

LABORO – EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO  
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**GEISA MENDANHA CUTRIM  
MARIA DO AMPARO REIS RODRIGUES  
MARY LUCY TÔRRES DIAS**

**REPRESENTAÇÕES DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA  
NA TERCEIRA IDADE**

São Luís

2008

**GEISA MENDANHA CUTRIM  
MARIA DO AMPARO REIS RODRIGUES  
MARY LUCY TÔRRES DIAS**

**REPRESENTAÇÕES DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA  
NA TERCEIRA IDADE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família da Laboro – Excelência em Pós-Graduação/ Universidade Estácio de Sá para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Mestre Jacira do Nascimento Serra

São Luís  
2008

**GEISA MENDANHA CUTRIM  
MARIA DO AMPARO REIS RODRIGUES  
MARY LUCY TÔRRES DIAS**

**REPRESENTAÇÕES DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA  
NA TERCEIRA IDADE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família da Laboro – Excelência em Pós-Graduação/ Universidade Estácio de Sá para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Aprovado em    /    /

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Prof<sup>a</sup>. Jacira do Nascimento Serra** (Orientadora)  
Mestre em Políticas Públicas  
Universidade Federal do Maranhão

---

**Rosemary Ribeiro Lindholm**  
Mestre em Enfermagem Pediátrica  
Universidade de São Paulo

*Aos idosos que participaram desta pesquisa, contribuindo significativamente para enriquecer através de suas experiências, nossas vidas, fazendo-nos refletir sobre a nossa existência.*

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter proporcionado a realização deste trabalho permitindo-nos entender que as dificuldades são necessárias, para o crescimento do ser humano, que cada um dos momentos de angústias que vivemos sejam revestidos sempre em algo positivo para nossa vida.

Às nossas famílias pelo apoio constante, entendendo as nossas ausências e momentos difíceis, para que pudéssemos atingir mais esta etapa em nossas vidas.

À nossa orientadora, Professora e Mestre Jacira do Nascimento Serra, pela orientação, apoio, carinho e incentivo, contribuindo decisivamente para a realização deste trabalho.

Aos professores do Curso de Especialização em Saúde da Família e aos funcionários da LABORO, especialmente os que colaboraram conosco em diversos momentos.

Aos idosos entrevistados, participantes da pesquisa, que possibilitaram a realização deste trabalho.

Aos funcionários do Centro de Saúde do São Cristóvão, principalmente a Diretora Dilma Silva do Nascimento e a Agente de Saúde Zulmira Santos da Silva, que nos apoiaram, compreendendo a nossa proposta e colaborando para a realização da pesquisa.

Aos funcionários da Unidade Integrada “Alberto Pinheiro” São Luís – MA, pela atenção, paciência e carinho com que nos acolheram disponibilizando-nos um local durante toda a elaboração deste estudo.

A Gyldson Felipe Lobo Tôrres por sua contribuição artística neste trabalho.

A todas as pessoas que contribuíram de diversas formas e nos mais diferentes momentos, em especial Nail Amélia Laranjeira, para que este trabalho fosse realizado da melhor maneira possível.

*“Assim como existe uma forma saudável de definir e viver a doença, existe um desafio constante para manter e representar positivamente o estado de saúde”.*

*(Bolander, 1998)*

## RESUMO

Abordagem qualitativa descritiva sobre as Representações do Processo Saúde-Doença na Terceira Idade que tem por objetivo conhecer as concepções do processo saúde-doença na perspectiva dos idosos hipertensos e/ou diabéticos acompanhados pelo Programa Saúde da Família, no Centro de Saúde do São Cristóvão, a partir de suas representações. A amostra constituiu-se de 10 idosos, sendo 6 mulheres e 4 homens, na faixa etária de 66 a 94 anos. Para análise dos dados utilizaram-se as falas transcritas e agrupadas e como instrumento de coleta para a pesquisa de campo, a observação participante e a entrevista semi-estruturada. Foram elaboradas duas categorias analíticas: as concepções de saúde e as concepções de doença. Percebeu-se a partir das falas dos idosos que a saúde é concebida como a capacidade de cuidar de si seguindo normas de conduta e mudanças de hábito vinculado a assistência com ações e serviços mais compatíveis com as suas necessidades. E a doença do ponto de vista físico é associada à própria velhice evidenciando somente as perdas físicas. Percebeu-se também uma postura conformista demonstrada pelos sentimentos de resignação e indignação acalentados pela fé. Constatou-se que de modo geral as concepções de saúde-doença têm relação direta com o cuidar de si e para os idosos estudados a sua própria condição de existência é que irá determinar sua qualidade de vida.

Palavras – chave: Envelhecimento. Idoso. Representações. Saúde. Doença.

## ABSTRACT

Descriptive qualitative boarding of the Representations of the Health-Illness Process in the Third Age that has as objective to know the conceptions of the process health-illness in the perspective of the aged diabetic hipertensos and/or watched by the Program Health of the Family, in the Center of Health of São Cristóvão, from its representations. The sample consisted of 10 aged ones, being 6 women and 4 men, in the with ages varying from 66 to 94 years. For the analysis of the data they used the transcribing grouped and speak and as instrument of collection for the field research, the participant comment and the half-structuralized interview. Two analytical categories had been elaborated: the conceptions of health and illness. It was perceived from the aged speech that the health is conceived as the capacity to take care of of themselves following norms of behavior and changes of entailed habit the more compatible assistance with action and services with its necessities. And the illness of the physical point of view is associated with the proper oldness having only evidenced the physical losses. Another thing perceived was a conformistical position demonstrated by the feelings of resignation and indignation lulled to sleep by the faith. One evidenced is that in general way the conceptions of health-illness have direct relation with taking care of of itself and for the aged ones studied its proper condition of existence it is what will determine its quality of life.

Key- words: Aging. Aged. Representations. Health. Illness.



## LISTA DE SIGLAS

AIDS	–	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AVE	–	Acidente Vascular Encefálico
BPC	–	Benefício de Prestação Continuada
IBGE	–	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LOAS	–	Lei Orgânica da Assistência Social
OMS	–	Organização Mundial de Saúde
PNI	–	Política Nacional do Idoso
PSF	–	Programa Saúde da Família
SUS	–	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

	LISTA DE SIGLAS.....	08
1	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	10
2	<b>OBJETIVOS.....</b>	13
2.1	<b>Geral.....</b>	13
2.2	<b>Específicos.....</b>	13
3	<b>ENVELHECIMENTO POPULACIONAL.....</b>	14
4	<b>EM QUESTÃO: SAÚDE X DOENÇA.....</b>	16
5	<b>REPRESENTAÇÕES DO PROCESSO SAÚDE – DOENÇA NA TERCEIRA IDADE.....</b>	21
6	<b>METODOLOGIA.....</b>	24
6.1	<b>Tipo de estudo.....</b>	24
6.2	<b>Local de estudo.....</b>	25
6.3	<b>Coleta de dados.....</b>	25
6.3.1	<b>Identificação e seleção dos idosos.....</b>	25
6.3.2	<b>Local da entrevista.....</b>	26
6.4	<b>Instrumentos.....</b>	26
6.4.1	<b><i>Observação participante.....</i></b>	27
6.4.2	<b><i>Entrevista semi – estruturada.....</i></b>	27
6.5	<b>Considerações éticas.....</b>	27
6.6	<b>Análise dos dados.....</b>	28
7	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	28
7.1	<b>Perfil dos idosos.....</b>	28
7.2	<b>Representações da saúde.....</b>	29
7.3	<b>Representações da doença.....</b>	36
7.4	<b>Qualidade de vida na terceira idade.....</b>	40
8	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	41
	REFERÊNCIAS.....	44
	GLOSSÁRIO.....	47
	APÊNDICE.....	48
	ANEXOS.....	49

## 1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, revestido de profundas transformações nos campos demográficos, econômicos, biológicos, sociais e comportamentais, para os quais não podemos estabelecer normas e regras, pois a experiência é absolutamente individual e subjetiva. A longevidade, fenômeno mundial que se deu em função de diversas variáveis entre as quais, o avanço da medicina tanto no campo preventivo quanto no curativo e à diminuição das taxas de fecundidade e mortalidade, fatores esses que contribuíram de forma significativa para o aumento da expectativa de vida da população adulta e idosa.

Nos chamados países desenvolvidos, o envelhecimento da população se processou de forma lenta, ao longo de várias décadas. No grupo dos países chamados em desenvolvimento, no qual o Brasil está inserido, este fenômeno caracterizou-se através de um processo rápido com o aumento das populações adulta e idosa, modificando assim a pirâmide populacional e alterando a estrutura etária da mesma. Outros fatores que também contribuíram para o referido processo foi a inserção da mulher no mercado de trabalho, a mudança de padrão reprodutivo e sócio cultural, advindos da migração, em um contexto de crise econômica, intensificada através do processo de urbanização da população.

Há 50 anos, a expectativa de vida do brasileiro era de 43 anos, atualmente, está em torno de 68 anos, e no século XXI deverá chegar a 73 anos. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística apud Serra (2004), nosso país deverá ter a sexta população mais idosa do planeta no ano 2025 com 34 milhões de pessoas com mais de 60 anos, o que representa 14% da população.

Veras (2003) afirmam que:

Os processos de transição demográfica e epidemiológica no Brasil vêm se desenvolvendo de forma heterogênea e estão associadas, em grande parte, às desiguais condições sociais observadas no país. Diante deste contexto, a população idosa não se constitui um grupo homogêneo, dadas às condições sociais, e aos aspectos demográficos e epidemiológicos acentuando entre si e demais grupos etários significativos diferenciais, tais como: gênero, idade, educação, situação conjugal, atividade econômica, cultura, renda, habitação, saúde, lazer, etc.

A categoria velhice enquanto construção social não pode ser tratada de forma indiferente. Períodos históricos mostram que as estruturas culturais, sociais,

econômicas e políticas sofrem mutações. Diante desse aspecto Bruno (2003), esclarece que “essas transformações, portanto, não permitem um conceito absoluto da velhice e aponta para a possibilidade de haver sempre uma nova condição a ser construída, para se considerar essa etapa da vida do ser humano”.

O processo de envelhecimento e suas relações nas diferentes sociedades acontecem de forma cultural revestido de conteúdos simbólicos informando assim as ações e as representações do sujeito.

A tendência atual é a inversão da representação da velhice como um processo de perdas e a atribuição de novos significados que passam a ser tratados como momentos privilegiados para novas conquistas criadas pela busca do prazer, da satisfação e da realização pessoal. As experiências vividas e os saberes acumulados são ganhos que propiciam aos mais velhos, oportunidades de explorar novas identidades, realizar projetos abandonados em outras etapas da vida e estabelecer relações mais profícuas como o mundo dos mais jovens e dos mais velhos. No entendimento de Mascaro (1997), atualmente chamar aquele que envelhece de velho pode expressar desprestígio ou desrespeito. Esclarecendo que:

A expressão velho, que nos leva a pensar em algo antiquado, desgastado ou obsoleto, foi substituída por idoso, significando a passagem do tempo e aquele que tem bastante idade. A fase da velhice foi substituída por terceira idade e mais recentemente por maturidade.

Cutrim (2002) reforça que “diante dessa nova empreitada, o idoso deve ser visto como um ator, responsável em construir e redefinir seu papel dentro de uma sociedade permeada de inúmeras contradições e contrastes sociais”.

A produção do conhecimento relacionada a terceira idade parte para um processo de ampliação, entendendo a questão do idoso em sua dimensão biológica, psicossocial, econômica e cultural. Entender a representação do processo saúde-doença na terceira idade significa não homogeneizar concepções. É antes de tudo desvelar de que forma o sujeito constrói, através de condições concretas de vida, suas referências, significados e valores.

Considerando que as estatísticas apresentam um crescente aumento da população de idosos em países desenvolvidos e em desenvolvimento como o Brasil, e o surgimento de inúmeras discussões em torno da questão do envelhecimento populacional, resolveu-se pesquisar as representações do processo saúde-doença na terceira idade com idosos cadastrados no Centro de Saúde do São Cristóvão, por

ser um espaço institucional, que trabalha com a Estratégia Saúde da Família, através do programa de Hipertensão e/ou Diabetes, no qual o idoso é atendido.

Com este estudo, pretende-se absorver e ampliar conhecimentos no sentido de compreender as inter-relações do processo saúde-doença e de que forma elas influenciam na qualidade de vida do idoso.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Conhecer as concepções do processo saúde-doença na perspectiva dos idosos hipertensos e/ou diabéticos acompanhados pelo Programa Saúde da Família no Centro de Saúde do São Cristóvão, a partir de suas representações.

### **2.2 Específicos**

- Identificar o perfil dos idosos estudados;
- Verificar como as representações sobre saúde-doença são construídas pelos idosos no cotidiano;
- Identificar a influência dessas representações na qualidade de vida dos idosos.

### 3 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

O envelhecimento é um processo universal, dinâmico e progressivo, é uma questão de desenvolvimento. É no ciclo vital de cada ser, algo inevitável e irreversível, podendo tornar-se bem sucedido, quando não visto como doença, já que freqüentemente esta etapa da vida é acompanhada por condições crônicas e incapacitantes que podem ser prevenidas ou retardadas por intervenções econômicas, ambientais, sociais, familiares e médicas, em virtude de afetar o indivíduo, a sociedade, a comunidade e principalmente a família.

O envelhecimento populacional é uma realidade em nosso país, principalmente no campo da saúde, pois decorre de conquistas sociais e longevidade dos indivíduos. O envelhecer não significa se confinar ao isolamento, como se fosse um objeto que envelheceu, estragou e que será substituído por outro novo e moderno. Constitui-se numa etapa de vida para qual a pessoa não está preparada, mas, sendo visto como algo inevitável.

Conforme a Organização Mundial de Saúde apud Oliveira; Fernandes (2005), através de estudos e levantamentos estatísticos passou-se a considerar de sessenta anos para sessenta e cinco a idade determinante de velhice, devido ao aumento progressivo da longevidade e de alguns aspectos de vida do idoso. Sendo assim, a previsão da Organização Mundial de Saúde (OMS) é de que no ano 2050 o mundo terá o mesmo número de pessoas idosas e de jovens, e a sociedade não está preparada para tal fenômeno. A idéia que ainda se tem é de uma população predominantemente jovem.

O sistema de saúde, a instituição da aposentadoria e a infra-estrutura urbana, entre outras atividades, não estão levando em consideração o aumento acelerado do envelhecimento populacional. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística apud Serra (2004) considera que:

A população idosa do Brasil representa um contingente de aproximadamente quinze milhões de pessoas com sessenta anos ou mais de idade, que representa 8,6% da população brasileira. Sendo que as mulheres representam a grande maioria, podendo ultrapassar os trinta milhões de pessoas num futuro bem próximo e deverá corresponder a quase 13% da população.

No Brasil, este processo de envelhecimento vem se acelerando de forma bastante intensa nas últimas décadas, tendo em vista grandes conquistas no campo da medicina, tais como: a geriatria (parte da medicina que se ocupa do estudo e tratamento das doenças e distúrbios próprios das pessoas idosas) que vem atuando em parceria com a gerontologia (ciência que estuda o processo de envelhecimento em seus aspectos físico, psicológico e sociológico), visando melhor qualidade e novas perspectivas de vida para o indivíduo. A gerontologia trouxe também mudanças nos padrões e causas de mortalidade como nos mostra Kalache (2005):

O idoso favelado no Brasil hoje morre de câncer, derrame, do coração e diabetes. Antes eles não viviam o suficiente para sofrer desses males, que eram considerados doenças de ricos. Hoje os pobres têm acesso a um sistema de saúde melhor do que há vinte anos. Os ricos por outro lado, aprenderam a se alimentar melhor e beneficiados pelo avanço da medicina adquiriram condições de adiar ou evitar males fatais.

Estes dados merecem nossa atenção, pois observa - se que o país ainda tem graves questões relativas às doenças transmissíveis para solucionar e, ao mesmo tempo depara-se com um forte crescimento das doenças crônicas e degenerativas. Como por exemplo, a artrose, doença que acomete com muita frequência o idoso e que pode se somar a outras manifestações como a hipertensão arterial e diabetes, que têm origens e causas diversas. Sabe-se hoje, que a velhice não implica necessariamente em doença e afastamento social, que o idoso ainda tem disposição para mudanças e um grande potencial a ser explorado. Por isso, é importante que o idoso sinta-se ativo e integrado socialmente e, em consequência, trarão menos ônus para a família e para os serviços de saúde, pois este processo de envelhecimento é fortemente influenciado pelo aparecimento de enfermidades ocasionadas por fatores sociais, econômicos e ambientais.

O processo de envelhecer é influenciado não apenas pela idade, mas em grande parte, pelo modo que vive cada pessoa. Como cita Freire (2000):

Em geral o que se pretende é não deixar de se desenvolver, ficar parado numa etapa de vida como ser incompleto, inacabado, estagnado, mas manter a integridade mental e física até os últimos anos de vida. Um outro aspecto a ser ressaltado refere-se às mudanças físicas que traz consigo sinais e características da ação do tempo (cabelos brancos, a pele enrugada, e curvatura do corpo, redução da visão e audição) ocasionando assim, maior vulnerabilidade às pessoas. Porém, é importante esclarecer que para muitos, essas mudanças físicas têm significados depreciativos, quando se vive em uma sociedade que supervaloriza padrões.



Como afirma Kalache (2005) “eles não querem projetar uma imagem de beleza e sim de juventude”. Deve-se ressaltar, portanto, que uma geração só vai se preocupar com o envelhecer quando sente uma nova fase de sua vida se aproximar, trazendo assim para o indivíduo sensações de desconforto, temores e depressão que acabam afetando o seu bem estar.

No entendimento de Martins (2005):

A composição etária da sociedade está mudando, a perspectiva do aumento da população idosa é surpreendente e este ciclo de transição que o mundo presencia se dá pela queda acentuada de fecundidade, mortalidade e planejamento familiar. A história retrata que até o século passado a população idosa representava uma baixa expectativa de vida. Entretanto o que observamos nos dias atuais é a presença de uma população idosa que influenciada por fatores genéticos, novos hábitos alimentares, sociais e econômicos, superam a inércia atribuída à terceira idade dando origem a uma nova sociedade.

É certo que o processo do envelhecimento traz certas limitações como o declínio das funções físicas caracterizadas por uma morosidade do comportamento motor, diminuição da capacidade anatômica e adaptativa, entretanto, aqueles indivíduos que têm capacidade de se adaptar a essa nova etapa da vida terão mais condições de ter um envelhecimento ativo e saudável.

#### **4 EM QUESTÃO: SAÚDE X DOENÇA**

O desenvolvimento do conceito de saúde e doença através dos tempos constitui-se de construções, significações sobre a natureza, a estrutura do corpo e suas funções.

Nesse processo existem duas concepções: a fisiológica e a ontológica que acentuaram a trajetória da medicina. A primeira parte do princípio de um desequilíbrio entre as forças da natureza para explicar as doenças, e a segunda vê as doenças como “entidades” exteriores ao organismo.

A evolução dos conceitos de saúde e doença vem se desvelando ao longo da história da humanidade, iniciando-se com o período pré-cartesiano até o século XVIII.

A saúde era vista como expressão de equilíbrio harmonioso entre as

forças do organismo e as do ambiente o qual estava inserido (modelo de Hipócrates). Nesse período houve também o desenvolvimento do modelo biomédico e que atualmente tem como base a orientação científica do século XVII: visão mecanicista e reducionista do homem e da natureza.

No final do século XVIII com o início da revolução industrial mudanças sociais e alterações no sistema de produção provocaram desequilíbrios à saúde da população com o surgimento de grandes epidemias, que culminaram para a primeira revolução da saúde através de modernas medidas de saúde pública do modelo biomédico centrado na prevenção da doença.

Entretanto, o modelo biomédico omite a autonomia conceitual da pessoa. Para ele, a saúde é ausência de doença e a doença se restringe à dimensão física da pessoa.

Em meados do século XX, emerge uma nova epidemia de caráter comportamental surgindo à segunda revolução da saúde, centrada na saúde. “Uma nova concepção de saúde traz em seu bojo as definições de ‘promoção da saúde’ e ‘estilo de vida’, numa perspectiva mais social e comunitária”.

A Carta de Ottawa, sobre a Promoção de Saúde, fruto da primeira Conferência Internacional, realizada em Ottawa, Canadá, em 1986, assim define a promoção à saúde:

(...) o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e a saúde, incluindo maior participação no controle desse processo. Para atingir um estado de completo bem estar, físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente (...) Assim, a promoção à saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem estar global (TANCREDI; BARRIOS; FERREIRA, 1998).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde apud Macedo (2005), saúde é um estado de bem-estar físico, mental e social, e não a simples ausência de doença e enfermidade. Se partirmos da concepção de saúde como sendo simplesmente a ausência de doença, é uma maneira imprecisa e limitada, porque ela deve ser entendida em sentido mais amplo como componente da qualidade de vida, e do que é ser saudável.

Monteiro (2003) em seus estudos relata a visão de Larry Dossey sobre saúde, o qual parte do pressuposto de que o corpo é um simples objeto, ocupando um espaço específico que não é partilhado por outros corpos. E, ao contrário, os

corpos existem em um tempo constituído de presente, passado e futuro. Tudo que acontece, na vida ocorre nesse espaço de tempo, como o segmento da doença que tem causa específica originada por uma disfunção no organismo de cada indivíduo. Uma outra concepção da visão tradicional da saúde está relacionada que tanto a saúde como a doença, estão localizadas no corpo de pessoas específicas e isoladas, visto dessa forma como um processo individual que não é compartilhado com os outros. Os distúrbios físicos requerem, portanto, intervenções físicas, porque todo processo patológico é um fenômeno físico e nunca um fenômeno biopsicossocial.

Esta visão é limitante porque não leva em consideração a interação existente entre a mente, o corpo e o ambiente. Vê a causa do sofrimento e da doença enraizada no corpo físico.

Dethlefsen (1989) esclarece que “um corpo nunca está só doente ou só saudável”. Existe uma mudança contínua entre os dois pólos, a pessoa pode sentir-se saudável até o momento em que alguém, principalmente da família, lhe atinja com palavras ofensivas e, essa situação, não rara, pode-se observar entre os indivíduos e sua família, que acaba adoecendo. Portanto, qualquer tensão emocional que não precisa ser intensa quando não resolvida e não expressada, influenciará diretamente no corpo.

Dessa forma, quando há interação harmoniosa entre os sistemas orgânicos e o ambiente no qual a pessoa vive, dizemos que essa pessoa está saudável, porém se ocorrem perturbações nessa harmonia, então podemos dizer que está doente. A diferença entre o somático e psíquico serve apenas para localizar o âmbito em que o sintoma se manifesta, sendo, porém, inútil para localizar a doença em si. Desse modo, não faz sentido afirmar que o corpo está doente, e sim que o ser humano em sua totalidade sofre.

Na visão de Boff (1999):

A doença significa um dano a totalidade da existência. Não é o joelho que dói. Sou eu em minha totalidade existencial, que sofro. Portanto não é uma parte que está doente, mas é a vida que adocece em suas várias dimensões: em relação a si mesma (experimenta os limites da vida mortal), em relação com a sociedade (se isola, deixa de trabalhar, e tem que se tratar num centro de saúde), em relação com o sentido global da vida (crise na confiança fundamental da vida que se pergunta porque exatamente eu fiquei doente?).

O importante é saber reconhecer a abrangência e a complexidade da determinação causal que, representa o conjunto de relações e variáveis que produz

e condiciona o estado de saúde e doença de uma população, que se modificam em diversos momentos históricos e do desenvolvimento científico da humanidade.

A saúde e a doença não são estados estanques, isolados, de causa aleatória, não se está com saúde ou doença por acaso. Existe uma determinação, um processo causal permanente, que se identifica com o modo de organização da sociedade, ou seja, há uma “produção social da saúde e/ou da doença”.

As doenças têm uma história, e cada época tem suas doenças. As epidemias foram durante séculos às moléstias predominantes no interior da sociedade, além delas existiram outros males. No entanto elas provocaram maiores conseqüências sobre o futuro das sociedades, chegando a representar um mal absoluto por alterar o aspecto de uma região, provocar graves desequilíbrios demográficos, em virtude do elevado número de mortes, causados por doenças como: peste negra, lepra, varíola, sífilis, malária, tuberculose, coqueluche, rubéola, tifo, febre tifóide, disenteria e cólera.

Vários fatores contribuíram para a disseminação das epidemias: as guerras e a fome, considerada uma verdadeira doença crônica, ambas favorecendo o aparecimento das infecções e da miséria. Porém, com a melhoria das condições sanitárias, as epidemias tornaram-se mais raras, aumentando a expectativa de vida e o crescimento da população.

No século XIX, apesar do declínio das doenças, retorna a tuberculose, não mais como um risco coletivo e sim com a atenção voltada para o indivíduo. No início do século XX, o câncer começa a ser estudado, e com o advento da radioterapia deixou de ser uma doença incurável, porém, o medo provocado por ele é grande e sempre associado à morte. Mais recentemente, surgiu a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), uma doença que comparada às epidemias do passado, observa-se certas semelhanças das reações individuais e coletivas, diferindo por ser menos fatal e apresentar maior risco de morte, uma vez que uma pessoa na condição de soropositivo, mesmo sem manifestação das doenças, tem a possibilidade de adoecer.

O surgimento das doenças dá-se de acordo com o estilo de vida das pessoas, o ritmo de vida que levam as condições ambientais, o tipo de alimentação, renda, trabalho, vida familiar e outros determinantes.

Para algumas sociedades do século XIX, a doença significava incapacidade, enquanto que saúde significava pleno estado produtivo. Na sociedade

capitalista, saúde é capacidade para o trabalho e doença invalidez, pois a questão da produtividade é relevante; se o indivíduo está saudável, está apto para tudo, porém se está doente, sua vida profissional fica interrompida.

A prevalência das doenças crônico-degenerativas é bastante expressiva entre os idosos, e como conseqüências da maior presença destas doenças, destacam-se mais tempo de internação hospitalar, a recuperação mais lenta e maior freqüência de reinternações e de invalidez. Todos estes fatos implicam no custo mais elevado dos tratamentos de saúde dos idosos em relação às demais faixas etárias e esta é uma característica primordial que precisa ser analisada quando da organização dos serviços de saúde. Isto porque os problemas de saúde dos idosos, além de longa duração, requerem pessoal qualificado, equipe multidisciplinar, equipamentos e exames complementares de alto custo. A baixa resolutividade, os precários serviços ambulatoriais e os escassos serviços domiciliares resultam, às vezes, num primeiro atendimento.

A abordagem médica direcionada por uma queixa principal e a associação de todas as queixas e sinais em um único diagnóstico, pode ser suficiente e adequado ao adulto jovem, mas não em relação ao idoso.

Dentre as doenças que mais acometem os idosos, podemos destacar: hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, Acidente Vascular Encefálico – AVE, artrose, doença de alzheimer e doença de parkinson. Além destas, destacam-se ainda: osteoporose, adenocarcinoma de próstata, artrite e polialgia reumática. Vale ressaltar que a doença dos idosos possui características peculiares, pois, apresentam-se de forma diversa do que nos adultos jovens. Além de possuírem a característica de polipatologias e polifarmacologias e conseqüentemente polifacultativos.

É notório que a maioria das doenças crônicas que afetam o idoso tem a própria idade como o principal fator de risco, porque envelhecer sem ter nenhuma doença, principalmente crônica, é difícil, porém tê-las não impede que o idoso possa gerir sua própria vida e encaminhar o seu dia-a-dia de modo independente.

Se fizéssemos uma abordagem quantitativa não conseguiríamos avaliar a saúde humana, em virtude de que o simples fato da pessoa não sentir sintomas, não quer dizer que é saudável, bem como viver mais não significa viver melhor.

A saúde é uma questão de qualidade, é ter algo que dê sentido a vida, porque o ser humano precisa ter esperança, compreensão e aspiração, com a falta

deles, adoece, porém quando fazem parte do seu dia-a-dia a pessoa terá sentido e significado que proporcionam a sensação de bem-estar e, conseqüentemente, uma boa qualidade de vida.

## **5 REPRESENTAÇÕES DO PROCESSO SAÚDE – DOENÇA NA TERCEIRA IDADE**

Abordando a questão saúde e doença, deve-se considerar que, ambas são qualificadas pela situação histórica, geográfica, cultural e social. E sob este prisma torna-se difícil estabelecer o que significa envelhecer, somente sob o ponto de vista físico.

“Um conceito relacionado com a saúde na velhice é o da longevidade ou extensão da vida humana, considerando-se não somente o número de anos, mas também a qualidade de vida” (MORAGAS, 1997).

Segundo Minayo (1999) as representações são manifestações expressas através de palavras, sentimentos e condutas que se institucionalizam e que “podem ser analisadas a partir da compreensão das estruturas e dos comportamentos sociais”. Designando um processo a partir do qual se nomeia e classifica um fenômeno através de categorias, rótulos, mitos e relações.

As representações sociais são verdadeiras “teorias” sobre os saberes populares do senso comum, construídas e compartilhadas coletivamente, objetivando construir e interpretar a realidade, e que, por serem dinâmicas conduzem os indivíduos a produzir comportamentos e interações com o meio, ações que sem dúvida modificam os dois.

Ferreira (1994) relata que muitos estudos enfatizam que as representações que os indivíduos possuem sobre doenças estão diretamente relacionadas com os usos sociais do corpo em seu estado normal. Sendo assim, qualquer alteração na qualidade de vida, como o indivíduo que não consegue trabalhar, comer, dormir ou realizar uma atividade a qual está habituado, denota estar doente.

O estudo das representações, em específico, àquelas relacionadas ao processo saúde-doença, vem sendo contemplado por muitos estudiosos, através de

pesquisas empíricas os quais perceberam que a doença e a saúde não poderiam ser reduzidas a uma visão “orgânica,” “natural” e “objetiva” por estarem intrinsecamente voltadas para características de cada sociedade.

Minayo (1994) relata a partir de seus estudos que cada sociedade tem um discurso sobre saúde-doença e corpo, correspondendo à coerência ou as contradições de sua visão do mundo e de sua organização social.

Sendo assim, classificar o indivíduo como doente ou saudável implica reconhecer como cada sociedade em que ele está inserido determina seus critérios para construção de um diagnóstico, o qual tem como ponto inicial o relato dos pacientes, de sensações desagradáveis denominadas de sintomas, que Romeiro (1980) define como:

Sintomas é a sensação subjetiva referida pelo doente como dor, ansiedade mal-estar, alucinações, sensação de vertigem etc. É um fenômeno só por ele sentido e quando o médico ordinariamente, não percebe nem lhe é fácil comprovar, sendo revelado apenas pela anamnese ou interrogatório.

E os chamados sinais que tratam de aspectos objetivos referendados pelos profissionais de saúde, e definido por Romeiro (1980): “sinais é a chamada manifestação objetiva da doença, física ou química, diretamente observada pelo médico ou por ele provocada, como tosse, alterações da cor da pele, ruídos anormais do coração, convulsões...”.

Assim somos os criadores dessas representações construindo imagens que representam o mundo externo, mas também aquelas que exprimem o nosso ser e agir. Nossa existência é uma composição de nossa história, com caminhos, encontros, desencontros e formas de viver, nos capacitando a ter um sentimento de pertencimento formalizando um encadeamento de relações e representações.

Monteiro (2003) afirma que:

A palavra representação denota um padrão mental que se refere a alguma coisa, indicando uma elaboração do significado da experiência vivida. Mas, sem dúvida nenhuma o que a pessoa acredita ser verdadeiro com relação à vida e a outras pessoas tem um papel preponderante para determinar como ela vive. E aquilo que vê como verdadeiro são imagens que influenciam intimamente as suas emoções e, conseqüentemente, o corpo em sua totalidade. As crenças que fortalecem as pessoas e suas atividades mentais são fundamentais para terem um corpo e uma vida saudável. E essas crenças e atitudes fazem parte do seu dia-a-dia.

Diante dessa afirmação, o autor diz que existem crenças e atitudes, que podem ser observadas entre idosos e as pessoas do seu convívio.

A crença em que a velhice e a doença caminham juntas se dá em função dos conceitos sociais formados, que acabam por influenciar de forma negativa, provocando sentimentos de amargura e angústia observados em problema no corpo físico.

A atitude das pessoas no que diz respeito aos idosos também influenciam no declínio do seu corpo. Atitudes como decidir a própria vida do idoso, impedindo que ele faça suas escolhas, até mesmo sua expressão é cerceada, gerando medo e conflito, os quais podem causar sentimentos de raiva que podem agravar seu estado emocional e conseqüentemente a sua saúde.

Ao não existir expressão verbal, o corpo através da doença clama por compaixão e compreensão para que escutem seu sofrimento lembrando que ele ainda está vivo. Muitas pessoas só compreendem aquilo que pode ser visto concretamente, e se algo não é palpável, não existe, é ilusão. Então muitas vezes escuta-se a reclamação de dor ou de outro sintoma esperando chamar atenção. Outras acreditam que a insatisfação e o sofrimento denotam “fraqueza de espírito” e/ou “carência”.

Existem ainda, os idosos que não aceitam quando os familiares não permitem sua participação na dinâmica familiar, sendo induzidos a internalizar que o seu “problema” deve ser aceito com tranquilidade, que eles devem ser “fortes”, que é “assim mesmo”. E há aqueles que acabam se conformando a um isolamento silencioso, traduzido numa vida sem esperança, e agindo dessa forma, são rotulados de “conformados”, “coitados”, reforçando o distanciamento entre eles e as pessoas de sua convivência.

Quando os idosos são afastados podem surgir sentimentos como insegurança, desproteção e desesperança, os quais favorecem a manifestação de doenças, inúmeras vezes causadas por um vazio existencial gerando dentre outros, a perda da auto-estima, desmotivando-os a enfrentar os desafios e impedindo que haja a percepção na busca de restabelecer sua qualidade de vida.

Muitos idosos negam o corpo como forma de recusar a vida, por sentirem-se sozinhos e isolados, e desse modo ficam vulneráveis as doenças. O prolongamento da sua existência através da possibilidade do restabelecimento da sua saúde pode gerar insatisfação por sentirem-se rejeitados pelo próprio corpo.



“O estar saudável se refere à ausência de patologias ou de problemas na parte física, mental, emocional e sexual do organismo. Está associado a um estado funcional adequado para que o indivíduo possa desempenhar bem as atividades do cotidiano” (PEREIRA; GOMES, 2004).

O corpo é o espaço físico do ser humano, mas não só o que se apresenta no exterior é dotado também de seu espaço interior através do simbólico, do subjetivo o qual precisa ser respeitado.

Somos corpo e alma: sensações, emoções, sentimentos, estados de ânimo, consciência, tudo intimamente conectado entre si, de tal forma que hoje em dia ninguém põe em julgamento a estreitíssima relação que existe entre os fenômenos da mente e do corpo. Tudo o que fere o nosso corpo também fere a nossa mente, e toda agressão à nossa mente repercute no nosso corpo físico (DRESEL, 2007).

Ele constitui-se um ponto de referência do mundo, então toda e qualquer mudança inicia-se no próprio corpo para somente após esse processo surgir a necessidade de expandir e buscar novos espaços que dêem significado a sua existência. Portanto, a conquista da qualidade de vida perpassa a ótica do subjetivo, referindo-se assim ao sujeito e a sua história de vida.

## **6 METODOLOGIA**

### **6.1 Tipo de estudo**

O universo que não pode ser entendido através de hipóteses perceptíveis, verificáveis e de difícil quantificação é o campo, por excelência, das pesquisas qualitativas. Sua utilização é, portanto, indispensável quando os temas pesquisados suscitam um estudo fundamentalmente interpretativo.

De acordo com Minayo (1993) a investigação qualitativa trabalha com valores, crenças, hábitos, atitudes representações, opiniões e adequa-se a aprofundar a complexidade de fatos e processos particulares e específicos a indivíduos e grupos.

Para pesquisar as representações do processo saúde-doença na terceira idade, utilizou-se a investigação qualitativa. A abordagem qualitativa proporcionou a

obtenção de informações referente às representações que os idosos têm sobre saúde e doença, e como as mesmas influenciam na qualidade de vida deles. E permitiram também a ter resultados como atitudes, sentimentos e expectativas que não podem ser quantificados.

## **6.2 Local de estudo**

A pesquisa foi realizada no Centro de Saúde do São Cristóvão, situado na Rua Campo do Estrela, s/n, no bairro do São Cristóvão, na cidade de São Luís – MA, o qual desenvolve a Estratégia Saúde da Família, dispondo de três equipes que atendem 2.247 famílias cadastradas na Unidade.

A unidade é composta da sala de diretoria, um gabinete dentário, três consultórios, uma sala de triagem, uma sala de curativos e vacinas, uma sala de nebulização e verificação de pressão, uma copa/cozinha, dois banheiros, uma lavanderia e um aparelho de telefone instalado em suas dependências.

Trabalham nesta unidade os seguintes profissionais: três médicos generalistas, três enfermeiras, uma assistente social, um odontólogo, quinze agentes de saúde, uma diretora, duas secretárias, quatro atendentes, dois auxiliares de serviços gerais, quatro técnicos de enfermagem e três seguranças.

## **6.3 Coleta de dados**

A pesquisa de campo foi realizada no período de setembro/2005 a fevereiro/2006.

### **6.3.1 Identificação e seleção dos idosos**

Inicialmente foram identificados todos os idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família, do Centro de Saúde do São Cristóvão, portadores de

hipertensão e/ou diabetes atendidos pelos Programas de Hipertensão e Diabetes, pertencentes à área 30, micro área 2, totalizando 55 idosos.

Foi feito um estudo piloto para avaliar o roteiro da entrevista semi – estruturada com 20 idosos, porém detectou-se a necessidade de modificar as questões.

Para definir o número de entrevistados utilizou-se o critério da “saturação ou recorrência dos dados, ou seja, o momento em que a busca de novos sujeitos não acrescentam mais nenhum dado novo a investigação” (VICTORA; HASSEN, 2000).

Segundo Minayo (1993) a amostra ideal é aquela capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões, privilegiando os sujeitos sociais que detém os atributos que o investigador pretende conhecer.

Para preservar a identidade dos sujeitos da pesquisa optou-se por identificá-los como pássaros, que representam a sabedoria, alegria, liberdade, trabalho, agudeza de espírito e acima de tudo amor pela vida.

### **6.3.2 Local da entrevista**

Foi feito um primeiro contato com os idosos na Unidade no sentido de marcar previamente a entrevista, conforme a disponibilidade dos mesmos.

As entrevistas foram realizadas nos domicílios dos idosos pelas pesquisadoras, por ser considerado o local mais adequado.

### **6.4 Instrumentos**

Utilizou-se como instrumento de trabalho de campo a observação participante e a entrevista semi–estruturada (APÊNDICE A). Os mesmos foram aplicados somente após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### **6.4.1 Observação participante**

A observação participante enquanto instrumento se realiza através do contato direto do pesquisador com o fenômeno observado para obter informações sobre a realidade dos atores sociais em seus próprios contextos (...). A importância dessa técnica reside no fato de podermos captar uma variedade de situações ou fenômenos que não são obtidos por meio de perguntas, uma vez que, observados diretamente na própria realidade (CRUZ NETO, 2004).

Vale ressaltar que a observação participante foi utilizada como suporte à entrevista semi-estruturada durante a visita domiciliar, onde observou-se situações referentes a rotina como: atitudes, comportamentos e relações interpessoais, visando uma aproximação maior com o objetivo do estudo.

### **6.4.2 Entrevista semi – estruturada**

Em termo genérico a entrevista pode ser entendida como uma conversa a dois, com propósitos bem definidos. A abordagem deve ser feita por meio de perguntas previamente formuladas, com questões que o pesquisador considera relevantes para o seu estudo.

No âmbito das representações e da produção de sentido, as entrevistas são tratadas como encontros sociais, nos quais conhecimentos e significados são ativamente construídos no próprio processo da entrevista; entrevistador e entrevistado são, naquele momento, co-produtores de conhecimento (PAULILO, 2007).

## **6.5 Considerações éticas**

O Projeto de Pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA) e submetido à análise do Conselho, atendendo as Normas da Resolução nº 196/96 do Ministério da Saúde, que dispõe sobre pesquisa com seres humanos. O referido projeto foi aprovado através do Parecer Consubstanciado nº 282/06 (ANEXO A).

A pesquisa foi realizada após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B).

## **6.6 Análise dos dados**

Considerou-se para efetivar a análise temática, visando alcançar o propósito do estudo, os seguintes passos:

- Ordenação dos dados: transcrição de fitas, leitura do material, organização dos relatos e dos dados de observação;
- Classificação dos dados: leitura repetida das estruturas de relevância, recorte, leitura transversal e refinamento da classificação;
- Análise final: análise propriamente dita contemplando todo o desenho final da pesquisa.

## **7 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **7.1 Perfil dos idosos**

Os idosos entrevistados são cadastrados no Programa de Hipertensão e/ou Diabetes da Estratégia Saúde da Família do Centro de Saúde do São Cristóvão, sendo 06 (seis) mulheres e 04 (quatro) homens na faixa etária de 66 a 94 anos.

Com referência a naturalidade, foram encontrados 07 (sete) idosos procedentes do interior do Estado do Maranhão e 03 (três) do município de São Luís.

Com relação ao estado civil, foram identificados: uma solteira, cinco casados, três homens e duas mulheres e quatro viúvos, dos quais três mulheres e um homem. De acordo com a religião, seis professam o catolicismo e quatro são evangélicos.

Constatou-se um nível de escolaridade baixo na maioria dos idosos

entrevistados: um possui o ensino médio completo, um concluiu o ensino fundamental, cinco possuem o ensino fundamental incompleto e três são analfabetos.

Com relação à renda familiar dos idosos pesquisados, encontrou-se oito aposentados, um pensionista e um recebe o Benefício de Prestação Continuada (BPC). Somente dois aposentados recebem dois salários e meio e os demais um salário mínimo. Percebeu-se que a maioria dos idosos contribui ativamente para o sustento de suas famílias e em alguns casos, constitui-se da única fonte de renda familiar.

Considerando as pessoas que coabitam com o idoso foi encontrado o seguinte: quatro moram com seus cônjuges e filhos, três com seus filhos e três com filhos, netos, bisnetos, além do genro e um agregado.

Observou-se que o tamanho da prole, a renda familiar, as migrações, a viuvez, vão configurando ao longo do tempo, distintos tipos de arranjos familiares e domésticos, os quais, com o passar da idade, assumem características específicas, que podem colocar o idoso do ponto de vista emocional e material, em situação de insegurança ou de vulnerabilidade.

Os idosos não dispõem de atividade profissional, porém realizam trabalhos domésticos como varrer casa, lavar louças e fazer comida. E ainda participam de atividades na igreja como cantar, ornamentação em datas festivas e grupos de oração.

## **7.2 Representações da saúde**

Ao definir as concepções sobre saúde–doença, os idosos entrevistados refletem uma visão centrada e abrangente que inclui além do corpo, matéria e espírito, as relações afetivas, as condições de vida e trabalho que terminam por influenciar suas premissas sobre tais percepções.

*Não tem coisa melhor do que a saúde, não tem dinheiro que compre a saúde, porque você pode ter tudo, mas não tem saúde, não tem nada.*  
(JURITI, 70 anos)

A saúde é representada sobre vários aspectos e pode ser vista sobre a proveniência de certo tipo de acordo entre o médico e o paciente, como normas que devem cumprir para atender as suas necessidades de cura, entretanto o fato de reconhecer o poder médico não significa que o legitimem como o único capaz de restaurar sua saúde.

*Saúde é uma coisa importante na vida da gente, porque um homem sem saúde se torna um... um lixo... uma coisa. Com saúde ele enfrenta todas as batalhas que há de vir (...) Eu além de fazer com os médicos, eu ainda faço as curas de... de fundo de quintal. (BEM-TE-VI, 78 anos)*

*Eu tomo muito chá, purgante de batata de purga, como banana e mesocarpo de babaçu, senão eu tava de osso branco. (ÁGUIA, 94 anos)*

*A gente ter saúde é ter um conforto na vida. A saúde também provém dos... de acordo com que o médico ensina a gente... a gente cumprir aquilo que eles ensinam. (JOÃO DE BARRO, 82 anos).*

A prática da medicina como ciência associada à medicina caseira, vinculada à experiência de gerações anteriores, faz com que esta união, represente a possibilidade de reabilitação, a despeito das perdas e incertezas, que coloca muitos idosos em uma situação de vulnerabilidade, em função da precariedade econômica em que muitos se encontram.

Observou-se que os idosos entrevistados desenvolvem ações de auto cuidado como repouso, controle médico, cuidado com a alimentação, mudança de hábitos e a correção de alguns vícios, dentre outros, como estratégia para garantir a manutenção da saúde, representando uma integração individual englobando muitos aspectos do conceito de ser saudável, tais como a capacidade de realizar determinadas tarefas, o “status” funcional e o “status” da saúde.

A saúde quando percebida pelos idosos como estados de bem-estar e felicidade tem um significado idealizado, simbólico, e representa o que eles gostariam de ter, mas não têm, ainda que busquem através de mudanças de hábitos. Assim, têm a concepção de saúde como uma atribuição individual, em que o sujeito é responsável em responder através da sua resistência e em alguns casos sua resignação, como uma forma de proteção.

*É não facilitar. Qualquer coisa que apareça recorrer ao médico, ter um bom trato, uma boa alimentação, ter bastante repouso. (ANDORINHA, 85 anos)*

*Ter saúde é obedecer às regras... o que o médico manda (...) É ter regra na alimentação, não é verdade? Aí vem mais saúde, a gente vê que deve se alimentar, né? (SABIÁ, 81 anos)*

*A gente ter saúde é ter um conforto na vida. A saúde também provém dos... de acordo com que o médico ensina a gente... a gente cumprir aquilo que eles ensinam. (JOÃO DE BARRO, 82 anos)*

*É a pessoa se controlar com tudo, (...) Eu tomo muito chá, purgante de batata de purga, senão tava de osso branco, é se tratar bem... amor, carinho. Nunca fui gorda, sempre tive esse calibre, gosto de me cuidar eu ando, danço e como banana e mesocarpo de babaçu. (ÁGUIA, 94 anos)*

*Sabendo cuidar da vida, tratar... não se "projudicar" por si próprio... eu nunca fui amante assim a bebida... já fumava muito mas... mas faz 40 anos que eu larguei de fumar. (FALCÃO, 79 anos)*

*Quando perdi minha mãe comecei a fumar para esquecer, mas adoeci, na vesícula tinha resíduo de cigarro, então parei de fumar. (SABIÁ, 81 anos)*

*É a pessoa se alimentar bem, dormir bem, ser tranqüila, não ter problema assim... de pensamento de... de... fragelação, o bem estar, o ambiente que tenha compreensão, entendimento, viver alegre, viver satisfeita, porque vive com Deus. (BEIJA-FLOR, 76 anos)*

O autocuidado representa a possibilidade e a capacidade em prevenir o aparecimento e/ou agravamento das doenças, servindo como alternativa para a manutenção da saúde e compromisso para garantir a qualidade de vida. E para alguns idosos o autocuidado se resume na tentativa de assegurar uma vida pautada em regras e modelos impostos pela sociedade e sua família, como forma de obter bem-estar através da adoção de uma postura positiva com relação a si e as pessoas do seu entorno.

O padrão de comportamento do indivíduo é um fator determinante na sua adaptação ao envelhecimento, caracterizado pela ocorrência conjunta de ganhos, perdas, manutenção das capacidades e potencialidades individuais determinados sob diferentes aspectos.

Percebeu-se que as falas da maioria dos idosos demonstram uma preocupação em restaurar de alguma forma a saúde, e associam a velhice a sentimentos negativos, evidenciados e relacionados às idéias de improdutividade, dependência e desvalorização social, entretanto enfrentam com tranqüilidade os



percalços do envelhecer.

*A gente com saúde consegue o que quer né? É uma coisa muito importante que muita gente não tem, como eu... cada dia aparece um problema...tem problema de coração, tem problema de diabete... então, isso prá mim...eu acho que não tenho saúde. (CORUJA, 66 anos)*

*Às vezes eu tô dizendo que tô com saúde, tô andando, tô tudo, mas eu não sei se tô doente. Eu pelo menos sou um homem doente... não sou um homem de saúde, não. (TUCANO, 69 anos)*

Ao falar sobre saúde expressam também que os sentimentos positivos podem favorecer a manutenção desta, através do ambiente familiar e comunitário em que o bem-estar psicológico e social contribuem para elevar sua auto estima e fomentam o bem-estar subjetivo, incluindo sentimentos de amor, tranqüilidade, senso de independência, carinho, compreensão e entendimento.

*Eu me considero uma mulher... me lembro de mim, guerreira... pequenininha... mas de coragem...até hoje. Eu não dispenso qualquer serviço, a não ser que seja muito pesado... e não tenho preguiça não, e o que tem prá fazer hoje, eu não deixo prá manhã. Assim que sou, e ainda ativo os filhos. Eu saio daqui e vou na casa da minha filha lembrar ela de qualquer coisa. Ela é muito esquecida sabia? Esse que mora aqui comigo é esquecido demais! (SABIÁ, 81 anos)*

*Homem de conservação no corpo, no material, se zelar, ter um bom conforto... não ter conforto, não tem vida prolongada... tenho minha casinha... tomo minha bebida... minha esposa me trata bem, meus filhos. (TUCANO, 69 anos)*

*É a pessoa ser tranquila, não ter problema assim de pensamento de "fragelação"... o bem-estar, o ambiente em que vive seja sadio, um ambiente que tenha compreensão, entendimento. ( BEIJA-FLOR, 76 anos)*

*É a pessoa se tratar bem... amor, carinho. (ÁGUIA, 94 anos)*

No conjunto dos discursos, observou-se que a religiosidade parece aumentar com o envelhecimento. A maturidade, a experiência, os problemas da vida e a maior disponibilidade de tempo conduzem para uma maior aproximação com a espiritualidade, visto desse modo por eles como sustentação a sua saúde. Esse fator deve ser levado em consideração pelos profissionais de saúde no atendimento

à população idosa.

*A gente ter saúde é ter conforto na vida... a gente sabe que Jesus está com a gente, olhando sempre. (JOÃO DE BARRO, 82 anos)*

*É ser tranquila, não ter problema assim de pensamento de... de "fragelação", viver alegre, viver satisfeita porque vive com Deus. (BEIJAFLORES, 76 anos)*

A saúde também é figurada como ausência de sintomas ou de problemas, quando o idoso faz comparação com outras pessoas do seu convívio que servem de modelo idealizado de um "ser saudável".

*Saúde é quando uma pessoa não sente nada. Eu tenho um primo que não adoece. É mais velho do que eu, e não adoece. Aí é ter saúde né? (FALCÃO, 79 anos)*

No entanto ao pensarmos em concepção de saúde, não podemos restringi-la ao modelo desejado e sim associada às mudanças físicas, emocionais, econômicas, ambientais e psicossociais.

Os idosos apresentam transformações próprias nos seus aspectos biológicos, psicológicos e sociais, principalmente no que se refere à saúde. A promoção de uma vida ativa, bem como a preservação da capacidade funcional de todo indivíduo no que diz respeito a sua dignidade, em especial aqueles que envelhecem, ainda constitui um desafio, o que fica evidenciado nos depoimentos dos idosos entrevistados. Portanto coaduna-se que um envelhecimento ativo deve pautar-se na ampliação da esperança de vida, mas não de uma vida marcada pela vulnerabilidade a que muitos estão expostos, significa incluir e pensar a diversidade de envelhecimentos permeados de determinantes atitudinais e infra-estruturais.

*É ter uma boa assistência... é cuidar da saúde, procurar médico no começo... se tivesse condições logo um bom tratamento, talvez tinha operado, pois foi só o que eu não fiz, então prolongou a doença, na minha velhice já agora veio, quase tô cega, porque enxergo bem pouco... esse negócio do SUS, há muita facilidade mas muitos médicos nem liga, a pessoa vai, ele passa um remedinho. Eu acho que se fosse médico pago, ele passaria outro remédio. (ANDORINHA, 85 anos)*

*Existe pouca condição d'eu me tratar, que a condição é... é financeira, família grande, muita despesa, é aí o que eu tenho de fazer é isso, que eu sou um homem que não tenho... condições de ser um homem de saúde. (TUCANO, 69 anos)*

*Todos os meus filhos eu tenho em roda de mim... eu tenho que chegar a eles porque realmente são pessoas que me servem muito, a toda hora, e... prá mim me dão sustentação. Saber que tem alguém lutando por mim e eu tenho muita coragem. (BEM- TE –VI, 78 anos).*

Em geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos exigindo assim acompanhamento médico, de equipes multidisciplinares permanentes e intervenções contínuas.

O Centro de Saúde do São Cristóvão, não está organizado para atender todas as dimensões que abarcam a questão do envelhecimento, em virtude de não dispor de uma estrutura física adequada para atender aos gerontes que se deslocam até suas dependências, nem sala de reunião e auditório para palestras e/ou eventos.

Percebeu-se através das falas dos idosos que eles esperam do setor saúde ações capazes de responder as suas necessidades. Contudo essa real efetivação só será concretizada quando norteada pelos princípios e diretrizes do SUS, bem como a devida capacitação das equipes multiprofissionais para que interdisciplinarmente estejam aptas a intervir adequadamente no processo saúde-doença.

Sabe-se que para alcançar a integralidade da assistência, urge que as ações e serviços sejam compatíveis com as necessidades dos idosos, e assim dando suporte para que as práticas de saúde tenham qualidade e resolutividade, conforme preconizam os instrumentos legais.

Partindo do pressuposto que as equipes fazem o “link” entre a unidade de saúde e o usuário, elas têm, dentre outras, a função de coletar informações importantes para o planejamento das ações e serviços, fazendo a triagem das prioridades. Vale salientar que a referida Unidade mesmo integrada à Estratégia Saúde da Família e desenvolvendo ações estratégicas mínimas da atenção básica que constituem os 07 (sete) eixos da Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS-NOAS-SUS 01/02: controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, controle da hipertensão, controle de diabetes mellitus, ações de saúde bucal, ações de saúde da criança e ações de saúde da mulher (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

E, apesar do idoso não estar incluso na nomenclatura das ações é contemplado nos cinco primeiros eixos.

Percebe-se que o atendimento na unidade, os serviços de prevenção, promoção da saúde por meio das ações e programas, são precarizados em virtude do aumento da demanda e conseqüentemente das necessidades da população, respondendo assim de modo pouco satisfatório. Portanto torna-se premente investir na capacitação, aumento e ampliação das equipes em especial àquelas que trabalham com a promoção e a prevenção da saúde integral da população que se constitui o público alvo do Programa de Saúde da Família (PSF), necessitando ainda que, profissionais de outras áreas integrem o referido programa buscando desta forma uma visão holística da dimensão do processo saúde-doença na terceira idade.

Constatou-se também que os idosos entrevistados não dispõem de um atendimento integral de suas necessidades, percebendo a precariedade do Sistema de Apoio Formal (Estado e sociedade civil) por existir uma lacuna entre a concretização das políticas de proteção social voltadas para esse segmento e a realidade vivenciada pela maioria dos idosos. E no Sistema de Apoio Informal (família) a dificuldade em proporcionar os meios necessários ao seu bem-estar em decorrência da fragilidade do próprio contexto familiar.

A família é o espaço indispensável para a garantia da sobrevivência, de desenvolvimento e da proteção integral de seus membros independentemente do arranjo familiar ou da forma como vêm se estruturando (FERRARI; KALOUSTIAN, 2005).

Contudo, não há um conceito único que possa definir objetivamente a família em suas múltiplas dimensões e particularidades.

O ser humano é um ser gregário e, como tal precisa ser aceito e reconhecido, e o ambiente familiar deve representar segurança e proteção ao idoso garantindo dessa forma que se sinta valorizado, viva com dignidade, tranquilidade e receba a atenção e o carinho da família.

A família constitui o principal provedor diário de cuidados àqueles que envelhecem, instituindo um verdadeiro desafio quando além das alterações no arranjo familiar, vêm-se expropriados dos papéis que lhes são inerentes como de filhos, filhas, cônjuges, netos, noras, genros, transformando-se em cuidadores na maioria das vezes sem suporte adequado para assumir esse novo papel.

Ressalta-se que dois elementos são necessários para dinamizar e

estruturar o sistema de cuidados direcionados aos idosos, em primeiro lugar a saúde deve ser vista de forma global e familiar, e em segundo, identificar a dimensão da vulnerabilidade a que seus membros estão expostos. O que demanda a participação de todos na construção e consolidação de uma rede informal que de alguma forma possa garantir sustentação e assistência.

### 7.3 Representações da doença

As representações sobre doença por ocasião das entrevistas vão formando uma sucessão de idéias que têm relação entre si, permitindo-se contemplar o universo de variações que têm os idosos.

A velhice nas sociedades modernas tem como sinônimo a idéia de doença caracterizada socialmente, revestida de singularidades, evidenciadas pela negação, pela expropriação do direito de decidir, pensar, enfim, de constituir-se como sujeito, relegando ao idoso a condição de “menor idade”. Esta concepção perpassa o consentimento, a aprovação e a restituição do seu ser, ou melhor, o não ser, apropriado e o aceito socialmente.

*Eu posso falar papai? Eles acham que eu tô caducando (...) que a velha não sabe de nada. (ÁGUIA, 94 anos)*

*O seu poder em casa, até o seu poder em casa (...) você fica dominado pelos filhos de algo que tem para fazer. (FALCÃO, 79 anos)*

Para os idosos entrevistados, a doença está intrinsecamente relacionada à velhice, explicitando a velhice como a própria doença, vinculando assim apenas a dimensão biológica, estabelecida através do corpo, não levando em consideração as dimensões psíquica, cultural, social, econômica e ambiental.

*A pior doença do mundo é a velhice... com a velhice vem tudo enquanto é lástima em cima da gente. A doença é a velhice... tudo que a pessoa não sentiu na época, na velhice sente. As forças da gente morre né? O seu poder em casa, até o seu poder em casa você fica dominado pelos filhos de algo que tem para fazer. (FALCÃO, 79 anos)*

*Ser doente é uma pessoa que carrega consigo uma mazela, porque um homem sem saúde se torna um... um lixo...uma coisa. (BEM-TE-VI, 78 anos)*

*Eu tô muito esquecida, a gente tá falando comigo, às vezes eu tô falando, aí me esqueço de tudo. Acho que é devido à idade. (ANDORINHA, 85 anos)*

*A gente ser doente é uma coisa muito ruim, porque nem tudo a gente pode fazer, não pode comer tudo que a gente tem vontade. A gente ser doente nem pode correr que cansa, já fui até no aeroporto, uma vez a pé, hoje às vezes aqui, acolá eu dou uma voltinha no quarteirão. (JOÃO DE BARRO, 82 anos).*

*Ser doente... é que nem eu sou, um homem doente, que nem faço aqui, tô andando e tudo aqui, mas sou um homem doente. Tem dia que eu me deito bonzinho, quando é de manhã, não posso andar que as pernas não dá mais, um senhor já que nem eu, de idade, 69 anos. O que eu vou fazer? (TUCANO, 69 anos)*

*Ser doente é o que sou... só caminhando prá médico. (CORUJA, 66 anos)*

É evidente que durante o percurso da vida, todos estão sujeitos às perdas, que independem da idade cronológica, contudo muitas pessoas acreditam ser algo inerente à velhice.

Entender essa questão, não é tarefa fácil, se considerarmos a idéia do corpo humano associada à concepção de máquina–corpo, processada somente através de desgastes e declínios contínuos. É necessário que se faça entender o organismo humano como resultante de sua própria organização, localizado através de suas vivências e atitudes diante do mundo, sem vislumbrar outras possibilidades que incluem a esperança, e excluem a acomodação e a resignação, dando lugar à indignação, entendendo que todos durante a vida, passam por uma contínua permuta e adaptação.

A fé e as crenças funcionam como válvula de escape do que foge a compreensão, e, ao representarem à doença como alguma coisa incompreensível, os idosos se utilizam de algo superior que de certa forma pode justificar e explicar as dificuldades vividas, o sofrimento através das doenças, levando-os a resignação e a aceitação.

*Tudo que Deus faz é bom, então a gente também tá pagando aquilo que a gente já fez na mocidade. (JOÃO DE BARRO, 82 anos).*

*Eu deixo ficar na vontade de Deus se Ele quiser que eu enxergue, eu ainda volto a enxergar, e se Ele não quiser, eu continuo assim mesmo, não me desespero... não... tenho paciência porque enxerguei muitos anos (...) Vivo doente porque Deus ainda não quis me curar, porque se Ele quiser, ou ainda não chegou o tempo, eu sou curada porque prá Deus não tá difícil, não há dificuldade, prá Deus tudo é fácil. Não há mal que Ele não cure e nem problema que Ele não possa resolver. (ANDORINHA, 85 anos)*

*A pessoa doente é tristeza, é tristeza, é infelicidade. Eu tenho fé, porque a pessoa embora “teje” sofrendo, mas não perca a fé em Deus, confie no Senhor, porque tudo está nas mãos do Senhor... só Ele pode fazer o...o que Ele quer (...) Não perdi a fé... chorando... chorando pedindo pro Senhor... que seja a vontade Dele... Ele que resolve tudo, entrego nas mãos do Senhor. (BEIJA-FLOR, 76 anos)*

*Vem uma doença de repente... às vezes a pessoa fica boa... às vezes não tem remédio(cura) e aí toma tantos remédios... sofre... sofre... sofre até... não dá... não dá prá pessoa viver. Aí é que Ele (Jesus) é quem resolve por nós. (ÁGUIA, 94 anos).*

*Ser doente é não ter fé... é não ter fé... porque se você tiver a fé do tamanho de um carocinho de mostarda, você alcança saúde.( SABIÁ, 81 anos)*

Percebe-se que através da religião as pessoas buscam lenitivo para enfrentar com resignação os dissabores da vida, identificando-se como doentes e sofredores. Contudo agindo dessa forma eles se eximem da própria participação no processo da doença, tendo uma visão vitimizadora de si mesma.

A doença é percebida pelos idosos como entrave por não permitir que o organismo como um todo funcione bem, aumentando dessa forma a vulnerabilidade e a possibilidade de adaptação associada à fragilidade decorrente da interação entre causas genéticas, econômicas, psicossociais e ambientais. A fragilidade é indicada pelo surgimento ou agravamento de doenças crônicas, incapacitantes e no curso de doenças irreversíveis.

*Eu tive no fundo do poço... hoje estou numa situação de risco. Tenho Parkinson e câncer de próstata. (BEM-TE-VI, 78 anos).*

*Vivo só doente, é depressão, é pressão alta e, é tanta coisa. (ANDORINHA, 85 anos)*

*Cada dia aparece um problema... tenho problema de coração, tenho problema de diabetes... então isso prá mim... eu acho que não tenho saúde. (CORUJA, 66 anos)*

*Quando perdi minha mãe comecei a fumar para esquecer, mas adoeci, na vesícula tinha resíduo de cigarro, então parei de fumar. (SABIÁ, 81 anos)*

Observou-se que para os idosos entrevistados, a doença assume idiossincrasia diferente ao atribuírem uma conotação decorrente de determinada circunstância ou buscando no passado à origem da doença, a partir do momento que por algum motivo houve a manifestação da desordem provocada pelo não funcionamento “saudável” do organismo e/ou corpo.

*Preocupação diminui a vida, pelo menos eu tenho 85 anos... e só vivo doente. Tive uma mocidade boa, me casei, encontrei um bom marido, me tratava bem, trabalhava no comércio, mas na minha velhice não tem sido fácil. Eu pesava 68 quilos, hoje tô com 52, quanto eu diminui! Só preocupação... preocupação de neto. Ele vem nos dando muita preocupação e, é o que acabou... quase que acabava com a minha vida. Na minha mocidade, eu tive, mas na velhice não, tem sido muito atribulada. (ANDORINHA, 85 anos)*

*Eu tenho muita preocupação com meus filhos.. sai custa chegar, aí eu me preocupo... é mais “mode” essa moto, tenho muita preocupação com assalto, aí eu perco o sono enquanto ele não chega. E quando eles vão prá festa eu fico preocupada quando demora chegar, aí eu digo... ah meu Deus, será que já mataram meu filho? Esses meninos de hoje com vinte e poucos anos, eles pensam que eles são donos do mundo. É namoro firme que pronto... isso tudo, preocupa a gente. (CORUJA, 66 anos)*

A doença assume sua devida importância através da narrativa na busca da possível origem, caracterizando desta forma o momento exato em que a mesma os colocou a parte de uma vida que levavam até a manifestação dela. E assim, refazem e revivem detalhes na busca de motivos que expliquem o porquê de estarem doentes.



## 7.4 Qualidade de vida na terceira idade

Para a Organização Mundial de Saúde apud Duarte (2008) a qualidade de vida na terceira idade pode ser definida como a manutenção da saúde em seu maior nível possível, em todos os aspectos da vida humana: físico, social, psíquico e espiritual.

A concepção de qualidade de vida perpassa elementos subjetivos e objetivos e a compreensão destes através das experiências de uma realidade que é objetiva, contudo não desvinculada da forma subjetiva.

Os idosos expressam nas falas a preocupação com a manutenção da saúde visando à preservação da autonomia, independência e dignidade, e nesse processo, o contexto familiar é de suma importância por ser o meio mais propício e onde eles compartilham seus conhecimentos a partir de suas experiências e percebem ainda que as pessoas que os cercam lhes dão a devida atenção.

*Homem de conservação, no corpo, no material, se zelar ter um bom conforto... não ter conforto não tem vida prolongada... tenho minha casinha... tomo minha bebida... minha esposa me trata bem, meus filhos. (TUCANO, 69 anos)*

*Sabendo cuidar da vida, tratar... não se “projudicar” por si próprio... eu nunca fui amante assim a bebida... já fumava muito mais... mais faz 40 anos que eu larguei de fumar. (FALCÃO, 79 anos)*

*Saber cuidar de sua família, ter sua família, organizar tudo... é saber manobrar... a ... ter pulso na mão prá controlar sua família. (JOÃO DE BARRO, 82 anos)*

*Se alimentar bem, dormir bem, ser tranquila não ter problema assim, de pensamento... de ... de ... “fragelação”, viver alegre, viver satisfeita porque vive com Deus. (BEIJA-FLOR, 76 anos)*

*Um bom trabalho, uma boa alimentação, ter bastante repouso... preocupação diminui a vida. (ANDORINHA, 85 anos)*

À proporção que os indivíduos envelhecem a manutenção de sua autonomia e independência torna-se fatores preponderantes na determinação de sua qualidade de vida. Entendendo a autonomia como habilidade de controlar, lidar, tomar decisões pessoais e independência como a habilidade de executar funções

relacionadas ao cotidiano.

Verificou-se nas fala dos idosos que a percepção que eles têm sobre a saúde–doença interfere diretamente na sua qualidade de vida e no contexto dessa dinâmica de inter-relação que inclui a família, os amigos e os grupos sociais, os idosos se posicionam perante a vida como seres atuantes com objetivos definidos aliados a experiência adquirida, que proporcionam um novo olhar na busca de um estilo de vida pautado na preservação do seu bem-estar.

## **8 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os avanços tecnológicos, a diminuição das taxas de fecundidade e mortalidade e a melhoria das condições de saneamento contribuíram para a longevidade populacional. Contudo ocasionou uma maior prevalência e incidência de doenças e condições crônicas que muitas vezes culminam com gastos que poderiam ser minimizados e até sanados se fossem direcionados para a prevenção e promoção da saúde.

Observou-se nos idosos entrevistados uma maior incidência de doenças crônicas como hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, além de adenocarcinoma próstático e doença de Parkinson.

As concepções sobre saúde e doença na terceira idade são construídas socialmente, e quando estão inseridas em um contexto permeado por contradições, principalmente para aqueles que vivenciam esse processo de forma precária, tornam-se uma incongruência entre o passado e o presente. Contudo, a maioria dos idosos que participaram da pesquisa, encontram estratégias que combinam disciplina e hedonismo, além de buscarem de alguma forma adotar estilos de vida saudável.

O envelhecimento não pode ser visto sob a ótica das representações cristalizadas, isto é, das imagens construídas através dos tempos. A velhice em si, não pode ser vislumbrada apenas como sinônimo de incapacidade, de doença, embora ocorram modificações de ordem biológica, esta deve ser vista como algo positivo, uma experiência heterogênea, com múltiplas dimensões (CUTRIM, 2002).

A saúde e a doença são processos de produção social, que trazem em sua raiz a regulação das condições de existência, que pode contribuir decisivamente

para a garantia da qualidade de vida através do acesso a bens econômicos e sociais.

A partir da análise dos depoimentos foi possível desvelar-se elementos nas falas dos idosos entrevistados sobre as concepções que eles têm a respeito da saúde e da doença. Percebe-se que estas percorrem um discurso no qual o foco principal está associado à idéia de que o processo saúde-doença é principalmente de responsabilidade do próprio sujeito, na preservação e manutenção de sua saúde. Nas explanações feitas pelos entrevistados, a saúde é concebida em seu conjunto como a capacidade de cuidar de si, seguindo normas de conduta e mudanças de hábitos.

A análise realizada no estudo permitiu agrupar em duas categorias focais as representações do processo saúde-doença. A primeira diz respeito à representação da saúde na qual se pode verificar que a saúde se configura como algo que precisa ser preservado e que em grande parte depende dos próprios idosos esse desafio, por estarem diante da precariedade que se constitui a assistência prestada pelos serviços de saúde. Ainda que saibamos que a Política Nacional do Idoso (PNI) tem seus princípios e diretrizes bem norteadas, porém a operacionalização fica distante do seu público alvo.

Para atender satisfatoriamente a população idosa torna-se necessário promover qualificação técnica adequada para execução das ações e serviços de saúde, e ainda investir na capacitação de profissionais das unidades de ações básicas de saúde no que constitui os eixos definidos pela NOAS-02/2002. E dentro deste contexto a Estratégia Saúde da Família pode contribuir com ações exitosas que favoreçam a formação de novas atitudes tanto individuais como coletivas em relação à preservação e promoção da saúde.

A segunda categoria de análise tem como foco as representações da doença apropriada no entendimento dos idosos entrevistados que, do ponto de vista físico associam a doença como inerente a própria velhice, esquecendo-se a vinculação das dimensões psíquicas, culturais, sociais, econômicas e ambientais. No âmbito da espiritualidade, tem Deus como solução para todos os males, significando a esperança e a espera para amenizar seus sofrimentos e angústias, de uma vida marcada pela negatividade quando evidenciam somente as perdas físicas, afetivas e sociais. Mas, por outro lado, há o sentimento de resignação e indignação, em que ao mesmo tempo que se percebe uma postura conformista revela-se

também a indignação significando a não aceitação e criando propósitos com possibilidades mediadas pela experiência de vida, reconstruindo assim novas expectativas.

É necessário repensar o planejamento das ações e serviços direcionados à saúde dos idosos, ainda que os eixos programáticos da atenção básica definidos pela NOAS-02/2002 não os contemple, pois é imprescindível a qualificação dos profissionais envolvidos na assistência à saúde dos idosos.

As concepções de saúde-doença têm relação direta com o cuidar de si. Para os idosos estudados, estas partem da sua própria existência como condição “*sine qua non*” para determinar sua qualidade de vida. O grande desafio para esta parcela da população no que tange a questão da saúde é sem dúvida a oferta de serviços diversificados e qualificados, em que sejam contemplados além da competência técnica, a capacidade de escuta e acolhimento, compreendendo e contribuindo para a construção de imagens positivas de inserção social do idoso numa perspectiva cidadã.

## REFERÊNCIAS

- BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 1999.
- BRUNO, R. P. Cidadania não tem idade. In: \_\_\_\_\_. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, 2003.
- CUTRIM, G. M. **As representações sociais sobre a velhice**. 2002. 50f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2002.
- CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. S. et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 23. ed. Petrópolis: Vozes, 2004. cap. 3.
- DETHLEFSEN, T. **O desafio do destino**. São Paulo: Pensamento, 1989.
- DRESEL, W. **O lado profundo da vida: como enfrentar e superar as crises pessoais**. Tradução Magda Lopes. São Paulo: Academia da Inteligência, 2007.
- DUARTE, G. **Qualidade de vida na Terceira Idade: "o importante é não deixar a solidão bater na porta"**. Disponível em:  
[http://www.nominuto.com/cidades/qualidade\\_de\\_vida\\_na\\_terceira\\_idade\\_o\\_importante\\_e\\_nao\\_deixar\\_a\\_solidao\\_bater\\_na\\_porta.org](http://www.nominuto.com/cidades/qualidade_de_vida_na_terceira_idade_o_importante_e_nao_deixar_a_solidao_bater_na_porta.org). Acesso em: 23 abr. 2008.
- FERRARI, M.; KALOUSTIAN, S. M. **Família brasileira, a base de tudo**. 7.ed. Brasília, DF: Cortez, UNICEF, 2005.
- FERREIRA, J. O corpo sígnico. In: ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. S. **Saúde e doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 1994. cap. 8.
- FREIRE, S. A. **E por falar em boa velhice**. Campinas: São Paulo, 2000.
- KALACHE, A. Um mundo mais velho. **Veja**. São Paulo, n.27, não paginado, abr. 2005.

MACEDO, P. (Org.). **Saúde mental**. São Luís: LABORO, 2005.

MARTINS, P. C. A. **O lazer no grupo de convivência da terceira idade do SESC Deodoro**: uma forma de otimização do tempo livre. São Luís: [s.n], 2005.

MASCARO, S. A. **O que é velhice**. São Paulo: Brasiliense, 1997. (Coleção Primeiros Passos, n.310).

MINAYO, M. C. Fase de trabalho de campo. In: \_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1993.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 1994.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 6.ed. Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Norma Operacional da Assistência a Saúde / Sistema Único de Saúde (NOAS/SUS)**. Portaria nº 95. Brasília, DF, 26 jan. 2001.

MONTEIRO, P. P. **Envelhecer**: histórias, encontros, transformações. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2003.

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

OLIVEIRA, M. T. S.; FERNADES, S. F. M. **Turismo e inclusão social**: uma proposta de capacitação para a terceira idade. 2005. 60f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Turismo) – Faculdade Atenas Maranhense, São Luís, 2005.

PAULILO, M. A. S. **A pesquisa qualitativa e a história de vida**. Disponível em: [http://www.ssrevista.nel.br/e\\_v2nl\\_pesquisa.htm](http://www.ssrevista.nel.br/e_v2nl_pesquisa.htm). Acesso em: 17 jul. 2007.

PEREIRA, L. S. M.; GOMES, G. C. Avaliação funcional. In: GUIMARÃES, R. M.; CUNHA, U. G. V. **Sinais e sintomas em geriatria**. 2. ed. São Paulo: Athenas, 2004. cap. 3.

ROMEIRO, V. **Semiologia médica**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1980.

SERRA, J. N. **Conceitos introdutórios**: envelhecimento, velhice, geriatria, gerontologia. São Luís: LABORO, 2005.

TANCREDI, F. B.; BARRIOS, S. R. L.; FERREIRA, J. H. G. **Planejamento em saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

VERAS, R. A longevidade da população: benefícios e conquistas. **Serviço Social e Sociedade**. v. 24, n. 75, quadrimestral, p. 5–14, 2003.

VICTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde**: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000. Disponível em: [http://www.fen.nfg.br/revista6\\_2/idoso.html](http://www.fen.nfg.br/revista6_2/idoso.html). Acesso em: 7 maio 2008.

## GLOSSÁRIO

AGREGADO – Pessoa que vive em uma casa como membro da família.

BPC – Benefício de Prestação Continuada que garante 01 (um) salário mínimo mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso com 70 anos ou mais que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção e nem tê-la provida por sua família.



APÊNDICE A – Instrumento para coleta de dados

LABORO – EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO  
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**QUESTIONÁRIO**

**I – IDENTIFICAÇÃO**

NOME:

IDADE:

SEXO:

NATURALIDADE:

ESTADO CIVIL:

RELIGIÃO:

PROFISSÃO/OCUPAÇÃO:

SITUAÇÃO ECONÔMICA:

DEPENDENTE ECONOMICAMENTE DA FAMÍLIA?

( ) SIM ( ) NÃO

A FAMÍLIA É QUEM DEPENDE ECONOMICAMENTE DO IDOSO?

( ) SIM ( ) NÃO

NÃO DEPENDE DA FAMÍLIA? ( ) SIM ( ) NÃO

COM QUEM VOCÊ MORA?

**II – O QUE FAZ UMA PESSOA TER VIDA LONGA?**

**III – O QUE É TER SAÚDE?**

**IV – O QUE É MAIS IMPORTANTE NA VIDA?**

**V – O QUE É SER DOENTE?**

**VI – COMO É O RELACIONAMENTO COM AS PESSOAS COM QUEM VIVE?**

## ANEXOS

## ANEXO A – Parecer Consubstanciado



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
COMITÊ ÉTICA EM PESQUISA



## PARECER CONSUBSTANCIADO

Parecer Nº. **282/06**

Pesquisador (a) Responsável: **Jacira do Nascimento Serra**

Equipe executora: **Geísa Mendanha Cutrim, Maria do Amparo Reis Rodrigues e Mary Lucy Tórres Dias**

Tipo de Pesquisa: **Especialização**

Registro do CEP: **087/06** Processo Nº. **33104-320/2006**

Instituição onde será desenvolvido: **Centro de Saúde do São Cristovão**

Grupo: **III**

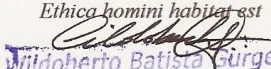
Situação: **APROVADO**

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão analisou na sessão do dia **15.09.2006** o processo Nº. **33104-320/2006**, referente ao projeto de pesquisa: **“As representações do processo saúde – doença na terceira idade”**, tendo como pesquisadora responsável **Jacira do Nascimento Serra**, cujo objetivo geral é **“Compreender as representações do processo saúde – doença relacionada com a história de vida da pessoa idosa”**. Na metodologia: Trata-se de um estudo qualitativo. Tendo apresentado pendências na época de sua primeira avaliação, veio em tempo hábil supri-las adequada e satisfatoriamente de acordo com as exigências das Resoluções que regem esse Comitê. Assim, mediante a importância social e científica que o projeto apresenta, a sua aplicabilidade conformidade com os requisitos éticos, somos de parecer favorável à realização do projeto classificando-o como **APROVADO**, pois o mesmo atende aos requisitos fundamentais da Resolução 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/MS.

Lembramos a V.Sª que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalidade alguma e sem prejuízo ao seu cuidado, e deve receber uma cópia do TCLE, na íntegra, por ele assinado. O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata. O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à ANVISA, quando for o caso, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial.

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente em 26/09/2007 e ao término do estudo, gravado em CD ROM.

São Luis, 26 de setembro de 2006.

*Ethica homini habitat est*  
  
**Wildoberto Batista Gurgel**  
Coordenador do CEP

Comitê de Ética em Pesquisa  
do Hospital Universitário da UFMA  
aprovado em reunião de:  
26/09/06

**Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão**

Rua Barão de Itapary, 227 Centro C.E.P. 65. 020-070 São Luis – Maranhão Tel: (98) 2109-1223

E-mail huufma@huufma.br

ANEXO B – Termo de consentimento livre e esclarecido

LABORO – EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO  
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Ms. Jacira do Nascimento Serra

End.: Av. Beta, Quadra 20, casa 26, Parque Athenas, CEP.: 65.072-120

Fone: (98) 3246 2985

E-mail: jaciraserra@oi.com.br

Pesquisadores: Geísa Mendanha Cutrim, Maria do Amparo Reis Rodrigues e Mary Lucy Tôrres Dias.

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa: Prof. Dr. Wildoberto Batista Gurgel

End. do Comitê: Rua Barão de Itapary, 227, centro, São Luís-MA

**AS REPRESENTAÇÕES DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA NA TERCEIRA  
IDADE**

Eu \_\_\_\_\_ abaixo assinado, declaro, após ter sido esclarecido e entender as explicações que me foram dadas pelos pesquisadores responsáveis, que concordo em participar da pesquisa (ou que autorizo) a participação do idoso que irá compreender as representações do processo saúde-doença relacionada com a história de vida da pessoa idosa, a partir de informações coletadas em questionário específico, não havendo riscos ou desconfortos a mim (ou ao idoso de minha responsabilidade). Está garantido qualquer esclarecimento que se fizer necessário durante o desenvolvimento da pesquisa. Fui esclarecido(a) ainda, que tenho liberdade de me recusar a participar ou retirar esse consentimento sem penalidade ou prejuízo ao meu cuidado, tendo garantia de sigilo o que assegura a privacidade das informações que forneci. Não haverá nenhum custo decorrente da minha participação na pesquisa

Local e data

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do  
Pesquisador responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante  
ou Responsável

Centro de Saúde do São Cristovão

Rua Campo do Estrela, s/n São Cristovão, CEP: 65.000.00 São Luís-MA

Cutrim, Geisa Mendanha.

As representações do processo saúde – doença na terceira idade. Geisa Mendanha Cutrim; Maria do Amparo Reis Rodrigues; Mary Lucy Torrês Dias. – São Luís, 2008.

51 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Saúde da Família) – Curso de Especialização em Saúde da Família, LABORO – Excelência em Pós-Graduação, Universidade Estácio de Sá, 2008.

1. Saúde. 2. Doença. 3. Terceira idade. I. Título.

CDU 616-053.9