poder ou habilidade de retomar a forma original, a posição após ser encurvado, comprimido, esticado; elasticidade; habilidade de recuperar-se rapidamente de doença, depressão, ou algo semelhante”.

A palavra resiliência é usada no campo da Física, designando a capacidade dos corpos de resistir a impactos e recuperar sua forma original. Um exemplo disto seria a borracha, que ao receber um impacto de um objeto mais duro, como uma barra de metal, deforma-se e, ao se retirar a barra, volta à posição original (MOLINA-LOZA, 2003). O ser humano impactado não volta à posição original - modifica-se, amadurece, encontra novos caminhos possíveis.

O conceito de “resiliência”, ao relacionar-se a flexibilidade, adaptação, resistência, fortalecimento, (BRANDÃO, MAHFOUD & GIANORDOLINASCIMENTO, 2011), aproxima-se do conceito de “recuperação”, que tem como

modelo inicial as dinâmicas entre vários mecanismos presentes na recuperação da esquizofrenia, estudado por Noiseux (2009). Posteriormente esse modelo foi alargado para a compreensão de outras condições de saúde, e traz a metáfora de um caminho pessoal e próprio, profundo, o qual a pessoa em sofrimento pode trilhar, com empenho e compromisso, com vistas à promoção de sua saúde, ao cuidado consigo e com o outro.

Um marco histórico nos estudos em resiliência é a pesquisa realizada por E. E. Werner e Ruth Smith, durante 32 anos, na ilha de Kauai, Hawaii. As pesquisadoras acompanharam a vida de 505 pessoas em ambiente adverso, com experiências de pobreza extrema, alcoolismo, dissolução do vínculo entre os pais. Muitas dessas pessoas conseguiram sobrepor-se às adversidades. As crianças que resistiram foram consideradas “invulneráveis”. E a invulnerabilidade seria fruto de fatores genéticos e temperamentais. Essas pessoas foram chamadas “resilientes”. Werner e Smith (1989) buscaram entender por que as pessoas resilientes alcançavam uma adaptação positiva naquele ambiente. Quiseram compreender o que faria com que alguns meninos em situação de risco social conseguissem uma boa adaptação apesar de tudo. Procuraram identificar os fatores de risco e os de resiliência. Chegaram a um modelo triádico, onde dividiram os fatores resilientes e de risco em três conjuntos: aspectos individuais, familiares e sociais. Porém, o termo “invulnerável” tornou-se inadequado, porque sugeria uma resistência absoluta, um traço de personalidade. E a resiliência diz respeito a um processo que se constrói a partir da interação de vários fatores (INFANTE, 2002).

Em seguida a estas pesquisas, uma segunda geração de cientistas buscou estudar aqueles fatores protetores, agora considerados no sentido de um processo. A pergunta passou a ser: “que processos estão associados a uma adaptação positiva, já que a pessoa viveu ou vive em condições de adversidade?”. Quiseram enfocar “a dinâmica entre os fatores que estão na base da adaptação resiliente” (INFANTE, 2002, pp. 33-34). Esta vertente de investigadores distinguiu três componentes essenciais ao conceito de resiliência: (1) a noção de adversidade, trauma, risco, ou ameaça ao desenvolvimento humano; (2) a adaptação positiva ou superação da adversidade; e (3) o processo que considera a dinâmica entre mecanismos emocionais, cognitivos e socioculturais que influem sobre o desenvolvimento humano. Destacaram-se nessa etapa os pesquisadores Michael Rutter, com a proposta da ideia de mecanismos

protetores (INFANTE, 2002), e Edith Grotberg que propõe a resiliência como fruto da interação de fatores vindos de três níveis: “suporte social (eu tenho), habilidades (eu posso) e fortaleza interna (eu sou e eu estou)” (GROTBERG, 1999).

As pesquisas tiveram início no hemisfério norte, assumindo nos Estados Unidos e Inglaterra uma perspectiva comportamentalista, pragmática, mais centrada no indivíduo. Estendendo-se à Europa como um todo, receberam enfoques psicanalíticos. E chegando à América Latina, tornam-se enfocadas na comunidade. No início das pesquisas, em geral, havia uma ênfase na infância, depois abrangeram-se outras etapas da vida, bem como problemas mais específicos, como por exemplo a violência e a incapacidade (MELILLO, OJEDA & RODRÍGUEZ, 2004).

Para Melillo, a resiliência seria a “capacidade de enfrentar a adversidade e sair fortalecidos desta prova” (MELILLO, 2004, p. 77). Esse autor acrescentou que o conceito é usado em âmbito individual, familiar, e grupal, atentando-se para os fatores de risco e as forças presentes para enfrentá-los. Porém, ele aponta um problema em relação ao conceito de *adaptação positiva*. *Adaptação social* é uma definição que deixa de lado o aspecto do sujeito poder ser um agente de mudança social, alguém que participa da construção da sociedade, ao invés de meramente conformar-se aos padrões sociais estabelecidos. Esta *adaptação* acontece na cultura específica em que o sujeito ou grupo está inserido, e não em referência a uma cultura hegemônica. Na cultura específica, precisa-se levar em conta a organização política e a distribuição das relações de poder (MELILLO, 2004). Galende (2004) desenvolve esse mesmo raciocínio:

Na história da humanidade, os grandes resilientes foram justamente aqueles homens e mulheres que se propuseram mudar a sociedade e a cultura em que viviam, assumindo em si mesmos a tarefa de plasmar na sociedade seus próprios valores e ambições de transformação. (...) O sujeito resiliente é um sujeito crítico de sua situação existencial (p. 60).

O *Human Development Report 2014*, da ONU, (“2014 Human Development Report: Sustaining Progress: Reducing Vulnerabilities and Building Resilience”) afirma que a resiliência humana se refere às estratégias utilizadas para remover as barreiras que limitam as pessoas em sua liberdade de agir (UNDP, 2014). O mesmo documento sublinha a importância de promover a autonomia das pessoas, além de salientar a importância de identificar e abordar as vulnerabilidades persistentes e

melhorar a capacidade delas para lidar com choques - financeiro, natural ou de outra forma, por meio da construção de resiliência. Isso inclui capacitar os grupos desfavorecidos e excluídos para expressar suas preocupações, para serem ouvidos e se tornarem agentes ativos na formação de seus destinos. Vidas estão sendo perdidas, e os meios de subsistência e desenvolvimento prejudicados, seja por desastres e crises naturais ou induzidas pelo homem. Portanto, a ONU propõe uma abordagem holística que prepare cidadãos para um futuro menos vulnerável, o que significa fortalecer a resistência intrínseca das comunidades e países, bem como promover instituições sensíveis, estruturas e normas mais justas de modo a favorecer a coesão social e a resiliência ao nível da comunidade. Essa concepção comunitária de resiliência inclui as estruturas políticas, sociais, econômicas, comunitárias, antropológicas e propõe que ela deveria estar subjacente a qualquer abordagem para garantir e sustentar o desenvolvimento humano. Nesse sentido, a essência dessa resiliência de abrangência sociocomunitária seria garantir que Estado, comunidade e instituições globais trabalhem para capacitar e proteger as pessoas. Para tanto, faz-se necessária uma ação coletiva, sob a forma de um compromisso global para o universalismo, para melhor facilitar a provisão de bens públicos globais, o que de outro modo exige mais do que a redução da vulnerabilidade, enquanto conclama para mais capacitação e mais liberdade de agir (UNDP, 2014), ou seja, mais empoderamento dos cidadãos, maior liberdade para agir (*agency*) das instituições, em um sistema social suportivo, conforme proposto por Ungar (2011).

No Canadá, Ungar (2011) valoriza essa “resiliência comunitária”, construída em um contexto de cultura local, e apresenta a ideia de “resiliência oculta”, que diz respeito a estratégias de *coping* não convencionais desenvolvidas por adolescentes para superar situações insuportáveis, o que envolve uma criatividade para “se virar”. A antropóloga Gregori, ao estudar a criatividade entre os chamados “meninos-de-rua” no Brasil, descreve o termo “viração”, tomado do linguajar coloquial referente à prática de “se virar” para sobreviver, que traduz um atributo que lhes confere certa liberdade (GREGORI, 2000). Ungar (2008) compreende que, em contextos de exposição a adversidades significativas, sendo elas psicológicas, ambientais, ou ambas, a resiliência é tanto a capacidade de as pessoas navegarem para alcançar recursos de saúde, incluindo oportunidades para experimentar a sensação de bem-

estar, como diz respeito às condições do indivíduo, da família, da comunidade e da cultura para fornecerem tais recursos e experimentá-los de maneira culturalmente significativa. Assim, a resiliência relaciona-se à resolução de tensões, quais sejam: (a) “acesso a recursos materiais”, (b) “relacionamentos”, (c) “identidade”, (d) “poder e controle”, (e) “aderência cultural”, (f) “justiça social”, (g) “coesão”; para entendê-las, deve-se considerar a interação entre cultura, contexto e as forças individuais de uma pessoa (UNGAR et al, 2007, p.295). A resiliência diz respeito a encontrar uma maneira de “acertar o seu passo” e viver com relativo conforto, apesar de contradições e conflitos: para continuar a negociar e a navegar de uma maneira singular através dos desafios que cada um está experimentando. Os dados forneceriam pistas de como os participantes navegaram seu caminho para obter recursos de saúde e como negociaram para alcançar a prestação desses recursos de maneira significativa para eles. (UNGAR, 2011, 2008, 2001; UNGAR & LIBÓRIO, 2010; UNGAR et al, 2007)

Embora o psiquiatra Viktor Frankl, austríaco sobrevivente de quatro campos de extermínio nazistas, nunca tenha utilizado o termo “resiliência”, sua vida e obra foram todas um monumento de tessitura de superações. Idoso, Frankl continuava praticando alpinismo – e considerava que, se por um lado havia um certo declínio na força física, por outro, a experiência e habilidades adquiridas ao longo da vida proporcionavam uma compensação. E havia uma aproximação de uma experiência de sabedoria, com a humildade de quem aos 90 anos dizia que a velhice era uma oportunidade para aprender e crescer. A partir de sua própria experiência de sofrimento extremo como prisioneiro de campos de concentração nazistas, confirmou sua prática clínica e concepção de que ter um sentido para a vida é o que mais fortalece, no sentido de suportar e superar as adversidades. Segundo este autor, pode-se privar a pessoa de tudo, menos da liberdade última de assumir uma atitude alternativa frente às condições dadas. Seu tema de vida incluiu a resiliência. Mais especificamente, Frankl dizia sobre a força de resistência do espírito, que permite se autodistanciar do sofrimento, colocando-se – em certo sentido - acima dele (FRANKL, 1978, 1989a, 1989b, 1990, 1991a, 1991b, 1993, 1998, 2006, 2010, 2015; SILVEIRA, 2006; SILVEIRA & MAHFOUD, 2008; SILVEIRA & GRADIM, 2015).

“A experiência do campo de concentração mostrou-nos que a pessoa pode muito bem agir ‘fora do esquema’. Haveria suficientes exemplos, muitos deles heroicos, que demonstraram ser possível superar a apatia e reprimir a irritação; e continua existindo, portanto, um resquício de liberdade do espírito humano, de atitude livre do eu frente ao meio ambiente, mesmo nessa situação de coação aparentemente absoluta, tanto exterior como interior. (...) No campo de concentração se pode privar a pessoa de tudo, menos da liberdade última de assumir uma atitude alternativa frente às condições dadas. E havia uma alternativa! A cada dia, a cada hora no campo de concentração, havia milhares de oportunidades de concretizar esta decisão interior, uma decisão da pessoa contra ou a favor da sujeição aos poderes do ambiente que ameaçavam privá-la daquilo que é a sua característica mais intrínseca – sua liberdade – e que a induzem, com a renúncia à liberdade e à dignidade, a virar mero juguete e objeto das condições externas, deixando-se por elas cunhar um prisioneiro ‘típico’ do campo de concentração”. (FRANKL, 2015, pp. 66-67).

Frankl afirmava que o ser humano é, em essência, um ser responsável – um ser que decide o que vai se tornar, e responde ao que a vida apresenta a cada momento, precisando arcar com as consequências das respostas que dá. Somente diante daquilo em que é decisão sua, a pessoa é responsável. A pessoa é ela própria a partir de suas escolhas. E direciona-se para fora de si mesma (autotranscendência), para ações de certa forma criativas (como um trabalho onde pode se colocar), para pessoas com quem se relaciona (parentes, amigos, parceiros amorosos, e inclui a divindade – aquele que se faz presente no silêncio da madrugada), para a contemplação da natureza. É preciso olhar para fora, como o órgão olho (Frankl utilizou a metáfora do olho que, quando saudável, funciona direcionando-se para fora da pessoa). A força motivadora por primeiro é a busca de um sentido, ou sentidos para a vida. Cada situação desafia a pessoa, entre as alternativas que se apresentam a cada instante, uma delas é a que tem sentido. Uma pessoa tem dentro de si uma percepção intuitiva pré-racional de qual seria a melhor opção – esta emerge na consciência como uma figura, uma possibilidade que se destaca diante do cenário presente. A percepção intuitiva ontológica acontece na dimensão da consciência-de-sentido (*Gewissen*), ligada a uma dimensão inconsciente humana, o “órgão-de-sentido”. Ao realizar a alternativa que faz sentido – com a ação e/ou com a atitude – a vida responde de alguma forma dando sinais de que a pessoa está em seu melhor caminho. Do sentido realizado, surgem o prazer, a realização, e pouco a pouco a pessoa vai se estabelecendo socialmente, como uma consequência da busca persistente, ética, honesta, do caminho

do sentido. (FRANKL, 1978, 1989a, 1989b, 1990, 1991a, 1991b, 1993, 1998, 2006, 2010, 2015; SILVEIRA, 2006; SILVEIRA & MAHFOUD, 2008; SILVEIRA & GRADIM, 2015).

A vida chama cada pessoa de forma particular a cumprir uma sua missão. A vida tem um caráter de missão – ao seguir por esse caminho, a pessoa faz a sua travessia presenteando ao mundo com seus dons, com o que tem de mais próprio e profundo, torna-se – metaforicamente – um “guerreiro pacífico” que “pontilha com estrelas as noites do mundo contemporâneo”. O sentido diz respeito à totalidade da vida de uma pessoa, e também ao momento presente. Existe também um sentido último, mais amplo – o sentido da Vida de todos como um todo. Pode-se utilizar a seguinte metáfora: um filme é feito com milhares de fotos. Cada uma tem um sentido. Mas o sentido do filme todo só será compreensível ao final da exibição. Então, somente é possível compreender o sentido da vida de uma pessoa como um todo, no encerramento desta vida, ou após o encerramento. Já o sentido último escapa à cognição humana. A pergunta sobre o sentido da vida deve ser feita de forma concreta, contextualizada, de acordo com a situação da pessoa onde ela está e no momento em que ela está. (FRANKL, 1978, 1989a, 1989b, 1990, 1991a, 1991b, 1993, 1998, 2006, 2010, 2015; SILVEIRA, 2006; SILVEIRA & MAHFOUD, 2008; SILVEIRA & GRADIM, 2015).

A pessoa conhece a si mesmo na medida em que vai cumprindo suas tarefas cotidianas, na medida em que vive o que tem sentido em cada situação. Ao olhar para o passado, a pessoa pode encontrar o sentido e a realização naqueles momentos que foram bem vividos (onde se realizou o sentido). O passado torna-se, então, um “celeiro” onde se armazenam momentos cheios de sentido, e que não podem ser retirados da pessoa, pois já são realidade consumada. Uma pessoa idosa é cheia de passado, há muito para apreciar, e pode haver matéria prima para ser transformada com atitudes de reconciliação, reparação, aprendizado, construção de sabedoria. Uma pessoa idosa é muito rica de experiências – todas podem ser aproveitadas de uma maneira ou de outra. (FRANKL, 1993, 1989).

Inclusive em momentos de sofrimento extremo o sentido está presente. A vida pode atravessar uma pessoa com impactos inesperados: o que se requer da pessoa é suportar a incapacidade de captar em termos racionais o fato de que a vida tem

um sentido incondicional, não obstante as circunstâncias. Esse sentido incondicional é chamado de supra-sentido e somente é apreendido pela fé, pela confiança, pelo amor. (FRANKL, 1978, 1989a, 1989b, 1990, 1991a, 1991b, 1993, 1998, 2006, 2010, 2015; SILVEIRA, 2006; SILVEIRA & MAHFOUD, 2008; SILVEIRA & GRADIM, 2015). Assim, uma relação saudável com a religião torna-se uma grande força de segurança para a pessoa: “a segurança e a ancoragem na transcendência, no Absoluto” (FRANKL, 1989a, p. 297). O homem religioso é aquele que foi capaz de completar a sua dinâmica ontológica. É responsável e consciente, vive sua vida como uma missão a ser cumprida. (COELHO JUNIOR & MAHFOUD, 2001).

A pessoa possui uma capacidade extraordinária de resistir às adversidades. Frankl diz da possibilidade que todo ser humano tem de assumir uma atitude diante das condicionalidades, atitude esta que pode configurar a chamada “força de resistência do espírito”. (FRANKL, 1993, p. 20). Em relação aos condicionamentos físicos, psicológicos e sociológicos, o homem pode sempre se posicionar, e pode “distanciar-se de si próprio” para respirar e tomar fôlego. O auto-distanciamento é uma característica essencialmente humana. (FRANKL, 1989b, p. 43). É possível ao ser humano distanciar-se de si, através da auto-compreensão e do humor – ao rir de seus sofrimentos, a pessoa provoca uma distância entre o núcleo de seu eu e a situação problemática – assim o humor possibilita à mulher e ao homem tornar-se inteiro senhor de si (FRANKL, 1989a, p. 327). Aqui, o homem coloca-se “acima de uma situação”, para dominá-la (FRANKL, 1989a, p. 225). À medida em que a pessoa se compreende, torna-se capaz de distanciar-se de si mesma. Por exemplo, diante de impulsos agressivos, a pessoa parar, respirar, e então posicionar-se, sem necessariamente responder com comportamento agressivo - pode escolher um silêncio ou um sorriso (FRANKL, 1978, 1989a, 1989b, 1990, 1991a, 1991b, 1993, 1998, 2006, 2010, 2015; SILVEIRA, 2006; SILVEIRA & MAHFOUD, 2008; SILVEIRA & GRADIM, 2015).

Esses princípios - extraídos de bases filosóficas, desenvolvidos na clínica de pacientes depressivos suicidas, foram comprovados na experiência de vida de Frankl como interno dos 4 campos de concentração nazistas por onde foi preso. Após a sua libertação dos campos nazistas, Frankl aplicou os mesmos princípios em sua vida profissional. Eles têm sido ensinados e praticados em atividades e posturas terapêuticas em várias partes do mundo – produziram uma ampla casuística clínica

e constituíram-se em instrumentos para a operacionalização da construção de resiliência. (SILVEIRA, 2006; SILVEIRA E MAHFOUD, 2008).

Vanistendael e Lecomte (2004), em seu artigo sobre resiliência, também a partir de uma leitura de Viktor Frankl, afirmam que pessoas que viveram sofrimentos grandes mostram ser essencial encontrar um sentido para seu sofrimento e sua vida e para isso adotam atitudes que facilitam a resiliência, a qual significa não somente suportar uma situação difícil, mas comprometer-se em uma nova dinâmica de vida. “Por isto, a noção de sentido tem tanta importância, até o ponto de constituir, para muitos, uma necessidade quase vital. O vínculo e o sentido são os dois fundamentos básicos da resiliência” (VANISTENDAEL & LECOMTE, 2004, p. 91).

Vanistendael & Lecomte (2004) afirmam que fazer a experiência da resiliência inclui:

- a) “Sentir-se ligado ao grande transcorrer da vida”. Para o antropólogo Dan Scheinfeld, “sentir-se conectado a um universo mais amplo é o que nos dá este sentimento de sentido da existência”. “É importante poder voltar a encontrar um vínculo com a vida”. (Idem, pp. 91-92);
- b) “preservar ou reconstruir um vínculo com a vida pode fazer-se de múltiplas maneiras. Este processo realiza-se com frequência de modo intuitivo, sem reflexão demasiada, e podem utilizar-se diversas estratégias simultâneas”. (Ibidem, p.93);
- c) O amor ao próximo pode conferir sentido à existência. “o próximo é capaz de dar sentido à vida em todo tipo de experiências”. “Sentir-se amado dá ao indivíduo a energia necessária, a razão para continuar vivendo e lutando” (Ibidem, p. 94);
- d) A fé e a busca filosófica. Uma filosofia de vida ou uma religiosidade sem sectarismos “contribuem a dotar de sentido a experiência. Com frequência uma pessoa resiliente descobre, por meio da fé, a possibilidade de ser aceita incondicionalmente”. (Ibidem, p. 95);
- e) “A capacidade de situar o acidente em uma perspectiva ampla, filosófica, influirá na capacidade de enfrentarem com eficácia a situação dramática que

vivem”. “Certas experiências traumáticas fazem da busca de sentido uma aposta existencial” (Ibidem, p.96);

- f) “Passar do ‘por que’ ao ‘para que’”. “Muitas pessoas, não podendo descobrir o sentido de um fato traumático, tratam de criar o sentido. Dito de outra forma, conseguir deixar de centrar-se na pergunta ‘por que’ (que tenta explicar o passado) e passar a fazer a pergunta ‘para que’ que se abre ao futuro. (...) O testemunho e o altruísmo são dois modos frequentes de responder a esta pergunta” (Ibidem, p. 97).

Há pessoas que foram maltratadas na infância e depois tornaram-se trabalhadores sociais. Este desejo de ajudar os outros não pode ser reduzido à “reparação”, já que a cura de si mesmo é perfeitamente compatível com a cura do outro (Ibidem, p. 98). Então, “o altruísmo não é só uma consequência, mas sim uma fonte de resiliência” (Ibidem, p. 99). A conclusão do artigo afirma ser possível explorar diferentes possibilidades para construir um vínculo positivo com a vida e, por consequência, o sentido deste vínculo, porém, pode-se “descobrir o sentido, explorar o sentido, mas não o dominamos”. (Ibidem, p. 100).

Boris Cyrulnik fala a partir da etologia e neurociências, da psicanálise e psiquiatria, para demonstrar a fundamental importância das vinculações afetivas para o desenvolvimento saudável do ser humano. Dentre as várias qualidades possíveis de vinculação, uma vinculação tranquila e segura proporciona o fortalecimento para viver, e – caso traumatismos impactem na subjetividade de uma pessoa, sejam pontuais ou insidiosos, a vinculação permite retomar o brilho de uma possibilidade de alegria. (CYRULNIK, 2001a, p. 194; 2001b, 2005, 2006, 2009a, 2009b).

Para esse autor, a resiliência é como um *oxímoron*, em que o sujeito - embora cindido por um trauma - consegue se reconstruir e resistir, sofre mas tem esperança apesar de tudo. *Oxímoron* é uma figura de linguagem que “consiste em reunir dois termos antinômicos”; “A parte da pessoa que recebeu o golpe sofre e produz necrose, enquanto a outra parte melhor protegida, ainda sã, porém mais secreta, reúne, com a energia do desespero, tudo o que pode continuar dando um pouco de felicidade e de sentido à vida”. (CYRULNIK, 2001, p. 21). A pessoa sofrida desenvolve uma outra forma de ver a vida, reflete, e busca alguém que possa ajudar. Trata-se de um

processo íntimo que se integra a um processo social. É um tecido. Tecido e mola. Ao sofrer o impacto da adversidade, a pessoa sofre e depois supera – na medida do possível, salta superando o fator que a ameaça. Tecido, porque a resiliência configura-se no espaço entre a pessoa e seu entorno social: “apesar do sofrimento, buscamos a maravilha”. A resiliência pertence à família dos mecanismos de defesa, é controlável e traz esperança. (CYRULNIK, 2001a, p. 194, 2001b, 2005, 2006, 2009a, 2009b)

Gordon Allport (2015, p.7), no prefácio ao livro *Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração*, de Viktor Frankl, escreve: “tecer estes débeis filamentos de uma vida arruinada para construir com eles um padrão firme, com sentido e responsabilidade”. Walsh (2004) afirma que o corpo e a alma da resiliência encontram-se no sistema de crenças pessoal e familiar, e faz parte deste sistema a atitude de dar sentido à adversidade – considerar a crise um desafio significativo, compreensivo e manejável. Desta forma, é preciso ter a percepção de que o sofrimento tem seu sentido. No caso de poder ser evitado, deve sê-lo, e quando for inevitável, aceitá-lo. Walsh (2004, p.88) escreve: “dominar o possível, aceitar o que não se pode mudar”.

É importante manter o otimismo diante das dificuldades. Ao se perguntar sobre a possibilidade da existência de um sentido para a vida, já se pressupõe o sentido. O ser humano pode escolher livremente entre dizer um sim ao sentido da vida ou dizer um não.

Eu penso que aqui se colocam duas grandes possibilidades para serem pensadas, cada uma delas irrefutável e cada uma delas indemonstrável! Finalmente poder-se-ia muito bem afirmar que tudo seria, no final das contas, sem sentido – da mesma forma que se poderia afirmar que tudo seria não apenas altamente pleno de sentido, mas de tal forma pleno de sentido que nós não conseguiríamos compreender este sentido do todo, este sentido-total, que nós aqui a rigor apenas poderíamos falar de um ‘super – sentido do mundo’. Com o mesmo direito, portanto, pode-se defender o absurdo [*Un-Sinn*] do mundo como o sentido total do mundo. Com o o mesmo direito – o que aqui significa, porém: com a mesma legitimidade lógica, ou falta de legitimidade. De fato a decisão diante da qual estamos colocados aqui, não é mais uma decisão lógica.

Logicamente seria possível da mesma forma em favor de um ou de outro; logicamente, ambas as possibilidades de pensamento são possibilidades autênticas do pensar. A decisão de que se trata aqui é, vista logicamente, uma decisão sem fundamento, ela nada tem como base – ela tem o nada como base: nesta decisão pairamos sobre o abismo do nada – simultaneamente, porém, estamos nesta decisão sob o horizonte do super-sentido! Não mais a partir de uma lei lógica, mas do fundo de seu próprio ser o homem consegue tomar essa decisão, ele consegue decidir-se por uma ou outra. Uma coisa sabemos: decide-se o homem pela crença em um sentido último, no super-sentido do ser, então esta crença terá efeitos criativos. Pois a crença não é simplesmente crença em “sua” verdade – é mais, muito mais: ela faz verdadeiro aquilo em que se acredita! Podemos dizer, portanto: a escolha de uma possibilidade de pensamento é mais que a simples escolha de uma possibilidade de pensamento – é a realização de uma simples possibilidade de pensamento (FRANKL, 1990, p. 96)

Melillo (2004, p. 75), em seu artigo *Realidade social, psicanálise e resiliência*, afirma que, ao se trabalhar com pessoas que sofreram violência, deve-se: “fomentar as novas ‘causas’ que podem ajudar o sujeito a dar um novo sentido à vida, construindo uma visão de longo prazo com esperança no futuro”. Frankl (2015), ao descrever a vivência dos prisioneiros no campo de concentração, fala da importância de se ter uma perspectiva de futuro.

Kleinman enfatiza a capacidade de suportar o sofrimento, como o descrito em seus trabalhos etnográficos na China. Naquele país, a sobrevivência em si é considerada um grande valor - diante de catástrofes sociais, familiares e individuais. Aprender a suportar, distanciar-se interiormente da situação, ajudar o outro, mostrar compaixão, esforço e dignidade – são atitudes possíveis, que tem muito valor humano (KLEINMAN, 2014, p.120). A dor particular de cada pessoa evoca um estilo próprio e interpessoal de sofrer (KLEINMAN, 1998, p. 390), e pode gerar uma demanda por cuidados em saúde.

Desde a primeira geração de pesquisadores sobre a resiliência, procura-se identificar os fatores de risco e os de proteção (INFANTE, 2002). Os fatores de risco são influências – a nível pessoal, familiar, comunitário, ou societário – que prejudicam o desenvolvimento saudável da pessoa. Os fatores de proteção são

condições, recursos disponíveis, que podem reduzir ou neutralizar o impacto dos fatores de risco (CANELAS, 2004). O fator protetor mais importante “configura-se no relacionamento forte e sólido entre um adulto pró-social competente e a criança, desde que este adulto realmente se importe com ela”. (CANELAS, 2004, p. 110). Canelas (2004, p. 109) afirma que “uma perspectiva ecossistêmica sugere que influências protetivas podem ser introduzidas na vida de um indivíduo através de qualquer relação em qualquer parte do ecossistema”. E acrescenta que a resiliência pode ser aprendida e desenvolvida em qualquer pessoa, sendo que isto pode ocorrer através de “intervenções que reduzam ou alterem as relações adversas, estabelecendo ou fortalecendo as relações protetivas”.

De fato, os idosos constroem, desenvolvem, tecem resiliência: uma revisão de literatura com 53 artigos internacionais e 11 nacionais publicados entre 2007 e 2013 sobre resiliência, envelhecimento, velhice e velho concluiu que a resiliência se mantém através da utilização de estratégias de enfrentamento de adversidades e contribuindo para a continuação do desenvolvimento humano, apesar dos sofrimentos atuais e os advindos do curso da vida (FONTES & NERI, 2015).

No contexto cultural brasileiro, um estudo sobre a resiliência de homens portadores de câncer de próstata deixa claro que a história de vida, enraizada na cultura local de cada um, é determinante da forma como homens reconstróem suas identidades diante da doença. (PINTO et al, 2014). Verifica-se que idosos podem considerar suas vidas a partir de perspectivas mais otimistas do que a de seus familiares e cuidadores, como visto em pesquisa realizada em Bambuí (UCHÔA, FIRMO & LIMA-COSTA, 2002). O fato de que as pessoas idosas tentam atribuir significado positivo a este período de suas vidas, remete à construção da resiliência como compreendida por Cyrulnik (2001), e a Goldemberg (2013), que apresentou resultados de entrevistas com idosos, os quais apontam ser possível a construção de uma bela velhice por meio de um projeto de vida.

Zarebski e outros (2004) afirmam que “envelhecer é um processo de mudança, quem não muda torna-se patético”. E a resiliência no envelhecimento inclui a vitória da pulsão de vida sobre a pulsão de morte, o elaborar novos projetos, sonhar, fantasiar, imaginar, desejar, ter bom humor, rir, diversificar a rede de apoios, elaborar gradualmente as marcas do passar do tempo, recordar de modo reminiscente (aferrado

ao presente, com projeção ao futuro) e não nostálgico (aferrado ao passado), possuir um projeto diário que organize a vida em torno de certa rotina – desenvolver autonomia. Outro ponto que ajuda é a “qualidade de ser avô” (ZAREBSKI et al, 2004, p. 213-228).

Na cultura sueca, EBRAHIMI et al (2013) utilizando como critério o fenótipo de fragilidade de FRIED et al (2001) buscaram compreender a percepção dos idosos sobre o que lhes capacitava a suportar o sofrimento, a fragilidade e as adversidades. Das entrevistas, partindo de uma abordagem fenomenológica, emergiram as categorias:

- a) “Reforçar um olhar positivo” – “O pensamento positivo e desejo/disponibilidade para ir adiante enfrentando futuros desafios eram dependentes de conscientização da idade e mudanças relativas a doença. Bom humor e desejo/disponibilidade para ir adiante e viver apesar de vicissitudes corporais consistentes eram importantes forças motivadoras, e capacitaram estes idosos para enfrentar diretamente o futuro e as concomitantes mudanças em suas vidas”;
- b) “Permanecer em arredores familiares”; “A casa tinha muito mais significado do que apenas uma residência; ela trouxe sentimentos de permanecer em um local aprazível com objetos familiares e importantes, e normas, história e valores compartilhados”;
- c) “Administrar a vida cotidiana” – “Continuar a administrar e manter o controle sobre a vida de uma pessoa deu um sentido de garantia e saúde. Idosos frágeis experienciaram boa saúde quando foram capazes de administrar suas atividades diárias independentemente, controlar suas próprias vidas apesar da dependência, manterem-se ocupados e engajados em atividades úteis, e não ser um peso para os outros”;
- d) “Um sentido de pertença e conexão com o todo”; “A interação social validou um sentido de conexão aos outros e o resto do mundo, que evoluiu através do contato com os outros e ter alguém nas suas vidas que se preocupou com eles”;
- e) “Administrar o corpo imprevisível”; “Os sintomas e indisposições incompreensíveis que afetavam a vida diária dos idosos reduziam suas

experiências de boa saúde. Quando o corpo era experienciado como imprevisível e não confiável, isto era percebido como um impedimento, e eles se sentiam aprisionados em um corpo desconhecido. Os sintomas que restringiam sua mobilidade e habilidade para conduzir as atividades cotidianas foram experienciados como obstáculos. (...) Um homem com 76 anos, que estimava sua saúde como excelente, disse: “Meu corpo prega peças em mim,... ele não funciona como o usual... ele me limita, eu não posso sair agora e fazer a mais simples caminhada como eu fazia antes... meu corpo é inflexível, não é confortável como era antes” (...) Estes idosos frágeis experienciavam seus corpos como uma barreira para serem saudáveis, como uma entidade imprevisível que os enganava e não era mais capaz de os servir.” (EBRAHIMI et al, 2013, p.291-292).

O principal elemento que trouxe aos idosos a sensação de boa saúde foi sentir-se “garantido” (*assured*) e capaz, o que dependia da previsibilidade e controle sobre seu corpo e contexto psicossocial (idem, p. 293).

No contexto sócio-político atual do brasileiro, diante dos altíssimos níveis de sofrimento, é interessante perguntar “como” a pessoa, inserida em sua teia de sentidos provida por uma cultura local específica suporta tanto. Pensar a resiliência como o sentido que a pessoa dá ao sofrimento e a forma como reconstrói este sentido, harmoniza-se com a visão da antropológica interpretativa, onde se evidencia que os acontecimentos nos chegam e impactam a partir da forma como os significamos, e sempre a partir da mediação cultural (GEERTZ, 2008).

A dor particular de uma pessoa pode ser expressa em uma narrativa: o ser humano é um construtor de histórias. Quando adoece, a pessoa pode criar uma nova narrativa de sua vida, que a transforma em uma experiência significativa, cheia de sentido, (constrói uma nova narrativa da doença e de toda a sua história de vida anterior). Como afirma Clammer:

Se o sofrimento é a ‘assinatura misteriosa’ do ser-no-mundo humano, assim é a narrativa. Nós somos uma espécie construtora de histórias, e em nenhum lugar isto é mais claro do que na interface das humanidades e a medicina, o ponto no qual o sofrimento e a busca de sentido mais fortemente convergem. (CLAMMER, 2014, p. 124)

Nem toda pessoa idosa é dependente direta de cuidados. Porém, segundo Pereira et al. (2014, p. 3382), a visão corrente e fatalista da velhice como um tempo onde a incapacidade é natural também nos instiga a pesquisar a resiliência neste período da vida, pois é importante “reduzir o estigma, combater práticas discriminatórias que excluem a pessoa idosa das ações em saúde e fortalecer o *empowerment* dos indivíduos que vivenciam tais dificuldades”.

Tais atitudes mostram-se fundamentais no cenário atual, em que vários sofrimentos se tornam presentes no idoso, evidenciados em sintomatologia depressiva e ansiosa (NASCIMENTO et al, 2015) – o que se constata na frequência de uso de benzodiazepínicos, muitas vezes manipulados pelo idoso de forma a contribuir como anestesia para não pensar nos problemas, uma quase automedicação, visto que o idoso faz vínculo com o remédio e passa e buscar a receita com médicos diversos, para manter sua dosagem (ALVARENGA et al, 2014). Por sua vez, outro estudo realizado em Bambuí, com metodologia antropológica, evidencia a urgência de se compreender melhor que estratégias a pessoa idosa utiliza para viver na busca de ser feliz, apesar de tudo. (UCHÔA, 2003).

Com relação aos cuidados com a pessoa idosa, a maioria dos profissionais de saúde, inclusive o médico, chega ao campo de prática profissional despreparada para cuidar de pessoas frágeis que requerem cuidados permanentes, para lidar com a velhice e a finitude (GIACOMIN et al, 2015). Escutar (CONRAD & BARKER, 2010) a pessoa idosa frágil e, em uma escuta respeitosa, “dar” voz ao principal interessado, é a única forma de buscar a compreensão de como vive subjetivamente esta sua condição, e, dessa maneira, adquirir um conhecimento significativo para de fato cuidar (KLEINMAN, EISENBERG & GOOD, 2006). Compreende-se cuidado como uma atitude prática que orienta as ações de saúde que reclamam uma ação terapêutica, isto é, “uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade”. (AYRES, 2004, p. 74.)

A fragilidade da pessoa idosa implica em atravessamentos de sofrimentos, que podem comportar aspectos traumáticos. Diante dela, a pessoa pode buscar condições para ser feliz, ou condições para encontrar sentidos para a vida, apesar do contexto dificultoso. A experiência de fragilização pode ser compreendida como

abarcando um conjunto de vicissitudes que impactam nesta etapa de desenvolvimento da pessoa. Constrói-se a resiliência a partir das adversidades que a pessoa enfrenta: vive-se uma experiência das alegrias possíveis, apesar de tudo. No mundo da vida da pessoa idosa, há adversidades específicas – que podem impactar no quadro de sua fragilidade. Portanto, para sobreviver, ou melhor, viver com qualidade, necessariamente a pessoa idosa precisa e precisará tecer a malha da resiliência, uma rede entre ela, o outro e o ambiente físico ao redor.

Nessa construção, uma tessitura que se dá entre uma pessoa que sofre um trauma (um impacto pontual, ou impacto que se alonga por tempo maior – impacto continuado, crônico), e outra pessoa significativa (ou outros significativos). Diante de adversidades, a pessoa que sofre, ou as pessoas, ou a família – busca uma outra pessoa, ou outros, busca uma mão estendida. O sofrimento traz também a oportunidade de um movimento para encontrar esperança e superação, e a identificação de uma ou mais mãos que possam ajudar. A partir do olhar de um outro, acende-se a confiança em si mesmo, e a motivação para acessar recursos pessoais, familiares, comunitários, sociais: o movimento para agir (utilização de estratégias de enfrentamento – *coping*), fruir do que a vida dá, e assumir atitudes propícias à superação, dentro do possível (o dizer um sim à vida, apesar de tudo). Dessa forma, chega-se às alegrias possíveis, ao que é possível obter da vida. (CABRAL & CYRULNIK, 2015)

Como descrito por Le Blanc (2006), há uma dialética entre a fragilidade e a autonomia. A possibilidade de uma autonomia do ser humano compreende uma reflexão clara sobre as formas de dependência da pessoa. A autonomia se encontra no interior da fragilidade, e a própria fragilidade é também um apelo à autonomia. Assim, a fragilidade não diz respeito a uma faceta do ser humano. Ao contrário, ela redefine a totalidade das capacidades humanas – vista com consciência das incapacidades humanas. Autonomia e fragilização constituem polaridades especificamente humanas. A autonomia surge, se destaca, do interior mesmo da fragilidade.

Cabe aqui enfatizar e pontuar que a resiliência não é um adjetivo. Não é apropriado qualificar uma pessoa como sendo ou não resiliente. A resiliência é uma tessitura entre duas ou mais pessoas. Alguém pode construir resiliência em

determinado momento, diante de determinadas adversidades. E em outro momento da vida, diante das mesmas adversidades, pode não construir resiliência. Pode ocorrer também que, diante de certa adversidade, alguém construa resiliência, mas não diante de outra adversidade específica. Não existe uma pessoa invulnerável, invencível ou superpoderosa. Todos são quebradiços, têm limitações e fraquezas. Importa compreender qual é o peso que cada situação tem para cada pessoa, e de acordo com o peso, o impacto: a situação será vivida como uma adversidade ou não, como um trauma ou não.

A apropriação da palavra “resiliência” em uma cultura neoliberal torna-se um instrumento eficaz de ilusionismo para a manipulação do ser humano. O modo de vida capitalista é dominado por um imperativo de motivar o sujeito para um desempenho, uma performance, que supostamente levaria a uma liberdade. Na explicação do filósofo Byung-Chul Han (2017a, p. 21), “o apelo à motivação, à iniciativa e ao projeto é muito mais efetivo para a exploração do que o chicote ou as ordens”. O sujeito é incitado a buscar uma liberdade, o poder de ser autônomo, e conseqüentemente precisa construir fortalecimentos diante dos percalços da vida, ou seja, a (pseudo) resiliência. Se falhar em suas expectativas e performances, a culpa é inteiramente sua. Se triunfar, além de um sentimento ilusório de satisfação, servirá ao mercado capitalista tornando-se - sem crítica - um consumidor e/ou uma mão-de-obra eficientes para alimentar os donos do capital. Em uma projeção imaginativa do escritor Wells em seu livro “A máquina do tempo” (2017), seriam pessoas vivendo nos subterrâneos, a alimentar um belo mundo que é feito para outra classe de pessoas, uma minoria que fica ao ar livre tomando sol. Se houve uma sociedade em que o imperativo era a disciplina, no século XXI o imperativo é a performance e o desempenho.

A ilusão da busca de um poder ilimitado, propagada pelo modo de vida do capitalismo para aumentar a produtividade, gera um sujeito do desempenho. A liberdade passa a coincidir com a coação – uma liberdade coercitiva, a obrigação de ser livre, uma grande escravidão. (HAN, 2017b). Os percalços inevitáveis do cotidiano - e os produzidos pelas próprias condições sociais desfavoráveis, inclusive geradas no bojo do mercado neoliberal – são tratados como sendo passíveis de serem superados. A resiliência surge como solução, construção de super-homens e

mulheres, um engodo vendido e ofertado pela mídia, adentrando e sendo aceito pelo senso comum e as representações sociais.

Falar de um “sujeito resiliente” torna-se útil para a produção de trabalhadores mais produtivos e eficientes, manipuláveis dentro de um mercado de trabalho, com empregadores que querem um empregado mais adequado e descartável. Porém, de fato, este discurso não diz respeito à construção de superações, que permitiriam o viver da melhor forma possível, apesar de condições adversas - em um mundo onde inclusive as relações de trabalho podem tornar-se extremamente tóxicas. A tessitura real de resiliência implica em superações que comportam um processo reflexivo - inclusive sobre a estrutura social - e que tomam como referência a pessoa, a família ou comunidade em sofrimento – ao invés do referencial de atender a necessidades externas de produtividade ou adequação a um mercado ou sociedade que precisa formar “bons sujeitos” para o consumo e o trabalho. (FRANCISO & COIMBRA, 2015).

Em um cotidiano insidiosamente adverso, torna-se fundamental a construção de resiliência. Pode-se falar em experiências que geram marcas de resiliência, marcas que serão apropriadas e elaboradas pela pessoa ao longo da vida – são momentos em que há uma abertura maior para a aprendizagem, para mudar rotas e caminhos, abandonando circuitos repetitivos de pensamentos, atitudes e comportamentos que se revelam como de certa forma obsoletos e contraprodutivos (em certo sentido, seria abandonar “mecanismos de defesa” e “estratégias” mais imaturas e primitivas, trocando-as por configurações mais desenvolvidas e amadurecidas de formas de lidar com a vida). Trocar, substituir, evoluir formas de ser antigas, que foram em certa medida funcionais em determinado tempo e contexto, por outras mais interessantes para novos tempos e contextos. (CABRAL & CYRULNIK, 2015; COIMBRA & MORAIS, 2015).

Os seres humanos vivem dentro de redes de significações, a partir das quais formam mapas de compreensão de suas vidas, e encontram significações para suas vidas. Diante dos eventos que impactam como adversidades, tornam-se necessárias ressignificações que permitam viver certo conforto, proteger-se, respirar em paz. O vínculo e o sentido tornam-se fundamentos de resiliência. O idoso pode construir, juntamente com outras pessoas, uma malha de significações, comportamentos,

atitudes que favoreçam o encontro com o sentido e a felicidade, apesar do sofrimento.

3.2 - A pesquisa, a antropologia e a pessoa idosa.

A Antropologia Cultural reconhece e constata que noções como as de saúde e doença referem-se a fenômenos complexos que conjugam fatores biológicos, sociológicos, econômicos, ambientais e culturais. Esse discurso antropológico aponta os limites da tecnologia biomédica quando se trata de mudar de forma permanente o estado de saúde de uma população, pois a linguagem biomédica pode estar muito distante da linguagem cotidiana do paciente. E muitas vezes o profissional de saúde não opera uma tradução de sua língua para aquela das pessoas em sofrimento – assim como não busca compreender o mundo de significações do indivíduo padecente. No universo sociocultural do indivíduo se enraízam as concepções sobre as doenças, as explicações fornecidas e os comportamentos que as pessoas assumem diante delas (UCHÔA & VIDAL, 1994).

A abordagem da Antropologia Médica permite a construção de um novo humanismo, uma revalorização do ser humano (BIBEAU, 2010), distanciando-se da frieza de um certo estilo biomédico que desqualifica a experiência do paciente – e chega a reforçar no idoso uma atitude de passividade, ao invés de ampliar sua percepção das possibilidades presentes (MORAES, 2012).

A pesquisa permite um questionamento pessoal, um poder convocatório que traz a possibilidade de abertura de novos olhares e discussões, a ponto de resultar em mais sensível e humano atendimento de saúde: saúde como processo de engajamento emancipatório no cuidado de si e do outro, referenciando-se o paradigma de promoção à saúde. O pesquisador encontra-se com o participante da pesquisa. O encontro com o outro precede o raciocínio e o conhecimento de si mesmo, conduz a um diálogo aberto. É diante do “outro” que o ser humano percebe que é “responsável” e “solidário/compreensivo”. A relação torna-se obviamente fundante e fundamental se percebermos que o sujeito só é construído na comunicação com o “outro”: a “intersubjetividade” é “uma dimensão da “subjetividade”. Portanto intersubjetividade e solidariedade social são inseparáveis. Esta é a constatação personalista e humanista europeia, com origens

hermenêuticas, fenomenológicas, existencialistas. Permanece o compromisso ético de que a pesquisa tem que resultar em benefícios para a sociedade e, se aplicável, para o grupo participante da pesquisa. O pesquisador precisa beneficiar a população estudada, para além de buscar ali seus interesses acadêmicos autocêntricos (MINAYO, 2008). A pesquisa precisa ter como fim a pessoa, e não outros interesses, como um lucro que desqualifica o ser humano. É importante o cuidado, pois as condições humanas, certamente, têm sua biologia, mas têm sua história, sua política, sua economia e refletem diferenças culturais e subjetivas (KLEINMAN, 1998) Se, para além do fictício corpo frio tratado pela biomedicina, existem histórias, o político, o econômico e o social (FAINZANG, 2010), ao escutar de fato o participante da pesquisa, a partir de uma abertura antropológica, já se proporciona a ele uma experiência de alívio e catarse, por poder falar de seus problemas (CSORDAS et al, 2010).

A presença da pessoa pesquisadora ou profissional de saúde pode distanciar-se de uma certa assepsia biomédica – que desqualifica a experiência do *paciente*, criando uma barreira territorial entre duas subjetividades, marcada por sinais comportamentais que muram mundos diferentes: o universo do padecente e o espaço protegido de um suposto detentor do saber, que se coloca em um sistema social à parte, um *condomínio* (DUNKER, 2015). Com propriedade, a Antropologia da Saúde se abre para uma Antropologia do Humano, no que ele possui de mais frágil: a existência, mas também do mais nobre, a solidariedade na luta contra o sofrimento e as desigualdades (MASSÉ, 2010).

4. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, que utiliza ferramentas da Antropologia Médica, ancorada na Antropologia Interpretativa, segundo a qual a cultura é uma constelação de significados que se torna o mapa a partir do qual as pessoas de um grupo leem cada situação da vida (GEERTZ, 2008). Essa compreensão permitiu distinguir entre “doença processo”, o processo biológico de adoecimento, definido pela biomedicina, e “doença experiência”, que corresponde a uma construção cultural, local, e à qual a pessoa atribui sentidos também próprios (KLEINMAN, 1980; UCHOA, 2003, p. 852). O conjunto de valores e práticas que configuram o saber biomédico pode divergir do conjunto de valores e práticas que constitui a cultura popular local, inclusive a experiência de vida no mundo dos usuários dos serviços (UCHÔA e VIDAL, 1994.)

No presente trabalho, parte-se do banco de dados de pesquisa quantitativa sobre fragilidade do idoso, Rede FIBRA- Polo Belo Horizonte. Foram selecionados para este estudo apenas aqueles classificados como “robustos” ou “pré-frágeis” em 2009. Em 2009, os 601 idosos participantes da Rede FIBRA-Polo Belo Horizonte, foram avaliados e classificados em *robustos*, *pré-frágeis* ou *frágeis*, segundo os critérios do fenótipo de fragilidade de Fried et al (2001). Contudo, após 24 meses de seguimento, foram reavaliados todos os 40 idosos considerados frágeis na linha de base. Dezoito deles (45%) haviam falecido ou apresentavam processos demenciais e de piora da fragilidade física que inviabilizavam a realização de entrevistas (FARIA et al, 2016). Por isso, para o presente trabalho, executado seis anos após a coleta inicial, foram convidados apenas aqueles classificados como *robustos* ou *pré-frágeis*, uma vez que o grupo de idosos considerados frágeis muito provavelmente já não mais estaria elegível para entrevistas.

Para garantir a heterogeneidade dos participantes, foram convidadas pessoas de diferentes sexos, idades (no mínimo 60 anos), renda, religião, condição funcional e local de moradia em regiões da cidade de níveis de IDH díspares (IBGE, 2010), havendo quem contasse com plano privado de saúde e quem utilizasse apenas os recursos do Sistema Único de Saúde (SUS). Não foram elegíveis para o estudo os idosos que apresentaram sequelas graves de Acidente Vascular Cerebral, doença de Parkinson avançada, aqueles que necessitavam de cadeira de rodas, ou estavam acamados: aqueles que por algum motivo estariam incapacitados para participar em uma entrevista.

Foram entrevistados um total de 15 idosos, de 69 a 86 anos. Três das idosas entrevistadas também exerciam o papel de cuidadoras de seus maridos, um deles acamado há anos, um dependente-incapacitado não-acamado, um em fase inicial da doença de Alzheimer. Estiveram presentes durante as entrevistas duas mulheres na meia-idade, filhas e cuidadoras de seus respectivos pais (participantes da pesquisa, portadores de Alzheimer, uma mulher, e um homem) - elas não participaram na pesquisa, já que o público pesquisado incluiu idosos, e não seus cuidadores.

Os idosos selecionados foram informados sobre as características do presente estudo e, após conhecimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram entrevistados presencialmente, utilizando-se roteiro semiestruturado. O critério de saturação regulou o tamanho da amostra. (FONTANELLA et al, 2011)

Todas as entrevistas foram realizadas nos domicílios dos idosos - participantes do Estudo da Rede FIBRA em Belo Horizonte - tendo sido gravadas, transcritas, e analisadas a partir da perspectiva êmica, na qual a compreensão do cientista é tecida antes de tudo a partir da visão dos entrevistados, e então a partir da chave de compreensão da literatura (TURATO, 2005). As entrevistas foram lidas atenta e cuidadosamente por várias vezes. A partir disso, foi feita uma categorização das respostas, agrupadas em temas. Os temas mais recorrentes-frequentes foram considerados categorias, as falas referentes a estas categorias foram separadas-listadas.

As perguntas geradoras foram: a) *Alguma coisa te incomoda atualmente?* b) *Diante do que te incomoda, como o(a) senhor(a) faz?* A pessoa idosa foi convidada a falar sobre a vida e sobre si, mais especificamente sobre suas condições de saúde, sobre quais são seus incômodos, e como faz para lidar com eles.

A coleta e a análise dos dados foram fundamentadas no modelo de “Signos, significados e ações”, que possibilita a compreensão dos elementos significativos para uma população ler uma determinada situação e se posicionar diante dela. Essa metodologia parte da pragmática, observando os comportamentos dos atores sociais, o que possibilita conhecer as formas de interpretação de uma situação concreta.

Os relatos permitem reconstruir os comportamentos, os significados dados a eles e a práticas assumidas a partir disto (CORIN et al, 1992). A interpretação busca identificar as configurações centrais semiológicas, em uma intertextualidade, a partir da leitura das narrativas pessoais no contexto das grandes narrativas culturais (CORIN et al, 1993).

São pressupostos dessa metodologia:

- cada comunidade constrói de maneira específica o universo dos problemas de saúde, destacando principalmente determinado sintoma, privilegiando uma dada explicação e encorajando certos tipos de reações e ações;

- existiria continuidade entre a maneira pela qual uma comunidade percebe e interpreta seus problemas de saúde e os procedimentos que ela mesma desenvolve para resolvê-los. (CORIN et al, 1992).

Assim, este modelo de análise permite maior sistematização dos diferentes elementos do contexto (dinâmica social, códigos culturais centrais, conceito de pessoa, etc.) que intervêm efetivamente na identificação do que é problemático, na decisão de tratar ou não um problema e na escolha da terapêutica apropriada (UCHÔA & VIDAL, 1994). Nessa perspectiva, deixa-se o objeto “ontologizado” da medicina – a doença – e entra, em seu lugar, um sujeito, considerado capaz de escolha mais autônoma acerca dos modos de levar a vida. (CAMPOS, 2000.)

O estudo da Rede FIBRA foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais parecer n° ETIC 187/07. Esta pesquisa é parte do projeto “Fragilidade em idosos: percepções, mediação cultural, enfrentamento e cuidado”, aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto René Rachou/Fiocruz (CAE: 49173415.8.0000.5091).

5. RESULTADOS

Os resultados da análise das entrevistas serão apresentados, a seguir, em formato de artigos. Os artigos foram enviados à Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Ambos foram aceitos para publicação.

5.1 - **Artigo 1**

A percepção de idosos sobre sofrimentos ligados à sua fragilização

The perception of the elderly about sufferings related to their fragilization

A percepção de idosos sobre seus sofrimentos

The perception of the elderly about their sufferings

Resumo

Objetivo: compreender como a pessoa idosa percebe aspectos subjetivos ligados a sofrimentos atuais e outros experienciados ao longo da vida que remetem ao processo de fragilização. *Método:* estudo qualitativo, ancorado na Antropologia interpretativa. Foram selecionados idosos participantes no banco de dados da Rede FIBRA - entre aqueles classificados como “robustos” ou “pré-frágeis” em 2009, no polo Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, segundo o referencial do fenótipo de fragilidade de Fried et al. Foram entrevistados 13 idosos, de diferentes sexos, idades, renda, religião, condição funcional. Foi utilizado o modelo de análise “Signos, significados e ações que possibilita a compreensão dos elementos significativos para uma população ler uma determinada situação e se posicionar diante dela”. *Resultados:* da análise emergiram as categorias: a) o sofrimento ao longo da vida e b) Adoecimentos e os recursos para lidar com eles. *Conclusão:* os entrevistados narram sofrimentos de diferentes aspectos que constituem a sua vida, do nascer ao envelhecer, conforme experiências que significam dores, perdas, aprendizado. A percepção de fragilização atual remete à história de vida, marcada por sofrimentos físicos e ou mentais, insidiosos ou pontuais – bem como aos adoecimentos, como se manifestam hoje, e à falta de recursos financeiros e de segurança urbana. As narrativas nos aproximam da percepção da fragilidade como sendo constitutiva do ser humano – que pode facilmente trincar

Palavras-chave: Idoso. Fragilidade. Antropologia médica.

Abstract:

Objective: To understand how the elderly perceives subjective aspects linked to current and other life experiences that refer to the process of fragilization. *Method:* qualitative study, anchored in interpretative anthropology. The elderly were selected in the FIBRA Network database - among those classified as "robust" or "pre-fragile" in 2009, at Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, according to the of the fragility phenotype of Fried et al.. We interviewed 15 elderly people, in 2016, of different sexes, ages, income, religion, functional status. In the data collection and analysis, the "Signos, meanings and actions" analysis model was used, which allows the understanding of the significant elements for a population to read a given situation and to position itself before it. *Results:* from the analysis emerged the categories: a) suffering throughout life and b) suffering and the resources to deal with them. *Conclusion:* the interviewees narrate sufferings of different aspects that constitute their life, from birth to aging, according to experiences that mean pain, loss, learning. The perception of current fragility refers to the life history, marked by physical or mental suffering, insidious or punctual - as well as to illnesses, as they are today, and the lack of financial resources and urban security. The narratives bring us closer to the perception of fragility as being constitutive of the human being - who can easily crack.

Keywords: Elderly. Fragility. Medical anthropology.

Introdução.

A fragilidade é um estado clínico no qual há um aumento na vulnerabilidade do indivíduo para a dependência ou a mortalidade, diante de um evento estressor ¹. Vários grupos de pesquisadores chegaram ao consenso de que essa síndrome médica multifatorial pode ser potencialmente rastreada, prevenida ou tratada com ações específicas; e que todos os indivíduos maiores de 70 anos e ou com perda involuntária de peso devem ser investigados.

Um grande marco conceitual é o fenótipo de fragilidade proposto por Fried et al.², baseado em cinco critérios: perda de peso não intencional, exaustão auto reportada, fraqueza física, redução na velocidade de caminhada, baixa atividade física. A

presença de 3 ou mais critérios configura a fragilidade; 1 ou 2, a pré-fragilidade e a ausência de todos define uma pessoa robusta. De acordo a literatura, a prevalência da síndrome é maior entre as mulheres e aumenta com a idade - variando de 2,5% entre idosos na faixa etária entre 60 e 70 anos, a mais de 30% entre os idosos octogenários¹. No Brasil, baseado nos mesmos critérios, foi desenhado um estudo epidemiológico de caráter transversal, multidisciplinar e multicêntrico para investigar o perfil e a prevalência dessa síndrome em idosos e seus fatores associados - a Rede de Estudo sobre Fragilidade em Idosos Brasileiros (rede FIBRA, composta por quatro polos: Universidade Federal de Minas Gerais, Universidade de Campinas, Universidade de São Paulo-Ribeirão Preto e Universidade do Estado do Rio de Janeiro). Entre os idosos belorizontinos, foi encontrada uma prevalência de fragilidade de 8,7%³.

Quando investigado em sua esfera física, os estudos de enfoque marcadamente biomédico e positivista, descrevem o processo de fragilização, embora dinâmico, usualmente segue uma lógica unidirecional: do estágio robusto, passando pelo pré-frágil, e culminando no frágil. Uma melhor compreensão sobre como ocorrem essas transições poderia favorecer o cuidado, a prevenção e a intervenção⁴.

Na busca de uma compreensão mais ampla sobre o que compõe a fragilização de uma pessoa idosa, faz-se necessário uma abordagem que possibilite uma aproximação de outras questões - culturais, psíquicas e sociais, inter-relacionadas e variáveis de indivíduo para indivíduo⁵, que incluam questões subjetivas sobre a saúde, a doença e incômodos que as pessoas vivenciam ao longo da vida.

A experiência de fragilidade engloba também uma perspectiva existencial, em que o indivíduo sofre ao se deparar com a própria finitude⁶, diante das contingências da vida. Reconhecendo-se a importância dos determinantes sociais no modo como as pessoas envelhecem⁷, - e considerando que as desordens, sejam elas orgânicas ou psicológicas, somente são acessíveis por meio da mediação cultural⁸.

O presente trabalho objetiva compreender como a pessoa idosa percebe aspectos subjetivos ligados a sofrimentos atuais e outros experienciados ao longo da vida que remetem ao processo de fragilização.

Método.

Esta abordagem qualitativa, ancorada na Antropologia Interpretativa, assume a cultura enquanto uma constelação de significados que se torna o mapa a partir do qual as pessoas de um grupo leem cada situação da vida⁹. Essa compreensão permitiu distinguir entre “doença processo” (“*disease*”) - o processo biológico de adoecimento, e “doença experiência” (“*illness*”), que corresponde a uma construção cultural, local, e à qual cada pessoa em questão atribui sentidos próprios¹⁰. Ademais é preciso considerar que o conjunto de valores e práticas que configuram o saber biomédico pode divergir do conjunto de valores e práticas que constitui a cultura popular local, inclusive a experiência de vida no mundo dos usuários dos serviços¹¹.

Em 2009, os 601 idosos participantes da Rede FIBRA-Polo Belo Horizonte, foram avaliados e classificados em “robustos”, “pré-frágeis” ou “frágeis”, segundo os critérios do fenótipo de fragilidade de Fried et al.². Contudo, após 24 meses de seguimento, foram reavaliados todos os 40 idosos considerados frágeis na linha de base⁴. Dezoito deles (45%) haviam falecido ou apresentavam processos demenciais e de piora da fragilidade física que inviabilizavam a realização de entrevistas. Por isso, para o presente trabalho, executado seis anos após a coleta inicial, foram convidados apenas aqueles classificados como *robustos* ou *pré-frágeis*, uma vez que o grupo de idosos considerados frágeis muito provavelmente já não mais estaria elegível para entrevistas.

A escolha da Rede FIBRA deveu-se à possibilidade de acesso a um grupo de idosos já investigados sobre o tema. Porém, uma vez que o escopo da pesquisa adentrava a esfera subjetiva desse processo de fragilização, a metodologia utilizada foi diversa daquela do FIBRA – baseado em medições objetivas físicas. Os idosos identificados como pré-frágeis e robustos foram selecionados aleatoriamente na lista dos participantes da rede FIBRA. Para garantir a heterogeneidade dos participantes, foram incluídas pessoas de diferentes sexos, idades, renda, religião, condição funcional e local de moradia em regiões da cidade de níveis de IDH díspares¹². Não foram elegíveis para o estudo aqueles que apresentaram sequelas graves ou algum outro motivo que os incapacitasse para responder-participar em uma entrevista.

Todos foram contatados por telefone e agendada entrevista no domicílio. Informados sobre o estudo e, após ciência e assinatura do Termo de Consentimento

Livre e Esclarecido, foram entrevistados presencialmente. O critério de saturação regulou o tamanho da amostra¹³.

Nas entrevistas, não foram apresentados e/ou explicitados aos idosos quaisquer conceitos de fragilidade, visto que buscava-se compreender a percepção dos participantes sobre esse fenômeno e identificar nesses relatos das experiências da pessoa se eles de algum modo coincidiam ou não com os critérios propostos no fenótipo de fragilidade de Fried et al.². Todos os idosos foram incentivados a falar sobre a vida e sobre si, mais especificamente sobre suas condições de saúde, sobre quais são seus incômodos, e como fazem para lidar com eles.

A coleta e análise dos dados foram fundamentadas no modelo de “Signos, significados e ações”⁹, que possibilita a compreensão dos elementos significativos para uma população ler uma determinada situação e se posicionar diante dela. Essa metodologia parte da pragmática, observando os comportamentos dos atores sociais, o que possibilita conhecer as formas de interpretação de uma situação concreta. Os relatos permitem reconstruir os comportamentos, os significados dados a eles e a práticas assumidas a partir disto⁹. A interpretação busca identificar as configurações centrais semiológicas, em uma intertextualidade, a partir da leitura das narrativas pessoais no contexto das grandes narrativas culturais⁹. Este modelo permite maior sistematização dos diferentes elementos do contexto (dinâmica social, códigos culturais centrais, conceito de pessoa, etc.) que intervêm efetivamente na identificação do que é problemático, na decisão de tratar ou não um problema e na escolha do terapeuta apropriado⁹. Nessa perspectiva, deixa-se o objeto reificado da medicina – a doença – e entra, em seu lugar, o sujeito, considerado como cidadão de direito e capaz de reflexividade, bem como escolha acerca dos modos de levar a vida¹⁰.

Todas as entrevistas foram gravadas, transcritas, cuidadosamente lidas e relidas e feita uma categorização das narrativas.

Esta pesquisa é parte do projeto “Fragilidade em idosos: percepções, mediação cultural, enfrentamento e cuidado”, aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto René Rachou/Fiocruz (CAE: 49173415.8.0000.5091).

Resultados e discussão

Foram entrevistados 15 idosos (69 a 86 anos), sendo duas, também cuidadoras de seus maridos incapacitados.

Emergiram da análise, duas categorias: “O sofrimento ao longo do curso da vida”; “O adoecimento e a falta de recursos”.

1) O sofrimento ao longo do curso da vida.

Nesta categoria, os entrevistados relataram sofrimentos advindos de eventos pessoais e familiares que ocorreram de forma abrupta ou insidiosa ao longo da vida. Uma entrevistada narra a sua experiência de ruptura com a realidade que resultou na sua aposentadoria precoce e no estigma que carrega até hoje:

“Quando tinha 30 anos e tive minha terceira filha, (...) eu saí do ar, (...) de tanta coisa que eu sofri, e na época que eu tava fazendo mestrado fora, (...) Depois quando eu voltei, tinham me aposentado.” (...) “Eu sofri muito bullying pela vida afora, na vida acadêmica então, você não imagina.”; “o preconceito é muito grande, o estigma é muito grande, todo mundo te chama doida. Eu sofri muito com isso” (E8, F, 72).

Para Graham et al.¹⁴, o estigma deriva de um processo por meio do qual certos indivíduos e grupos de pessoas são impelidos a se sentir envergonhados, excluídos, discriminados. A maneira como a pessoa que passou por uma crise, um surto psiquiátrico, é rotulada traz uma série de sofrimentos que chegam de várias formas, limitando as possibilidades de viver confortavelmente diante de si e do outro¹⁵. Se a crise e o surto podem ser resultantes de um processo de pressões sociais, em um contexto individual específico, os tratamentos médico e psicoterápico podem trazer bons resultados. Porém, eles não devem em nenhuma hipótese acrescentar outros sofrimentos advindos do reforço à estigmatização e ou iatrogenias oriundas de olhares normatizadores - sofrimento tão ou mais doloroso do que a condição psiquiátrica em si (doença processo).

Segundo Cabral¹⁶, há contextos em que sofrimentos de diferentes naturezas se repetem e continuam, passando a fazer parte do dia a dia, de forma que ficam muito difíceis de digerir. Trata-se de um excesso de informações que

mobilizam toda a pessoa e não encontram escoamento ou elaboração, imobilizando as possibilidades criativas. Isso gera estados que comportam sentimentos de impotência para lidar com um cotidiano sufocante. Por sua vez, os familiares de quem porta algo como uma “doença mental” mostram sentimentos como vergonha e constrangimento, tristeza e piedade diante da pessoa; e medo de que a pessoa apresente comportamentos agressivos¹⁷. O estigma está presente na sociedade, na própria família, e a pessoa mesma pode introjetá-lo. Uma pessoa considerada “doente” pode ser mal vista ou apontada como estando em crise, devido a um comportamento que, se estivesse presente – exatamente igual - em outra pessoa, considerada “normal”, não seria visto como problemático. Ferreira et al.¹⁸ enfatizam que o estigma internalizado traz repercussões negativas na saúde – a pessoa se auto-discrimina, auto-recrimina, sente-se culpada por ter tido a crise, ou por “ser assim”.

Perdas de familiares e outros eventos - identificados pelos entrevistados como sofrimentos agudos que persistem até o presente - incluíram o afastamento dos pais na infância, a morte de um filho e a viuvez. Este senhor narra perdas na infância decorrentes do adoecimento de sua mãe - em uma época em que não havia recursos para tratar a tuberculose:

“(...) sofri de uma mãe e de um pai, que em 1947, com 7 filhos, (...) distribuiu os filhos, porque minha mãe ficou tuberculosa. (...) Então eu saí de casa, com 5 anos, e não voltei mais (...) Eu fui me tornando uma pessoa muito dependente.” (E12, M, 74)

As dificuldades foram muitas: mudança da zona rural para Belo Horizonte, falta de moradia, restrições alimentares devido à carência de recursos, doenças - “manchas nos pulmões” (ele nunca foi tabagista); toxoplasmose, tendo perdido 50% da visão em um olho, e 90% em outro, o que levou a sua aposentadoria precoce aos 40 anos, por recomendação médica. O processo existencial desse homem pode ser compreendido como uma sucessão de sofrimentos, em conformidade com o que Kleinman¹⁹ descreve como “a dor de viver” – uma vida onde a dor é um pano de fundo e/ou primeiro plano constantes, o que acontece em pacientes crônicos.

Dentre os sofrimentos decorrentes de perdas de pessoas muito significativas, duas senhoras enfatizam a morte de um filho e a viuvez:

“Assim que ele saiu da igreja, (...) ele falou: hum, meu braço tá doendo. Aí falou, deixa eu sentar aqui, (...) quando ele fez assim, caiu pra trás, morreu. Aí, menino... ah, este pedacinho, não vou te contar o resto mais não.” (E1, F, 83 anos)

“Porque eu perdi meu marido... eu morava no interior, então, eu (fiquei) muito nervosa, porque ia ficar sem o meu marido e meus filhos, porque os três moram aqui. Então meu filho disse; ‘não mamãe, a senhora não vai ficar sozinha, a senhora vai morar com um de nós, em Belo Horizonte’, então eu vim, morei... quatro anos com meu outro filho... e com ela já estou há mais tempo”. (E2,F,83 anos).

Mudanças nos papéis e arranjos familiares relacionam-se com o processo de fragilização. O estado conjugal de viuvez pode contribuir para o começo da fragilidade, especialmente para homens, bem como dar origem a novos arranjos familiares²⁰. No Brasil, observa-se o aumento do número de domicílios multigeracionais: mais por necessidade dos mais novos, que ainda dependem financeiramente dos idosos. Contudo, a noção de reciprocidade de cuidados entre pais e filhos, ou avós e netos, e a expectativa de cuidado dos idosos por parte desses membros da família pode não se confirmar na velhice²¹.

Assim, outra condição relacionada ao processo de fragilização foi o ato de cuidar de idosos dependentes. Em razão da necessidade de cuidados, uma pessoa idosa pode ser levada a habitar com um dos filhos, geralmente uma filha. Uma mulher que cuida da mãe com muito carinho esclarece:

“Mas família não é a que a gente quer, é a que a gente tem. (...) você tem que conviver, mas não toca no assunto, não tenta consertar, porque isso não tem jeito, é assim.” (...). Mas a minha mãe sofre com isso (...)” (E5, F cuidadora E2,83) "

Enquanto esta mulher expressa o seu sofrimento traduzido em sentimentos de ressentimento e raiva do “marido cuidado”:

“Eu me ofusco, pra olhar o meu marido. (...) parei de fazer minhas atividades físicas, de sair, de dançar, parei de tudo –

por causa de meu marido. (...) Meu digníssimo esposo, porque ele teve enfarto, é diabético, (...) Não é, senhor? (...) Eu cuido de você direitinho, né? (E10,F,72)

Ao longo da entrevista, ela deixa claro que precisa “cuidar” de quem não ama e culpabiliza o esposo pelas infelicidades – dela e dele – de forma repetitiva e torturante. O marido não tem o que fazer, a não ser escutar uma fala raivosa: está de tal forma fragilizado, que em um certo sentido encontra-se indefeso também diante da esposa. O clima relacional é angustiante, o desamor exala pelas expressões verbais e não verbais do casal. O ambiente físico, um apartamento pequeno, está cheio com a presença de dois filhos, a nora, e vários netos adolescentes. O conflito conjugal transborda.

No caso específico de idosos cuidadores, inseridos em contextos de alta vulnerabilidade, as condições para o cuidado são ainda mais críticas, pois a falta de suporte social e de políticas de cuidado institucionais afetam a coesão social e a habilidade das famílias de responderem a situações adversas. Esses contextos podem fragilizar ainda mais a saúde dos cuidadores, além de comprometer a qualidade de vida de todos envolvidos¹.

Na velhice, conflitos familiares ganham visibilidade, são expostos, desnudados. A família, enquanto um sistema interativo complexo, demanda acomodações constantes, a depender de situações estressoras externas e de modificações nos padrões internos de relacionamento²². Na família, a realidade é definida por uma história que vem sendo contada desde sempre, transmitida de geração em geração – constituída pela linguagem, modificada socialmente, e repassada membro-a-membro, como um processo narração oral e gestual, verbal e não-verbal. Cada grupo familiar cria sua mitologia, que se constitui como regras para a vida, pautas existenciais seguidas por cada membro, sem que se tenha clara consciência de que as está seguindo. Uma pessoa, naquele contexto, pode – a partir de suas reflexões – seguir as pautas e/ou construir caminhos próprios, com maior ou menor liberdade para isso²². Em cada família, a fragilidade na velhice transborda como um desfecho de toda a construção pessoal, inserida na narrativa familiar particular que se assenta em um contexto cultural comum.

Adoecimentos e os recursos para lidar com eles.

Nesta categoria, os entrevistados identificaram diversos tipos de doenças que atravessam as narrativas (artrose, câncer, doenças do coração, hipertensão arterial, Alzheimer, baixa de visão e audição, quedas, dores, entre outras) e como a presença ou a falta de recursos influi em seu processo.

Este homem reconhece que sua saúde física é boa, mas é portador de uma doença psicológica:

"Agora, existem doenças que são psicológicas, como eu tenho por exemplo, eu sou vítima, por exemplo, de vez em quando eu tenho uma tristeza profunda, falta alguma coisa." (E12,M,74)

Outras doenças crônicas são relatadas por um homem e uma mulher:

" A saúde tá... mais ou menos... Eu trato uma leucemia mielosa crônica, tá sob controle, sabe comé que é? Já fiz cirurgia de próstata... Já tá... tudo dentro das medidas... Faço tratamento né... Mas tá sob controle... Todas elas... é isso aí..." (E4,M,69)

"Tenho 74 anos, e já tive internada 3 vezes por problema de coração. (...) (...) fui desenganada, e tal, mas... a gente não vai antes da hora." (E11,F,74)

A presença de comorbidades e a fragilidade são entidades sabidamente relacionadas⁴ e devem ser colocadas em destaque no cuidado à saúde do idoso. Porém, nestes excertos, os entrevistados discorrem sobre como a falta de recursos compromete esse cuidado:

"... a gente tá pagando tudo muito caro, com o mesmo salário. (...) tenho netos, filhos, tenho filha que tá desempregada já há oito meses, esse meu irmão não trabalha [mora com ela, portador de sofrimento mental]. O salário é só o meu. E eu ainda ajudo a minha neta, que mora em São Paulo, que paga aluguel (...). E ajudo a outra que mora perto (...) tô com conta de luz atrasadas, conta de água atrasada. " (E11, F, 74)

“É assim, tá difícil. Não posso pagar uma pessoa pra me ajudar (a cuidar do marido com Alzheimer. Ganho um salário. O que me ajuda é meus biscates. Mas fixo mesmo, só nosso salário.
“(E1, F, 83)

Verifica-se, em todas as entrevistas, que para lidar com os sofrimentos e as limitações que remetem à fragilização, a categoria “recursos materiais” é fundamental como base de sustentação para garantir os cuidados. Uma mulher explica assim o sofrimento por não ter recursos para proporcionar mais conforto ao marido ou a si mesma:

"Tá encostado, tá doente. Tá aí" (...) há uns dois anos na cama. (...) Eu cuido dele também. Os meninos me ajudam a cuidar dele (...) eu não tava aguentando comprar fraldas pra ele, e eu fui na Defensoria Pública e consegui, e consegui alimentação – alimentação não, suplementos, luvas e lenço umedecido. (...) Eu quero correr atrás, porque não aguento mais lavar roupa de cama. (...) tem dia que ele tá bom, tem dia que não tá,... vamos levando, é isto.” (E1,F,83)

No universo pesquisado, revela-se ausência de recursos materiais, emocionais e sociais para fazer frente a cuidados crônicos é um tema que merece vários estudos, e demanda soluções, o que se harmoniza com as conclusões de Giacomini e Firmo²³: torna-se urgente a necessidade da proposição e implementação de uma política de cuidados prolongados ao idoso no Brasil.

Além disso, a concepção idealizada de que o idoso deveria ser capaz de preservar sua saúde, culpabilizando-o pela própria fragilidade como se fosse um “fracasso”, revela-se um cruel corolário da visão de que envelhecimento se equipara a adoecimento. Ao mesmo tempo em que a ideologia de “construir-se por si mesmo” desresponsabiliza a família, o Estado e a sociedade de propiciarem condições favoráveis ao cuidado e à proteção na velhice²³. A culpabilização pela doença, a partir de uma visão normativa, caracteriza em parte a abordagem biomédica – que busca proporcionar uma forma de atenção e tratamento, mas pode se tornar uma forma de violência e coerção, o que se depreende também da pesquisa de Moraes et al.²⁴.

Dois idosos enfatizam que modificaram suas atividades cotidianas em razão da falta de segurança na cidade:

“Deslocar na cidade sem carro, enfrentando ônibus, pessoas indiscretas na rua, já seria um risco à saúde, à própria saúde, então eu decidi parar. (...) você não pode ficar na rua (...) Então, procuro levar uma vida mais quieta (...) (E12,M,74)

"A vida fora de casa é diferente da vida dentro de casa – é onde a gente fica mais em casa do que sair, e não é bom" (E10,F,72).

Os entrevistados percebem a cidade como fonte de riscos. A falta de recursos financeiros e de segurança urbana foram apontadas como fonte de desconfortos que dificultam uma boa qualidade de vida e comprometem a saúde dos indivíduos, o que corrobora o estudo de Danielewicz et al.²⁵.

Os entrevistados não utilizaram em nenhum momento os termos “*fragilidade*”, “*frágil*” ou “*fragilização*”. Eles falam de um mundo próprio, o mundo experiencial, que se constitui como uma realidade antropológica - histórica, social, psíquica, do ser humano idoso. Se tomado como referência o fenótipo de fragilidade proposto por Fried et al.², os idosos enfatizaram apenas dois, entre os cinco critérios propostos: os aspectos da mobilidade e de perda de energia - que vem traduzida como “falta de ânimo”, como nestes excertos:

"Eu venho percebendo, uma queda, uma... ao longo dos anos, vem tendo uma perda de, de atividade, cada dia mais. Cada ano mais do que o outro, uma atividade física, tem mais limitação (...) Tinha mais facilidade de locomover. Porque, vai chegando na idade que eu estou, acho que o meu equilíbrio não está tanto igual naquela época. Não sei se é por causa dos desgastes." (E10,F,72)

"Eu tava muito assim, abatida. Mas não, agora eu tô me sentindo melhor (...). Eu tava muito pra baixo". (E2,F,83)

À marcação da passagem do tempo corresponderia um processo “natural” de fragilização que se confunde com a velhice, quase sempre associada à doença e enfraquecimento, ideias que fazem parte do imaginário histórico ocidental^{23,24}. Embora admitam que haja “doenças de velho”, ao narrar suas dificuldades para compreender porque certas doenças não têm tratamento medicamentoso, explicita-se uma insuficiência do instrumental farmacológico e biomédico para resolver a experiência de adoecimento e de tristeza de pessoas idosas. A dor que a medicina não cura pode também ser compreendida como “dor de viver”¹⁹, e a característica de fragilidade – o ser humano e sua “essência de vidro”⁶.

Moraes et al.²⁴ confirmam que os idosos percebem o saber biomédico também como faltoso, como um saber que medica, prescreve, mas não valoriza a experiência da pessoa. Portanto, não cuida de fato, pois não dá conta do sofrimento que escapa aos diagnósticos e protocolos de tratamento, além de naturalizar o adoecimento como sendo sinônimo de velhice. Kleinman¹⁹ explicita este distanciamento entre biomedicina e vida cotidiana do “paciente”. Os contextos entre academia médica e vida local do idoso são mundos distintos, assim como são distintas a percepção sobre saúde e doença em diferentes culturas.

O sofrimento atravessa o viver, na história de cada pessoa, em cada etapa da vida. Contudo, somente quando se é escutado e compreendido, em atitude de estar ao lado¹⁹, é possível buscar estratégias para lidar com os incômodos e tentar, se possível, superá-los.

Conclusão

Embora não seja possível alcançar um conceito unívoco de fragilidade, os entrevistados narram sofrimentos de diferentes aspectos que constituem a sua vida, do nascer ao envelhecer, conforme experiências que significam dores, perdas, aprendizado. A percepção de fragilização atual remete à história de vida, marcada por sofrimentos físicos e ou mentais, insidiosos ou pontuais – bem como aos adoecimentos, como se manifestam hoje, e à falta de recursos financeiros e de segurança urbana.

As narrativas nos aproximam da percepção da fragilidade como sendo constitutiva do ser humano – que pode facilmente trincar. No envelhecimento, cresce

a percepção de si mesmo como frágil – ainda que a fragilidade sempre se faça presente desde o nascimento. Ao sentir-se portador de uma *natureza* que pode se estilhaçar, cresce a consciência da importância de se cuidar, e abre-se a possibilidade de se realizarem sínteses mais abrangentes da própria vida.

A escuta cuidadosa da experiência do idoso possibilita que as estratégias de cuidado e promoção da saúde se tornem mais respeitadas e eficazes garantindo uma maior adesão às propostas de fomento de boa qualidade de vida. Nesse sentido, fica patente a importância de que se construam recursos educacionais, na formação dos profissionais de saúde, de apoio às famílias, e de inserção em manifestações culturais – a nível social amplo -, com a otimização de recursos que contribuam para uma visão mais real, humanizada e ampliada da pessoa idosa, com sua riqueza e potenciais criativos – a fim de que a qualidade de vida da pessoa envelhecida melhore.

Referências.

1. Morley JE, Vellas B, Van Kan GA, Anker SD, Bauer JM, et al. Frailty consensus: a call for action. *J Am Med Dir Assoc.* 2013;14:392-7. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.03.022>
2. Fried LP, Ferrucci L, Darer J, Williamson JD, Anderson G. Untangling the concepts of Disability, Frailty, and Comorbidity: implications for improved targeting and care. *The journals of gerontology*, 2004; 59A(3), ProQuest Psychology Journals. p. 256. Doi: <https://doi.org/10.1093/gerona/59.3.M255>
3. Vieira R.A. et al. Prevalência de fragilidade e fatores associados em idosos comunitários de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: dados do Estudo FIBRA. *Cad. Saúde Pública.* 2013; 29(8): 1631-1643.
4. Faria GS, Ribeiro TMDS, Vieira RA, Silva SLAD, Dias RC. Transition between frailty levels in elderly persons from Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. *Rev Bras Geriatr e Gerontol*, 2016; 19(2), 335-341. Doi: [10.1590/1809-98232016019.140232](https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.140232)

5. Fernandes MGM, Andrade NA, Nóbrega, MML. Antecedentes de fragilidade no idoso: uma revisão sistemática. *Rev Gaúcha de Enferm.* 2011; 32(2): 8.
6. Carrière JC. Fragilidade. Rio de Janeiro: Editora Objetiva; 2007.
7. Vidal EIO. Fragilidade em idosos: perspectivas para a pesquisa e a prática em Saúde Coletiva. *Cad. Saúde Pública.* 2014; 30(6): 1133-1135.
8. Geertz C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: LTC; 2008.
9. Corin E, Uchôa E, Bibeau G, Koumare B. Articulation et variatons des systèmes de signes, de sens et d'actions. *Psychopathol Afr.* 1992; 24:183-204.
10. Kleinman A. Patients and healers in the context of culture. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press; 1980.
11. Uchôa E, Firmo JOA, Lima-Costa MF, & Corin E. An anthropologic study on strategies for addressing health problems among the elderly in Bambuí, Minas Gerais State, Brazil. *Cad. Saude Publica*, 2011, 27, s370-s377. [Doi: 10.1590/S0102-311X2011001500007](https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011001500007)
12. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. *Cidades*. Belo Horizonte; 2010. [acessado em julho de 2017] Disponível em: www.ibge.gov.br
13. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista de Pesquisa Qualitativa.* 2017; v.5 (7), p 01-12.
14. Graham N, Lindesay J, Katona C, Bertolote JM, Camus V, Copeland JRM et al. Redução da estigmatização e da discriminação das pessoas idosas com transtornos mentais: uma declaração técnica de consenso. *Rev. Psiq. Clín*, 2007; 34(1): 39-49.
15. Clemente AS, Santos WJ, Nicolato, R, Firmo JOA. Estigma relacionado ao transtorno bipolar de acordo com psiquiatras em Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2017; 33(6):e00050016.

16. Cabral S. Marcas de resiliência ou sobre como tirar leite de pedra. In CABRAL S, CYRULNIK B, organizadores. *Resiliência: como tirar leite de pedra*. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2015; p. 57-74.
17. Vicente JB, Mariano PP, Buriola AA, Paiano M, Waidman MAP, Marcon SS. Aceitação da pessoa com transtorno mental na perspectiva dos familiares. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013; 34(2):54-61.
18. Ferreira GCL, Silveira OS, Noto AR, Ronzani TM.. Implicações da relação entre estigma internalizado e suporte social para a saúde: Uma revisão sistemática da literatura. *Estudos de Psicologia*. 2014; 19(1): 1-88.
19. Kleinman A. The art of medicine Caregiving: the odyssey of becoming more human. *The Lancet*. 2009; 373: 9660.
20. Macie GMC, Da SILVA HTA, Gonçalves RG, Ferreira JDL, Tietre SV, De Menezes RMP. Frailty Assessment and its Association with Sociodemographic and Health Characteristics in Community Elderly. *Intern Arch Medicine* 2017; 10 (134): 1-7. Doi: 10.3823/2404
21. Lima-costa MF, Peixoto SV, Carvalho DM, Szwarcwald CL, Mambrini JVM. Cuidado informal e remunerado aos idosos no Brasil (Pesquisa Nacional de Saúde, 2013). *Rev Saúde Pública*. 2017; 51, supl 1:6s. Doi: [10.1590/S1518-8787.2017051000013](https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051000013)
22. Sarti CA. A família como ordem simbólica. *Psicol USP*. 2004; 15(3): 11-28.
23. Giacomini KC, Firmo JOA. Velhice, incapacidade e cuidado na saúde pública. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015; 20(12): 3631-3640. Doi: 10.1590/1413-812320152012.11752014
24. Moraes GVO, Giacomini K, Santos WJ, Firmo JOA. A percepção dos idosos sobre o saber biomédico no cuidado à velhice e às “coisas da idade”. *Physis, Rev Saúde Coletiva*. 2016; 26 (1): 309-329. Doi: [10.1590/S0103-73312016000100017](https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000100017)
25. Danielewicz AL, Wagner KJP, d’Orsi E, Boing AF.. Is cognitive decline in the elderly associated with contextual income? Results of a population-based study in southern Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2016; 32(5): 112715. Doi: [10.1590/0102-311X00112715](https://doi.org/10.1590/0102-311X00112715)

5.2 - **Artigo 2**

A tessitura da resiliência em idosos, a reinvenção de si “apesar de”

The elder’s building of resilience, the recreation of oneself “in spite of”

A tessitura da resiliência em idosos

The elder’s building of resilience

Daniel Rocha Silveira¹
 Karla Cristina Giacomini²
 Rosângela Correa Dias³
 Josélia Oliveira Araújo Firmo^{1,2}

Resumo

Objetivo: Buscar uma compreensão, a partir da visão de idosos em processo de fragilização, sobre como tecem sua resiliência. *Método:* Foram entrevistados 13 idosos (69 a 86 anos), selecionados aleatoriamente entre idosos classificados como *robustos* ou *pré-frágeis* em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na Rede FIBRA. A coleta e a análise dos dados foram fundamentadas no modelo de “Signos,

¹ Fundação Oswaldo Cruz, Instituto René Rachou, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

² Fundação Oswaldo Cruz, Instituto René Rachou, Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

³ Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Educação Física, Departamento de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Financiamento da pesquisa: Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG) (APQ-00703-17), Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (bolsa de produtividade –303372/2014-1)

Correspondência/Correspondence

Josélia Oliveira Araújo Firmo

firnoj@cpqrr.fiocruz.br, firnoj@gmail.com

significados e ações”. *Resultados:* a) Construção de vínculos - a relação saudável com os cônjuges, filhos, netos e bisnetos traz sentido à vida, sustenta e se torna um organizador; b) reinvenção de si mesmo - ao sofrer um trauma, uma parte da pessoa busca caminhos que possam dar sentido à vida, mesmo se persistem as memórias sofridas; c) a religiosidade - católica, evangélica ou espírita - fortalece para trabalhar na solução de problemas e aceitar o imutável: valorizam-se curas, proteções, milagres e a comunidade religiosa como espaço de pertença. *Conclusão:* Os idosos constroem resiliência na sua ligação com as pessoas próximas, na busca de soluções, e na experiência religiosa.

Palavras-chave: Idoso. Resiliência Psicológica. Idoso Fragilizado.

Abstract

Objective: Look for an understanding of how the frail elder build his/her resilience. *Method:* Model of “Signs, meanings and actions”. The population was randomly selected among seniors classified as *robust* or *pre-fragile* in the FIBRA-study, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. 13 elders (69 to 86) were interviewed. *Results:* a) Bonds construction - the healthy relationship with the spouses, sons, daughters, grandchildren, great-grandchildren bring sense, sustains and contributes to life’s organization; b) reinvention of one’s being - when suffering trauma, the elder looks for paths that can give sense to life, even if the suffering memories persist; c) religiosity: catholic, evangelical or spiritualist experiences strengthens; cures, protections and so-called miracles are valued, and the religious community is space for belonging. *Conclusion:* Resilience is build in the bond between the elder and his closest people, and in the search for solutions, including the religious experience.

Keywords: Aged. Psychological Resilience. Frail Elderly.

INTRODUÇÃO

O termo “resiliência” remete à imagem de um salto para adiante, cair e levantar-se, flexibilidade, adaptação, resistência, superação, fortalecimento, recuperação¹. O sujeito, embora cindido por um trauma, se reconstrói e resiste - sofre, mas tem esperança apesar de tudo².

A resiliência humana refere-se às estratégias utilizadas para remover as barreiras que limitam as pessoas³. Cada um, em algum momento, deve aprender a suportar e dar o que tem: caminhar para fora de si mesmo e olhar para dentro para reconhecer a resistência, a compaixão, a coragem e a humanidade consigo mesmo para suportar ou ajudar a tornar suportável as duras jornadas dos outros⁴.

Na velhice, a resiliência se mantém na utilização de estratégias de enfrentamento⁵. A literatura aponta que o desenvolvimento dessas estratégias⁶ é importante para que a pessoa idosa atribua significados aos eventos difíceis da vida, metamorfoseando dores em experiências cheias de sentido. Frankl⁷ afirma que ter um sentido para a vida é o que mais fortalece: pode-se privar a pessoa de tudo, menos da liberdade última de assumir uma atitude alternativa frente às situações. Goldemberg⁸ apresenta resultados de entrevistas com idosos da zona sul carioca, os quais apontam ser possível a construção de uma *bela velhice*, por meio de um projeto de vida.

Em um artigo de revisão, os autores descrevem o caminho do conceito da resiliência⁹. Três gerações diferentes de investigadores abordaram esse tema. A primeira se concentrou em crianças e jovens que haviam sido submetidos a situações de pobreza extrema e traumas em sua vida pregressa e que não demonstravam na vida futura problemas psicológicos ou de adaptação social. A segunda geração foi além das qualidades pessoais e processos de adaptabilidade e se perguntou acerca das condições psicossociais e dos processos sociais e culturais que favorecem ou dificultam uma resposta do sujeito frente à adversidade. Finalmente, a terceira geração reconheceu que a resiliência exige uma construção social, um compartilhar a vida com os outros. Ainda que o sujeito possa seguir adiante por seu esforço pessoal, a resiliência se faz mais profunda com os outros. Nesse sentido, a resiliência pode favorecer a promoção de uma saúde integral e a recuperação do tecido humano e social e questiona as possibilidades de uma existência digna em contextos desfavoráveis. Dessa maneira, a questão que se coloca é como a resiliência se dá em um contexto de envelhecimento populacional marcadamente desigual como é o brasileiro?

Uma das consequências do envelhecimento populacional é o aumento do número de idosos frágeis⁹. A fragilidade pode ser definida por critérios objetivos, como propõe Fried et al.¹⁰, mas também se refere à condição humana de finitude e

vulnerabilidade, incluindo as contradições presentes nas relações¹¹. Uma revisão sobre a produção acadêmica brasileira sobre resiliência dos idosos, no período de 2000 a 2015, verificou a baixa produtividade sobre esse tema⁶. Entre os idosos belorizontinos participantes de um estudo multicêntrico sobre a fragilidade (Rede FIBRA), Vieira et al.¹² encontraram uma prevalência de fragilidade de 8,7%. Chega-se à pergunta: como esses idosos criam e/ou buscam recursos para lidar com suas adversidades? Essa pesquisa tem como objetivo buscar uma compreensão, a partir da visão de idosos em processo de fragilização, sobre como tecem resiliência diante dos incômodos percebidos em sua vida.

MÉTODO

A amostra desse estudo foi selecionada entre os participantes de uma pesquisa que investigou o perfil, os fatores associados e a prevalência da síndrome de fragilidade em idosos, baseada nos critérios de Fried et al.¹⁰ - a Rede de Estudo sobre Fragilidade em Idosos Brasileiros (Rede FIBRA). Trata-se de um estudo epidemiológico de caráter transversal, multidisciplinar e multicêntrico, composto por quatro polos (Universidade Federal de Minas Gerais, Universidade de Campinas, Universidade de São Paulo-Ribeirão Preto e Universidade do Estado do Rio de Janeiro). Para o presente estudo, foram selecionados aleatoriamente apenas idosos classificados como *robustos* ou *pré-frágeis* em 2009, no banco de dados do polo Belo Horizonte¹³. Isso se deve à maior morbimortalidade observada no grupo frágil, o que inviabiliza sua elegibilidade para o estudo.

As entrevistas foram realizadas entre janeiro e agosto de 2016. Foram incluídas pessoas de diferentes sexos, idades, condição funcional e local de moradia. Após conhecimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os selecionados foram entrevistados presencialmente em seus domicílios, com roteiro semiestruturado. O critério de saturação regulou o tamanho final da amostra¹⁴.

Foram perguntas geradoras: a) *Alguma coisa te incomoda atualmente*, b) *Diante do que te incomoda, como o(a) senhor(a) faz?* Buscou-se compreender as

percepções acerca do processo de fragilização e as possíveis estratégias de enfrentamento construídas.

A coleta e a análise dos dados foram fundamentadas no modelo de “Signos, significados e ações”¹⁵, que possibilita a compreensão dos elementos significativos sobre como cada comunidade constrói de maneira específica o universo dos problemas de saúde, destacando determinado sintoma, privilegiando uma explicação e encorajando certos tipos de reações e ações. O modelo acima citado parte do pragmático para remontar ao nível semântico. Nele, os comportamentos concretos dos indivíduos permitem identificar e compreender as lógicas conceituais agregadas a tais ações, bem como os distintos fatores que os influenciam¹⁵.

Todas as entrevistas foram gravadas, transcritas, exaustiva e atentamente lidas, para identificação das categorias analíticas e a interação entre elas, bem como sua articulação com o contexto sociocultural vigente.

A análise dos dados incluiu um trabalho descritivo de organização, leitura panorâmica, identificação das categorias, leituras em profundidade, modificações nas categorias; acrescido de um aprofundamento teórico de relações com outros achados e interpretações presentes na literatura e em dados secundários.

Para preservar o anonimato, os entrevistados são identificados pelo número de ordem da entrevista, sexo e idade em anos.

Essa pesquisa é parte do projeto *Fragilidade em idosos: percepções, mediação cultural, enfrentamento e cuidado*, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas René Rachou da Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz (CAE: 49173415.8.0000.5091).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados 13 idosos, de 69 a 86 anos (cinco homens e oito mulheres).

À análise, o termo “fragilidade” como definido no saber biomédico não foi utilizado pelos entrevistados. A percepção que se identifica com o processo de fragilização aparece atrelada ao envelhecimento revelado nos sofrimentos que

remeteram à história de vida, a adoecimentos e outros incômodos atuais, como a falta de recursos financeiros e de segurança urbana. Os termos “*essa idade*” e “*a gente não consegue fazer como antes*” remetem ao processo de fragilização atrelado ao envelhecimento biológico, bem como existencial, em sentido mais amplo.

Para lidar com esses incômodos, emergiram três núcleos de significação sobre aspectos da tessitura da resiliência: *a construção de vínculos, a reinvenção de si mesmo, e a religiosidade.*

A construção dos vínculos

Esta categoria apresenta os diferentes vínculos que sustentam a resiliência entre idosos que experimentam fragilização. Uma senhora que cuida do marido acamado há mais de dois anos, com poucos recursos financeiros, atribui o sucesso dos seus 61 anos de casamento à atitude de fidelidade durante o casamento e repete máximas como mantras, que lhes dão sustentação para levar a vida adiante: “A vida é assim: é um dia rindo, e outro dia chorando. Vida de casal é isso. É um dia rindo, e outro chorando”. (E1, F, 83).

Um participante que mora com a esposa e está em tratamento oncológico (leucemia) explica: “Dia de domingo eles (os netos) vem pra cá e vira festa. Tem dois que tá sempre aqui, então a gente leva pra escola, traz, busca. A vida é assim”. (E4, M, 69).

Um casal de idosos demonstrou carinho, consideração, parceria, cumplicidade, em sua gestualidade e falas. O marido esclarece:

“Com o tempo, a gente percebe que tem coisa que a gente já não consegue fazer como antes. A gente precisa ter mais prudência, mais cuidado... Então a gente procura fazer isso, mas sem... esquentar a cabeça. A gente pensa assim: a gente tá com essa idade, mas o objetivo é manter, até enquanto puder. Se você trabalhar pra isso, acho que você consegue prolongar mais um pouquinho aquilo que você está pretendendo, quer dizer, viver mais um pouco, com

tranquilidade, com a família. Ajudando as pessoas com tranquilidade, as que a gente precisa ajudar... É conversando, (...) é não brigar por motivos bobos” (E7, M, 78).

O mesmo entrevistado relata que o casal cultivava uma atitude de prevenção:

“Eu acho que elas (outras pessoas da mesma faixa etária) pararam antes da hora. Deixaram de caminhar antes da hora, e não tão cuidando muito da alimentação (...). A gente já tá prevenindo (...) tá fazendo uma caminhada, tá procurando ir ao médico. (...) A gente faz tudo pelo SUS, e tá conseguindo bem...” (E7, M, 78).

Quanto aos comportamentos dos netos, a idosa tenta compreender: “Tem coisa que a gente tá sendo, praticamente, obrigado a aceitar, e não esquentar a cabeça demais. [Risos] (...) eles procuram apoio sempre aqui” (E7, F, 73).

A presença de netos traz prazer e responsabilidade para que a pessoa idosa se renove, ensine e aprenda com a nova geração, contribuindo para sua satisfação, sensação de pertencimento, o que fortalece a resiliência.

Uma entrevistada explica como cultivar a harmonia familiar evitando conflitos e preocupações:

“Eu e o meu marido moramos sozinhos, que os três filhos são casados. (...) Não nos trazem problemas. Nós também, acho que não levamos problemas para eles. (...) Eu acho que é ter... paciência, ter uma boa convivência... procurar evitar tudo aquilo que possa nos aborrecer, não sofrer por antecipação”. (E9, F, 74).

Enquanto um casal deixou patente sua falta de carinho, em um clima tenso e agressivo. A esposa, embora falasse de cuidado e religiosidade, externava, verbal e não verbalmente, seu ressentimento ao tratar do marido, fisicamente incapacitado. Ela reconhece:

“Eu me ofusco, pra olhar o meu marido. (...) a minha vida era pra ser mais, fisicamente mais saudável, mas eu parei de fazer minhas atividades físicas, parei de sair, parei de dançar, parei de tudo – por causa de meu marido” (E10, F, 72).

Outra entrevistada, cujo marido tem doença de Alzheimer, afirmou que, para reduzir o sofrimento e a irritação do marido, minimizava a perda de memória, tentando ajudá-lo a se conformar. Busca e encontra forças nas boas lembranças dos tempos de namoro para cuidar. Esses dados harmonizam-se com Frankl⁷, para quem os bons momentos vividos se tornam parte de um cabedal de realizações: relembra-los conforta e fortalece para encontrar sentido para vida, apesar de dores atuais.

A presença de amigos e de uma rede de suporte é muito importante como explica esta idosa:

“Tenho uma grande amiga, que ele (o marido doente) gosta muito. Ela vem aqui, e fica com ele, pra eu poder sair, e ele fica cantando as músicas de carnaval, e ele recorda as músicas todas antigas (...). Hoje, não tá difícil pra nós. (...) eu organizei a minha vida, eu tenho um taxista que leva ele... pra fisioterapia... fica com ele lá, muito bom, vai olhar pra ver se ele tá fazendo direitinho. Enquanto isso eu fico sozinha - porque eu preciso ficar sozinha de vez em quando - saio um pouquinho.” (E7, F, 86).

O suporte social é fundamental à tessitura da resiliência. Todos os entrevistados casados, com cônjuges vivos, e que relataram boa relação com a(o) parceira(o) demonstraram que essa relação traz sentido à vida, sustenta e se torna um fator organizador de conforto e bem-estar. Incluem-se aqui experiências afetivas com amigos e o apoio de filhos, netos e bisnetos.

Esses achados se harmonizam com as reflexões de Karin et al.¹⁶, para quem, diante das adversidades, as vinculações afetivas seguras sustentam, tornam possível esboçar um pedido de socorro, sendo a parceria um terreno fértil para se criarem sentidos que sustentem a vida. A vida pode trazer dores que perduram ao longo do tempo, surgidas em contextos desfavoráveis, em termos de infraestrutura urbana, dificuldades financeiras, adoecimentos crônicos, e/ou progressivos. A sobrevivência a cada dia torna-se árdua, e as vinculações afetuosas facilitam, permitem construir alguns confortos e fortalecem, motivam para se buscarem estratégias para tecer alegrias¹⁷⁻¹⁹.

Quando o suporte social não se mostra tão presente, a pessoa precisa reinventar-se, como será visto na próxima categoria.

A reinvenção de si mesmo

As narrativas mostram a experiência de reinventar-se com e apesar de adversidades. Um participante relata sofrimentos desde a infância, em função de ter tido uma doença congênita (toxoplasmose) e sido levado para morar com outra família, evangélica, por causa da doença da mãe (tuberculose), seguindo ordens médicas. Aos 22 anos, mudou-se para a capital, morou em pensão, passou por privações financeiras e de alimento. Relata ter desenvolvido, ao longo de sua história de vida, uma personalidade dependente:

“Eu tenho um problema muito sério. Eu pelo fato de ter sido criado fora de casa, e numa casa de idosos. (...) Eu fui me tornando uma pessoa muito dependente. Eu fui desenvolver a minha independência depois dos 40 anos. (...) aí eu fiz um concurso (público) (...) e passei. Com essa, depois dos 40 anos é que eu me libertei um pouco, passei a ‘eu não posso ficar assim, dependente a vida inteira, eu tenho que fazer alguma coisa’. Aí acordei pra vida” (E12, M, 74).

O aumento da percepção de si ampliou a consciência sobre seu processo de vida e lhe trouxe vários benefícios. Por outro lado, o entrevistado reconhece que se “ficar muito preocupado, eu vou gerar um problema de saúde”. Atualmente, refere

um estilo de vida saudável com alimentação equilibrada, cuidados da equipe de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), caminhadas e está em tratamento para vários problemas médicos: depressão, doença da próstata, hipertensão, insônia.

Outra entrevistada, quando jovem, aos 25 anos, sofreu um surto psiquiátrico, e a partir de então foi rotulada de “doida” e estigmatizada:

“O preconceito é muito grande, o estigma é muito grande, todo mundo te chama ‘Doida’. (...) e eu sofri muito com isso, e eu fui trabalhando isso com os analistas, e, principalmente o povo mais da esfera do... religioso”. (E8, F, 69).

Perguntada sobre como lidou com isso, ela explica que os recursos financeiros ajudam muito: “É porque você paga o analista, (...), paga o advogado... compra o remédio (...)”.

Outros entrevistados enfrentam dificuldades financeiras, como neste excerto:

“Eu compro aquilo que eu posso, que eu vejo que dá pra eu comprar, e, tenho também dívida. Porque eu tô com conta de luz atrasadas, conta de água atrasada. Mas não é só eu. Praticamente, como eu ouvi na rádio, 64% das pessoas tão nesta situação. Então, eu não gasto mais do que eu posso”. (E11, F, 74).

No presente estudo, vivências na infância, na juventude, na velhice, com ou sem recursos financeiros, atravessaram a vida dessas pessoas sem que os tivessem escolhido. Esses incômodos e adversidades se tornaram ingredientes para uma (re)construção de si, na medida do possível.

A percepção dos entrevistados sobre como lidam com o que os fragiliza remete à experiência de Cyrulnik²: a resiliência é se metamorfosear, é uma recriação de si mesmo. Metaforicamente, na tessitura da resiliência, ao sofrer um trauma, uma parte da pessoa necrosa, enquanto outra busca, com a força do desespero, caminhos que possam dar sentido à vida, e uma mão estendida com a qual se

possa conviver e construir. A partir de então, funda-se uma nova filosofia, uma visão própria que dá sentido aos traumatismos, mesmo se persistem as memórias sofridas, como lampejos. A pessoa traumatizada busca tudo o que pode lhe permitir viver com prazer e sentido².

A religiosidade

A presença da religiosidade nos entrevistados significou para eles um pilar na tessitura de resiliência, seja no contato com o catolicismo, a igreja evangélica, ou o espiritismo kardecista.

Uma entrevistada espírita comenta:

“(A religião) é outra coisa que facilita muito pra nós dois. Eu sou médium, participo de um grupo espírita. Ele também, ele trabalha, também como médium (...). Eu leio muito... E nós dois conversamos sobre isso”. (E7, F, 73).

Para seu marido, a religião permite lidar com mais tranquilidade com a morte e com a vida: “A gente não fica com medo do futuro, com medo de morrer”. (E71, M, 78).

Diante de várias adversidades, a expressão de alívio pela cura espiritual, a fé e contentamento diante da espiritualidade, torna-se para essa idosa um grande facilitador da resiliência:

“Tive um problema grave de coração, tive internada. (...) fui desenganada, e tal, mas... a gente não vai antes da hora. (...) eu faço tratamento espiritual, cirurgia espiritual, sabe? E deu excelentes resultados. (...) No retorno ao cardiologista, ele disse: ‘A senhora tá com uma fisionomia maravilhosa, a senhora melhorou muito, o que que aconteceu?’” (E11, F, 74).

Com seu salário ela ajuda seus netos, filhos, incluindo a filha desempregada, um irmão portador de sofrimento mental – que mora com ela e trouxe 16 cachorros de rua para dentro de casa, os quais exalam um forte odor de urina e fezes no ambiente.

Para o senhor evangélico, que estudou Teologia, a religião traz: “A garantia de uma vida futura, além da terra (...). Essa convicção, é preciso de ter, para a vida ter sentido” (E12, M, 74).

Entre os idosos católicos entrevistados, um idoso comenta que vai à missa de vez em quando, mas todo dia faz orações, pedindo: “Segurança, saúde. Iluminar todos os filhos. Iluminar os mais velhos né, os mais novos também”. (E4, M, 69). Reconhece a importância dos ensinamentos de seu pai, os valores recebidos, os quais ele fez questão de retransmitir a seus filhos: “Trabalho e honestidade, e respeitar os outros (...). Então, hoje, estão todos encaminhados” (E4, M, 69).

Uma idosa (E1, F, 83) atribui à devoção a São Lázaro, milagres como a identificação de um tumor gástrico indolor, que por ter sido detectado precocemente, pôde ser operada e recuperar a saúde. Diante da dor maior – a morte do filho - que lhe corta a voz durante a entrevista – também buscou consolo na fé.

Independente da fé professada, os entrevistados buscaram na religiosidade significados para dar sentido à vida. Na experiência religiosa, o ser humano deixa-se guiar pela voz da transcendência, a consciência moral, que traz respostas às perguntas que surgem nas situações cotidianas²⁰.

Uma pesquisa qualitativa sobre a percepção de idosos acerca da incapacidade funcional, realizada em Bambuí (Minas Gerais), demonstrou que a religiosidade funciona como forma de regulação emocional, e proporciona uma experiência de acolhida por um Outro, Deus que faz companhia, preenche, traz paz, e permite suportar mais tranquilamente as vicissitudes da vida²¹. Nossos entrevistados em Belo Horizonte (Minas Gerais), constroem soluções para os seus sofrimentos e tendem a deixar à aceitação que a religião propicia, somente as situações que de fato não são passíveis de mudança.

Assim, a religiosidade serve como suporte fortalecedor para aceitar o que não se pode mudar e conviver com isso, mas/e ao mesmo tempo esforçar-se ativamente

para mudar o que é possível, trabalhar para a solução de problemas e para a construção de felicidade, por meio da crença em curas, proteções, milagres.

A comunidade religiosa foi valorizada como espaço de pertença, convivência, bem-estar, pois possibilita um sentimento de conexão e traz sentido à vida¹⁶, a pessoa descobre, por meio da fé, a chance de ser aceita nesta ou em outra(s) vida(s). Essa certeza e a confiança que se constitui tornam possíveis estratégias para assumir uma atitude ativa em direção à religião (“re-ligare”) com o mundo.

As respostas dos idosos entrevistados nessa pesquisa encontram-se consoantes com a pesquisa de Job²², que enfoca a resiliência de 30 idosos judeus moradores de São Paulo, sobreviventes do nazismo, e com a pesquisa de Molton e Yorston²³ cujos participantes enfatizaram que, para eles, autonomia significava a capacidade de exercer escolhas, mas isso muitas vezes exigia negociação e assistência de outras pessoas. Ambos consideraram fatores essenciais: o apoio em vínculos seguros, a fé, as capacidades de enfrentamento. Job²² apontou que os sobreviventes encontraram, para a vida, os significados de criação e liberdade. Significados congruentes com os idosos da Suécia entrevistados por Ebrahimi et al.²⁴ para quem contribuíram para a resiliência na velhice: o reforço do olhar positivo; o bom humor e a disponibilidade para ir adiante e seguir vivendo; permanecer em arredores familiares; ter boa saúde e capacidade para administrar suas atividades diárias; manter-se ocupado e engajado em atividades úteis, e não se sentir um fardo para os outros. A interação social validou uma percepção de conexão com os outros, incluindo o fato de reconhecer que havia alguém nas suas vidas que se preocupava com eles: os idosos suecos reconheceram, como principal para uma boa saúde, sentirem-se capazes, terem controle sobre seu corpo e sobre o contexto psicossocial.

A construção da resiliência permite retomar/construir algum desenvolvimento, deixar-se afetar pelas situações de forma nova, aprender em experiências que restauram a força vital, e aqui é necessária a participação de um outro (que quer bem e provoca protagonismo)¹⁷.

Vale ressaltar que a resiliência não é uma busca de perfeição ou de uma alegria total. Tampouco é uma capacidade, um conjunto de atributos que permite a alguém superar obstáculos, tornando-se mais resistente, feliz e produtivo. Inclusive

comporta uma reflexividade sobre as contradições sociais e atitudes em direção a mudanças sociopolíticas²⁴, o que pode gerar sofrimentos.

Dentre as limitações do estudo encontra-se a impossibilidade de entrevistar idosos muito fragilizados/incapacitados, o que nos priva de compreender as estratégias de resiliência utilizadas por quem chega até essas condições. Outra seria a possibilidade de a fragilidade manifestar-se em situações que não puderam ser captadas nas entrevistas. De todo buscou-se minimizar essa questão por meio de uma observação atenta ao longo de todo o processo de coleta e análise dos dados.

As adversidades impactam a partir da representação interior que cada pessoa faz delas, que passa pela forma pela qual sua narrativa é recebida em seu contexto familiar e social. A história não é um destino², é uma abertura. Na velhice, a resiliência se mantém pelo uso de diversas estratégias de enfrentamento de adversidades - a partir de recursos pessoais, sociais e espirituais^{5,23-25}. Também o envelhecimento permite dizer um sim à vida, apesar de tudo⁷.

CONCLUSÃO

Os idosos entrevistados no presente estudo lidam com o processo de fragilização como sendo uma consequência natural do envelhecimento e, face aos incômodos percebidos em sua vida, vão construindo a resiliência a partir dos recursos de que dispõem, como as relações sociofamiliares e a religião. Compreender como os idosos lidam com a fragilização pode contribuir para que profissionais, familiares e gestores envolvidos no cuidado à pessoa idosa desenvolvam estratégias permitindo ampliar a conscientização sobre formas criativas e saudáveis de cuidar e promover a qualidade de vida; desenvolvendo políticas que visem à melhoria da qualidade de vida da população envelhecida, mais focadas na saúde, autonomia e potencialidades, do que em suas doenças, perdas e limites.

Na velhice, percebe-se a resiliência no tecido afetivo entre o idoso que sofre e seu entorno. Nesse movimento de busca de estratégias para lidar com seus sofrimentos, as narrativas evidenciaram a importância dos vínculos afetuosos para todos os entrevistados, como suporte e ambiente suficiente para se desenvolver estratégias para lidar com os sofrimentos e motivação para a vida. A possibilidade de ser amado e a fé permitem retomar algum processo de desenvolvimento e continuar se reinventando, apesar de...

REFERÊNCIAS

1. Brandão JM, Mahfoud M, Giardonoli-Nascimento I. Da invulnerabilidade à resiliência: percurso histórico e atualidade do conceito. In Ribeiro W, Romero E, organizadores. Vulnerabilidade Humana e Conflitos Sociais. São José dos Campos: Della Bídia Editora; 2009. p. 189-204.
2. Cyrulnik B. La maravilla del dolor: el sentido de la resiliencia. Buenos Aires: Granica Editora; 2001.
3. United Nations. United Nations Development Program. Sustaining Human Progress: Reducing Vulnerabilities and Building Resilience. New York, 2014. (UNDP, Human Development Report).

4. Kleinman A. The art of medicine: how we endure. *The Lancet*. 2014; 383:119-120.
5. Fontes AP, Neri AL Resiliência e velhice: revisão de literatura. *Ciênc. Saúde Colet*. 2015; 20(5):1475-1495.
6. Garces SBB, Krug MRO, Hansen D, Brunelli AV, Costa FTL, Rosa CB, et al. Avaliação da resiliência do cuidador de idosos com Alzheimer. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2012; 15(2):335-52.
7. Frankl VE. Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração. Petrópolis: Vozes; São Leopoldo: Sinodal; 2015.
8. Goldenberg M. A bela velhice. Rio de Janeiro: Record; 2013.
9. Granados-Ospina LF, Alvarado-Salgado SV, Carmona-Parra J. El camino de la resiliência: del sujeto individual al sujeto político. *Magis, Rev Int Invest Educ*. 2017; 10(20):49-68.
10. [Fried LP](#), [Tangen CM](#), [Walston J](#), [Newman AB](#), [Hirsch C](#), [Gottdiener J](#) et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. [J Gerontol A Biol Sci Med Sci](#). 2001 Mar; 56(3):M146-M156.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Portaria 2528 de 19 de outubro de 2006. Brasília; 2006.
12. Vieira RA, Guerra RO, Giacomini KC, Vasconcelos KSS, Andrade ACS, Pereira LSM et al. Prevalência de fragilidade e fatores associados em idosos comunitários de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: dados do Estudo FIBRA. *Cad. Saúde Pública*, 2013; 29(8):1631-1643.
13. Faria GS, Ribeiro TMDS, Vieira RA, Silva SLAD, Dias RC. Transition between frailty levels in elderly persons from Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. *Rev Bras Geriatr e Gerontol*. 2016; 19(2):335-341.
14. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad. Saúde Pública*. 2011; 27(2):389-394.

15. Corin E, Uchôa E, Bibeau G, Kouma-Re B. Articulation et variations des systèmes de signes, de sens et d'actions. *Psychopathol Afr.* 1992; 24:183-204.
16. Joling KJ, Windle G, Dröes RM, Huisman M, Hertogh CPM, Woods RT. What are the essential features of resilience for informal caregivers of people living with dementia? A Delphi consensus examination. *Aging Ment Health.* 2017; 21(5):509-517.
17. Cyrulnik B, Cabral S. *Resiliência: como tirar leite de pedra.* São Paulo: Casa do Psicólogo; 2015.
18. Ungar M. The social ecology of resilience: Addressing contextual and cultural ambiguity of a nascent construct. [Am J Orthopsychiatry.](#) 2011; 81(1):1-17.
19. Porter KE, Brennan-Ing M, Burr JA, Dugan E, Karpiak SE. Stigma and psychological well-being among older adults with HIV: The impact of spirituality and integrative health approaches. *Gerontologist.* 2015; 57(2):219-228.
20. Coelho Júnior AG, Mahfoud M. As dimensões espiritual e religiosa da experiência humana: distinções e inter-relações na obra de Viktor Frankl. *Psicol. USP.* 2001; 12(2):95-103.
21. Santos WJ, Giacomini KC, Pereira JK, Firmo JOA. Enfrentamento da incapacidade funcional por idosos por meio de crenças religiosas. *Ciênc. Saúde Colet.* 2013; 18(8):2319-2328.
22. Job JRPP. *A escritura da resiliência: testemunhas do holocausto e a memória da vida.* São Paulo. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2000.
23. Molton IR, Yorkston KM. Growing older with a physical disability: A special application of the successful aging paradigm. [J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.](#) 2017; 72(2):290-299.
24. [Ebrahimi Z, Wilhelmson K, Eklund K, Moore CD, Jakobsson A.](#) Health despite frailty: Exploring influences on frail older adults' experiences of health. *Geriatric Nursing.* 2013; 34(4):289-294.
25. Gijzel SMW, van de Leemput IA, Scheffer M, Roppolo M, Olde Rikkert MGM, Melis RJF. Dynamical resilience indicators in time series of self-rated health

correspond to frailty levels in older adults. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci.** 2017; 72(7):991-996.

Recebido: 02/08/2017

Revisado: 27/03/2018

Aprovado:

6. CONCLUSÃO

Este estudo aponta para uma percepção de fragilização atual que remete às histórias de vida, às construções existenciais marcadas por sofrimentos insidiosos e/ou por sofrimentos pontuais, bem como aos adoecimentos como se manifestam hoje, e à falta de recursos financeiros e de segurança urbana. As pessoas entrevistadas mostraram sua fragilização atual, remetendo ao passado de cada um, onde as narrativas nos aproximam da percepção da fragilidade como sendo constitutiva do ser humano, presente no seu cotidiano e no lastro de sua história. Vê-se que no envelhecimento cresce a percepção de si mesmo como frágil – mesmo se essa fragilidade sempre se faça presente desde o nascimento. Assim, é na velhice que a pessoa passa a se sentir mais incluída na dinâmica do processo de fragilização, abrindo-se a possibilidade de se realizarem sínteses mais abrangentes da própria vida.

Os sinais do processo de fragilização, a narrativa sobre incômodos, sofrimentos, histórias marcadas por traumatismos, adoecimentos e falta de recursos - identificados pelos participantes - por si mesmos levantaram a pergunta de como estes idosos se organizam: como constroem, criam e/ou buscam recursos para serem felizes, “apesar de” e com todo o seu contexto - a construção da saúde em meio a adversidades. Como transitam para além da fragilização. Esta pergunta me demandou reflexões, que foram realizadas a partir da segunda parte das entrevistas.

A partir daí a construção da resiliência surge como as tessituras possíveis que são feitas entre o idoso que sofre e seu entorno, começando pelas pessoas mais próximas. A resiliência permite, de certa forma, retomar/construir algum processo de desenvolvimento e amadurecimento na velhice. A tessitura da resiliência requer uma abertura que, por surgir sempre a partir de um lugar de quebra/ruptura, permite ao idoso se deixar afetar por novas experiências capazes de produzir ambientes internos e externos de cultivo do ímpeto vital. Para conseguir fazê-lo é fundamental a participação de outrem - um outro que ama, que quer bem de fato - que investe na pessoa sofrida, desejando o seu bem, e não o usando. A relação adquire o valor de

um invólucro protetor, um universo de sentidos, e a motivação para se buscarem as estratégias para viver bem, na medida do possível.

Os sofrimentos se tornam, metaforicamente, tecido e esterco para o surgimento de alegrias: matéria prima, podem ser ressignificados enquanto alicerces de construções de novos patamares de vida para as pessoas de certa forma atingidas, impactadas, soterradas pelas durezas da vida. Os solavancos da vida ferem a partir da forma como chegam ao interior de cada pessoa – como cada um acolhe, recebe, significa cada acontecimento. Ao tecer resiliência, a pessoa pode transformar o traumatismo em um elemento de uma narrativa de vitória, apesar de sequelas. No processo criativo de reconstrução, a busca de dizer “sim à vida, apesar de tudo”, é a busca de sentidos para a vida até a velhice. O sofrimento acolhido como uma possibilidade de se abrirem novos horizontes, e as buscas criativas a partir de vínculos que se revelem verdadeiramente afetuosos – ao contrário de vinculações oportunistas abusivas. A história é um processo em aberto. Com os *cacos cortantes* de situações sofridas, o idoso constrói um belo mosaico por onde passe a luz do sol, em padrões propriamente tecidos por si e seus entes queridos: a dureza dos cristais permite também que a luz passe. É o envelhecimento permitindo o amadurecimento da pessoa. Portanto, fica em aberto a possibilidade do idoso fazer a experiência da sua felicidade, apesar de tudo. O sofrimento faz parte da vida. Viver apesar de.

Fica claro que a resiliência não é uma busca de perfeição, ou de uma alegria total – isso seria uma busca impossível, fadada ao fracasso. Tampouco a resiliência é uma capacidade, um conjunto de atributos que nos permite superar obstáculos e nos tornar mais produtivos e felizes na adequação ao mundo do consumo, ao mundo da produção. Uma visão distorcida sobre o conceito de resiliência tem sido utilizada para contribuir com o avanço de uma cultura individualista neoliberal onde o valor maior é o lucro, em detrimento da vida. Ao contrário, a construção de resiliência diz respeito a uma reflexividade que pode levar a proposições de mudanças sociais. O entorno social pode ser fator de sofrimento, uma crítica sobre ele pode significar impulso para busca de mudanças – movimento criativo contra o fluxo de situações estabelecidas.

Os idosos entrevistados nesta pesquisa mostram o movimento para a vida, o bem-estar. Suas respostas trazem em vários níveis a postura ativa para nascer para as possibilidades que a vida traz em sua idade, que são muitas. A busca possível para continuar a existir com projetos, abertura e criação, para a felicidade – abre-se a possibilidade de ser amado e de continuar se reinventando e resistindo. Os aspectos de fragilização que caracterizam a própria condição existencial da pessoa, e aqueles que se apresentam ao envelhecer para além dos 60 anos de idade, são o terreno onde se gestam possibilidades de autonomia, amadurecimento, crescimento – são o material que entra na tessitura da resiliência. Chegar ao melhor que se consegue, na travessia da vida. Cabe enfatizar a ética inerente ao conceito de resiliência – resiliência significa uma construção que respeita o outro enquanto pessoa, inclui necessariamente uma dimensão de empatia. Subir na vida abusando, desqualificando, agredindo, usando o outro - é indício de personalidade antissocial, e não de resiliência. Tirar o melhor da vida, sendo e mantendo-se humano – isso é o que se inclui necessariamente na tessitura de resiliência. É o que se faz, é o que pode ser feito.

Uma escuta cuidadosa da experiência do idoso possibilita que as estratégias de cuidado e promoção da saúde se tornem mais respeitadas e eficazes – garantindo uma maior adesão às propostas de fomento de boa qualidade de vida. É importante que os profissionais de saúde possam mapear, com mais sutileza e precisão, o avanço de um processo de fragilização biológica-psíquica-social, para que haja intervenções precoces e eficazes, evitando a evolução para a níveis mais intensos de fragilidade. Para isso, pode-se considerar como ponto nodal, fundamental, que o profissional de saúde se disponibilize para entrar como pessoa significativa no contexto de fragilização, permitindo a formação de vínculos saudáveis, a partir de uma dimensão ética, que inclui um enquadramento adequado para uma relação profissional-usuário, onde o querer bem de fato motiva para a tessitura da resiliência do idoso e seu entorno familiar. Assim, atitudes mais sensíveis, empáticas e menos formalmente técnicas podem permitir a configuração de um universo afetivo, humano, profissional, estratégico, motivador e eficaz para a promoção de saúde, incluídas na abordagem da fragilidade. Dessa forma, configura-se a possibilidade da aceitação das vicissitudes humanas, bem como do aproximar-se de uma experiência criativa e de paz. Essa experiência de abordagem da fragilidade pode se tornar

modelo aberto para a construção de recursos educacionais, na formação dos profissionais de saúde, de apoio às famílias, e de inserção em manifestações culturais, recursos que contribuam para uma visão mais real, humanizada e ampliada da pessoa idosa, com sua riqueza e potenciais criativos – a fim de que a qualidade de vida da pessoa envelhecida melhore.

Este estudo provocou o pesquisador a se colocar com olhar sensível diante do idoso e seu entorno, em atitude de respeito e busca de formas mais delicadas, cuidadosas, efetivas de se acercar, abordar, escutar, aprender com, conversar, dialogar, e propor a construção de processos de promoção de saúde, estando disponível à tessitura de resiliência com os idosos. A experiência da pesquisa instigou a responder ao que a vida apresentava, a se mobilizar, sair de áreas de conforto, aprender, e exercitar uma postura criativa. A pesquisa chama a uma transformação do olhar e do movimento, que signifique motivação para ação transformadora no sentido da melhoria da vida da população investigada.

Consideramos que mais pesquisas podem se seguir para compreender melhor este movimento, permitindo ampliar os conhecimentos sobre as tessituras de resiliência em contextos de fragilização do idoso – seja pela equipe profissional de saúde, pela família, por amigos, pela população em geral, seja apelando para a possibilidade de uma melhoria nas políticas que visem à vida da população envelhecida, mais focadas na saúde, na autonomia e nas potencialidades das pessoas mais velhas do que em suas doenças, perdas e limites.

7. REFERÊNCIAS

- ALVARENGA, J.M.; LOYOLA-FILHO, A.I.; FIRMO, J.O.A.; LIMA-COSTA, M.F.; UCHOA, E. "Prevalence and sociodemographic characteristics associated with benzodiazepines use among Community dwelling older adults: The Bambuí Health and Aging Study (BHAS)". *Rev Bras Psiquiatr.*, pp. 7-11, 2007.
- AYRES JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface*, 2004 ; 8 (14): 73-92.
- BIBEAU, Gilles. Quel humanisme pour notre âge bio-tchnologique? L'antropologie, horizon nécessaire de l'antropologie médicale. *Anthropologie & Santé: Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, 1, 2010.
- BRANDÃO J. M., MAHFOUD M., GIARDONOLI-NASCIMENTO I. Da invulnerabilidade à resiliência : percurso histórico e atualidade do conceito. In: RIBEIRO W, ROMERO E. **Vulnerabilidade humana e conflitos sociais**. São José dos Campos : Della Bídia Editora, 2009, pp. 189-204.
- CABRAL, Sandra. Marcas de resiliência ou sobre como tirar leite de pedra. In: CABRAL, Sandra.; CYRULNIK, B. **Resiliência: como tirar leite de pedra**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2015, pp. 57-74.
- CAMARANO, A.A. O novo paradigma demográfico. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 18, n. 12, p. 3446-3447, 2013.
- CAMPOS G.W.S. Saúde Pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2000; 5(2), pp. 219-230.
- CANELAS, R. S. **A Resiliência de crianças em situação de risco em programas sócio-educativos de Belo Horizonte**. 2004. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- CARRIÈRE J.C. **Fragilidade**. Rio de Janeiro: Editora Objetiva; 2007.
- COELHO JUNIOR, A. G. & MAHFOUD, M. As dimensões espiritual e religiosa da experiência humana: distinções e inter-relações na obra de Viktor Frankl. *Psicologia USP*. São Paulo, v. 12, n. 2, pp. 95-103, 2001.

COIMBRA, Renata; MORAIS, Normanda. A resiliência em questão. Porto Alegre: Artmed, 2015.

CONRAD, P., BARKER, K.K.; The social construction of illness: Key insights and policy implications. **Journal of health and social behavior**, 2010; no 51, pp. 67-79.

CORIN E, BIBEAU G, UCHOA E. Éléments d'une sémiologie anthropologique des troubles psychiques chez les Bambara, Soninké et Bwa du Mali. **Anthropologies et Sociétés**, 1993 ; 17(1-2), pp. 125-156.

CORIN E, UCHÔA E, BIBEAU G, KOUMA-RE B. Articulation et variatons des systèmes de signes, de sens et d'actions. **Psychopathol Afr**, 1992 ; 24, pp. 183-204.

CSORDAS, T.J.; DOLE, C.; TRAN, A.; STRICKLAND, M.; STORCK, M. G. Ways of asking, ways of telling: a methodological comparisom of ethnograhic and research diagnostic interviews. *Cult Med Psychiatry*, 2010, no 34, pp. 29-55.

CYRULNIK, B. *La maravilla del dolor. el sentido de la resiliencia*. Buenos Aires: Granica Editora, 2001. Tradução de G. González-Zafra.

CYRULNIK, B. "Resiliência: essa inaudita capacidade de construção humana." Lisboa: Horizontes Pedagógicos, 2001b.

CYRULNIK, B. **O murmúrio dos fantasmas**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

CYRULNIK, B. "Falar de amor à beira do abismo". São Paulo: Martins Fontes, 2006.

CYRULNIK, B. "De corpo e alma". São Paulo: Martins Fontes, 2009a.

CYRULNIK, B. "Autobiografia de um espantalho - histórias de resiliência: o retorno à vida." São Paulo: Martins Fontes, 2009b.

CYRULNIK, B.; CABRAL, S. **Resiliência: como tirar leite de pedra**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2015.

DINIZ, João. "Aforismos experimentais". Belo Horizonte: Asa de Papel, 2014

DUARTE, M. & PAÚL, C. Indicadores de saúde mental como fatores preditores de fragilidade nos idosos. **Revista Portuguesa de Enfermagem e Saúde Mental**, ESPECIAL 1, abr., 2014, pp. 27-32.

DUNKER, C.I.L. **Mal-estar, sofrimento e sintoma**. São Paulo: Boitempo, 2015.

EBRAHIMI et al. Health despite frailty: Exploring influences on frail older adults' experiences of health. **Geriatric Nursing**, Jul-Aug; 34(4), 2013, pp. 289-294. Available from [http://www.gnjournal.com/article/S0197-4572\(13\)00131-6/pdf](http://www.gnjournal.com/article/S0197-4572(13)00131-6/pdf) Acesso em 26 jan 2018.

FAINZANG, S. "Faire du nouveau avec de l'ancien, et un peu plus... Pour penser les nouveaux objets em anthropologie de la santé: comementaire du texte de Gilles Bibeau". *Anthropologie & Santé*, no 1, 2010.

FARIA GS, RIBEIRO TMDS, VIEIRA RA, SILVA SLAD, DIAS RC. Transition between frailty levels in elderly persons from Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. *Rev Bras Geriatr e Gerontol* 2016; 19(2), 335-341. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232016000200335&script=sci_arttext&lng=en [Accessed 5th March 2018]

FERNANDES, M.G.M; ANDRADE, A.N.; NÓBREGA, M.M.L. Antecedentes de fragilidade no idoso: uma revisão sistemática. In LINCK, C.L.; CROSSETTI, M.G.O. **Fragilidade no idoso: o que vem sendo produzido pela enfermagem**. Revista Gaúcha de Enfermagem (Online), Porto Alegre, 2011, 32(2).

FONTANELLA BJB, LUCHESI BM, SAIDEL MGB, RICAS J, TURATO ER, MELO DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Caderno de Saúde Pública*, 2011; 27(2): 389-394.

FONTES, Arlete Portella; NERI, Anita Liberalesso. Resiliência e velhice: revisão de literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 5, p. 1475-1495, May 2015 Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000501475&lng=en&nrm=iso>. access on 11 Mar. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015205.00502014>.

FRANCISCO, Marcos Vinicius; COIMBRA, Renata Maria. “Resiliência em-si na perspectiva da teoria histórico-cultural”. Em COIMBRA, Renata; MORAIS, Normanda. *A resiliência em questão*. Porto Alegre: Artmed, 2015, p. 57-82.

FRANKL, V. E. *“Fundamentos antropológicos da psicoterapia.”* Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.

FRANKL, V. E. *“Psicoterapia e sentido da vida”*. São Paulo: Editora Quadrante, 1989a. Tradução de A. M. Castro.

FRANKL, V. E. *“Um sentido para a vida”*. Aparecida: Editora Santuário, 1989b. Tradução de V. H. S. Lapenta.

FRANKL, V. E. *“A questão do sentido em psicoterapia”*. Campinas: Papyrus, 1990. Tradução de J. Mitre.

FRANKL, V. E. *“A psicoterapia na prática”*. Campinas: Papyrus, 1991a. Tradução de C. M. Caon.

FRANKL, V. E. *“Psicoterapia para todos: uma psicoterapia coletiva para contrapor-se à neurose coletiva”*. Petrópolis: Vozes, 1991b. Tradução de A. E. Allgayer.

FRANKL, V. E. *“A presença ignorada de Deus”*. Petrópolis: Vozes; São Leopoldo: Sinodal, 1993. Tradução de W. O. Schlupp & H. H. Reinhold.

FRANKL, V. E. *“Senso e valori per l’esistenza: la risposta della Logoterapia.”* Roma: Città Nuova Editrice, 1998. Tradução de V. Chiaffitelli.

FRANKL, V.E. *“Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração”*. Petrópolis: Vozes, 2008.

FRANKL, V.E. **O que não está escrito em meus livros: memórias**. São Paulo: É Realizações, 2010.

FRANKL, V. E. *“Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração”*. Petrópolis: Vozes; São Leopoldo: Sinodal, 2015. Tradução de W. O. Schlupp & C. C. Aveline.

FRIED et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. **Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES**, vol. 56, no. 3, 2001, pp. M146-M156.

FRIED, L.P.; FERRUCCI, L.; DARER, J.; WILLIAMSON, J.D.; ANDERSON, G. Untangling the concepts of Disability, Frailty, and Comorbidity: implications for improved targeting and care”. **The journals of gerontology**. Mar. 2014, no. 59A, 3; ProQuest Psychology Journals,

FRIED & WALSTON, 2003

Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Cidades. Belo Horizonte; 2010. Disponível em: www.ibge.gov.br .

GALENDE, E. Subjetividade y resiliencia: del azar y la complejidad. In: MELILLO, A.; OJEDA, E. N. S. & RODRÍGUEZ, D. (Org.s) **Resiliencia y subjetividad**. Buenos Aires: Paidós, 2004, pp. 23-61.

GEERTZ. C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: L T C, 2008.

GIACOMIN, K.C.; FIRMO, J.O.A.; SANTOS, W.J. O luto antecipado diante da consciência da finitude: a vida entre os medos de não dar conta, de dar trabalho e de morrer. **Ciências & Saúde Coletiva**, 2013, no 18(9), pp. 2487-2496.

GIACOMIN KC, FIRMO JOA. Velhice, incapacidade e cuidado na saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2015; 20(12), pp. 3631-3640.

GOLDENBERG, M. **A bela velhice**. Rio de Janeiro: Record, 2013.

GREGORI, M. F. **Viração: experiências de meninos de rua**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

GROTBERG, Edith Henderson. “Tapping your inner strength: how to find the resilience to deal with anything”. Canada: New Harbinger Publications, 1999.

HAN, Byung-Chul. *Agonia do Eros*. Petrópolis: Vozes, 2017a.

HAN, Byung-Chul. *Sociedade do cansaço*. Petrópolis: Vozes, 2017b.

HOUAISS, A. & VILLAR, M. S. *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

INFANTE, F. La resiliencia como proceso: una revisión de la literatura reciente. In: MELILLO, A. & OJEDA, E. N. S. (Orgs.). **Resiliencia: descubriendo las propias fortalezas**. Buenos Aires: Paidós, 2002, pp. 31-53.

KLEINMAN A. **Patients and healers in the context of culture**. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press; 1980.

KLEINMAN, A. **Experience and its moral modes: culture, human conditions, and disorder**. Stanford University, April 13-16, 1998.

KLEINMAN, A. The art of medicine: how we endure. **The Lancet**, vol.383, January11, 2014.

KLEINMAN, A.; EISENBERG, L.; GOOD, B. Culture, illness and care: Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. **The journal of lifelong learning in psychiatry**, 2006, vol. IV, no. 1.

LANA, L.D. & SCHNEIDER, R.H. Síndrome da fragilidade no idoso: uma revisão narrativa. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, 2014, vol. 17 (3), pp. 673-680.

LE BLANC, Guillaume. "Penser la fragilité", **ESPRIT**, 3, mars-avril 2006, pp. 249-263.

MASSÉ, R. Les nouveaux défis pour l'anthropologie de la santé, **Anthropologie & Santé**, 2010, no. 1.

MELILLO, A. Sobre la necesidad de especificar un nuevo pilar de la resiliencia. In: MELILLO, A.; OJEDA, E. N. S. & RODRÍGUEZ, D. (Org.s). *Resiliencia y subjetividad*. Buenos Aires: Paidós, 2004, pp. 77-90.

MELILLO, A.; OJEDA, E. N. S. & RODRÍGUEZ, D. (Org.s). *Resiliencia y subjetividad*. Buenos Aires: Paidós, 2004, pp. 213-228.

MELLO, A.C.; ENGSTROM, E.M.; ALVES, L.C.; Fatores sociodemográficos e de saúde associados à fragilidade em idosos: uma revisão sistemática de literatura. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2014, no 30(6), pp. 1-15.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Anthropological contributions for thinking and acting in the health area and its ethical dilemmas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2008; 13 (2).

MOLINA-LOZA, C. A. *Resiliência: um olhar diferente sobre a tragédia humana*. Brasília, UnB, 2003. Palestra proferida na VI Conferência Internacional de Filosofia, Psiquiatria e Psicologia, em Brasília, em jul/2003.

MORAES, G.V.O. Influência do saber biomédico na percepção da relação saúde/doença/incapacidade em idosos da comunidade. Belo Horizonte, **Dissertação**, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas René Rachou, Belo Horizonte, 2012.

MORAES, E.N. **Editorial**. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2017, 20(3), pp. 307-308.

NASCIMENTO, K.K.F.; PEREIRA, K.S.; FIRMO, J.O.A.; LIMA-COSTA, M.F.; DINIZ, B.S.; CASTRO-COSTA, E. Predictors of incidence of clinically significant depressive symptoms in the elderly: 10-year follow-up study of the Bambuí cohort study of aging. **Int J Geriatr Psychiatry**, 2015.

NERI, A.L. & FONTES, A.P. Resiliência e velhice: revisão de literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2014.

NOISEUX, S.; TRIBBLE, D. S-C.; LECLERC, C.; RICARDI, N.; CORIN, E.; MORISSETTE, R.; LAMBERT, R. Developing a model of recovery in mental health. (Study Protocol). **BMC Health Services Research**, 2009, 9: 73.

PEREIRA, J.K.; FIRMO, J.O.A.; GIACOMIN, K.C. Maneiras de pensar e agir de idosos frente às questões relativas à funcionalidade/incapacidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2014; no 19(8), pp. 3375-3384.

PESSOA, Fernando. O eu profundo e outros eus. São Paulo: Nova Fronteira, 1980.

PINTO, B.K.; MUNIZ, R.M.; SCHWARTZ, E.; BUDÓ, M.L.D.; HECK, R.M.; LANGE, C. Identidade do homem resiliente no contexto de adoecer por câncer de próstata: uma perspectiva cultural. **Rev Bras Enferm.**, 2014, nov-dez, 67(6): pp. 942-8.

RADIS, Democracia é saúde: declaração final do 3º Congresso de Política, Planejamento e Gestão condena corrupção e defende SUS público e de qualidade. **RADIS**, 2017; 177, 27.

RANDON House Webster's Dictionary. New York: Random House, 1999.

SILVA, S.L.A. et al. Avaliação de fragilidade, funcionalidade e medo de cair em idosos atendidos em um serviço ambulatorial de geriatria e gerontologia. *Fisioterapia e Pesquisa*, São Paulo, 2009, 16(2): 120-125.

SILVA, Silvia Lanziotti Azevedo da. "Influência dos itens do fenótipo de fragilidade na transição entre os níveis de fragilidade, quedas e capacidade funcional em idosos comunitários. Análise dos dados da Rede FIBRA." Tese (doutorado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Belo Horizonte, 2013.

SILVEIRA, D.R. "O sentido da resiliência: a contribuição de Viktor Emil Frankl". Dissertação. (Mestrado em Psicologia Social), Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

SILVEIRA, DR; MAHFOUD, M. Contribuições de Viktor Frankl ao conceito de resiliência. **Estudos de Psicologia**, Campinas, 2008, 25(4): pp. 567-576.

SILVEIRA, D.R & GRADIM, Fernanda Jaude. Contribuições de Viktor Frankl ao Movimento da Saúde Coletiva. **Revista da Abordagem Gestáltica – Phenomenological Studies**. XXI(2): 153-161, jul-dez, 2015.

STEFANIM, L.F., DOMINGUEZ, B. Comunicação Livre: Conferência aponta necessidade de democratizar os meios e produzir novas narrativas sobre o SUS para fortalecer o direito à saúde. **RADIS**, 2017; 177, pp. 10-13.

TEIXEIRA, I.N.D.O. Definições de fragilidade em idosos. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, 2008, 21 (4), pp. 297-305.

TEIXEIRA, I.N.D.O. Fragilidade biológica e qualidade de vida na velhice. In NERI, A.L. (Org.). **Qualidade de vida na velhice**. Campinas, SP: Alínea Editora, 2011, pp. 151-171.

TURATO, E.R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, 2005; 39(3), pp. 507-514.

UCHÔA, E. & VIDAL, J.M. Antropologia Médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 1994; 10(4): pp. 497-504.

UCHÔA, E.; FIRMO, J.O.A.; LIMA-COSTA, M.F. Envelhecimento e saúde: experiência e construção cultural. In MINAYO, M.C.S. (Org.) **Antropologia, saúde e envelhecimento**. 2002. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; pp. 25-35.

UCHÔA, E. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2003, 19(3), pp. 849-853.

UNGAR, M. The Social Construction of Resilience Among 'Problem' Youth in Out-of-Home Placement: A Study of Health-Enhancing Deviance. **Child & Youth Care Forum**, 2001; 30(3).

UNGAR, M.; BROWN, M.; LIEBENBERG, L.; OTHMAN, R.; KWONG, W.M.; ARMSTRONG, M.; GILGUN, J. Unique Pathways to Resilience across Cultures. **Adolescence**, 2007; 42(166).

UNGAR, M. Resilience across Cultures, Research Note, **British Journal of Social Work**, 2008; 38, pp.218-235.

UNGAR, M. & LIBÓRIO, R. M. Resiliência Oculta: A Construção Social do Conceito e suas Implicações para Práticas Profissionais junto a Adolescentes em Situação de Risco. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 2010; 23(3), pp. 476-484.

UNGAR, M. Community resilience for youth and families: Facilitative Physical and Social Capital in Contexts of Adversity. **Children and Youth Services Review**, 2011, 33, pp. 1742-1748.

UNO (United Nations Development Program). **2014 Human Development Report: Sustaining Progress: Reducing Vulnerabilities and Building Resilience**. New York, 2014.

VANISTENDAEL, S. & LECOMTE, J. Resiliencia y sentido de vida. Em MELILLO, A.; OJEDA, E. N. S. & RODRÍGUEZ, D. (Org.s). **Resiliencia y subjetividad**. Buenos Aires: Paidós, 2004, pp. 91-101.

VIEIRA, R.A. et al. Prevalência de fragilidade e fatores associados em idosos comunitários de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: dados do Estudo FIBRA. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2013; 29(8): 1631-1643.

WALSH, F. *Resiliencia familiar: estratégias para su fortalecimiento*. Buenos Aires; Madrid: Amorrortu editores, 2004. Tradução de L. Wolfson.

WELLS, Herbert George. "A máquina do tempo". São Paulo: Via Leitura, 2017.

WERNER, Emmy E. & SMITH, Ruth S. "Vulnerable but invincible: a longitudinal study of resilient children and youth". New York: Adams, Bannister, Cox, 1989.

WOODS et al. Frailty: emergence and consequences in women aged 65 and older in the women's health initiative observational study. **JAGS**, August 2005, vol. 53, no. 8, pp. 1321-1330.

YALOM, I. **Psicoterapia Existencial**. Barcelona: Editorial Herder, 1984.

YALOM, I *Os desafios da terapia: reflexões para pacientes e terapeutas*. Rio de Janeiro: Ediouro, 2006.

ZAREBSKI, G.; SANTAGOSTINO, L. & KNOPOFF, R. Resiliência y envejecimiento. In: MELILLO, A.; OJEDA, E. N. S. & RODRÍGUEZ, D. (Org.s). *Resiliencia y subjetividad*. Buenos Aires: Paidós, 2004, pp. 213-228.

8. ANEXOS

Anexo I - Termo de Consentimento livre e esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Essa pesquisa tem o objetivo de compreender a construção da resiliência na vida do idoso, a partir da visão sobre a possível fragilidade do idoso. O(a) sr(a) foi escolhido(a) porque é um(a) pessoa que foi entrevistada pela UFMG, em 2009, no estudo FIBRA.

SUA PARTICIPAÇÃO É TOTALMENTE VOLUNTÁRIA.

Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum tipo de prejuízo, e nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador, e nem com o Centro de Pesquisa René Rachou.

A pesquisa envolverá a realização de 1 ou 2 entrevistas com o(a) senhor(a). Estas entrevistas serão realizadas em local e data de sua conveniência. A duração total prevista é de cerca de 50-60 minutos.

Toda informação obtida nesta pesquisa é confidencial. As entrevistas serão gravadas e transcritas e, após a sua análise, as fitas serão guardadas pela coordenação deste trabalho e, posteriormente, destruídas. O(a) senhor(a) poderá ter acesso à sua entrevista, caso seja de seu interesse.

Não haverá nenhum benefício direto para o(a) senhor(a) por participar dessa pesquisa. Essa pesquisa não implicará em riscos relacionados a sua participação.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação.

Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Você será reconhecido não pelo nome e sim pelo número da entrevista. Por exemplo, caso você seja a terceira pessoa a ser entrevistada, antes das gravações será dito "Entrevista do(a) participante 3".

O(a) senhor(a) receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal e do CPqRR, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Para qualquer esclarecimento, sugestão ou reclamação referente a esta pesquisa, o(a) senhor(a) poderá entrar em contato com a Dr(a) Josélia de Oliveira Araújo Firmo (orientadora do projeto, chefe da Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas René Rachou), através do telefone: (31) 3349-7731.

Pesquisa sobre a construção da superação das adversidades (ou seja, a resiliência) em idosos(as) que participaram do estudo FIBRA (2009), na UFMG.

Pesquisador/doutorando: Daniel Rocha Silveira - pesquisador do Laboratório de Epidemiologia e Antropologia Médica do Centro de Pesquisas René Rachou da Fundação Oswaldo Cruz - Daniel Rocha Silveira: rg – mg 5.521.799 ssp-mg / cpf – 764.692.396-68 / crp 04-14914. Email: danielrochasilveira@gmail.com. Telefone e whatsapp (operadora Tim): (31) 97523-7904. Psicólogo: registro profissional: CRP 04/14914. Conselho Regional de Psicologia de Minas Gerais (CRP 04) – tel: (31) 21386767. <http://www.crpmg.org.br/>

Orientadora: Dra. Josélia Firmo (Centro de Pesquisas René Rachou). Centro de Pesquisas René Rachou – CPqRR - Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Minas. Secretária de ensino: Patrícia da C. Parreiras. Tel.: (31) 3295.7727 e (31) 3295.1492.

Secretária do Laboratório de Antropologia do Envelhecimento: Aline Sodrê /Assistente de Gestão Laboratorial. Laboratório de Educação em Saúde e Ambiente – LAESA. Laboratório de Epidemiologia e Antropologia Médica – LEAM. Avenida Augusto de Lima, 1715, Barro Preto - Belo Horizonte/MG Brasil. CEP: 30190-002 Tel.: (31) 3349-7741 (Tarde), (31) 3349-7733 (Manhã)

Desde já, agradecemos sua atenção.

Declaro que li e entendi o conteúdo do presente documento e estou de acordo com os termos do mesmo.

O(a) senhor(a) gostaria de participar desta pesquisa, o senhor(a) concorda em participar nesta pesquisa?

() Sim () Não

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

Belo Horizonte, _____ de janeiro de 2016

Anexo II - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do IRR

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Fragilidade em idosos: percepções, mediação cultural, enfrentamento e cuidado

Pesquisador: Josélia Oliveira Araújo Firmo

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 49173415.8.0000.5091

Instituição Proponente: Centro de Pesquisas René Rachou/Fundação Oswaldo Cruz/ CPqRR/

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.327.653

Apresentação do Projeto:

A partir de múltiplas variáveis (pessoais, psicossociais, ambientais), chega-se a um envelhecimento com ou sem fragilidade. Além disso, pesquisas demonstram que é possível prevenir a fragilidade, e intervir para a melhoria do quadro da pessoa idosa, o que justifica esta pesquisa.

Por sua vez a fragilidade é determinada por múltiplos fatores, inter-relacionados e variáveis de indivíduo para indivíduo. Além do componente físico, há propostas com enfoques biomédicos e outras sublinham aspectos psicossociais. Dessa forma, a incidência e a prevalência da síndrome da fragilidade variam conforme a definição utilizada para a operacionalização da síndrome.

Em amostra de idosos em Belo Horizonte, Vieira et al (2013) encontraram uma prevalência de fragilidade de 8,7%. Estes resultados são parte do Estudo da Rede FIBRA (Rede de Estudo sobre Fragilidade em Idosos Brasileiros), cujo objetivo é investigar o perfil e a prevalência da Síndrome da Fragilidade em idosos brasileiros e seus fatores associados. Trata-se de um estudo epidemiológico de caráter transversal, multidisciplinar e multicêntrico, que utiliza

os critérios de Fried et al (2001) para definição de idosos frágeis, pré-frágeis e não frágeis. A Rede é composta por quatro polos (Universidade Federal de Minas Gerais, Universidade de Campinas, Universidade de São Paulo-Ribeirão Preto e Universidade do Estado do Rio de Janeiro), sendo o polo da UFMG, responsável por congrega quatro cidades: Belo Horizonte- Minas Gerais, Barueri- São Paulo, Cuiabá-Mato Grosso e Santa Cruz- Rio Grande do Norte, compondo um banco de dados de um total de 1756 idosos.

Evidencia-se a importância de buscar um conhecimento em profundidade das formas como a pessoa idosa vivencia o processo de fragilização, como o percebe, como lida com ele, como cuida e é cuidada. Portanto, trata-se de compreender como o idoso frágil vivendo em determinado contexto percebe o processo saúde- doença-fragilidade, o que ele define como problema e quais estratégias utiliza para resolvê-lo.

Neste processo tem papel fundamental o “cuidador”. Cuidar é estar ao lado, presente afetivamente, querendo contribuir para a saúde da pessoa - sentindo com a pessoa.

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa e cunho etnográfico, que utiliza ferramentas da Antropologia Médica. Os participantes do presente estudo serão selecionados no banco de dados de pesquisa sobre fragilidade do idoso (rede FIBRA- Rede de Estudo sobre Fragilidade em Idosos Brasileiros, Polo Belo Horizonte, Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais parecer nº ETIC 187/07), um estudo de coorte, cujo objetivo é investigar o perfil e a prevalência da Síndrome da Fragilidade em idosos brasileiros e seus fatores associados. Idosos foram diagnosticados como portadores de fragilidade de acordo com o fenótipo de Fried et al (2004). Serão realizadas entrevistas presenciais guiadas por roteiro semi-estruturado. A coleta e a análise dos dados serão fundamentadas no modelo de “Signos, significados e ações”. Os relatos permitem reconstruir os comportamentos, os significados dados a eles e a práticas assumidas a partir disto. Todas as entrevistas serão gravadas e transcritas.

Objetivo da Pesquisa:

Compreender a percepção do idoso frágil em relação ao processo de fragilização e sua relação com esse processo.

Objetivos específicos

1. Compreender como a pessoa idosa percebe a saúde e o processo de envelhecimento.
2. Explorar a fragilidade como um desfecho possível da saúde da pessoa idosa.
3. Explorar a dinâmica da fragilidade na saúde do idoso, em termos de fatores pessoais (atitudes, comportamentos, crenças), contextuais (ambiente e recursos), da participação (rede de apoio social) e das condições de saúde.
4. Investigar os elementos favoráveis e desfavoráveis que participam desta dinâmica, na pessoa idosa, em relação ao acesso e aos recursos disponíveis para o cuidado.
5. Investigar as estratégias de enfrentamento do processo de fragilização utilizadas pelo idoso, antes, durante e depois da instalação de uma possível incapacidade.
6. Investigar como o gênero influencia na dinâmica da fragilidade da pessoa idosa.
7. Analisar o impacto da fragilidade percebido (negação, compensação, luto, sofrimento, superação, resiliência) pelo idoso
8. Explorar a dinâmica da fragilidade na saúde do idoso, em termos de fatores pessoais (atitudes, comportamentos, crenças), contextuais (ambiente e recursos), da participação (rede de apoio social) e das condições de saúde.
9. Investigar os elementos favoráveis e desfavoráveis que participam desta dinâmica, na pessoa idosa, em relação às condições de saúde, ao ambiente, à demanda percebida, ao acesso e aos recursos disponíveis para o cuidado.
10. Investigar os elementos que participam da construção dos significados da fragilidade para a pessoa idosa, diante de um processo de fragilização.
11. Investigar as estratégias de enfrentamento construídas e ou utilizadas pelo idoso, diante de um processo de fragilização.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há riscos, pois o único procedimento é uma entrevista, assegurando-se ao participante o direito de recusar ou desistir da entrevista a qualquer momento.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto de maior relevância, muito bem elaborado, sob a responsabilidade de equipe altamente qualificada. Os participantes do presente estudo serão selecionados no banco de dados de pesquisa sobre fragilidade do idoso (rede FIBRA- Polo Belo Horizonte). A Rede é composta por quatro polos (Universidade Federal de Minas Gerais, Universidade de Campinas,

Universidade de São Paulo-Ribeirão Preto e Universidade do Estado do Rio de Janeiro), sendo o polo da UFMG, responsável por congregar quatro cidades: Belo Horizonte- Minas Gerais, Barueri- São Paulo, Cuiabá-Mato Grosso e Santa Cruz- Rio Grande do Norte, compondo um banco de dados de um total de 1756 idosos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Sendo esclarecido que o grupo do CPqRR integra a Rede Fibra, não haveria necessidade de apresentação de documentação de parceria. Ainda assim, foram apresentados estes documentos, não restando pendência sobre esta questão.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Os esclarecimentos prestados são suficientes para aprovação do projeto pelo CEP.

Considerações Finais a critério do CEP:

Após submissão e análise do protocolo em questão, constatamos que o estudo atende aos aspectos fundamentais da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Diante do exposto, o Comitê de Ética do CPqRR/FIOCRUZ Minas, de acordo com as atribuições á ele concedidas pela Legislação vigente, manifesta

-se pela aprovação desta Emenda. Firma-se diante deste documento a necessidade de serem apresentados os relatórios anuais e final, bem como a notificação de eventos adversos, de emendas ou modificações no protocolo para apreciação do CEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_580147.pdf	28/10/2015 14:57:53		Aceito
Outros	RESPOSTA_PARECER.doc	28/10/2015 14:55:51	Josélia Oliveira Araújo Firmo	Aceito
Brochura Pesquisa	Modelo_do_Protocolo_de_Pesquisa.doc	14/09/2015 11:47:47	Josélia Oliveira Araújo Firmo	Aceito

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_idoso_fragil.docx	14/09/2015 09:08:11	Josélia Oliveira Araújo Firmo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausencia	TCLE_idoso_fragil.docx	10/09/2015 18:44:13	Josélia Oliveira Araújo Firmo	Aceito
Outros	Parecer_COEP_FIBRA.jpg	10/09/2015 17:41:10	Josélia Oliveira Araújo Firmo	Aceito
Outros	Autorizacao_utilizacao_dados_Re de Fib ra_MG.pdt	10/09/2015 17:37:17	Josélia Oliveira Araújo Firmo	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rostro_idoso_fragil.pdf	10/09/2015 17:30:23	Josélia Oliveira Araújo Firmo	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 18 de Novembro de 2015

 Assinado por: Naftale Katz (Coordenador)

Anexo III - Autorização para a utilização do banco de dados do Projeto FIBRA**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS****ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA, FISIOTERAPIA E TERAPIA
OCUPACIONAL DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA****Av. Antônio Carlos, 6627 – Campus Pampulha – Belo
Horizonte – MG. CEP: 31270-901 e-mail: [eeffto-
dfit@ufmg.br](mailto:eeffto-dfit@ufmg.br) Telefax: (31)3409-4783****AUTORIZAÇÃO PARA EXPLORAÇÃO D BANCO DE DADOS DA REDE
DE ESTUDOS SOBRE FRAGILIDADE EM IDOSOS (REDE FIBRA)**

Autorizo as pesquisadoras Josélia Firmo e Karla Cristina Giacomim a utilizarem os dados do Pólo UFMF da Rede FIBRA para fins de exploração dos mesmos para pesquisas epidemiológicas a serem desenvolvidas no Instituto Rene Rachou - FIOCRUZ visando gerar informações para o desenvolvimento da tese de doutorado do aluno Daniel Rocha Silveira.

A handwritten signature in black ink, reading "Rosângela Correa Dias". The signature is written in a cursive style with a small arrow pointing to the right at the end.

Profa. Dra. Rosângela Correa Dias Coordenadora do
Pólo UFMG da Rede FIBRA