



Revista Interdisciplinar do Pensamento Científico. ISSN: 2446-6778
Nº 2, volume 2, artigo nº 03, Julho/Dezembro 2016
D.O.I: <http://dx.doi.org/10.20951/2446-6778/v2n2a3>

FATORES DE RESILIÊNCIA NO ENVELHECIMENTO VERIFICADOS NA VISITA DOMICILIAR: RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA NA ATENÇÃO BÁSICA

Mello, Denise Ribeiro Barreto¹

Apratto Jr, Paulo Cavalcante²

Oliveira César, Thiago Pontes de

Souza, Danilo

Miranda, Daniele

Freitas, Geandra

Mota, José Messias³

Leite, Ligia Costa⁴

Resumo:

O envelhecimento populacional é uma realidade contemporânea garantida pela evolução científica e tecnológica. O idoso tem direito a vida com qualidade, produtividade e proatividade. No entanto, nem sempre isso ocorre devido à dificuldade de enfrentamentos nesta fase evolutiva, ainda marcados por uma carga negativa de crenças e preconceitos.

¹ Psicóloga. Professora de Psicologia Médica e Saúde Sociedade de Medicina. Mestre em Cognição e Linguagem (UENF/RJ). Doutoranda em Saúde Mental (IPUB/UFRJ).

² Médico de Família e Geriatra. Professor de Saúde e Sociedade do Curso de Graduação em Medicina.

³ Estudantes do Curso de Graduação em Medicina.

⁴ Professora assistente IPUB/UFRJ

Além disso, muitos idosos brasileiros, devido a condições de vida desfavoráveis decorrentes de desigualdades sociais que assolam o país, são acometidos por diferentes tipos de doenças, geralmente, relacionados a estilos de vida e determinantes biopsicossociais que, por diferentes razões, colaboram ou não para o enfrentamento dessa fase. A visita domiciliar (VD) tem sido, no nível da Atenção Básica à Saúde (ABS), um importante dispositivo para colaborar para a promoção da saúde do idoso, com levantamento de problemas e ações de prevenção, a partir da percepção de fatores de resiliência. O presente artigo visa relatar a experiência de VDs a pacientes idosos realizadas no componente curricular de Saúde e Sociedade, de um Curso de Graduação em Medicina de um município do interior do Estado do Rio de Janeiro. Utiliza-se como método a análise crítico descritiva para elaborar o relato e refletir sobre a experiência numa perspectiva crítica para promover sua ampliação.

Abstract:

Population aging is a contemporary reality guaranteed by scientific and technological evolution. The elderly have the right to life with quality, productivity and proactivity. However, this does not always occur due to the difficulty of confrontations in this evolutionary phase, still marked by a negative charge of beliefs and prejudices. In addition, many Brazilian elderly people, due to unfavorable living conditions due to social inequalities that afflict the country, are affected by different types of diseases, usually related to lifestyles and biopsychosocial determinants that, for different reasons, collaborate or not The confrontation of this phase. At the level of Basic Health Care (ABS), the home visit (VD) has been an important device to collaborate to promote the health of the elderly, with a survey of problems and prevention actions, based on the perception of resilience factors . This article aims to report the experience of RVs to elderly patients carried out in the Health and Society component of a Medical Graduation Course in a city in the interior of the State of Rio de Janeiro. Critical descriptive analysis is used as a method to elaborate the report and to reflect on the experience in a critical perspective to promote its extension.

INTRODUÇÃO

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de 2012, a população com 60 ou mais representa atualmente cerca de 13,7% dos brasileiros. A previsão é de que até 2050, ocorra uma elevação desse número que poderá chegar a 1/3 da população (cerca de 64 milhões)¹⁵. Pensar e agir para a promoção do envelhecimento saudável integral é fundamental, o que implica a formação dos profissionais de saúde, para que estejam preparados para enfrentar essa realidade.

A inversão da pirâmide etária nacional, denominada de transição demográfica (idem), traz consequências diretas ao sistema de saúde e educação. A população está envelhecendo; faz-se necessário, assim, desenvolver novas estratégias de promoção de saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação específicos e destinados a pessoa idosa.

Se diante deste desenho prospectivo esse novo perfil populacional implica num aumento de incidências de casos de doenças crônico degenerativas e, conseqüentemente, nas sequelas, agravos e morbidades decorrentes destas doenças nos idosos, é necessário

considerar que as diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa⁴, vão além das condições clínicas. Preconizam o cuidado integral da pessoa, por meio do desenvolvimento de ações direcionadas à manutenção da qualidade de vida individual e coletiva, bem como a garantia da autonomia e independência do idoso.

O envelhecimento populacional é uma realidade no Brasil e no mundo. É considerada uma conquista quando analisada por meio do aumento da expectativa de vida ou a esperança de vida ao nascer, a diminuição da natalidade e o acelerado processo de aquisições científicas. Por outro lado, também é uma preocupação de pesquisadores e formuladores de políticas públicas, já que se estima que em 2050 um quarto da população mundial será composta de pessoas em envelhecimento, o que equivalerá a 2 bilhões de habitantes idosos¹⁵.

Em países em desenvolvimento, como o Brasil, essa alteração sócio demográfica vem acompanhada de significativos determinantes sociais e de saúde – analfabetismo, pobreza, considerável projeção de doenças crônicas, pouco acesso aos serviços sociais e de saúde, número insuficiente de programas para a população idosa, e ausência de políticas voltadas para a prevenção e promoção de saúde que considere o curso de vida. O desafio maior, portanto, concentra-se em garantir que a velhice e envelhecimento sejam processos orientados e bem-assistidos. Torna-se imprescindível que o aumento da expectativa de vida seja acompanhado por ganhos na qualidade de vida, satisfação e bem-estar²¹.

Pode se distinguir uma diferença significativa entre o grupo de idosos independentes e os vulneráveis. Ao traçar um plano de trabalho com este público é necessário considerar o atendimento específico para cada grupo, conhecer e usar a rede de apoio disponível, o que só é possível com a implantação de uma avaliação multidimensional que considere os aspectos clínicos e psicossociais como igualmente importantes. Dessa forma, pode-se contemplar o idoso como indivíduo e, ao mesmo tempo, em sua coletividade, pois a integralidade é uma resposta importante ao envelhecimento populacional.

O desenvolvimento de uma escuta qualificada e de ações voltadas para o cuidado continuado embasadas no respeito e garantia de direitos de cidadania, sensibilização da população para as questões que envolvem o envelhecimento são premissas fundamentais para promover a manutenção da autonomia e independência dos idosos, já que o desafio de envelhecer com qualidade de vida está posto no corrente século. E essa questão passa pela construção coletiva de um outro sentido para o envelhecimento como fato natural da vida, uma fase de realizações, resultado de um processo encantador de vida, um período conquistas afetivas, emocionais, materiais.

A utilização de VDs a idoso no território possibilita a investigação e obtenção de dados sócio demográficos, econômicos, relacionais, físicos, biológicos e psicológicos para

compreender o processo de envelhecimento. Percebe-se que nível sócio econômico baixo e condições crônicas de saúde do próprio idoso ou de suas famílias resultam num demandam maior por cuidados e atenção mais direcionados. Identificar fatores de resiliência para enfrentar perdas significativas, como autoestima positiva e apoio social externo percebido como satisfatório, é fundamental para a condução da abordagem integral¹⁰. A resiliência consiste em uma capacidade para se adaptar ou superar situações de risco, a partir do auxílio de fatores protetores³. Esse constructo se constitui em um processo de caráter preventivo e multideterminado presente em todas as etapas do desenvolvimento humano. Durante esse desenvolvimento, tem-se o idoso imerso nas modificações biopsicossociais decorrentes do processo de envelhecimento, fazendo-se necessário verificar como esta capacidade foi utilizada durante a vida e potencializa-la na terceira idade.

Diante dessa multidimensionalidade, o processo de envelhecimento necessita da atenção dos diversos profissionais e políticas de saúde, buscando propiciar ao idoso melhores condições de vida e mecanismos que promovam o bem-estar e a saúde.

O sensível aumento da taxa populacional entre os idosos apresenta-se como um desafio à competência dos profissionais quanto ao entendimento, compreensão e atuação em questões específicas e singulares¹⁶. Como nas etapas anteriores do ciclo vital, o envelhecimento requer o olhar diferenciado para problemas peculiares e sensibilidade para a necessidade do aumento de cuidados, como estratégias a serem utilizadas para avaliar as questões características desta fase.

No Curso de Medicina em questão, as VDs ocorrem no conjunto das atividades propostas pelo componente curricular de Saúde e Sociedade, que visa preparar o estudante para a convivência com os problemas humanos desde o primeiro período até internato. Como em outras experiências realizadas no país²⁰, visa aproximá-lo da realidade complexa que envolve o processo saúde doença e, com isso, evitar a fragmentação teoria e prática, a indevida e precoce superespecialização, fracionamento dos determinantes psicológicos, sociais, culturais, ambientais e biológicos e concepções reducionistas da saúde voltadas apenas para doenças.

Espera-se proporcionar a ampliação do seu olhar para a complexidade da área de saúde e a percepção da necessidade de uma abordagem integral à saúde populacional com o desenvolvimento de ações de prevenção, promoção da saúde, ações curativas, práticas reabilitativas, no âmbito individual e coletivo.

Cumpram-se as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs)⁶ para os Cursos de Graduação em Medicina, promulgadas recentemente em 2014, que contempla a implementação de políticas e fomentos de formação no e para o SUS, por meio da disponibilização de pactuações com instâncias locais públicas e privadas, recursos e

investimentos institucionais, que resultam no desenvolvimento de atividades que integram ensino, pesquisa e extensão, no âmbito da atenção primária à saúde.

Este artigo é o relato da experiência de VDs a pacientes idosos de diferentes perfis e identificação de fatores de resiliência como favorecedores do envelhecimento saudável. É um estudo qualitativo, exploratório, de caráter analítico descritivo, que destaca a importância da inserção do estudante nos contextos reais de aprendizagem, do desenvolvimento do olhar ampliado para o processo saúde doença. Ao mesmo tempo, fundamenta-se na bibliografia disponível resultante de estudos atuais, visando tecer uma crítica em torno do trabalho realizado nas VDs, com vistas ao seu permanente aperfeiçoamento, bem como partilhar do que se tem produzido com a comunidade científica.

ENVELHECIMENTO E RESILIÊNCIA

Papalia et. al. (2006)¹⁸, apoiadas em Baltes (1980), definem influências normativas do desenvolvimento humano como aquelas que são comuns a maioria das pessoas que compõem um determinado grupo e dizem respeito a eventos biológicos mais ligados a maturação, diretamente relacionados com a idade, e também a eventos sociais. Sabe-se que, de acordo com diferentes culturas, há um período de maior incidência para ingressar na escola, casar-se, ou ir para a universidade. As influências normativas também podem ser históricas quando certos eventos afetam a coletividade – grandes acidentes ou catástrofes naturais, por exemplo – fazem com que as pessoas partilhem de experiências semelhantes.

Por outro lado, as influências não normativas são aquelas consideradas incomuns e que ocorrem por meio de eventos causadores de grande impacto nas pessoas individualmente. Viuvez, perda do emprego, morte de irmãos e amigos são alguns exemplos de estressores não normativos comuns na terceira idade. Nesta fase, ocorrem declínios de reservas decorrentes de degenerações naturais simultâneas ou sucessivas no decorrer de curto período de tempo. Eventos não normativos – morte do cônjuge, familiares ou amigos, declínio da saúde e da funcionalidade física, perda de status social, insegurança econômica, com a sensação da inevitável proximidade crescente da morte – quando considerados no conjunto das mudanças próprias do envelhecimento podem se configurar como situações de risco, demandando esforço adaptativo e de resiliência. “Os três tipos de influências – as normativas graduadas por idade e por história e as não-normativas – atuam de forma concorrente na construção de regularidades e de diferenças individuais nas trajetórias de vida”¹⁷ (p. 20).

A capacidade de adaptação a essas situações com apoio social e autoestima é chamada de resiliência que confere ao indivíduo a habilidade de enfrentar e responder positivamente as adversidades da vida. Tem sido definida como a capacidade individual ou

familiar de enfrentar adversidades, transformando-se e seguir a caminho da superação. Em outras palavras, é o “conjunto de processos sociais e intrapsíquicos que possibilitam o desenvolvimento saudável da pessoa, mesmo esta vivenciando experiências desfavoráveis”¹² (p. 456).

O conceito, inclusive no contexto brasileiro, encontra-se em franco desenvolvimento. Tem sido utilizado de empréstimo das ciências da física que atribui a qualidade de resiliente ao elemento material que depois de passar por certos atritos retoma sua forma anterior, como o elástico, por exemplo, que tem sido uma das metáforas mais utilizadas. No que tange o ser humano, no entanto, não há a possibilidade de retorno ao mesmo: as vivências e experiências levam a crescimento, maturação, adaptação e construção de novos sentidos, caminhos e possibilidades inerentes aos processos de subjetivação¹².

Nas áreas de saúde, o termo também tem sido utilizado mais recentemente. Pacientes resilientes são aqueles que, além de sobreviver a situações de estresse, conseguem superar esses eventos e se adaptar a novas condições de vida e de saúde. Sua aplicação torna-se ainda mais veiculada pela visão científica atual em torno do desenvolvimento humano regido por um novo paradigma, o *lifespan*. Sem uma tradução precisa para o português, o termo indica expectativa de vida saudável, além de se referir a ciclo vital e longevidade que seguem parâmetros de qualidade de vida favorável livre de doenças ou agravos¹⁷.

Segundo Neri¹⁷ (p.19), este novo paradigma

(...) é de índole pluralista, uma vez que considera múltiplos níveis, temporalidades e dimensões do desenvolvimento, é transacional, dinâmico e contextualista. Compreende o desenvolvimento como processo contínuo, multidimensional e multidirecional de mudanças orquestrados por influências genético-biológicas e socioculturais, de natureza normativa e não-normativa, marcado por ganhos e perdas concorrentes e por interatividade entre o indivíduo e a cultura. Compreende uma sequência de mudanças previsíveis que ocorrem ao longo das idades, e, por isso, são chamadas de mudanças graduadas por idade; uma sequência previsível de mudanças psicossociais determinadas pelos processos de socialização.

O envelhecimento normal é denominado Senescência, enquanto que o patológico é definido como Senilidade. A geriatria é um ramo da medicina que se ocupa dos atendimentos por meio de diagnóstico, estudos, prevenção, tratamento, reabilitação e prevenção dos problemas decorrentes da terceira idade. Por sua vez, a gerontologia estuda o envelhecimento de forma interdisciplinar, englobando as múltiplas dimensões envolvidas nesse processo e não apenas as questões físicas¹⁵.

Ambas têm por objetivos estudar, prevenir, tratar e cuidar da saúde das pessoas idosas, evitando doenças, mantendo o máximo de independência no autocuidado, detectando precocemente possíveis alterações, conservar as funções corporais, assistir pacientes em

cuidados paliativos quando as possibilidades preventivas e reabilitativas se esgotam.

Nesse caso, a assistência gerontológica ao idoso deverá incluir: prevenção de doenças, estimulação a hábitos alimentares saudáveis e atividades físicas rotineiramente, correção de tabagismo, uso de drogas e obesidade, manutenção do equilíbrio emocional mediante as perdas naturais decorrentes do envelhecimento, manutenção do ambiente doméstico próprio a locomoção, educação para o autocuidado, atenção a situações de riscos e vulnerabilidades (negligência, violências, maus tratos etc.)²².

O envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo em que podem ocorrer a diminuição das atividades funcionais do corpo que se inicia no final da terceira década da vida, que podem afetar o processo natural do envelhecimento, tais como perda de memória, diminuição de peso e massa muscular, ganho de gordura, diminuição da estatura, alterações ósseas, articulares, musculares, diminuição da visão, olfato e audição, incontinência urinária, queda da imunidade. E ainda, outros problemas, como hipertensão arterial, diabete mellitus, afecções osteo articulares, doença de Parkinson, demência provocada por Alzheimer, alterações psicopatológicas como depressão⁷.

Em países em desenvolvimento como o Brasil, o quadro pode se tornar ainda mais grave devido a ausência de desenvolvimento de políticas que garantam a qualidade de vida na terceira idade. De acordo com as teorias do envelhecimento, ocorre a degeneração da função e estrutura dos sistemas orgânicos e células, que podem ser compreendidas por duas categorias: uma de natureza genético desenvolvimentista (compreende o envelhecimento tendo como pano de fundo os aspectos genéticos, estando esta etapa programada desde o nascimento até a morte); e outra de natureza estocástica (ênfase nos processos ambientais que condicionam a vida e o próprio envelhecimento).

Do ponto de vista psicológico, envelhecer é a capacidade de dar sentido à existência, resignificação das perdas normais e patológicas no conjunto de significados construídos ao longo da existência. No entanto, nas sociedades ocidentais, ocorre um processo de interiorização do envelhecimento como algo negativo que dificultam um processo que deveria ocorrer naturalmente. A aquisição de autoimagens negativas quando se envelhece criam uma distância abismal entre o desejo de viver e produzir e a representação da vida nesta etapa¹⁷.

As alterações físicas naturais podem fazer surgir condições psicológicas que podem conduzir ao engrandecimento ou ao esgotamento do idoso. A deteriorização gradual dos processos sensoriais pode causar impacto sobre seu psiquismo, alterando sua autoimagem e podendo levar à depressão¹⁵.

As relações sociais também podem ser favoráveis ou desfavoráveis. Em relação ao papel da família se houve uma relação pautada no afeto e respeito mútuo, ocorrerá uma

melhor aceitação da pessoa idosa de seus limites e novas possibilidades pela família e pelo próprio idoso. Do contrário, poderá ocorrer uma relação conflituosa e, em consequência, sentimentos de solidão, desamparo, e uma tendência à depressão profunda¹⁹.

Fatores de resiliência presentes na terceira idade podem favorecer a adaptação às perdas físicas, sociais e emocionais e de encontrar contentamento, serenidade e satisfação nesta etapa da vida. Uma autoimagem positiva estimula a aceitação do risco e participação em novas e desconhecidas funções. Quando tratados com dignidade e encorajamento, os idosos tendem a manter a autonomia e a qualidade de vida⁷.

A EXPERIÊNCIA

O componente curricular de Saúde e Sociedade do Curso de Medicina aqui discutido tem como objetivos gerais compreender o conceito de saúde integral; identificar a importância dos determinantes biopsicossociais no processo saúde doença e cuidados no âmbito da ABS na formação médica; especialmente, conhecer o Sistema Único de Saúde (SUS), seus princípios e diretrizes, no contexto da ESF, suas leis e seu financiamento. Com isso, operacionaliza a ênfase preconizada pelas novas DCNs (2014)⁶ que primam pela inserção dos estudantes desde o início do curso nos cenários reais de aprendizagem, com destaque para a concepção da medicina como ciência da vida.

Ao longo de sete semestres letivos em todo o curso, desde o ciclo básico até o internato, divididos em pequenos grupos supervisionados por docentes do curso, os estudantes percorrem o território e realizam VDs com o apoio das Unidades Básicas de Saúde (UBSs) instaladas nas Estratégias Saúde da Família (ESF), com a colaboração dos ACSs. Como forma de sistematizar a integração entre alunos, comunidade e ESF em campo, parte-se de considerações peculiares sobre o território suas proximidades, articulações e complementaridades, conhecendo a realidade e identificação necessidades da comunidade. A intenção é desenvolver no estudante a concepção do território como espaço do cotidiano, vivo, pulsante em constante transformação, espaço de vida e de saúde, que oferece uma leitura fidedigna da realidade, e das redes de saúde presentes ou ausentes.

A VD configura-se como um dispositivo da ABS e instrumento que possibilita conhecer a realidade da população (indivíduos e famílias) no território, favorecendo ao fortalecimento dos vínculos dos pacientes com a assistência à saúde, as possibilidades terapêuticas propostas, acesso aos profissionais, intervenções precoces na perspectiva da promoção, prevenção, educação, tratamento e reabilitação da saúde, evitando agravos¹⁴. Inscreve-se nas propostas do SUS para operacionalizar as políticas de assistência à saúde no contexto brasileiro, que tem princípios e diretrizes claros de cuidado integral, equânime,

longitudinal e integrado entre os diferentes atores sociais que dele participam⁵.

A formalização da ESF constitui-se como marcos históricos fundamentais para efetivação do modelo de atenção preconizado no SUS. Somado a Política Nacional de Atenção Básica (2006), a VD constitui-se uma das formas de aproximação com a população adscrita, ao lado das UBSs e os demais espaços existentes na comunidade.

Na ESF, a VD é concebida como “tecnologia de interação no cuidado à saúde”¹⁰ e visa superar a lógica do modelo biomédico de saúde, ainda hegemônico, que prioriza a doença, a tecnocracia e a medicalização da vida. Como alternativa, a VD propõe o atendimento integral, humanizado e contextualizado a indivíduos e famílias⁵.

No componente curricular em questão, a VD é utilizada de forma planejada, com ações delimitadas antes, durante e após sua realização. Seus objetivos pautam-se na promoção da saúde para conhecer condições, estrutura e características dos domicílios, as dinâmicas familiares; identificação de possíveis fatores de riscos ou vulnerabilidades coletivos ou individuais, assistência ao paciente no próprio domicílio; definição de estratégias de acompanhamento, quando necessário. Objetiva, ainda, o controle de agravos, prevenção de doenças transmissíveis ou não, com o devido estímulo a adesão ao tratamento proposto¹⁴. Nessa perspectiva, a VD confere protagonismo às famílias e indivíduos à medida que proporciona participação ativa no processo saúde doença, intervenção precoce para evitar agravos e internações (o que aumentaria o risco de infecções); incentivo a independência e autonomia com orientações seguras sobre autocuidado e aperfeiçoamento da utilização de recursos disponíveis.

Esse planejamento prévio possibilita a identificação e priorização de atendimentos às situações de risco e ou vulnerabilidades sociais, tais como a condição de independente ou acamado, presença de deficiências físicas ou mentais, condições de habitação e saneamento precários, desnutrição, drogadição, ausência de benefícios ou renda fixa, desemprego, doenças crônicas não transmissíveis instaladas e agravadas. Um *check list* da VD foi também elaborado, não como uma ferramenta rigorosa nem de policiamento sanitário, mas para oferecer orientação e norteamentos que colaborem para o desenvolvimento de um olhar ampliado por parte do estudante. Aliada a isso, a escala de Coelho Savassi também é utilizada para avaliar riscos familiares para reorganizar demandas e verificar o impacto desses riscos na comunidade⁸.

Todas as VDs são seguidas de discussão entre o grupo de estudantes com o professor tutor que, coletivamente, transformam a experiência numa situação problema: a princípio, uma série de percepções e questões são levantadas, seguidas das possíveis causas que as sustentam. Entre essas, deve se identificar o principal problema, denominado nó crítico, ou seja, a causa identificada como a principal mantenedora ou produtora de

adoecimentos ou impedimentos à saúde. Esse nó crítico deve estar relacionado com a queixa principal do paciente, aquilo que mais lhe incomoda, o que nem sempre coincide com as concepções dos promotores de saúde, mas que é diretamente relacionada e condizente com o que o paciente identifica como problema para ele. É a partir dessa formulação que uma estratégia de trabalho é traçada como forma de manejo do nó crítico com soluções possíveis, viáveis, exequíveis e disponíveis.

Para isso, os estudantes elaboraram uma Ficha de Registro de Campo – formulário padronizado para registro e problematização da VD realizada, com o incentivo: ao embasamento teórico a fim de estabelecer conexões com a situação vivenciada na visita com referências bibliográficas atuais disponíveis para alimentar o salutar imbricamento teoria e prática; e ao relato fidedigno do que se vivencia, com reflexos que levem o estudante a construção do conhecimento nas dimensões do aprender a aprender, a prender a fazer, aprender a ser, aprender a conviver. Também preenchem uma Ficha de Evolução, com um duplo objetivo: realizar os devidos encaminhamentos para o médico de família da Faculdade que dará seguimento a assistência, com devoluções periódicas aos estudantes sobre o trabalho realizado; e favorecer ao desenvolvimento da concepção do prontuário como dispositivo fundamental de comunicação nos espaços de saúde, de forma a garantir ao paciente que esse documento represente com fidedignidade sua história de vida e não apenas a descrição de seus sintomas e uso de medicamentos.

Os casos encontrados nas VDs no território adscrito têm perfis bastante diferenciados. Há idosos acamados, vulneráveis e dependentes, até mesmo não interativos. Mas há também aqueles que têm autonomia não apresentam danos ou sintomas, com pouca ou nenhuma necessidade de uso contínuo de medicamentos. Essas importantes diferenças qualitativas demonstram o quanto o estilo de vida, crenças e valores podem favorecer ou não ao envelhecimento saudável.

A diversidade encontrada é reveladora da necessidade do olhar globalizado para as problemáticas de saúde, na perspectiva da promoção da saúde e não para doenças apenas. Estratégias de promoção da saúde envolvem necessariamente a visão multidisciplinar e ações interdisciplinares⁵.

A qualidade de vida do idoso deve ser garantida e a VD pode contribuir para sua otimização. No entanto, sabe-se que há uma imprecisão na definição deste constructo. A Organização Mundial de Saúde (OMS), define qualidade de vida como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações"¹¹. Essa percepção envolve fatores objetivos e subjetivos. Entre os primeiros estão renda, escolaridade, e todos os fatores relacionados ao desenvolvimento econômico e social, e

entre os últimos, bem-estar, felicidade, amor, prazer, realização pessoal, entre outros.

Os estudantes percebem a pertinência deste conceito durante a visita e como é difícil delimitar se há ou não qualidade de vida. Um primeiro esforço primordial e indispensável é abandonar suas concepções pessoais para aumentar o espectro da compreensão da dinâmica do paciente, de como, por exemplo, o enfrentamento de situações adversas como a pobreza, não são suficientes em alguns casos para desenvolver doenças ou má qualidade de vida. É uma postura necessária de despir-se de suas próprias crenças, concepções ou julgamentos de determinados temas como sexualidade, drogas, tabagismo etc.

Percebe-se que a utilização dos serviços de saúde favorece a manutenção da qualidade de vida do idoso, por meio do acompanhamento regular por meio do trabalho das ACSs e dos recursos disponíveis na UBS local¹⁶. Nesse sentido, foram encontrados comportamentos discrepantes. Havia idosos plenamente acompanhados e aderidos aos serviços; outros, apesar de conhecimento da disponibilidade, do acesso e acompanhamento regular, não percebiam necessidade de manter o vínculo por se sentirem saudáveis. Um terceiro grupo não percebia a importância, nem desejava obter informações sobre os serviços, buscando os recursos apenas em situações de urgência. Esses dados demonstram a necessidade de ações de prevenção para sensibilizar o idoso para os problemas silenciosos próprios do envelhecimento e que podem ser evitados com a realização de exames clínicos². Denotam a necessidade de se avançar num ponto em termos de cuidado e atenção na perspectiva preventiva.

Idosos entre 80-90 anos com plena autonomia chamaram por residirem sozinhos, com realização de AVDs rotineiramente, sem ou com pouca de pessoas próximas, boa socialização com amigos e familiares e manutenção de atividades de cunho auto realizatório como cuidar de crianças, cozinhar, cuidar de jardins e animais, bordar, ler, entre outros. Nestes casos os estudantes perceberam a importância dos fatores de resiliência na terceira idade para garantir ao idoso qualidade de vida por meio do senso de satisfação, aporte social e familiar, direitos mínimos assegurados para manter boa alimentação, renda mínima, habitação, saneamento etc.⁹ Esse modo de ver a vida as pessoas, as coisas, reflete-se no modelo como o idoso encara as dificuldades. Foram encontrados casos que a presença desses fatores levava ao enfrentamento saudável dos eventos normativos e não normativos, adaptação as mudanças e novas situações suscitadas pelo envelhecimento.²¹

Perfis opostos a estes também foram encontrados. Idosos que, apesar de contribuir com bom suporte sócio familiar, rendiam-se diante do enfrentamento de situações e perdas – viuvez, ausência de atividades produtivas, insegurança em relação aos serviços de saúde. O quadro clínico com sinais e sintomas físicos degenerativos em estados patológicos, por vezes já avançados, eram mais frequentes nestes casos, com consequente aumento de

queixas álgicas, imobilidades e incapacitações, gerando uma impossibilidade de realização de AVDs e atividades instrumentais (AVI)²². Alterações do estado do humor, presença de sintomas típicos de pânico – medo exacerbado e sem conexões com a realidade imediata – também se presentificavam. A concepção da velhice como uma fase triste da vida colabora para a intensificação desses sintomas, aumento o isolamento social, pois experiências passadas, nestes casos, não foram suficientemente prazerosas para garantir a satisfação no presente.⁹

O número de famílias que tem se confrontado com necessidade de cuidar de familiares idosos dependentes vem aumentando progressivamente. Acometidos por doenças incapacitantes, eles necessitam manter sua rede social de apoio para permanecerem inseridos socialmente. O estudo de Nardi & Oliveira (2008)¹⁶ demonstra que tanto nas fontes informais – parentes próximos – quanto nas formais – unidades de saúde – há a necessidade de formar uma rede de apoio para otimizar o cuidado.

O entusiasmo pela vida pode colaborar para a manutenção de processos psicológicos básicos – pensar, raciocinar, memorizar etc. – e a um equilíbrio entre bem estar físico, social e emocional, com a valorização da autoimagem, integração social e valorização de sua própria saúde. A manutenção da convivência social e de um estilo de vida saudável aumenta a distância entre saúde e doenças cardiovasculares, acidentes vasculares encefálicos (AVEs), doenças respiratórias crônicas, distúrbios mentais, como a depressão, entre outros¹.

O envelhecimento bem-sucedido constitui-se como um processo evolutivo, produtivo e saudável, que requer adaptações às mudanças implícitas ao normal envelhecimento do organismo (quer ao nível biológico, social ou psicológico), encontrando soluções para as suas condições de vida associadas a estas mudanças.

Existem inúmeros fatores de resiliência na terceira idade, oriundos da experiência adquirida ao longo da vida, do estilo de vida e crenças de cada indivíduo. Entre esses fatores, pode-se destacar a regulação das emoções, o otimismo e a fé como os mais evidentes¹². A resiliência em idosos propõe que, ainda que estejam em condições de limitações e incapacidades, mantenham um senso positivo de bem-estar, tendo em vista que, perdas na funcionalidade não são, necessariamente, um impedimento para a continuidade do funcionamento cognitivo e emocional, pois como qualquer ser humano, o idoso consegue ativar mecanismos compensatórios para lidar com essas perdas¹³.

O que você espera deles como médicos? Foi a pergunta do tutor ao final de cada VD realizada. De uma forma geral, os pacientes idosos esperam que o médico lhes dê atenção. Eles relataram a necessidade de se sentirem assistidos e mencionavam a atenção como elemento fundamental para essa percepção. Essas declarações apresentaram impactos

significativos nos estudantes que refletiram sobre suas próprias posturas durante a formação e sobre a realidade encontrada os serviços de saúde. Questionaram-se sobre como desenvolver essa postura desejada pelos pacientes e consensualmente, compreenderam a importância das vivências das VDs para a construção desse modelo de assistência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

O envelhecimento é uma das fases do processo evolutivo, ao lado de outras como infância, adolescência, juventude e vida adulta. Embora seja uma fase de vitalidade, crescimento, mudanças e realizações, a terceira idade requer um lugar de destaque no desenvolvimento global por, de um lado, representar a consolidação de muitas experiências e saberes e, por outro, potencialmente pode significar perdas inúmeras: vitalidade, parceiros, amigos, produtividade, colocando o sujeito idoso numa condição permanente de elaborar lutos. Fatores de resiliência como convívio familiar funcional, saúde preservada, estilos de vida saudável, lazer, condições econômicas mínimas podem colaborar para integridade, adaptabilidade e tenacidade, resultando em qualidade de vida para o idoso.

O cuidado nesta fase da vida deverá primar pelo desenvolvimento de atenção integral e global às necessidades do idoso, colaborando para torná-lo mais independente ao valorizar sua visão de mundo e concepções sobre o viver e o morrer. O respeito a autonomia, estímulo ao estilo de vida saudável com dieta equilibrada, boa hidratação, incentivo ao lazer e atividade física, controle das doenças existentes e prevenção ao aparecimento de outras são ações importantes para a saúde integral e promoção de sua integração social e familiar.

O mundo está envelhecendo: esta constatação é resultado de grandes conquistas humanas, tecnológicas e científicas. Esse processo de envelhecimento requer a manutenção e criação de mecanismos integradores do ensino, pesquisa e extensão no âmbito da formação acadêmica voltados para a terceira idade. Os estudos sobre resiliência podem ser priorizados para embasar atividades de educação e prevenção no âmbito da ABS. Esses estudos não são apenas relevantes como necessários, não apenas aos profissionais de gerontologia ou geriatria, mas a formação dos profissionais de saúde de uma forma geral, por se constituir o desenho de um futuro que, em alguma medida, já chegou com tendências a um alargamento acentuado nas próximas décadas. Oferece-se como contribuição a investigação, obtenção de dados, novas descobertas e desenho de novos caminhos de educação, prevenção, promoção da saúde, tratamento, reabilitação e garantia da qualidade de vida de idosos.

Perdas na funcionalidade não são, necessariamente, um impedimento para a

continuidade do funcionamento cognitivo e emocional; como qualquer ser humano, o idoso consegue ativar mecanismos compensatórios para lidar com essas perdas¹⁷. Cabe ao profissional de saúde perceber e valorizar esses fatores de resiliência para colaborar com sua utilização pelo idoso em favor da manutenção de sua saúde e qualidade de vida.

O trabalho efetivo da ABS é fundamental para o alcance desse modelo de assistência. Verificou-se com as VDs realizadas que o suporte da atenção básica é fundamental para dar segurança ao idoso em relação ao suporte de serviços de saúde, este entendido também como fator de proteção e resiliência.

As VDs, enquanto atividades práticas, ocorrem num contexto de incertezas que, inevitavelmente, cria resistências em estudantes, tutores, e até mesmo entre os usuários, por envolver relações complexas entre os espaços privados do domicílio tornando-o público no momento da visita. Para contorná-las, a atividade foi realizada com seriedade, fundamentação teórica, aporte de novos paradigmas de formação e estratégias de trabalho bem definidas. A mobilização dos estudantes e a permanente capacitação docente também têm colaborado para o bom desenvolvimento do processo.

REFERÊNCIAS

ABADE, M.; Zamai, C. Estudo sobre a influência da prática de atividade física na síndrome depressiva e no bem-estar de sujeitos da terceira idade. *Movimento & Percepção* 10.14 (2009): 319-33.

APRATTO JUNIOR, P.C. A violência doméstica contra idosos nas áreas de abrangência do Programa Saúde da Família de Niterói (RJ, Brasil). *Ciênc. Saúde Coletiva* vol.15, n.6, Rio de Janeiro, Set., 2010.

ARANTES, Pamela Oliveira, et al. Resiliência e bem-estar subjetivo no envelhecer: um estudo em idosos de Uberlândia, MG. *e-RAC* 5.1 (2015).

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução Nº 3, de 20 de Junho de 2014. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília, 2014.

CELICH, Kátia Lilian Sedrez, et al. Envelhecimento com qualidade de vida: a percepção de idosos participantes de grupos de terceira idade. *Revista Mineira de Enfermagem* 14.2 (2010): 226-232.

COELHO, FL; SAVASSI, LCM. Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares. Rev. Bras. de Med. de Fam. e Com., v.1, n.2, 2004.

COUTO, M.C.P.P. Fatores de risco e de proteção na produção de resiliência no envelhecimento. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Psicologia e ciências da Educação da Universidade de Lisboa. Fev., 2007.

CUNHA, C.L.F.; GAMA, M.E.A. A visita domiciliar no âmbito da atenção primária à saúde. IN: Malagutti, W. (org.). Assistência domiciliar: atualidades da assistência de enfermagem. Rio de Janeiro: Rubio, 2012. 336p.

FLECK. Marcelo Pio de Almeida. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. Ciênc. saúde coletiva vol.5 no.1 Rio de Janeiro, 2000.

FORTES, T.F.R. et al A resiliência em idosos e sua relação com variáveis sócio demográficas e funções cognitivas. Estudos de Psicologia, Campinas, 26(4), 455-463, outubro – dezembro, 2009.

LARANJEIRA, C. A. S. J. Do Vulnerável Ser ao Resiliente Envelhecer: Revisão de Literatura. Psic.: Teor. e Pesq., Brasília, Jul-Set 2007, Vol. 23 n. 3, pp. 327-332.

LOPES, W.O.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Visita domiciliar: tecnologia para o Cuidado, o ensino e a pesquisa. Cienc. Cuid. Saúde, v.7, n.2, p.241-7, 2008.

LOURENÇO, R.; VERAS, Renato (orgs.). Formação humana em Geriatria e Gerontologia: uma perspectiva interdisciplinar. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora DOC, 2010. 392p.

NARDI, EFR; OLIVEIRA, MLF. Conhecendo o apoio social ao cuidador familiar do idoso dependente. Rev. Gaúcha de Enferm., Porto Alegre/RS, 2008, mar, 29(1): 47-53.

NERI, A.. O legado de Paul B. Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e do Envelhecimento. Temas psicol. v.14 n.1 Ribeirão Preto jun. 2006.

PAPALIA, D.; OLDS, S.W.; Feldman, R.D. Desenvolvimento Humano. 8a. ed. Tradução de Daniel Bueno. Porto Alegre/RS: Artmed, 2006. 868p.

PINHEIRO, D. .P. .N. (2004). A resiliência em discussão. Psicologia em Estudo, 9, 67-75.

RAMOS-CERQUEIRA, A.T.A.; TORRES, A.R.; MARTINS, S.T.F.; LIMA, M.C.P. Um Estranho à Minha Porta: Preparando Estudantes de Medicina para Visitas Domiciliares. Rev. Bras. de Educ. Médica, 33 (2) : 276–281; Rio de Janeiro, 2009.

VERAS, R (org.). Terceira idade: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: UnaTI/UERJ, 1995.

_____. Terceira Idade: desafios para o terceiro milênio. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: UnaTI/UERJ, 1995.