

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas René Rachou
Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde

**Influência do Saber Biomédico na Percepção da Relação
Saúde/Doença/Incapacidade em Idosos da Comunidade**

por

Gustavo Vaz de Oliveira Moraes

Belo Horizonte

Dezembro/2012

DISSERTAÇÃO MSC-CPqRR G.V.O. MORAES 2012

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas René Rachou
Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde

**Influência do Saber Biomédico na Percepção da Relação
Saúde/Doença/Incapacidade em Idosos da Comunidade**

por

Gustavo Vaz de Oliveira Moraes

**Dissertação apresentada com vistas à
obtenção do Título de Mestre em Ciências
na área de concentração Saúde Coletiva.**

Orientação:

Dra. Josélia Oliveira Araújo Firmo

Dra. Karla Cristina Giacomini

Belo Horizonte

Dezembro/2012

Catálogo-na-fonte
Rede de Bibliotecas da FIOCRUZ
Biblioteca do CPqRR
Segemar Oliveira Magalhães CRB/6 1975

M827i Moraes, Gustavo Vaz de Oliveira.
2012

Influência do Saber Biomédico na Percepção da Relação Saúde/Doença/Incapacidade em Idosos da Comunidade / Gustavo Vaz de Oliveira Moraes. – Belo Horizonte, 2012.

xi, 64 f.: il.; 210 x 297mm.

Bibliografia: f.: 69 - 75

Dissertação (Mestrado) – Dissertação para obtenção do título de Mestre em Ciências pelo Programa de Pós - Graduação em Ciências da Saúde do Centro de Pesquisas René Rachou. Área de concentração: Saúde Coletiva.

1. Idoso/psicologia 2. Saúde da Pessoa com Deficiência 3. Processo Saúde-Doença I. Título. II. Firmo, Josélia Oliveira Araújo (Orientação). III. Giacomini, Karla Cristina (Orientação)

CDD – 22. ed. – 305.26

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas René Rachou
Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde

**Influência do Saber Biomédico na Percepção da Relação
Saúde/Doença/Incapacidade em Idosos da Comunidade**

por

Gustavo Vaz de Oliveira Moraes

Foi avaliada pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dra. Josélia Oliveira Araujo Firmo (Presidente)

Prof. Dra. Betânia Diniz Gonçalves

Prof. Dra. Virgínia Torres Schall de Matos Pinto

Suplentes: Prof. Dr. Antônio Ignácio de Loyola Filho

Dissertação ou tese defendida e aprovada em: 21 / 12 / 2012

“(...) Nosso amor pela pessoa velha não deve ser uma opressão, uma tirania a inventar cuidados chocantes, temores que machucam. Façam o que bem entendam, cometam imprudências, desobedeçam conselhos. Libertemos os velhos de nossa fatigante bondade (...)” (Paulo Mendes Campos, Cuidado com os velhos, 1969)

Dedicatória

Aos meus avós, aos meus pais e aos meus filhos, demonstração inequívoca e prazerosa da continuidade da vida, por me fazerem compreender que, da mesma forma que todos contemos as idades que já fomos, todas as idades estão contidas na velhice, e que uma boa velhice é boa para todos de todas as idades.

Agradecimentos

À Cris, minha esposa, pelo amor, carinho, companheirismo e cumplicidade;

Aos meus filhos, Ana Clara e Francisco, principais motivações de querer sempre fazer melhor;

Aos meus pais, João Carlos e Cida, exemplos de integridade e dedicação, pelo apoio e afeto e pela viabilização e incentivo à minha formação pessoal e profissional ao longo da vida que me possibilitaram chegar até aqui;

Aos meus sogros, irmãos e cunhados pela amizade e apoio nos momentos de necessária ausência durante a elaboração deste estudo;

À minha orientadora, Josélia, pela competência, clareza e firmeza na orientação deste trabalho, não só em relação ao conteúdo e ao método, mas também à disciplina e organização;

À minha co-orientadora, Karla Giacomini, amiga e parceira neste e noutros projetos, pela disponibilidade e generosidade e pelas inestimáveis contribuições nesta dissertação;

Ao amigo Wagner Jorge pela participação ativa e incansável em todas as etapas da elaboração desta dissertação, sempre de forma fraterna e generosa;

Aos colegas da Antropologia Médica: Adauto, Jussara, Josiane, Kelly e Ana Carolina pela convivência e aprendizagem;

Às minhas companheiras da Geros, Marcella e Ruth, pelo estímulo às contínuas reflexões a cerca do envelhecer;

Ao Centro de Pesquisas René Rachou, pela infraestrutura técnica;

À Biblioteca do CPqRR pelo acesso gratuito à informação científica, essencial à elaboração desta dissertação, e pela catalogação e normalização da mesma.

Aos idosos de Bambuí que, ao dividirem suas experiências, viabilizaram este estudo.

SUPORTE FINANCEIRO:

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

Sumário

Resumo	x
Abstract	xi
1. Introdução	14
1.1 O saber biomédico	17
1.2 O conceito de saúde e incapacidade no saber biomédico	19
1.3 A divergência entre o saber dos indivíduos e o saber biomédico	21
2. Objetivos	24
2.1 Objetivo geral	25
2.2 Objetivos específicos	25
3. Quadro Teórico	26
4. Percurso Metodológico	30
4.1 Local do estudo	31
4.2 População do estudo	32
4.3 Coleta dos dados	32
4.4 Análise dos dados	34
4.5 Aspectos éticos	35
5. Resultados e discussão	36
5.1 A valorização da biomedicina	39
5.2 A culpabilização do indivíduo	44
5.3 A naturalização das doenças na velhice	48
5.4 Os recursos e ações	53
6. Conclusões	60
7. Anexos	63
7.1 Anexo I – Carta de aprovação N.º 02/2010 – CEP / CPqRR	64
7.2 Anexo II – Termo de consentimento livre e esclarecido	65
7.3 Anexo III – Dados demográficos e codificação dos idosos entrevistados	66
8. Referências	70

Resumo

O saber biomédico fundamenta-se em uma visão biológica e mecanicista do ser humano e na abordagem curativa das doenças e representa a visão oficial do corpo humano nas sociedades capitalistas ocidentais baseadas na capacidade de produção e de consumo. Tal saber tem influenciado não apenas as práticas objetivas de saúde, mas, também, a subjetividade das pessoas em relação ao seu corpo e à sua vida. Em um contexto de envelhecimento populacional acelerado e intenso, a compreensão da influência do saber biomédico na percepção dos processos saúde/doença/incapacidade por idosos se justifica pela necessidade de entendimento dos modos de pensar e de agir dos indivíduos face à experiência da velhice. O presente trabalho tem por objetivo compreender, a partir de uma visão antropológica, como os elementos do saber biomédico influenciam a percepção da relação de saúde, doença e incapacidade de idosos residentes na comunidade de Bambuí, MG. A pesquisa foi realizada na perspectiva da abordagem qualitativa, constituindo-se em um estudo etnográfico observacional. A amostra foi constituída por 57 idosos (27 homens e 30 mulheres) com idades entre 62 e 96 anos. Foi utilizado o modelo dos signos, significados e ações na coleta e análise dos dados, para permitir a sistematização dos elementos do contexto que participam da construção de maneiras típicas de pensar e agir diante da incapacidade. Os achados da pesquisa evidenciam que o conhecimento médico-científico foi apropriado pela cultura local, transformando-a e determinando os modos de pensar e agir dos idosos de Bambuí. Foram identificadas quatro categorias analíticas de significados associados ao saber biomédico: a valorização da biomedicina, a culpabilização dos indivíduos, a naturalização das doenças na velhice e os recursos e ações utilizados pelos idosos. Os resultados demonstram que os participantes valorizam muito a figura do médico sem questionar as suas prescrições, reproduzem a visão biomédica associando as doenças e limitações à idade e culpabilizam-se pela atual condição de saúde/doença em que dispõem de poucos recursos. O saber biomédico impregnado no campo de fala dos idosos identifica as condições de doença e incapacidade como signos naturais da velhice; e, a partir dessa visão, influencia a reinterpretação do cotidiano da vida dos indivíduos, limitando recursos e lhes recomendando repouso e resignação.

Abstract

The biomedical knowledge is based on a biological and mechanistic view of the human being and on a curative approach of diseases. It represents the official views of the human body in Western capitalist societies built upon production capacity and consumption. This knowledge has influenced not only the practices of objective health, but also the subjectivity in relation to one's body and life. In a context of rapid and intense population aging, understanding of the influence of biomedical knowledge in perception health / illness / disability processes of the elderly is justified by the need to acknowledge the ways of thinking and acting according to the experience of old age. This study aims to understand, from an anthropological vision, how elements of biomedical knowledge influence the perception of the health, disease and disability in elderly community residents of Bambuí, MG. The survey was conducted from the perspective of a qualitative approach, consisting in an ethnographic observational study. The sample consisted of 57 older adults (27 men and 30 women) aged between 62 and 96 years. We used the model of signs, meanings and actions in collecting and analyzing data, once it enables the systematization of context elements that participate in the construction of typical ways of thinking and acting towards disability. The research results show that medical and scientific knowledge was assimilated by local culture, transforming it and determining the ways of thinking and acting of the Bambuí elderly. We identified four analytical categories of meanings associated with biomedical knowledge: the valuing of biomedicine, the self-blaming, the naturalization of diseases in old age and the resources and actions used by the elderly. The results show that participants greatly value the doctor, not questioning their prescriptions, reproduce the biomedical vision, associating diseases and limitations to old age and blame themselves for the current health / disease condition that has few resources. The impregnated biomedical knowledge in the field of elderly speech identifies the disease and disability conditions as natural signs of aging, and, from this view, influences the reinterpretation of everyday life of individuals, limiting resources and recommending them rest and resignation.

Em todo o mundo, usualmente, o envelhecimento populacional tem sido compreendido como uma ameaça potencial à sustentabilidade dos sistemas fiscal, econômico, previdenciário e de saúde pública dos países. Portanto, muitos debates no âmbito internacional tratam de ações institucionais necessárias para enfrentar o desafio que isso representa. Além disso, o aumento expressivo da expectativa de vida acontece em um mundo que também experimenta profundas alterações tecnológicas, comportamentais e sociais, que repercutem na estrutura e na dinâmica das famílias, tais como a crescente participação feminina no mercado de trabalho, a redução do número de filhos e a instabilidade nos casamentos. Em uma população cada vez mais envelhecida, tudo isso concorre para aumentar a demanda por assistência à saúde e por cuidados não familiares de longa duração^{1,2}.

No Brasil, esse processo de transição demográfica, caracterizada pela redução das taxas de mortalidade e fecundidade e pelo aumento da expectativa de vida, começa a ser notado a partir de 1940. Em 1950, o país possuía 2,6 milhões de idosos com 60 anos de idade ou mais, representando menos de 5% da população brasileira; em 2010, esse grupo já era de 19,6 milhões, correspondendo a 10,2% da população¹. Assim, o processo brasileiro de envelhecimento populacional também chama a atenção pela velocidade com que ocorre. Se, nos países desenvolvidos esse processo se deu de forma bem mais lenta - por exemplo, para a população idosa crescer de 7 para 14% foram necessários quase 70 anos nos EUA e mais de 100 anos na França - em nosso país estima-se que o mesmo avanço acontecerá em apenas duas décadas^{1,3}.

Além disso, especificamente no âmbito da saúde, de maneira concomitante à transição demográfica, observa-se a transição epidemiológica, processo responsável, em grande parte, pela queda da taxa de mortalidade, com redução significativa das doenças infectocontagiosas e aumento importante das doenças crônicas. Estas últimas, de curso insidioso e de longa duração, podem comprometer a capacidade do indivíduo de executar as atividades da vida diária, repercutindo diretamente sobre a família, o trabalho, a previdência social, as políticas de saúde e de assistência social, entre outras. Entretanto, apesar de o envelhecimento ter sido quase sempre ligado à ideia de debilidade física e de perda da independência, vários estudos têm demonstrado a redução na proporção de idosos com incapacidade, embora com o

aumento do contingente idoso da população, o número de pessoas com incapacidade tenda a aumentar ^{4,5}.

Ademais, a perspectiva de envelhecer, com ou sem incapacidade, acontece em uma cultura ocidental que assume valores consumistas e individualistas, baseados na juventude e na auto-suficiência do indivíduo. Eles reforçam a imagem da pessoa idosa apenas como um sujeito improdutivo, decadente, portador de múltiplas doenças, grande consumidor de medicamentos e de serviços de saúde e a da velhice como um processo que, inevitavelmente, levará à incapacidade⁶ e à dependência de terceiros – sejam eles o Estado, a comunidade, a família ou um cuidador.

Esse curso inexorável para a incapacidade deve ser discutido a partir de diferentes correntes de pensamento que podem investir na recuperação e reinserção dos indivíduos ou desacreditar e impedir o investimento nessa direção. Afinal, sabe-se que a incapacidade, além de suas consequências nefastas sobre a autonomia e a independência dos sujeitos, tem sido geradora de discriminação e exclusão das pessoas que a vivenciam, há vários séculos. Neste sentido, retomando a ideia de Robert Murphy (1987), Le Breton⁷ afirma:

“O homem deficiente é um homem com estatuto intermediário, um homem do meio-termo. Ele nem é doente nem é saudável, nem morto nem completamente vivo, nem de fora da sociedade, nem dentro dela.” (p. 75)

Além disso, a representação que o sujeito faz de seu corpo em um dado contexto social e cultural também reflete a interiorização do julgamento social acerca da sua maneira de viver e dos seus atributos físicos, e isso determinaria largamente a sua auto-estima⁷.

Vale lembrar que, atualmente, o conhecimento biomédico tem assumido um papel social cada vez mais relevante nesta avaliação, uma vez que ele é a representação oficial do corpo humano na sociedade ocidental. Ele atua como uma espécie de “verdade universal do corpo”, um etnocentrismo elementar ao qual cedem, no entanto, numerosos pesquisadores. É pela visão biomédica que conceitos como higiene, prevenção, perspectiva médico-simbólica do limpo e do sujo, do próprio e do nefasto, do sadio e do doente são culturalmente condicionados⁷.

Porém, ao discutir o assunto Le Breton⁷ expõe as contradições dessa visão, uma vez que o contrato tácito que preside o encontro do homem que tem uma deficiência e do homem “válido” se sustenta pelo fato de fingir que essa alteração orgânica ou sensorial não criaria nenhuma diferença entre eles.

Assim, em um contexto de envelhecimento populacional acelerado e intenso, o interesse na compreensão da influência do saber biomédico na percepção dos processos saúde/doença/incapacidade por idosos está largamente justificado.

1.1 O saber biomédico

A Medicina é uma arte milenar. Porém, em comparação com a medicina hipocrática, a prática médica atual foi radicalmente modificada pela assimilação de conceitos cartesianos que se encontram na origem do modelo mecanicista do corpo humano que prevalece até os nossos dias. Este modelo representa um princípio de inteligibilidade do mundo proposto por Descartes, segundo o qual o conhecimento deve ser útil, racional, despido de sentimento e capaz de produzir eficácia social⁸.

No século XIX, a medicina passa a produzir um discurso científico a respeito da saúde e da doença, estabelecendo novas relações de causa e efeito para as moléstias e levando à objetivação da análise e à objetificação do paciente e consequente perda de sua identidade⁹.

Desde Descartes e ao longo dos três últimos séculos, com o surgimento da medicina moderna e o desenvolvimento da industrialização e da economia capitalista, e, principalmente, desde a segunda metade do último século, observa-se a ampliação do raio de atuação da medicina e a extrapolação do seu campo de atuação tradicional em relação às doenças, com grande crescimento da definição dos problemas da vida em termos médicos¹⁰.

Historicamente, a ciência biomédica tem suas raízes no positivismo, com ênfase no método empírico para se chegar ao conhecimento, na linguagem matemática para traduzir e transmitir o conhecimento e na crença na neutralidade da ciência. A sua racionalidade baseia-se em um caráter generalizante, mecanicista e analítico:

generalizante porque se propõe a produzir modelos de validade universal e leis de aplicação geral, não se ocupando de casos individuais; mecanicista porque seus modelos tendem a naturalizar o corpo humano como uma gigantesca máquina, compreendido por uma causalidade linear e possível de ser traduzida em mecanismos; e analítica porque a abordagem teórica e universal adotada para a elucidação das “leis gerais” sobre o funcionamento da “máquina humana” pressupõe o isolamento de partes e que o funcionamento do todo é dado pela soma das partes¹¹. Daí se compreende a visão fragmentada do indivíduo e a supervalorização da especialização, que têm como objetivo produzir um grande conhecimento de uma parte específica do organismo.

Ainda de acordo com a prática biomédica*, além da determinação biológica, haveria uma normatização vertical, segundo a qual o médico seria detentor do conhecimento e o paciente visto de forma fragmentada e sem autonomia, sem voz ativa no processo decisório de sua própria propedêutica e terapêutica. Desse modo, a prática médica costuma ser prescritiva e autoritária, com predominância de uma visão restrita e curativa das doenças, em grande parte decorrente de um passado recente de um perfil epidemiológico em que prevalecia doenças infectocontagiosas, muitas delas de elevada mortalidade, mas de baixa morbidade ou passíveis de cura⁸.

A ampliação da jurisdição médica se deu através da prescrição de normas morais de conduta e de comportamentos por seus especialistas, estabelecendo diversas medidas de controle sobre o corpo individual e coletivo e levando à produção de uma cultura medicalizada. Desse modo, há o desenvolvimento de um poder sobre a vida – o biopoder – que é exercido sobre os indivíduos e a sociedade¹⁴.

De acordo com essa visão, o indivíduo - e o meio que o cerca - é apontado como responsável pelo seu processo de adoecimento e recebe a seguinte convocação: “o cidadão de bem não deve reformar seu comportamento em função dos decretos da ciência?”⁹ Esse questionamento traduz a força moralizante do conhecimento científico, no qual a ciência assume uma conotação cujo poder é comparável ao de um novo “deus” e cuja engrenagem de ordenamento social não parece ser divergente da religião¹⁵.

* O modelo que fundamenta o ensino e a prática biomédica tem um marco importante no início do século XX com a publicação do Relatório Flexner. Embora haja controvérsias em relação ao relatório, seus princípios afirmam a determinação biológica das doenças, a formação médica centrada nos hospitais e o estímulo à disciplina e à especialização, decorrente da visão reducionista do conhecimento científico^{12,13}.

Diante da crescente apropriação dos modos de vida do ser humano pela medicina, ao final da década de 1960, surgiu o termo medicalização para se referir, por exemplo, às normas ditadas pelo saber biomédico sobre o nascimento, o envelhecimento e a morte, por meio da produção de conceitos, diagnósticos e intervenções, baseados na concepção biológica de saúde e doença, a partir da qual haveria a classificação do que seria normal e patológico¹⁶. Uma das principais consequências dessa medicalização seria a dependência progressiva das pessoas em relação às prescrições médicas e à supervalorização dos prescritores, ocasionando a perda de autonomia dos indivíduos para lidar com os aspectos do cotidiano da vida, como o sofrimento e a morte¹⁷.

De fato, esse modelo se fortaleceu no último século com o sucesso no recuo das epidemias, os avanços tecnológicos e científicos e o aumento da longevidade, mas, também, por corresponder às expectativas das sociedades modernas capitalistas ocidentais que valorizam o individualismo, a produtividade, o acúmulo de riquezas e a capacidade de consumo. Desse modo, as doenças prejudicam a capacidade produtiva dos indivíduos e, à medida que o conhecimento médico avançou, tratamentos mais enérgicos, como a antibioticoterapia, foram sendo desenvolvidos também com o objetivo de recuperar e devolver o doente, o quanto antes, para o trabalho⁹.

Nesse contexto da sociedade capitalista ocidental, a referência de normalidade, estética e funcional, é o jovem¹⁴, o que abre espaço para que a velhice deixe de ser reconhecida como etapa natural da vida e passe a ser classificada como uma categoria patológica. Além disso, cria expectativas sobre o corpo, os comportamentos e a saúde¹⁶ e determina modos específicos de pensar e agir dos idosos, em um claro exemplo de como a medicina se torna uma forma cultural de controle social.

1.2 O conceito de saúde e incapacidade no saber biomédico

Em meados do século XX, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lança o conceito de saúde como estado de bem-estar físico, psicológico e social, o qual se torna referência⁹ apesar das críticas em relação ao seu caráter utópico e dificilmente

atingível. Embora, na teoria, ele incorpore outros fatores como determinantes da saúde, além do campo biológico; na prática, pela dificuldade de se estabelecer critérios, classificações e instrumentos de medida para o reconhecimento da saúde dos indivíduos, a saúde permanece sendo identificada apenas pela ausência de doenças. Além disso, com a evolução da epidemiologia emergem as noções de risco e de probabilidade de adoecer, associadas a variados fatores como a predisposição genética, os hábitos de vida e os elementos do meio natural e sociocultural. Por sua vez, a descoberta médica da presença de fatores de risco ou de sinais e sintomas reveladores de doenças rotula de “doentes” indivíduos que se mostram de toda maneira ativos e sujeitos da própria existência.

Para a Medicina, os sintomas, a incapacidade e a morte são os desfechos em saúde de particular interesse para os pacientes e para aqueles que se preocupam com eles. São estes os eventos que os médicos tentam prever, interpretar e modificar quando cuidam de pessoas¹⁸. No que tange à incapacidade, sua compreensão é discutível a partir de diferentes correntes de pensamento, com destaque para dois modelos: o social e o biomédico. O primeiro reconhece a incapacidade pela diminuição de oportunidades sociais para os indivíduos portadores de alguma deficiência, relacionada a contextos socioculturais específicos, resultando na discriminação e exclusão social de quem apresente essa característica. Enquanto para o modelo biomédico, que reflete a evolução deste saber nos últimos séculos, inicialmente, a incapacidade seria consequência de anormalidades bio-fisiológicas provocadas por doenças, levando à disfunção e à deficiência orgânicas¹⁹.

Nos últimos 30 anos, a OMS propôs classificações específicas e conceitos mais abrangentes da incapacidade, que culminaram na publicação, em 2001, da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Ela define a incapacidade como um processo que designa os comprometimentos, as limitações de atividade ou a restrição na participação na família, na comunidade, na profissão, sendo um produto da interação dinâmica entre as condições de saúde (doenças, lesões, traumas) e os fatores contextuais (ambiente e atributos pessoais) do indivíduo^{20, 21}.

Porém, apesar de todo o avanço e do esforço da medicina em sistematizar as práticas de saúde por meio de padronizações e protocolos de diagnóstico e tratamento baseados na melhor evidência científica, as concepções de saúde e

doença dos diferentes grupos que compõem a sociedade são heterogêneas e possuem características que variam de acordo com o contexto sociocultural de cada um. Por exemplo, vários estudos têm demonstrado que as concepções do sujeito sobre a sua doença são absolutamente distintas daquelas de um profissional de saúde, especialmente do médico, em relação à mesma moléstia²².

1.3 As divergências entre a visão dos indivíduos e o saber biomédico

Embora a velhice seja uma etapa natural da vida humana, existem muitos modos de ser velho e de lidar com o envelhecimento, suas limitações biológicas e suas mudanças sociais. Uchôa²³ em um artigo memorável discorre sobre o quanto a visão de pessoas mais jovens sobre a velhice valoriza as perdas, enquanto a das pessoas mais velhas foca as capacidades e oportunidades desta etapa da vida.

No âmbito da saúde, durante a consulta médica busca-se dissipar pelo interrogatório os mal-entendidos nascidos do distanciamento do discurso de quem procura o cuidado daquele da cultura médica assumido pelo profissional de saúde. Porém, isso não se faz sem dificuldades, posto que, como afirma Le Breton⁷, na cultura médica:

“O corpo se dá como uma máquina a qual convém gerir os recursos e suprimir as disfunções. A significação atribuída pelo doente à sua dor ou a sua doença é uma fantasia que não deve de modo algum interferir com o ato médico.” (p. 167)

Além disso, com a evolução do saber biomédico e sua superfragmentação em especialidades, a consulta médica se tornou um “negócio de especialistas”, no qual o homem comum pode acabar desamparado e sem cuidado⁷. Assim, quando existe uma aproximação nas linguagens e concepções, pode haver uma potencialização no cuidado, na adesão ao tratamento e até na melhoria da qualidade de vida. Por sua vez, pode ocorrer um efeito contrário quando se observa uma dissociação entre a expectativa do sujeito e as normas biomédicas. É ainda mais desafiador reconhecer que o que for prescrito ao indivíduo será interpretado por ele buscando compreender, admitir ou refutar o saber biomédico, em um processo dialético que também sofre influências do meio e do amadurecimento do indivíduo, ao longo do curso da vida.

Esse distanciamento entre o saber biomédico e a demanda da pessoa pode ser observado ao analisar as diferenças entre a visão biomédica e a visão dos idosos. Por exemplo, ao investigar as maneiras de pensar e agir de idosos hipertensos, Firmo *et al* demonstraram uma clara distinção entre o que as pessoas entendiam por “problema de pressão” e “pressão alta” e a condição médica conhecida como hipertensão arterial. Segundo os participantes do estudo, a “pressão alta” era considerada como um problema, normalmente desencadeada por problemas familiares e que poderia ser reconhecida por algumas manifestações específicas, sendo o único momento em que eles consideravam as intervenções como realmente necessárias²⁴. Certamente, essa não é a concepção médica em relação à hipertensão arterial e ao modo correto de abordá-la.

Outro exemplo da divergência entre os dois saberes pode ser visto em estudos que avaliam o chamado “envelhecimento bem sucedido”. Apesar de muitos estudos demonstrarem a redução na prevalência de incapacidade funcional na população idosa, em vários países do mundo, em um estudo norte-americano, McLaughlin *et al*²⁵ observaram que a porcentagem de idosos que preencheram critérios objetivos de envelhecimento bem sucedido por ano permaneceu estável, de 1998 a 2004, em torno de 11% nos Estados Unidos. Em outro estudo que avaliou o envelhecimento bem sucedido medido pelos pesquisadores e o auto-relato pelos próprios idosos, Cernin *et al*²⁶ observaram que 30% dos participantes foram objetivamente classificados como bem sucedidos, enquanto que 63% dos idosos se declararam como bem sucedidos. Vahia *et al*²⁷ ao avaliar o auto-relato de mulheres idosas quanto ao envelhecimento bem sucedido demonstraram que, numa escala crescente de 0 a 10, mais de 80% das mulheres se deram nota igual ou superior a 7, sendo que para mais de 70% a nota foi igual ou maior do que 8. Esses pesquisadores ponderam que, enquanto nos estudos epidemiológicos e quantitativos os avaliadores valorizam atributos físicos e funcionais, os estudos qualitativos demonstram que os fatores psicológicos e sociais e a capacidade de adaptação às doenças influenciam a percepção que os idosos têm de sua própria saúde.

Diante do exposto, é fundamental compreender como o saber biomédico é apreendido pela pessoa idosa, atribuindo significado às suas vivências, e como isso interfere nas suas práticas de saúde, uma vez que ele influencia a percepção dos

processos de saúde, doença e incapacidade e os modos de pensar e agir do indivíduo.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

O presente trabalho tem por objetivo compreender, a partir de uma visão antropológica, como os elementos do saber biomédico influenciam a percepção da relação de saúde, doença e incapacidade de idosos residentes na comunidade.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar os elementos do saber biomédico presentes na fala dos idosos relacionados aos processos de saúde, doença e incapacidade.
- Compreender como esses elementos participam da construção de significados para a relação saúde/doença/incapacidade pelos idosos.
- Compreender como os significados atribuídos pelos idosos à relação saúde/doença/incapacidade influenciam as suas ações de saúde.

3 Quadro Teórico

A presente pesquisa foi desenvolvida na perspectiva da abordagem qualitativa, constituindo-se em um estudo etnográfico observacional²⁸. Fundamentada nos pressupostos da etnografia, a pesquisa utilizou o método de coleta de dados baseado no contato direto intersubjetivo entre o pesquisador e o sujeito pesquisado. Na perspectiva observacional foi utilizada a propriedade do método qualitativo que, segundo Turato²⁹, estabelece o ambiente natural do sujeito como o espaço inequívoco onde ocorre a observação sem controle das variáveis e sem produzir nele nenhuma modificação.

Uma das grandes contribuições da antropologia para a saúde foi a construção de um quadro conceitual e metodológico inovador que investiga o envelhecimento a partir da perspectiva êmica³⁰. Para essa metodologia a interpretação do cientista é construída na perspectiva dos entrevistados e não como uma discussão na visão do pesquisador ou da literatura²⁹. Assim, na presente pesquisa, o idoso foi convocado a falar sobre a vida e sobre si, mais especificamente sobre suas condições de saúde. Isso possibilitou ao pesquisador o mergulho no ambiente local e cultural desse idoso, lugar onde ele se organiza e que lhe confere significados particulares sobre a sua própria experiência.

A cultura é, portanto, um texto interpretável, sendo entendida como o contexto que confere inteligibilidade a situações e acontecimentos da vida, estruturando o campo social em um tecido semântico. Dessa forma, os idosos constroem psicossocialmente a sua experiência, como por exemplo, o processo de envelhecer, de adoecer e ou de se tornar funcionalmente incapaz na velhice, em uma elaboração cultural de formas singulares de envelhecer.

Nessa perspectiva a abordagem interpretativa da antropologia, utilizada na presente pesquisa, muda o foco da doença como uma entidade biológica para a experiência da doença em um determinado contexto social e cultural. Ressalte-se que em humanos, os fenômenos nunca são apenas um fenômeno, pois eles estão sempre imbuídos de significado na junção entre os quadros pessoal e coletivo. Esse significado é apropriado pelos pesquisadores da antropologia interpretativa como o elemento que influencia o curso da doença moldando a experiência subjetiva, bem como o comportamento individual e social em resposta da doença³¹.

Sob o ponto de vista da Antropologia Médica ou Antropologia da Saúde, a doença não pode ser definida apenas como um processo patológico, no sentido biomédico do termo, sendo o processo saúde/doença uma construção sociocultural. Nessa perspectiva, vários estudiosos, entre eles Eisenberg³² (1977) e Kleinman³³ (1980), elaboraram conceitos e formas de compreender a doença que ainda são usados até hoje³⁴. A teoria proposta por Eisenberg diferencia a “doença processo” e a “doença experiência”. Segundo ele, a “doença processo” (*disease*) se refere às anormalidades dos processos biológicos e psicológicos, na função e/ou estrutura dos órgãos e sistemas do corpo, e a “doença experiência” (*illness*) à experiência subjetiva de mal-estar³². Kleinman desenvolveu o conceito de “modelos explicativos” (*explanatory models*) para descrever o conjunto de crenças e expectativas sobre uma doença, formuladas por indivíduos em uma determinada cultura. De acordo em essa perspectiva, o modelo biomédico de compreensão do processo saúde/doença é apenas uma das maneiras de interpretar esse fenômeno e é também social e culturalmente construído³³.

Illness também pode ocorrer na ausência de doença³⁵. Corroborando esse sentido, Uchôa³⁶ aborda a questão de que “a experiência da doença não é considerada como um simples reflexo do processo patológico no sentido biomédico do termo; mas concebida como uma construção cultural que se expressa em formas específicas de pensar e agir”. Portanto, os modelos *disease/illness* são formas de construir a realidade, de impor significado no caos do mundo fenomenológico da doença³⁷.

Segundo Morin³⁸ (2001), as sociedades só existem e as culturas só se formam, conservam, desenvolvem e transmitem através das interações entre os indivíduos e são organizadas e organizadoras através do veículo cognitivo da linguagem. Dispondo de seu capital cognitivo, a cultura institui as normas que organizam a sociedade e governam os comportamentos individuais. As interações entre os indivíduos – portadores/transmissores da cultura – geram novos conhecimentos que regeneram a sociedade, a qual regenera a cultura. Assim, as normas culturais geram processos sociais e regeneram globalmente a complexidade social adquirida por essa mesma cultura, de tal modo que cultura e sociedade estão em relação geradora mútua³⁸.

Com o desenvolvimento da medicina moderna, o saber biomédico vai-se fortalecendo e a medicina, progressivamente, amplia o seu campo de atuação, interferindo em

aspectos comuns da vida através da prescrição de comportamentos e de normas de conduta. Pela colocação de Morin, pode-se compreender como o saber biomédico, através de sua influência nos indivíduos e na sociedade, é assimilado pela cultura e passa a constituí-la.

Algumas vezes profissionais de saúde e doentes empregam modelos explicativos diferentes para a doença, fato que pode explicar o insucesso do tratamento³⁴. Conhecer essas diferenças pode facilitar a comunicação entre tais grupos, ampliar a compreensão dos profissionais quanto às várias formas de conceber o processo saúde/doença, aumentar a aderência das pessoas que utilizam o serviço de saúde às intervenções e aos tratamentos propostos. Isso é desafiador, mas pode ser propulsor de avanços na educação em saúde e na promoção da saúde dos indivíduos e da coletividade.

4 Percurso Metodológico

4.1 Local de estudo

A pesquisa foi conduzida na área urbana da cidade de Bambuí, município do centro-oeste do estado de Minas Gerais, distante 270 quilômetros de Belo Horizonte e que possui uma população estimada em 2010 de 22.734 habitantes, incluindo zona rural e urbana³⁹. O município vem passando por um progressivo fenômeno de urbanização, conforme ocorrido no Brasil após 1950, podendo verificar uma evolução significativa: a população urbana que representava 16% em 1950 passou para 73% em 1991 e em 2010 representava 85% da população total do município. A composição etária da população também foi se alterando ao longo desses últimos cinquenta anos, observando-se o seu envelhecimento progressivo: em 1960, 3,8% dos habitantes apresentavam 60 ou mais anos de idade; em 1970 esta proporção passou para 5,1%, em 1980 para 7,3% e em 1991, para 9,3% e de acordo com o senso do IBGE de 2010 essa população passou a representar 15,9%. O crescimento da população idosa neste município foi maior (7,1%) do que no país em geral (6,2%) no período compreendido entre 1991 e 2009^{40,41}.

A economia da cidade de Bambuí tem a sua principal fonte de renda proveniente da exploração produtiva de seus recursos naturais, em atividades agrícolas, pecuária e de extração mineral. O município é grande produtor de grãos, compondo a sua produção agrícola o café, arroz, milho, soja e cana-de-açúcar. Bambuí se destaca no estado de Minas Gerais na exploração de pecuária leiteira. Sua principal produção mineral é a extração de caulim⁴².

O Mapa da Pobreza e Desigualdade do município mostra que há uma incidência de 32,47% da população em estado de pobreza, aumentando o segmento da população que passa a se cadastrar no Programa Bolsa-Família, sem que todos, no entanto, consigam obter o benefício^{39, 42}.

Quanto às questões relativas à saúde⁴³, Bambuí se destacou como centro de profilaxia contra a doença de Chagas. O Posto Avançado de Estudos Emanuel Dias, criado para controle da Doença de Chagas, presta até hoje assistência médica à população. A rede pública de assistência à saúde do município conta com seis Unidades Básicas de Saúde que integram a Estratégia de Saúde da Família (ESF), um Centro de Saúde, uma unidade do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), um hospital da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) e um

hospital municipal, o Hospital Nossa Senhora do Brasil. Não existem instituições de longa permanência para idosos⁴⁴.

4.2 População de estudo

Para reconstruir o universo de representações (maneiras de pensar) e comportamentos (maneiras de agir) associados à incapacidade funcional foram selecionados idosos com 60 anos ou mais residentes em Bambuí, cadastrados nas seis Unidades Básicas de Saúde e assistidos pela Estratégia de Saúde da Família. Com o objetivo de proporcionar a multivocalidade ao relatório final, a pluralidade da nossa amostra foi caracterizada pela composição de um grupo de entrevistados, de ambos os sexos, de diversas idades, variados níveis funcionais e residentes nas várias regiões da cidade.

Na perspectiva da abordagem qualitativa foi utilizado o critério de saturação para regular o tamanho da amostra⁴⁵. Para isso, foram identificados fatores operacionais de redundância e repetição dos dados, fatores teóricos de consistência e representatividade de elementos associados à incapacidade e a qualidade das informações obtidas sobre funcionalidade, contribuindo para a decisão de um determinado ponto de saturação amostral.

4.3 Coleta de dados

Foram realizadas entrevistas com os idosos em seu domicílio. A técnica de pesquisa utilizada na coleta de dados foi a entrevista semi-estruturada, permitindo a ampliação do campo de fala dos idosos pertencentes à amostra. Todas as entrevistas foram gravadas após consentimento livre e esclarecido dos informantes.

O modelo de *Signos, Significados e Ações*, desenvolvido por Corin *et al*⁴⁶ foi utilizado na coleta e análise dos dados, em razão de o mesmo permitir:

a) o acesso a lógicas conceituais privilegiadas por uma população específica para compreender e explicar uma determinada condição;

b) a identificação dos diferentes elementos de um contexto particular que intervêm na construção de comportamentos concretamente adotados por esta população frente ao problema^{24, 47}; e

c) a sistematização dos elementos do contexto que participam da construção de maneiras típicas de pensar e agir dos participantes, no caso específico, como pensam e agem os idosos entrevistados em relação à sua saúde.

O modelo de Corin *et al*⁴⁶ tem origem na corrente interpretativa em antropologia, na qual emerge uma nova concepção da relação entre indivíduos e cultura⁴⁷. Segundo Geertz⁴⁸ – que se situa na origem dessa corrente –, a cultura constitui um universo de símbolos e significados que permite os sujeitos de um grupo interpretar suas experiências e guiar suas ações. Para este autor o conceito de cultura é essencialmente semiótico, pois na mesma perspectiva de Max Weber, o homem é um animal amarrado às teias de significado que ele mesmo teceu. Assim Geertz⁴⁸ assumiu *“a cultura como sendo estas teias e sua análise, portanto, não como uma ciência experimental em busca de leis, mas como uma ciência interpretativa, à procura do significado”* (p. 4)

Este modelo parte do comportamento concreto dos indivíduos para reconstruir as lógicas conceituais subjacentes a seus comportamentos²³. Assim, para reconstruir o universo de representações (maneiras de pensar) e comportamentos (maneiras de agir) associados à incapacidade pelos idosos residentes em Bambuí as entrevistas tiveram inicialmente as seguintes perguntas geradoras:

a) Como você acha que está sua saúde?

b) Para você, o que é uma saúde boa? E saúde ruim?

c) Como é o seu dia-a-dia, sua rotina? Como é um dia em sua vida?

A partir das respostas obtidas, outras perguntas foram feitas de maneira aberta abordando o contexto biopsicossocial, os recursos, o impacto e o significado da incapacidade. As entrevistas foram gravadas para possibilitar a análise mais cuidadosa e detalhada dos dados.

4.4 Análise dos dados

Primeiramente, as entrevistas foram transcritas e lidas várias vezes. Após essa primeira fase da análise, cada entrevista foi fragmentada buscando identificar frases, palavras, adjetivos, concatenação de idéias, sentido geral do texto⁴⁹, que tratassem dos temas: saúde, doença e incapacidade. Para a elaboração das categorias centrais, os seguintes passos foram seguidos:

Um primeiro nível de análise visou examinar as articulações entre estes temas e elementos do saber biomédico presentes nas falas.

No segundo nível de análise foram identificados 1) “os sistemas de signos, significados e ações”, a partir da identificação de signos relacionados a cada um dos temas citados; 2) as explicações privilegiadas frente a esses signos e 3) as reações e ações desencadeadas por esses signos. A partir dos sistemas de signos, significados e ações foi avaliado o impacto específico de diferentes elementos do contexto pessoal, social e cultural sobre a construção e a evolução das reações e dos comportamentos⁴⁷.

Para tanto, foi necessário proceder à:

- 1º - Releitura do material para organização dos relatos e definição de categorias analíticas com os principais signos identificados nas falas;
- 2º - Leitura de bibliografia específica para estabelecer as categorias empíricas, confrontando-as com as categorias analíticas teoricamente estabelecidas;
- 3º - Análise final do conteúdo, onde se buscou compreender as ações e falas dos sujeitos diante da realidade dos indivíduos entrevistados.

Para assegurar o anonimato dos entrevistados eles foram identificados pelo sexo (M ou H) e pelo número de sequência de realização da entrevista. Para exemplificar: como a primeira e a segunda entrevista foram realizadas com mulheres, estas foram identificadas como M1 e M2 respectivamente. Assim como na sequência de realização das entrevistas a terceira e a sexta foram realizadas com homens, estas foram identificadas como H3 e H6 respectivamente. Isso foi feito sequencialmente com todas as entrevistas (anexo III).

4.5 Aspectos éticos

Esta pesquisa é parte de um projeto maior intitulado “*Abordagem Antropológica da Dinâmica da Funcionalidade em Idosos*” que foi submetido à análise e aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa com seres humanos do Centro de Pesquisa René Rachou (anexo I). Todos os participantes assinaram um termo de consentimento (anexo II), em acordo com a *Resolução nº196/1996 do Conselho Nacional de Saúde*.

5 Resultados e Discussão

Foram entrevistados 57 idosos (27 homens e 30 mulheres) com idades variando entre 62 e 96 anos, residentes em Bambuí, cadastrados nas seis Unidades Básicas de Saúde e assistidos pela Estratégia de Saúde da Família. Quanto ao estado civil, vinte e quatro eram casados, um em união estável, sete solteiros, e vinte e cinco viúvos. A maioria deles teve filhos. No grupo, prevalecem a baixa escolaridade e a origem rural, com predomínio da religião católica. Os principais motivos de mudança para a cidade foram a maior proximidade com o serviço de saúde e/ou com a escola para os filhos.

Todos os participantes responderam a questões referentes às suas percepções de saúde. Na análise das falas, não foi observada diferença entre a concepção de homens e mulheres sobre o tema estudado.

Os achados da pesquisa demonstram como o conhecimento médico-científico foi apropriado pela cultura local, transformando-a e determinando os modos de pensar e agir dos idosos de Bambuí. Segundo Morin, sociedade e cultura estão em relação geradora mútua³⁸. A cultura institui as regras e as normas que organizam a sociedade e controlam os comportamentos individuais⁴⁸. Os indivíduos, portadores e transmissores da cultura, interagem entre si e produzem novos conhecimentos que, por sua vez, estão sob o controle de variáveis culturais e históricas. As interações entre os indivíduos e o conhecimento produzido regeneram a sociedade, a qual regenera a cultura. Há, portanto, um tronco comum entre conhecimento, sociedade e cultura³⁸. Da mesma maneira, as idéias culturais impregnam e saturam o saber biomédico, cujas concepções sobre a saúde e a doença pressionam as mentalidades sociais⁵⁰.

Assim, pode-se pensar que o conhecimento biomédico técnico-científico incorporado à sociedade e à cultura modula comportamentos que não contribuem para recuperar a capacidade dos indivíduos e ignora os sinais de declínio físico e funcional, na medida em que classifica tais sinais como “naturais da idade”.

Em Bambuí, no campo de fala dos participantes da pesquisa diversos significados e maneiras específicas de conceber o saber biomédico e a forma como este saber define a velhice foram identificados na reprodução da fala de médicos; na referência a medicamentos e doenças; na relação de causalidade entre patologias e hábitos de vida com as condições de saúde e de existência; no relato de práticas concretas,

como a utilização dos serviços de saúde e a realização de tratamentos, consultas, exames complementares, cirurgias, internações e outros procedimentos.

Após várias leituras e de um olhar específico e cuidadoso sobre as entrevistas, foram identificadas quatro categorias analíticas de significados associados ao saber biomédico: a valorização da biomedicina, a culpabilização dos indivíduos, a naturalização das doenças na velhice e os recursos e ações. Esses recortes foram julgados significativos, pois representam o sentido das ideias dos sujeitos pesquisados. Em cada categoria de significado foram discriminadas várias subcategorias analíticas de acordo com os signos percebidos e associados pelos sujeitos às suas percepções de saúde e doença.

Dentre os significados observados associados ao saber biomédico, depreendeu-se das falas dos idosos que:

- O saber biomédico e suas prescrições são muito valorizados;
- A palavra do médico não é questionada;
- A especialidade médica, a tecnologia e a complexidade dos exames crescem em importância diagnóstica e prognóstica;
- A condição de vida na velhice decorre da idade, das escolhas e circunstâncias, mas ninguém questiona quem determina as escolhas/circunstâncias da vida;
- O saber biomédico reforça a ideia de que a velhice é uma doença;
- Diante da velhice-doença a Medicina não propõe alternativas;
- A fé religiosa traz à cena “o grande médico que é Deus” e, abaixo de Deus, o profissional médico e seus remédios;
- O termo incapacidade na forma como é apresentado pelo saber biomédico não aparece em nenhuma das falas dos entrevistados. Para eles os signos que remetem a uma condição de incapacidade são “dar trabalho” e o medo de depender de outrem.

5.1 A Valorização da Biomedicina

Confirmando a literatura⁵¹, no campo de fala dos entrevistados, o saber biomédico é muito valorizado pelos idosos, especialmente na figura do médico, reconhecido como sua principal autoridade. Um idoso relata a sua confiança neste profissional:

"Tem um médico que é conhecido, então eu tenho aquela confiança de conversar com ele. Que nem eu falei pra ele: 'eu quero consultar com o senhor. Eu quero, eu quero que o senhor, o senhor achar, o senhor me esclarecer, que eu acho que é bom saber o quê que tá acontecendo.'"
(H7, 84 anos, casado)

Mesmo quando o diagnóstico ou a prescrição são insatisfatórios, a imagem deste profissional é preservada e sua conduta permanece inquestionável, pois a argumentação de natureza biológica, ou seja, a doença, é incorporada à subjetividade da pessoa idosa para justificar a sua condição, como mostra a fala de uma das entrevistadas:

"Mas os médico é bom, boba, porque a doença mesmo é que não sai."
(M24, 86 anos, viúva)

Na velhice, diante da alta prevalência de condições crônicas, a dependência da intervenção médica torna-se ainda mais evidente:

"Uai, hoje eu tava falando com a menina: minha perna melhorou, que eu não tava aguentando nem fazer assim com ela não, ó. O comprimido que eu tomei. Eu não posso ficar sem remédio... Aí ele foi e passou pra mim um remédio pra inflamações e esse inflamatório foi uma beleza! É esse que eu tomo até hoje. Não fico sem ele, não." (M22, 77 anos, solteira)

Em Bambuí, além da prescrição de medicamentos, o saber biomédico também é moralizante e determina comportamentos e normas de conduta que regulam as ações do dia-a-dia dos entrevistados, embora:

a) contrariem a vontade dos sujeitos:

"A minha glicose tá meio alta, sabe? Tenho que fazer umas dietas... É, agora é só deixar de comer um doce, né? Eu gosto de doce, mas a gente tem é que parar, né?" (H47, 69 anos, casado)

b) ignorem as experiências de vida pregressa, impondo-se de maneira autoritária:

Uma senhora mais velha ao ser perguntada se realiza visitas a outras pessoas relata:

"Visita? Eu não saio de casa, não. À missa eu já não vou mais porque a gente tem, o médico mesmo fala: 'não vai, não'." (M35, 93 anos, viúva)

c) não escutem o que a pessoa traz como demanda:

"(...) a gente não precisa falar muita coisa que eles já tão dando a receita (...)" (M55, 86 anos, casada)

De acordo com a prática biomédica vigente, haveria uma normatização vertical, em que o médico aparece como detentor absoluto do conhecimento científico e o paciente como ser sem autonomia, examinado e compreendido de forma fragmentada⁸. Nessa relação, o comportamento do paciente frente ao médico, é comentado por Le Breton⁷:

"O doente se doa então em objeto puro de uma relação técnica, ele renuncia a toda competência pessoal sobre seus males, e a toda vontade de questionar sua significação e sua ressonância em seu tecido relacional." (p. 148)

Assim, no grupo estudado, essa hierarquia é notada quando se reconhece como valor a disciplina do "doente" à prescrição, como pode ser comprovada por uma entrevistada, ao ser perguntada se toma a sua medicação corretamente:

"Tomo tudo direitinho. O médico até falou comigo 'coisa boa é tratar de quem quer melhorar.'" (M10, 72 anos, casada)

Além disso, um dos elementos que reforçam o triunfalismo da medicina no século XX é o desenvolvimento e o domínio da tecnologia pelo saber biomédico, o qual ao oferecer provas concretas da veracidade de seus argumentos, torna-se um importante instrumento de convencimento, e reforça a "ilusão compartilhada" implícita na demanda do paciente e na resposta do médico de que a medicina tudo pode⁷. A

partir disso, os exames complementares assumem grande importância na percepção de saúde dos entrevistados, que passam a considerar sua real condição de saúde como sendo aquela revelada pelos exames, como diz uma idosa:

“As outras coisas eu passei em tudo pra fazer a cirurgia das vistas, né? Fiz, não teve nada nos meus exames que impedia. Quer dizer que tá bom, né? Graças a Deus!” (M19, 83 anos, viúva)

E também esta outra entrevistada:

“Não tenho nada. Esses dias eu fui lá em [outra cidade de médio porte], fiz tudo que é exame, graças a Deus não tenho nada, nem tumor, nem nada.” (M39, 76 anos, viúva)

Até mesmo a subjetividade e a experiência corporal dos indivíduos ficam submissas ao veredicto dos exames, pois é o exame quem fala, como relata esta senhora:

“Ah, a minha saúde, eu quando faço um exame me fala que eu não sinto nada...” (M44, 69 anos, separada)

Tal percepção é ainda reforçada ao constatar que o poder de predição dos exames é muito valorizado pelo médico:

“O doutor F. olhou os meus exames e falou assim: ‘dona M.!’ Ele me chama de M., né? ‘A senhora com 83 anos, esses exames tudo que a senhora fez agora pra fazer cirurgia de vistas, dona M., a senhora tá de parabéns! Não acusou nada nos exames!’” (M19, 83 anos, viúva)

Entretanto, à medida que o poder preditivo dos exames complementares aumenta de forma crescente, o profissional médico se torna do mesmo modo refém dele, uma vez que a qualidade do seu trabalho passa a ser avaliada conforme a utilização e a prescrição desses recursos⁵⁰. Essa concepção pode ser observada no relato desta mulher ao explicar por que prefere consultar em uma cidade vizinha de médio porte a fazê-lo em Bambuí:

“(...) lá tem mais assim mais recurso, né? Parece, sabe, mais exame, aqui é mais difícil. Aqui a gente vai num médico aqui, o médico quando a gente chega lá: ‘o quê que cê tem?’ Pronto e você vai embora. Lá,

não. Eles pedem os exames, olha, tem [um] pra cada coisa.” (M44, 69 anos, separada)

Outros elementos da biomedicina contemporânea bastante considerados pelos sujeitos são a especialização médica, a tecnologia hospitalar e a valorização dos grandes centros urbanos, como relata este idoso ao ser perguntado sobre o que deveria melhorar na assistência médica de Bambuí:

“Eu acho que deveria, que assim, nas especializações médicas deveria ter mais, por exemplo, aqui nós não temos aqui em Bambuí um... médico de pele, como que chama? É... [Dermatologista?] Um dermatologista à altura. A gente, nesse ponto eu acho que falta nas especializações médicas, deveriam ter mais e o hospital também ser um hospital mais bem equipado, você entendeu. O hospital nosso ele é um bom hospital, mas é muito assim, muito precário. Não tem, se você precisar de uma cirurgia que é feita meio a grosso modo, não temos um centro moderno, não temos exames modernos como já tem nos grandes centros e nós temos essas dificuldades pra saúde.” (H18, 65 anos, casado)

Tal opinião é compartilhada por outro senhor:

“Mais especialidade então é melhor. Contratar um médico, aparelho pra médico e tudo, que aqui tudo favorece pra nós aqui. [Se não for assim] Daqui um tempo nós vão sair e procurar um outro lugar longe.” (H29, 65 anos, casado)

Porém, a forma de tratamento do profissional médico também é avaliada. Uma idosa afirma:

“É só marcar e ele (o médico) vem, atende a gente direitinho, é muito educado, trata a gente bem, não maltrata a gente.” (M13, 66 anos, viúva) (grifo nosso)

Assim, fica subentendido que ela já foi maltratada por algum profissional de saúde ou presenciou maus tratos no serviço.

Outra característica do saber biomédico é se apresentar com linguagem e técnicas complicadas, com a intenção de se tornar o grande detentor do conhecimento sobre os processos da vida e sobre o sofrimento e o adoecimento^{17, 52}. Disso decorre uma crescente dependência e submissão ao conhecimento técnico-científico do médico e culmina com a perda da autonomia dos indivíduos. Isso foi observado em Bambuí, onde ao médico é conferida tamanha autoridade que ele pode tutelar a pessoa que consulta, fato confirmado na fala de um idoso:

“(...) foi um dia ele disse: ‘N., eu vou internar você lá no sanatório.’ Mas por que, doutor? ‘Porque você não tem quem te olhe e lá você vai ter tudo e eu sou médico de lá e eu te dou uma olhada diária.’” (H3, 75 anos, casado)

É interessante observar que, em uma cultura local de forte influência religiosa como a de Bambuí, aonde Deus é a referência suprema, o saber biomédico e a intervenção médica se aproximam da ação divina, o que corrobora a literatura¹⁵. A fala de um idoso ilustra essa questão:

“E receitou pra mim, assim... não tava dormindo muito bem, não. Consultei... ‘ah, eu vou receitar um remedinho pra você dormir’. (...) Dormi bem, não senti falta, não acordei, não tive falta de ar e, graças a Deus, não sinto falta de ar hora nenhuma, graças a Deus. (...) Graças a Deus! Abaixo de Deus foi o remedinho dele.” (H7, 84 anos, casado)

Assim, na fala dos idosos de Bambuí, podem-se perceber vários elementos da crítica que Ivan Illich¹⁷ fez à medicina moderna, a partir do conceito de iatrogênese - *iatros* (médico) e *genesis* (origem) – relativo aos malefícios provocados pelo processo de medicalização e que se apresenta em três vertentes: a clínica, a social e a cultural. A iatrogênese clínica refere-se às doenças que o médico causa como, por exemplo, ao prescrever drogas que induzem interações medicamentosas danosas ou aos efeitos maléficos de um exame invasivo no paciente. A iatrogênese social diz respeito ao processo de dependência crescente da população, no caso presente da população idosa, em relação a prescrições médicas, medicações, exames laboratoriais, conhecimento especializado e normas de conduta da medicina, levando à disseminação da ideia do “papel de doente”, em que o sujeito se torna passivo e dependente da autoridade médica. Enquanto para Illich, a iatrogênese cultural seria o

fato de a medicina desacreditar e combater todas as outras formas de lidar com as doenças que não sejam comprovadas pela ciência, o que provoca uma destruição do potencial cultural das pessoas e das comunidades para lidar de forma autônoma com a enfermidade e o sofrimento^{52,53}.

5.2 A Culpabilização do Indivíduo

Em todo o mundo, a compreensão da velhice como fenômeno social tem sofrido modificações profundas desde o último século.

No Brasil, até meados do século XX, a velhice era tratada como uma questão privada, envolvendo apenas o indivíduo e sua família. A partir da segunda metade do último século, algumas políticas públicas passaram a abordar a questão do envelhecimento, especialmente aquelas voltadas à aposentadoria e aos debates quanto aos modos de financiá-la. Mais recentemente, com a difusão do conhecimento sobre a influência dos hábitos de vida na qualidade da saúde, associada a políticas públicas precárias para os cuidados de longo prazo para os idosos, especialmente os idosos mais velhos e incapacitados, observa-se um movimento de reprivatização da velhice⁵⁴. Para Guita Debert⁵⁵:

“Transformar os problemas da velhice em responsabilidade individual é no contexto brasileiro propor a redefinição de políticas públicas muito precárias, é intensificar nossas hierarquias sociais, é, em suma, recusar a solidariedade entre gerações, o que é um fundamento da vida social, da mesma forma que a universalização da aposentadoria é um dos fundamentos dos Estados modernos”.

No entanto, em Bambuí, essa transferência da responsabilidade para o nível individual já acontece e é notada nas entrevistas. Este significado também associado ao saber biomédico atribui a condição atual de saúde, seja ela boa ou ruim, como resultado de hábitos de vida e de circunstâncias passadas ligadas ao contexto sócio-

cultural do indivíduo. O idoso retém, ou mesmo utiliza práticas de cuidado com a saúde, aprendidas em fases anteriores de sua vida com seu grupo étnico⁵⁶.

Neste sentido, ao discutir o modo pelo qual as concepções sobre o corpo e a saúde são reelaboradas nas sociedades ocidentais contemporâneas, Featherstone⁵⁷ afirma que elas remetem a uma cultura do consumidor, segundo a qual o indivíduo assume a responsabilidade pela própria saúde, através da ideia de doenças auto-inflingidas, resultantes de abusos corporais como a bebida, o fumo, a falta de exercícios. Em Bambuí, um idoso confirma que para ter boa longevidade:

“(...) o conselho que eu poderia dar é assim ó: primeiro: não beber, não usar drogas, não fumar e atividade.” (H18, 65 anos, casado)

Contudo, ao atribuir a condição de saúde na velhice aos hábitos decorrentes do “estilo de vida” adotado ao longo de décadas, tem-se a ideia de que se trata de uma escolha deliberada do indivíduo, o que, de certo modo, culpabiliza-o pela condição atual. Assim, a racionalidade médica aborda problemas de ordem socioeconômico-cultural desviando o foco do problema objetivo para aspectos subjetivos do indivíduo⁵⁸.

Esta concepção autopreservacionista do corpo encorajaria os indivíduos a adotarem estratégias instrumentais para combater a deterioração e a decadência (aplaudida pela burocracia estatal, que procura reduzir os custos com a saúde educando o público para evitar a negligência corporal), além de agregar a noção de que o corpo seria um veículo do prazer e da auto-expressão⁵⁷.

Cabe observar que, muitas vezes, a imagem que a pessoa idosa tem de si e da sua situação é bem diferente daquela descrita pela medicina. Em um estudo qualitativo com 10 idosos brasileiros, Jardim *et al*⁵⁹ observaram que os entrevistados vivenciavam o processo de envelhecimento de diferentes formas, relataram a velhice como uma fase de prazer e não foram percebidos sentimentos de rejeição ou de inferioridade. Tal fato, associado a novas representações da velhice observadas em clubes da “terceira idade”, universidades abertas à “terceira idade” e nos veículos de mídia, que mostram pessoas interessadas em descobrir novas identidades, desenvolver novos projetos de vida, estabelecer novos relacionamentos com outras pessoas do mesmo ou de outros grupos etários, com o objetivo de buscar novas

formas de prazer, bem-estar e auto-realização, contrastam com o estereótipo de decadência e pobreza⁶⁰ e reforçam a característica de grande heterogeneidade desse grupo.

Ao contrário de uma velhice focada na aparência e na estética do corpo, no presente estudo, as práticas defendidas pela sociedade ocidental e pelo saber biomédico foram identificadas nas falas dos idosos, porém nenhum deles trata o corpo como expressão ou veículo do prazer ou ainda a velhice como etapa de aprendizagem. Questões de ordem estética não foram abordadas pelos idosos entrevistados.

Para eles o corpo é compreendido como ferramenta de trabalho e de sobrevivência, conforme se observa no campo de fala de uma idosa, ao narrar a evolução das doenças e da incapacidade ao longo de sua vida, apresentando-se como primeira pessoa no lugar de protagonista de seu estado de adoecimento:

"Muitos anos que eu ando assim, doente. Primeiro eu fiquei, fiquei de cama um ano. E... com diabetes. Depois tive internada em Belo Horizonte. Fiquei, fiquei lá e vim embora. Aí eu fui pelejando. Fiz muito regime e sarei do diabetes, mas atacou as vistas. Eu quase não enxergo. Depois veio, eu passei a andar, assim, escorando, escorando. Aí eu pegava, eu não dava conta nem de levantar. Eu peguei a escorar, escorar, aí peguei a andar escorada na manguara, com pouco prazer, mas tive isso ne mim. Tava trabalhando, tava panhando café. Aí me inchou os braços, as mão de repente. ... Aí eu fiquei pelejando. Depois eu enrolei as mãos de repente e foi rápido, não demorou nada. Quando eu vi já tava tudo enrolada. Aí eu pelejei, pelejei, não teve jeito, não. Tomava remédio, tomei o remédio, o remédio me acabou comigo, acabou com a minha boca tudo..." (M8, 83 anos, viúva)

Esse relato calcado na vida, no trabalho braçal e na impotência diante da situação diverge frontalmente do formato previsível e controlado da vida proposto pelo modelo biomédico que parece ignorar que o "estilo de vida" do sujeito, muitas vezes, é o único modo possível de sobrevivência dentro de determinado contexto social⁶¹.

Outro senhor encontra na vida laboral a justificativa para sua condição de saúde na velhice, mas assume a culpa e responsabiliza a própria ignorância pelo comportamento de risco:

"Eu fiquei nas condições que eu tô aqui agora por ignorância minha mesmo. No tempo que eu era novo, tinha saúde, graças a Deus, o peso que era pra dois eu queria pegar sozinho e muitas das vezes eu peguei." (H7, 84 anos, casado)

Semelhante culpabilização está presente no registro da fala de um profissional médico, o qual apontou como causalidade das doenças de um senhor os excessos cometidos no passado:

"Às vezes que eu fui consultar em Belo Horizonte o médico falou: 'ah, essas coisas assim é que quando você era novo você obrigou muito a trabalhar, sabe?' Aí a gente fica mais coisa assim, né?" (H20, 69 anos, solteiro)

Ademais, aspectos psicológicos e da personalidade também são associados à responsabilização do indivíduo pela qualidade da saúde na velhice, como afirma um idoso sobre o seu segredo para se chegar bem aos 68 anos:

"O meu maior segredo é não guardar, não guardar rancor. É o principal. Sou nervoso demais. Eu brigo fácil, fácil, mas depois também eu vou lá e peço desculpas. (risos)" (H56, 68 anos, casado)

Enquanto outro homem enaltece o saber biomédico ao incluir a prática de ir ao médico e tomar remédios como medida necessária para melhorar a saúde:

"(...) eu acredito que ir no médico, tomar um remédio, para ver se controla, eu acredito que é isso. Eu acredito que eu tinha que parar um bocado de trabalhar, tomar mais remédio para ver se Deus ajuda, se conserva." (H3, 75 anos, casado)

Porém, a ideia de velhice como encargo individual foi, a tal ponto culturalmente assimilada, que outra senhora chega a anistiar Deus de qualquer responsabilidade sobre o processo dela de velhice com doenças, quando afirma no seu relato:

"O médico fala que eu constipei os ossos. Ah, gente... não é Deus que faz isso, não. Deus não faz nada ruim pra gente... Ah, eu acho que eu mesma sou culpada... Ah, porque eu trabalhava direto. Eu trabalhei 11 anos sem falhar um dia." (M8, 83 anos, viúva)

Ao explicar sobre a assistência à saúde, ela demonstra descrença e insiste na sua culpa:

"Ah, uniu o SUS com os outros tudo, né, mas eu agora quase não tô consultando, não. Eu acho que não tá adiantando mais não, agora não adianta remédio mais. Adianta assim, se eu tivesse cuidado mais tempo, né? Se eu tivesse cuidado mais tempo, antes de ficar do jeito que eu tô, tinha mais. Depois, ele [o marido] morreu. Eu trabalhando, trabalhando. Aí que dobrou mais, que tinha que trabalhar, né? Mas é onde eu falo que eu culpo eu mesma, né, que Deus não é não." (M8, 83 anos, viúva)

Portanto, os signos, significados e ações presentes nas falas dos entrevistados apontam a necessidade de ampliar os determinantes da condição de vida na velhice para além da noção de escolhas pessoais. Cabe considerar outros fatores intrínsecos, situacionais, de história de vida e macro-estruturais, como afirma Neri⁶² para quem a noção de que a boa longevidade seja uma questão de responsabilidade individual exime as instituições sociais de seus deveres para com os idosos. Para essa autora uma velhice saudável depende dos investimentos em saúde e em educação ao longo de toda a vida, cabendo ao Governo, à Escola, e às profissões estabelecer as bases para um desenvolvimento bem-sucedido para todos os cidadãos.

5.3 A Naturalização das Doenças na Velhice

Em Bambuí, nas falas dos idosos não se concebe a velhice sem doenças e sem a perda da saúde, como demonstra um idoso de forma contundente:

"Só o que não tá bom é a velhice. Porque a velhice é doentia. Há um ditado que fala assim: senectus esculopus: a velhice é doentia. E é."
(H15, 79 anos, casado)

Esse senhor refere-se ao breviário latino *"ipsa senectus morbus"* que quer dizer *"a marca da velhice é a doença"*, sentido que foi registrado por Sêneca como *"senectus insanabilis morbus est"* e cuja tradução seria *"a velhice é uma doença incurável"* ou como imortalizado por Terêncio *"senectus ipsa morbus est"* traduzido como *"a velhice é ela mesma uma doença"*.

A sociedade ocidental repercute essa visão milenar da velhice que estabelece uma imagem negativa da pessoa idosa e representa a experiência do envelhecimento como inexorável tragédia pessoal, irreversível e irremediável. Nessa perspectiva dialética a experiência corporal do idoso se transforma em uma experiência social e é reforçada pela ciência biológica que define a velhice como uma degeneração orgânica irreversível e irremediável, fadada ao declínio das funções e das reservas fisiológicas e à morte⁶³. Um senhor aponta a velhice como responsável pelo declínio de sua saúde:

"Minha saúde tá cada vez pior... porque a veieza justamente atrapalha, né?" (H9, 74 anos, casado)

Em outro estudo qualitativo, realizado na cidade de Campinas, Garcia *et al* também observaram que os idosos daquela cidade têm a concepção de velhice como perda ou incapacidade e que as enfermidades são consideradas distúrbios próprios da idade e não passíveis de tratamento⁶⁴.

É importante observar que o saber biomédico produz o argumento científico da senilidade – conceito que nomeia o envelhecimento patológico, ou seja envelhecer com doenças – o qual ecoa entre os entrevistados na forma da aceitação de sintomas e doenças, bem como da maior vulnerabilidade orgânica⁶⁵. Pode-se dizer que o mesmo conceito é reproduzido pelo profissional médico, internalizado pelo idoso e pela cultura local, e se revela na compreensão de todos esses atores que correlacionam a velhice e as doenças como consequências naturais e inerentes à idade avançada, conforme observado na narrativa deste senhor:

"É coluna. Eu tenho artrose, bico de papagaio e desgaste. Tem três coisas, só pela idade, né? Tá doendo por causa já é mais minha idade."
(H47, 69 anos, casado)

Ressalte-se que o signo "bico de papagaio" advém da assimilação pelos idosos da interpretação das imagens radiológicas sugestivas de alterações degenerativas da coluna que se assemelham à forma de bico de papagaio e são atribuídas a desgastes e à artrose. Portanto, ao falar de "bico de papagaio" o sujeito demonstra ter assimilado o saber biomédico e nele justifica sua dor e sua impotência.

Assim, os códigos da cultura que configuram o saber biomédico são reproduzidos e se sustentam na relação com o saber popular, como pode ser percebido na narrativa de um idoso ao reproduzir a fala do seu médico:

"(...) [o médico] só falou comigo assim: 'o senhor não preocupa muito não, caça um jeito de ficar mais despreocupado, repouso, isso maior que você sente agora é idade. Essa idade da gente aparece uma coisinha aqui, aparece outra por lá, o senhor não tem que preocupar, não.'" (H7, 84 anos, casado)

Em Bambuí, foi realizado um estudo⁶⁶ no qual foi percebido que o olhar do outro sobre a velhice era carregado desse negativismo que o profissional expressa. Tal olhar corrobora com o processo de naturalização e homogeneização da velhice e simultaneamente mantém e reforça os estereótipos transmitidos pela cultura. Porém, a recomendação médica de inatividade e repouso tende a agravar as doenças, acelerar o processo de envelhecimento e marcar esse momento da vida por sentimentos de inferioridade e desgosto⁶⁷, retroalimentando este ciclo vicioso fundado em crenças e comportamentos que adoecem a velhice.

A associação entre doença e velhice é tão forte que, se uma pessoa tiver boa saúde e boa capacidade funcional, ela pode não ser considerada velha, ainda que esteja em idade avançada, conforme narra essa senhora, viúva pela segunda vez, ao ser perguntada sobre como reconheceria uma pessoa velha:

"Eu acho que não tem idade pra falar aquela pessoa tá velha, não. Ela tendo saúde, ela não pensa que tá velha, não. Por exemplo, se ela sentir bem, se ela come bem, se ela dorme bem, se ela anda, se ela

conversa com todo mundo, ela tá disposta pra tudo... Agora assim, eu acho que a pessoa tendo essa disposição, não (tem) velhice, não. Não tem velhice, que eu casei com o meu segundo marido, ele já tava com sessenta e muitos anos também. Nós viveu 18 anos. Ele morreu com 88 anos. Ele nunca foi assim, de ficar cabisbaixo e morreu. Adoeceu e num instantinho morreu. [Morreu sem ficar velho?] Morreu sem ficar velho..."
(M5, 77 anos, viúva)

Com os avanços tecnológicos e científicos e com o sucesso no controle de epidemias e na cura de doenças infecciosas no último século, a visão curativa da medicina se fortaleceu, assim como a falsa crença na sua infalibilidade⁹. Tal crença, associada à ideia de que a idade avançada seja ela própria a causadora das doenças dos velhos, atribui à velhice a incurabilidade dos problemas crônicos de saúde e não reconhece nem deixa transparecer a impotência da medicina em lidar com eles, como se pode perceber no relato desta senhora ao reproduzir o que um médico lhe disse:

"O médico falou que isso, o doutor A., meu médico lá de Belo Horizonte, ele falou que eu constipei os ossos. Agora não tem jeito, não. Não tem jeito de curar osso, o médico não cura. Não tem jeito. É igual lenha. Lenha secou, complica, né?" (M8, 83 anos, viúva)

Essa impotência do médico em lidar com deficiências crônicas que requerem cuidados permanentes e o fato de esse profissional ser treinado para interceder em casos agudos talvez explique a orientação recebida por um dos entrevistados:

"Vou ao médico diário sô, meu Doutor é o X, né? X que é médico meu, aí dá aquela perrengada ele arranja aquele remédio e fala: 'Cê leva esse e vai tomando, acaba uma receita e pega outra e, na hora que piorar mais, cê volta.'" (H23, 82 anos, casado) (grifo nosso)

Portanto, o saber biomédico não propõe alternativas à velhice-doença, o que é tacitamente aceito por parte dos idosos, sem quaisquer resistências ou questionamentos. Essa questão é ilustrada pela fala de um homem:

"É meio sem recurso, porque a coluna não sara; cuidando a tempo, conserva; conforme a vez que dá, melhora; mas sarar não sara, não..."

Agora é convencer como que tá, repouso, ficar quietinho e usar os remedinhos. É isso aí.” (H7, 84 anos, casado)

A compreensão da velhice como um tempo que exige resignação e desistência diante de perdas inexoráveis atribuídas à idade corrobora a percepção dos idosos entrevistados e aquela contida nas falas dos médicos que eles registram. Porém isso reforça a expectativa de perda gradual da capacidade vital e conseqüentemente gera na pessoa idosa o medo da dependência, da incapacidade, dos enfrentamentos decorrentes de doenças, em especial das crônico-degenerativas, e da própria morte⁵⁶. Nas falas transparece o medo de que as coisas piorem, a ponto de depender de terceiros, presente na fala de um dos entrevistados, ao ser perguntado se tem medo de que algo possa lhe acontecer no futuro:

“É só ficar inválido.” (H30, 76 anos, solteiro)

Indagado sobre o porquê do medo, ele esclarece:

“Ah, porque sofre, né? Sofre. E o sofrimento nunca é bom, né?” (H30, 76 anos, solteiro)

Quando perguntado sobre o que acha ser mais difícil - ficar sem fazer uma coisa ou precisar de alguém – ele pondera:

“Ah, isso, todos os dois é ruim. A gente não dar conta de fazer e precisar dos outros.” (H30, 76 anos, solteiro)

Assim, o medo dessa restrição da independência funcional chega a ser maior até do que o medo de morrer, como explicitado na fala dessa entrevistada:

“Não, eu falo assim: a morte de repente, é muito melhor do que ficar na cama pensando, não é? (...) Ah, eu penso que é ruim, ficar dependendo, depende dos outros demais, né? Não pode fazer nada. Não é fácil, não!” (M14, 88 anos, viúva)

A mesma opinião é compartilhada por um senhor idoso:

“Eu não tenho medo da morte não, se falar assim: vai morrer amanhã, não tem problema. Eu tenho medo é de, por exemplo, eu sou assim, um pouco agitado, se eu cair numa cama e não puder andar, um trem

assim, aí eu tenho medo, de ficar dando trabalho pros outros, ficar pela mão dos outros. Aí é preferível que a gente morresse. (risos)" (H18, 65 anos, casado)

Uma viúva em seu relato teme a incapacidade e as mutilações que podem advir das doenças:

"Agora o que eu tô com medo é esses trem for me entavando e eu parar de caminhar e ir para uma cama. É isso aí o que eu mais tô com medo. É disso. Igual muita gente. Estas doenças acaba cortando a perna, braço. Isso daí a gente tem medo. Ah que não é fácil. Cê vê, a gente nasce perfeito e morre aleijado?!" (M24, 86 anos, viúva)

É impressionante constatar como o determinismo biológico da medicina, que associa a velhice a doenças, o seu caráter mecanicista, que compara o corpo a uma máquina, e o seu caráter generalizante, com a pretensão de determinar leis gerais, que trata a velhice como um fato homogêneo e olha para os idosos como se todos fossem iguais⁶⁸, são incorporados pela cultura e internalizados pelos participantes da pesquisa. Através de suas falas, eles demonstram que também os médicos e outros profissionais de saúde trazem esse conceito incorporado e reforçam-no junto aos idosos. Vale lembrar que, além da formação técnico-científica que esses profissionais recebem, eles também são integrantes da mesma sociedade e portadores/transmissores da mesma cultura que a população idosa representada no estudo. Tudo isso contribui para a sedimentação do estereótipo de que a velhice é naturalmente doentia e, por ser o envelhecimento um processo inexorável, progressivo e irreversível, não há muito que se fazer a não ser esperar ("*fazer repouso*", "*ficar quietinho*"). Com isso, o sentimento de impotência e o temor diante da possibilidade de uma dependência futura se tornam inevitáveis e negar a velhice transforma-se em um meio possível de continuar a ser socialmente aceito.

5.4 Os Recursos e Ações

O quarto tema que trata dos recursos e ações resulta da interação entre as três categorias anteriores: a valorização da biomedicina - a medicalização da vida; a

culpabilização do indivíduo pela sua condição de saúde na velhice e a naturalização das doenças e limitações justificadas pela idade; que repercutem no pensamento e nas atitudes dos idosos e da sociedade.

Uma das maneiras de agir é a aceitação daquilo que é preconizado pelo saber biomédico para lidar com doenças crônicas e incuráveis, como relata esta senhora que reconhece o benefício da consulta a especialista e do uso contínuo de medicamentos para tratar diferentes problemas de saúde:

"Eu tenho Chagas, eu tenho é... essa tremura, Parkinson... Eu trato com um neurologista de (uma cidade próxima). Ele falou pra mim: 'ó dona M., não tem cura, mas tem melhora, melhora. Se a senhora tomar os remedinhos direito e todos os remédios que eu tô receitando a senhora vai melhorando.' Na verdade, eu tô melhorando, alivia demais." (M51, 70 anos, viúva)

Por sua vez, é interessante observar que em relação às práticas de saúde e ao controle de doenças, o saber biomédico pode divergir dos modos de pensar e agir dos entrevistados, como é o caso de uma idosa que rejeita a medicação, pela crença na capacidade de reação do organismo:

"Eu acho que, eu não gosto também, por exemplo, se eu tenho alguma dorzinha de cabeça, eu não tomo comprimido, não... Porque pelo o que eu sei, que o próprio organismo ele já reage, né? (...) Reage sozinho, já não precisa. É caso de tolerar um pouquinho." (M38, 69 anos, solteira)

Essa divergência pode ser compreendida a partir da complexidade de interações que envolvem o conhecimento humano. Outra entrevistada, ao falar sobre a vizinha jovem que fazia caminhada e faleceu, mostra que, por vezes, a experiência pessoal fala mais alto e desafia os decretos da medicina:

"Eu não ando mais, eu andava, fazia caminhada, depois que a D. morreu eu falei assim: eu velha, tô aguentando os trancos e os barrancos tudo, passa apertado e tô passando e menina novinha morreu, eu não vou ficar fazendo caminhada, não! [Por quê? Ela morreu como?] De aneurisma fulminante. Morreu na hora. Aí eu larguei de fazer caminhada." (M5, 77 anos, viúva)

Por sua vez, um senhor encontrou uma estratégia para ignorar este prognóstico fatal que admite como natural a presença de enfermidades e de limitações na idade avançada: ele se considera “diferente” porque prefere não consultar o médico por qualquer motivo para não se deparar com os problemas inevitáveis da velhice:

“Eu fico assim, eu sou uma pessoa diferente, eu não fico procurando. É igual você pegar um carro, um carro velho. Se você for com ele pro mecânico todo dia, você acha defeito pra ele todo dia, você entendeu. Aí você vai convivendo com um barulhinho, você vai lá, um barulhinho... Você vai convivendo. Porque se você começar levar ele pro mecânico num primeiro barulhinho, aquilo lá às vezes tá tudo bão, você pensa assim: tem um barulhinho aí. Tira esse barulhinho e aparece um outro barulhinho.” (H18, 65 anos, casado)

Essa atitude de resistência reconhece o pensamento cartesiano e mecanicista fundante do saber biomédico que compreende a velhice como uma equação matemática, na qual o “corpo velho = máquina defeituosa”, ou seja, o sintoma representa o defeito que o idoso nomeia como “*barulhinho*”. Porém, ao incorporar a visão mecanicista da biomedicina, admite-se a visão do corpo velho como uma máquina desgastada no qual, portanto, defeitos/doenças são mais do que naturais e esperados, e, para os quais, a “oficina” da ciência biomédica não oferece “conserto”, reforçando a compreensão de que “*a velhice é doentia*” por si.

Desse modo, apesar de todo avanço científico e tecnológico, a biomedicina não apresenta respostas satisfatórias para muitos problemas, o que abre espaço para o retorno a práticas populares. Apesar da abrangência do saber biomédico, culturalmente, esse saber não é o único modo de conceber as questões de saúde. Além do conhecimento técnico científico valorizado socialmente, a cultura também incorpora o saber popular e informal acumulado ao longo de gerações, que é influenciado por laços de família, amizade ou vizinhança ou pelo pertencimento a grupos religiosos ou profissionais. Todos estes saberes estão sobrepostos e interligados na assistência à saúde⁶⁹. Embora o saber popular não tenha aparecido nas correlações entre velhice e saúde dos entrevistados, ele surge quando se fala nas práticas concretas de saúde, fazendo parte do dia a dia das pessoas. Por exemplo, esta participante admite:

"(...) então eu fui olhar um negócio do Lúpus, e tava falando as plantas que pode usar pra combater, que ela é incurável, né, mas as plantas ajudam a controlar, inclusive a cavalinha. Eu gosto." (M38, 69 anos, solteira)

Assim, é altamente questionável que os profissionais de saúde ignorem esta opção ao avaliarem o resultado das intervenções prescritas.

Porém, com quais recursos a pessoa idosa conta para lidar quando o corpo velho dói? Cabe reconhecer que o capítulo referente à dor e ao corpo envelhecido mereceria muitas considerações que ultrapassam o escopo do presente trabalho, mas o trecho a seguir extraído da fala de um homem idoso ilustra essa situação, na qual ele ri de sua tragédia, enquanto admite uma vez mais que ninguém tem culpa da sua dor:

"A gente fica quietinho assim com as dores toda, mas ninguém tem culpa, né? (risos) Ninguém tem culpa." (H43, 62 anos, união estável)

Assim, o recurso que ele mesmo defende é pelejar e aprender a conviver com a dor e as doenças:

"Então a gente tem que aprender a viver com as doenças. Então, pelo longo, pelo longo tempo que eu venho sobrevivendo com essa doença, venho pelejando..." (H43, 62 anos, união estável)

Ao descrever o local da dor, ele afirma:

"Eu sinto muita dor na coluna cervical, isso embaixo da coluna. A única parte minha que eu não sinto dor ainda é nas mãos. Nos ombros, perna, lombo, eu não dou conta nem de levar a mão na cabeça. Aí eu vou suportando, aí vou levando uma vida razoável..." (H43, 62 anos, união estável).

Se este senhor já assimilou a nomenclatura anatômica ao se referir ao pescoço como coluna cervical, quando admite que também dói no "lombo", ele utiliza em si o nome conhecido no meio rural de Minas Gerais para o dorso de animais.

Diante da falta de perspectiva de melhora pela medicina, resta-lhe a resignação para suportar a situação e ir "*levando uma vida razoável*", sem ousar questionar o que seja

uma vida razoável. Talvez ele admita sua condição como razoável a partir da vivência de toda a vida, na qual sobreviver às condições de vida já representasse a prova máxima da sua resistência. Além disso, diante de uma dor que não pode ser vencida, o jeito é apelar para a razão para aprender a conviver com ela e seguir “*pelejando*”.

O saber biomédico, na perspectiva da visão curativa, ao não ser capaz de apresentar possibilidades de cura para os problemas crônicos de saúde e as suas mazelas, atribui à velhice a natureza da incurabilidade e não reconhece outros tipos de abordagem. Com isso, o que se observa é que, nas falas e prescrições dos profissionais médicos reproduzidas nas falas dos idosos, ao invés da incorporação do cuidado e da noção de finitude, prevalece um discurso e a prática fatalista de profissionais que se limitam a recomendar repouso (com o intuito de “poupar a máquina”), paciência e resignação diante de uma vida dolorosa e “*razoável*”, demonstrando sua omissão e impotência em frases do tipo “*isso é coisa da idade*” ou “*na hora que piorar mais, cê volta*” ou ainda proibindo os velhos de saírem de casa até para ir à missa, por exemplo. Ou seja, insiste em um modelo de assistência que não atende plenamente a pessoa idosa.

Assim, para compreender os comportamentos assumidos pelos idosos diante da condição de saúde atual e da explicação dada pelo saber biomédico – ou a falta dela – pelo menos duas visões podem nos auxiliar: a de Morin³⁸ e a de Foucault⁷⁰. Segundo Morin, por menor que seja o conhecimento, ele comporta elementos biológicos, cognitivos, culturais, sociais e históricos que interagem de forma variável e complexa, estabelecendo relações simultaneamente complementares, concorrentes e antagônicas. Essa complexidade permite compreender a possibilidade de autonomia relativa do indivíduo em relação às normas sociais e culturais³⁸. Enquanto Foucault oferece como explicação o que denominou “*formas de resistência subjetiva*” em que, nas relações de poder, são criadas novas possibilidades de subjetividade e de ações⁷⁰ que permitem que o indivíduo estabeleça uma determinada relação consigo mesmo e com os outros⁷¹.

Por fim, a fé religiosa aparece como estratégia de enfrentamento para os problemas insolúveis que confrontam o limite do saber médico. A religiosidade explica a vida, atribuindo significados aos fatos⁷² e dando-lhe contornos de sentido que confortam os sujeitos. A religiosidade presente no campo de fala dos idosos entrevistados sugere que suas crenças e tradições religiosas ajudam a explicar e a enfrentar o sofrimento

experimentado por eles, como demonstra essa viúva ao ser questionada sobre o que poderia fazer para melhorar a saúde:

“Ah, isso aí é só Deus! (Só Deus?) Só Deus, mais nada! Sem Deus não é mais nada!” (M4, 81 anos, viúva)

A religiosidade é um quadro de referência pessoal importante para a maioria dos idosos da presente pesquisa, considerando que os comportamentos religiosos são bastante frequentes na idade avançada⁷³. Isso se revela na sua maneira de pensar a vida e experimentar o cotidiano, sendo evidenciado na cultura pelos signos que sustentam coletivamente o seu discurso religioso. Especialmente nesta comunidade com forte influência católica, a religiosidade guarda um tom de fatalismo diante da situação que não admite alternativas⁴⁹, revelado na passividade e em ações de conformismo que também tendem a naturalizar o processo de envelhecimento com a incapacidade. A síntese dessa compreensão estaria na anistia ao divino, uma vez que Deus “não tem culpa” da condição em que vivenciam a velhice.

Para Geertz⁴⁸ o discurso cultural denota um padrão de significados construídos e transmitido historicamente onde se desenvolve e perpetua o conhecimento e as maneiras de atuar na vida. Assim, os idosos bambuienses têm no saber proporcionado pelo enfrentamento religioso o conforto e a esperança para lidar com o contexto sociocultural em que envelhecem:

[Se pudesse dar um conselho] “... Uai, Deus ajudando pode ir até no 100, né? (...) Deus querendo, né? (...) [Referindo-se a se precisa fazer alguma coisa pra estar bom] Uai... aí é os mistérios de Deus que ajuda, né? (...) [Ref. por que não quer dar trabalho] Ah, não... Deus me ajudando... Deus me ajudando e dando força tá bom! Deus e Nossa Senhora da Aparecida ajudando tá bom.” (H26, 85 anos, viúvo)

A representação do saber biomédico e o saber religioso encontram-se como dois poderosos códigos da cultura local que reafirmam o poder que têm sobre a vida. E ir na direção desse saber é a garantia da salvação, se não na vida real e no tempo presente, na fé em uma vida eterna que livra quem crê de forma definitiva do sofrimento e das penas de hoje, como afirma esta senhora:

“(...) ir no médico, rezar bastante também. (risos). Nosso médico melhor é aquele lá (aponta para o céu).” (M1, 89 anos, Viúva)

Ao reconhecer Deus como médico melhor do que os homens, talvez ela queira relembrar ao ser humano médico sua condição de falibilidade e de imperfeição, que o saber biomédico tanto se esforça por minimizar.

6 Conclusões

O presente estudo demonstrou que, em muitos de seus aspectos, o saber biomédico é apreendido pelos idosos de Bambuí, impregna o campo de fala deles, influencia a percepção da relação saúde, doença e incapacidade e possibilita a reinterpretação do cotidiano da vida a partir de suas condições de saúde/doença.

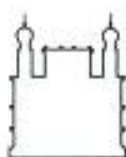
Nesse sentido, verifica-se que as várias práticas e normas do saber biomédico foram assimiladas, sendo que, apesar de toda a sua racionalidade, sua influência direciona-se não apenas às práticas objetivas de saúde, mas igualmente à subjetividade das pessoas em relação ao corpo e à vida. Porém a dimensão funcional da saúde e a incapacidade não estão presentes nas falas dos entrevistados nem nas dos profissionais médicos que eles registraram. Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, a ausência do signo incapacidade como veiculado pelo saber biomédico é extremamente relevante e o seu significado precisa ser mais bem elucidado. De acordo com as falas dos idosos bambuienses, o saber biomédico expresso não nomeia, não trata, não cuida e não compensa as incapacidades que as pessoas idosas apresentam.

O saber biomédico reproduzido no campo de fala dos idosos reconhece as doenças e a incapacidade como signos da velhice. Ao fazê-lo, ele exclui a dimensão funcional do conceito de saúde e se mostra iatrogênico, pois impede que a pessoa seja cuidada na sua plenitude durante o processo de envelhecimento. Portanto o saber da biomedicina medicaliza, mas não cuida, prescreve, mas não conforta, culpabiliza, mas não ajuda. Todas essas atitudes demonstram o quanto a morte, a incapacidade e a velhice são reveladoras contumazes da impotência do saber biomédico diante dessa velha “máquina defeituosa” que, apesar de todo o poder tecnológico e das descobertas genéticas, moleculares e até atômicas, se mantém fiel à condição humana de finitude e de imperfeição.

Diante do saber biomédico percebido, restam ao idoso de Bambuí a passividade e o conformismo de ir *“levando uma vida razoável”*, além do temor da incapacidade e da dependência. Na sua ação cotidiana, esses idosos, mesmo sem o aval médico, procuram práticas alternativas como o uso de plantas medicinais. Outros preferem não consultar para não descobrir mais “defeitos na máquina”. Ainda assim, sempre resta a crença na fé religiosa de que Deus os livre desse destino que eles, por ignorância ou culpa, construíram para si, uma vez que Deus não lhes deseja o pior e não tem culpa pela condição de hoje, de ontem ou de amanhã.

Enquanto isso não acontece, a pessoa idosa reproduz a naturalização das doenças e a sua própria culpabilização, pois não aprende – nem lhe são prescritas - outras maneiras de cuidar de si, restando-lhe apenas seguir os conselhos de aguardar, aquietar-se, pelear, sem procurar falhas nesta “máquina velha”, e mesmo com “*dor no lombo*”, “*na coluna cervical*”, e com “*bico de papagaio*”, ir “*levando uma vida razoável*”; ou ainda, “*na hora que piorar mais*” pode voltar ao médico e apanhar outra receita, “*sem precisar falar muita coisa*”.

7.1 Anexo I - Carta de Aprovação N.º 02/2010 - CEP / CPqRR



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisa René Rachou

Comitê de Ética



CARTA DE APROVAÇÃO Nº 02/2010 – CEP / CPqRR

Protocolo CEP - CPqRR n.º: 29/2009

Projeto de Pesquisa: "ABORDAGEM ANTROPOLÓGICA DA DINÂMICA DA FUNCIONALIDADE EM IDOSOS". Grupo III.

Pesquisador Responsável: Josélia Oliveira Araújo Firmo

Instituição: Centro de Pesquisa René Rachou

CAAE: 0028.0.245.000-09

Ao se proceder à análise o protocolo em questão, constatou-se que o estudo atende aos aspectos fundamentais da Resolução CNS 196/96, sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos.

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo Seres Humanos do Centro de Pesquisa René Rachou / FIOCRUZ, de acordo com as atribuições da Resolução 196/96 CNS / CONEP, manifesta-se pela homologação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: PROJETO APROVADO.

Firma-se diante deste documento a necessidade de serem apresentados os relatórios:

- Parcial 01: Março 2011;
- Parcial 02: Março 2012;
- Final: Março 2013.

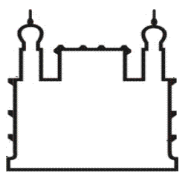
Bem como a notificação de eventos adversos, de emendas ou modificações no protocolo para apreciação do CEP.

Belo Horizonte, 02 de fevereiro de 2009.




João Carlos Pinto Dias
Coordenador do CEP/SH-CPqRR

7.2 Anexo II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisa René Rachou

Comitê de Ética

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar da pesquisa: ABORDAGEM ANTROPOLÓGICA DA DINÂMICA DA FUNCIONALIDADE EM IDOSOS. Você foi selecionado para participar da pesquisa e o critério que usado foi sua capacidade de responder às perguntas. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador, com a Equipe do Programa de Saúde da Família e nem com o Centro de Pesquisa René Rachou.

Os objetivos deste estudo são investigar a sua auto-avaliação de saúde, o que significa incapacidade para você; e, para você, o que pode auxiliar o idoso a enfrentar essa dificuldade.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em: responder às perguntas que sob seu consentimento serão gravadas. Após as gravações, as fitas e/ou os arquivos ficarão em armário próprio em Belo Horizonte ou em um computador pessoal com acesso restrito. Ao final do estudo, as fitas serão destruídas.

Essa pesquisa não implicará em riscos relacionados à sua participação. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação (você será reconhecido não pelo nome e sim pelo número da visita, exemplo: caso você seja a terceira pessoa a ser entrevistada, antes das gravações será dito "Entrevista da participante 3" cadastrado no PSF X). Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal e do CEP – CPqRR, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Nome e assinatura do pesquisador

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Sujeito da pesquisa

7.3 Anexo III - Dados Demográficos e Codificação dos Idosos Entrevistados

7.3a Tabela 1 – Dados demográficos e codificação entrevistados 1 a 15

Dados Demográficos e Códigos dos Entrevistados do Programa Saúde da Família - Cidade de Bambuí					
Nº	Código	Gênero	PSF	Idade	Estado Civil
1	M1	Feminino	1	89 anos	Viúva
2	M2	Feminino	1	63 anos	Casada
3	H3	Masculino	1	75 anos	Casado
4	M4	Feminino	1	81 anos	Viúva
5	M5	Feminino	1	77 anos	Viúva
6	H6	Masculino	1	62 anos	Casado
7	H7	Masculino	3	84 anos	Casado
8	M8	Feminino	3	83 anos	Viúva
9	H9	Masculino	2	74 anos	Casado
10	M10	Feminino	2	72 anos	Casada
11	H11	Masculino	3	69 anos	Casado
12	H12	Masculino	3	70 anos	Solteiro
13	M13	Feminino	3	66 anos	Viúva
14	M14	Feminino	3	88 anos	Viúva
15	H15	Masculino	2	79 anos	Casado

7.3b Tabela 2 – Dados demográficos e codificação entrevistados 16 a 30

Dados Demográficos e Códigos dos Entrevistados do Programa Saúde da Família - Cidade de Bambuí					
Nº	Código	Gênero	PSF	Idade	Estado Civil
16	M16	Feminino	2	96 anos	Viúva
17	M17	Feminino	2	61 anos	Casada
18	H18	Masculino	2	65 anos	Casado
19	M19	Feminino	4	83 anos	Viúva
20	H20	Masculino	4	69 anos	Solteiro
21	H21	Masculino	4	87 anos	Viúvo
22	M22	Feminino	4	77 anos	Solteira
23	H23	Masculino	5	82 anos	Casado
24	M24	Feminino	1	86 anos	Viúva
25	H25	Masculino	5	74 anos	Casado
26	H26	Masculino	1	85 anos	Viúvo
27	M27	Feminino	5	80 anos	Solteira
28	M28	Feminino	1	76 anos	Viúva
29	H29	Masculino	5	65 anos	Casado
30	H30	Masculino	5	76 anos	Solteiro

7.3c Tabela 3 – Dados demográficos e codificação entrevistados 31 a 45

Dados Demográficos e Códigos dos Entrevistados do Programa Saúde da Família - Cidade de Bambuí					
Nº	Código	Gênero	PSF	Idade	Estado Civil
31	M31	Feminino	1	77 anos	Viúva
32	M32	Feminino	5	73 anos	Casada
33	M33	Feminino	6	74 anos	Viúva
34	M34	Feminino	6	81 anos	Viúva
35	M35	Feminino	5	93 anos	Viúva
36	H36	Masculino	1	61 anos	Casado
37	M37	Feminino	5	68 anos	Casada
38	M38	Feminino	6	69 anos	Solteira
39	M39	Feminino	6	76 anos	Viúva
40	H40	Masculino	5	71 anos	Casado
41	H41	Masculino	4	79 anos	Viúvo
42	M42	Feminino	3	82 anos	Casada
43	H43	Masculino	3	62 anos	União Estável
44	M44	Feminino	6	69 anos	Separada
45	H45	Masculino	4	90 anos	Viúvo

7.3d Tabela 4 – Dados demográficos e codificação entrevistados 46 a 57

Dados Demográficos e Códigos dos Entrevistados do Programa Saúde da Família - Cidade de Bambuí					
Nº	Código	Gênero	PSF	Idade	Estado Civil
46	H46	Masculino	3	90 anos	Viúvo
47	H47	Masculino	4	69 anos	Casado
48	M48	Feminino	4	77 anos	Viúva
49	H49	Masculino	2	77 anos	Casado
50	H50	Masculino	2	96 anos	Casado
51	M51	Feminino	4	70 anos	Viúva
52	H52	Masculino	6	88 anos	Viúvo
53	M53	Feminino	4	82 anos	Viúva
54	M55	Feminino	2	86 anos	Casada
55	H56	Masculino	6	68 anos	Casado
56	H57	Masculino	6	62 anos	Casado
57	M58	Feminino	4	88 anos	Viúva

8 Referências

1. Banco Mundial. Envelhecendo em um Brasil mais velho. Washington DC, USA, 2011.
2. Camarano AA, organizadora. Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: IPEA, 2010.
3. National Institute of Aging, National Institutes of Health, US Dept. of Health and Human Services, US Dept. of State. Why Population Aging Matters: A Global Perspective. Washington DC: National Institute of Aging, 2007.
4. Vaupel JW. Biodemography of human aging. *Nature*. 2010; 464: 536-542.
5. Christensen K, Doblhammer G, Rau R, Vaupel JW. Ageing populations: the challenges ahead. *Lancet*. 2009; 374: 1196-1208.
6. Guerra ACLC, Caldas CP. Dificuldades e recompensas no processo de envelhecimento: a percepção do sujeito idoso. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 15(6): 2931-2940.
7. Le Breton D. *Antropologia do Corpo e Modernidade*. Petrópolis: Vozes, 2011.
8. Barros JAC. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? *Saude e Sociedade*. 11(1): 67-84, 2002.
9. Moulin AM. O corpo diante da medicina. In: Corbin A, Courtine JJ, Vigarello G. *História do corpo: As mutações do olhar: o século XX*. 3 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.
10. Clarke, A. et al. *Biomedicalization: technoscience, health, and illness in the U.S biomedicine*. London: Duke University Press, 2003.
11. Camargo Jr KR. A Biomedicina. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15(Suplemento):177-201, 2005.
12. Almeida Filho N. Reconhecer Flexner: inquérito sobre a produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. *Cad. Saúde Pública*. 2010; 26(12): 2234-2249.
13. Pagliosa FL, Da Ros, MA. O Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2008;32(4):492-499.

14. Foucault M. Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 1999.
15. Nascimento CV, Oliveira BJ. O sexo feminino em campanha pela emancipação da mulher. Cad. Pagu. 2007 jul/dez; Campinas, 29: 429-457.
16. Conrad, P. The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007.
17. Illich I. A expropriação da saúde: nêmesis da Medicina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.
18. Fletcher RH, Fletcher SW. Epidemiologia Clínica: Elementos Essenciais. 4th ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.
19. Sampaio RF, Luz MT. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. Cad. Saúde Pública. 2009; 25(3): 475-483.
20. Farias N, Buchalla CM. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. Rev bras epidemiol 2005; 8(2):187-93.
21. World Health Organization. International Classification of functioning, disability and health: ICF. Strasbourg: WHO; 2001b [acesso em 21 jan 2012]. Disponível em: <http://www.who.int/classifications/icf/en/>.
22. Oliveira FJA. Concepções de doença: o que os serviços de saúde têm a ver com isto? In: Duarte LFD, Ondina FL. Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998, pp: 81-94.
23. Uchôa E, Firmo JOA, Lima-Costa MFF. Envelhecimento e saúde: experiência e construção cultural. In: Minayo MCS, Coimbra Jr CEA (orgs). Antropologia, Saúde e Envelhecimento. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. P.25-35.
24. Firmo JOA, Lima-Costa MFF, Uchôa E. Projeto Bambuí: maneiras de pensar e agir de idosos hipertensos. Cad. Saúde Pública 2004; 20(4): 1029-1040.

25. McLaughlin SJ, Connel CM, Heeringa SG, Li LW, Roberts JS. Successful aging in the U.S.: prevalence estimates from a national sample of older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2010; 65B(2): 216-226.
26. Cernin PA, Lysack C, Lichtenberg PA. A comparison of self-rated and objectively measured successful aging constructs in an urban sample of African American older adults. *Clinical Gerontologist* 2011; 34(2): 89-102.
27. Vahia IV, Meeks TW, Thompson WK, Depp CA, Zisook S, Allison M, Judd LL, Jeste DV. Subthreshold depression and successful aging in older women. *Am J Geriatr Psychiatry* 2010 Mar; 18(3):212-20.
28. Minayo, MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fededignidade. *Ciência e Saúde Coletiva* 2012; 17(3): 621-626.
29. Turato ER. Métodos Qualitativos e Quantitativos na Área da Saúde: Definições e seus Objetos de Pesquisa. *Rev Saúde Públ.* 2005; 39(3): 507-514.
30. Uchôa, E. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(3):849-53.
31. Corin E. The culture frame: Context and meaning in the construction of health. In: Amick BC, Levine S, Tarlov AR, Walsh DC, ed. *Society and Health*. Oxford: Oxford University Press, 1995, 272-304. Disponível em: http://books.google.com.br/books?hl=ptR&lr=&id=J3Uer_lv0V8C&oi=fnd&pg=PA272&dq=CORIN,+E.,+1995.+The+culture+frame:+Context+and&ots=ulbVwR8suM&sig=E5N9jGmjyE8eVFW_5rpr76AE79E#v=onepage&q&f=true. Acesso em: 10 jan. 2012.
32. Eisenberg L. Disease and illness: distinctions between professional and popular ideas of sickness. *Cult Med Psychiatry* 1977; 1: 09-23.
33. Kleinman A. Patients and healers in the context of culture. An exploration of borderland between anthropology and psychiatry. Berkeley/Los Angeles: University of California 1980.
34. Clemente AS, Loyola-Filho AI, Firmo JOA. Concepções sobre transtornos mentais e seu tratamento entre idosos atendidos em um serviço público de saúde mental. *Cad Saúde Pública* 2011; 27(3): 555-564.

35. Cassell EJ. The Healer's Art: A New Approach to the Doctor-Patient Relationship. Harmondsworth: Penguin Books, 1978.
36. Uchôa E. Epidemiologia e Antropologia: Contribuições para uma abordagem dos aspectos transculturais da depressão. In: Canesqui AM. (org.). Ciências sociais e saúde. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 1997. P. 87-109.
37. Helman CG. Disease versus illness in general practice. J R Coll Gen Pract. 1981 sep; 548-552.
38. Morin E. O Método. 4.As ideias. 2 ed. Porto Alegre: Sulinas, 2001.
39. Brasil, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Dados gerais e informações estatísticas da cidade de Bambuí, Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acessado em 04/10/2011.
40. IBGE. Censo Demográfico 2010. [acessado em dez 2011]. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/painel/>
41. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE. Observações sobre a evolução da mortalidade no Brasil: o passado, o presente e perspectivas. Rio de Janeiro, 2010. Disponível no site <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2009/notastecnicas.pdf> Acessado em 27/12/2011.
42. Rios DFF, NMA, Loreto MDS, Fiúza ALC. O programa bolsa-família em um contexto de cidades rurais: o caso de Bambuí, MG. Oikos Viçosa, MG. 2011; Viçosa, 22(2): 150-170.
43. Prefeitura Municipal de Bambuí. Dados da História da Cidade. Disponível em: <http://www.bambui.mg.gov.br/>. Acesso em: 04 out. 2011.
44. Giacomini KC, Uchôa E, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Projeto Bambuí: um estudo de base populacional da prevalência e dos fatores associados à necessidade de cuidador entre idosos. Cad Saúde Pública. 2005; 21(1): 80-91.
45. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad Saúde Pública 2008; 24(1): 17-27.

46. Corin E, Uchôa E, Bibeau G, Kouma-Re B. Articulation et variations des systèmes de signes, de sens et d'actions. *Psychopathologie Africaine*. 1992; 24: 183-204.
47. Uchôa E, Vidal JM. Antropologia Médica: Elementos Conceituais e Metodológicos para uma Abordagem da Saúde e da Doença. *Cad Saúde Pública*. 1994; 10(4):497-504.
48. Geertz C. *A Interpretação das Culturas*. Rio de Janeiro: Livro Técnico e Científicos Editora, 1989.
49. Giacomini KC, Uchôa E, Lima-Costa MFF. Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(5): 1509-1518.
50. Cardoso MHCA. História e medicina: a herança arcaica de um paradigma. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*. 2000 Fev; 6(3): 551-575.
51. Garcia MAA, Odoni APC, Souza CS, Frigério RM, Merlin SS. Idosos em cena: falas do adoecer. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, 2005 set/dez; 9(18): 537-52.
52. Gaudenzi P, Ortega F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. *Interface – Comunic., Saude, Educ*. 2012; 16(40): 21-34.
53. Nogueira RP. A segunda crítica social da Saúde de Ivan Illich. *Interface – Comunic, Saúde, Educ*, v7, n12, p185-90, fev 2003.
54. Debert GG. *A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. Edusp/FAPESP: São Paulo, 1999.
55. Debert GG. A invenção da terceira idade e a rearticulação de formas de consumo e demandas políticas. *Revista Brasileira de Ciências Sociais* (34). Disponível em: http://www.anpocs.org.br/portal/publicacoes/rbcs_00_34/rbcs34_03
56. Souza JR, Zagonel IPS, Maftum MA. O cuidado de enfermagem ao idoso: uma reflexão segundo a teoria transcultural de Leininger. *Revista RENE*. Fortaleza, 2007 set/dez;8(3):117-125.

57. Featherstone, M. O curso da vida: corpo, cultura e imagens do processo de envelhecimento. In Debert GG (org). Antropologia e velhice (col Textos Didáticos 13). UNICAMP-IFCH: 1994.
58. Crawford R. You are dangerous to your health: the ideology and politics of victim blaming. *Int. J. Health Serv.* 1977;7(4): 663-680.
59. Jardim VCFS, Medeiros BF, Brito AM. Um olhar sobre o processo de envelhecimento: a percepção de idosos sobre a velhice. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 9(2), 2006. Versão eletrônica. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=450311&indexSearch=ID>
60. Debert GG. Places in metamorphosis and representations of aging in Brazil. In: Parker J, Tunkrova L, Bakari M. *Metamorphosis and Place*. Newcastle: Cambridge Scholars Publishing, 2009. Disponível em: <http://www.pagu.unicamp.br/sites/www.pagu.unicamp.br/files/Places.pdf>
61. Castiel LD. Quem vive mais morre menos? Estilo de riscos e promoção de saúde. In Bagrichevsky M, Palma A, Estevão A (orgs.). *A saúde em debate na educação física*. Blumenau (SC): Edibes, 2003.
62. Neri AL. As políticas de atendimento aos direitos da pessoa idosa expressas no Estatuto do Idoso. *A Terceira Idade (SESC)*. 2005;16(34):7-24.
63. D'Alencar RS. (Re) significando a solidariedade na velhice: para além de laços consanguíneos. *Acta Scientiarum. Human and Social Sciences*. 2012; Maringá, 34(1):9-17.
64. Garcia MAA, Odoni APC, Souza CS, Frigerio RM, Merlin SS. Idosos em cena: falas do adoecer. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*. 2005; 9 (18): 537-52.
65. Araújo L, Sá ECN, Amaral EB. Corpo e Velhice: Um Estudo das Representações Sociais entre Homens Idosos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 2011, 31 (3): 468-481.
66. Uchoa E, Firmo JOA, Lima-Costa MF, Corin E. An anthropologic study on strategies for addressing health problems among the elderly in Bambuí, Minas Gerais State, Brazil. *Cad. Saúde Pública* 2011; 27(sup 3): s370-s377.

67. Santos GA. Os conceitos de saúde e doença na representação social da velhice. *Revista Virtual Textos e Contextos*. 2002; 1(1):1-12.
68. Minayo MCS. Envelhecimento demográfico e lugar do idoso no ciclo da vida brasileira. In Trench B, Rosa TEC (org). *Nós e o Outro: envelhecimento, reflexões, práticas e pesquisa*. São Paulo: Instituto de Saúde, 2011.
69. Helman CG *Cultura, Saúde e Doença*. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.
70. Foucault M. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. 6 ed. Petrópolis: Vozes, 1995.
71. Ortega F. *Amizade e estética da existência em Foucault*. Rio de Janeiro: Graal, 1999.
72. Araújo MFM, Almeida MI, Cidrack ML, Queiroz HMC, Pereira MCS, Menescal ZLC. O papel da religiosidade na promoção da saúde do idoso. *RBPS*. 2008; 21(3): 201-208.
73. Teixeira JJV, Lefèvre F. Significado da intervenção médica e da fé religiosa para o paciente idoso com câncer. *Cien Saude Colet*. 2008; 13(4): 1247-1256.