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

INCAPACIDADE FUNCIONAL EM IDOSOS: O SIGNIFICADO E AS MANEIRAS DE AGIR

por

JOSIANNE KATHERINE PEREIRA

Belo Horizonte
Abril/2014

TESE DSC-CPqRR	J.K. PEREIRA	2014

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

INCAPACIDADE FUNCIONAL EM IDOSOS: O SIGNIFICADO E AS MANEIRAS DE AGIR

por

JOSIANNE KATHERINE PEREIRA

Tese apresentada com vistas à obtenção do Título de Doutor em Ciências, área de concentração em Saúde Coletiva.

Orientação: Dra. Josélia Oliveira Araújo Firmo

Co-orientação: Dra. Karla Cristina Giacomin

Belo Horizonte
Abril/2014

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

P436i
2014

Pereira, Josianne Katherine.

Incapacidade funcional em idosos: maneiras de pensar e maneiras de agir / Josianne Katherine Pereira. – Belo Horizonte, 2014.

XI, 66 f.: il.; 210 x 297mm.
Bibliografia: f.: . 73 - 77
Tese (Doutorado) – Tese para obtenção do título de Doutor(a) 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. Antropologia/tendências I. Título. Firmo, Josélia Oliveira Araújo (Orientação). III. Giacomin, Karla Cristina (Co- 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

INCAPACIDADE FUNCIONAL EM IDOSOS: O SIGNIFICADO E AS MANEIRAS DE AGIR

por

JOSIANNE KATHERINE PEREIRA

Foi avaliada pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof(a). Dr(a). Josélia Oliveira Araujo Firmo (Presidente)

Prof(a). Dr(a) Celina Maria Modena

Prof(a). Dr(a) Marcella Guimarães Assis

Prof(a). Dr(a) Sônia Maria Soares

Prof(a). Dr(a) Maria Flávia Gazzinelli

Suplente: Prof. Dr. Antônio Ignácio de Loyola Filho

Tese defendida e aprovada em: 22/04/2014.

“Escuta e serás sábio. O começo da sabedoria é o silêncio.”

Pitágoras

Dedicatórias

Aos idosos de Bambuí que me emprestaram suas vozes e romperam o silêncio quanto às diversas formas de envelhecer numa pequena cidade brasileira.

Agradecimentos

Agradeço primeiramente ao Centro de Pesquisas René Rachou e seu colegiado pela compreensão e por me permitirem concluir esse trabalho.

À minha família que nos momentos difíceis me fortaleceu com seu amor.

Ao Geraldo por me compreender e sempre estar presente.

À Vó Júlia que me inspira a estudar aqueles que como ela têm a oportunidade de terem muitas histórias para contar.

Agradeço especialmente às minhas orientadoras, Josélia e Karla pela amizade, paciência e conhecimento compartilhado.

Aos amigos e colegas do Laboratório de Epidemiologia e Antropologia Médica do CPqRR/Fiocruz pelo companheirismo e aprendizagem.

A todos os funcionários do CPqRR/Fiocruz, especialmente a Andrea Dias pela dedicação e compreensão.

À Biblioteca do CPqRR em prover acesso gratuito local e remoto à informação técnica científica em saúde custeada com recursos públicos federais, integrante do rol de referências desta tese, também pela catalogação e normalização da mesma.

A todos os amigos que, longe ou perto, torceram para que eu conseguisse finalizar essa etapa da minha vida: André, Débora, Renata, Fabiana, Ana Maria, meus pacientes, tios e primos...

À Dra Tarina Rubinger por me devolver a esperança que foi fundamental para eu conseguir concluir esse trabalho. Muito obrigada pelo carinho!

Enfim, muito obrigada a todos!

Agradecimentos pelo suporte financeiro

Agradeço à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) pela concessão de bolsa de estudos.

Sumário

Resumo.....X
Abstract.....XI
1 Introdução.....12
2 Objetivos.....14
2.1 Objetivo geral.....14
2.2 Objetivos específicos.....14
3 Revisão de Literatura.....15
3.1 A velhice: um fenômeno sócio-cultural.....15
3.2 O corpo e a medicina no ocidente.....18
3.3 O normal e o patológico.....21
3.4 Os modelos de incapacidade.....22
4 Percurso Metodológico.....26
4.1 Quadro teórico.....26
4.2 Local do estudo.....27
4.3 População de estudo.....28
4.4 Coleta de dados.....28
4.5 Análise dos dados.....29
5 Aspectos éticos.....30
6 Artigos da Coletânea.....31
6.1 Artigo 1.....31
6.2 Artigo 2.....49
7 Considerações finais.....65
8 Anexos.....68
8.1 Anexo I – Carta de Aprovação Nº02/2010 – CEP/CPqRR.....68
8.2 Anexo II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....69
8.3 Anexo III – Guia de entrevista do idoso no domicílio:Incapacidade.....71
9 Referências Bibliográficas.....73

Resumo

Em um contexto de envelhecimento populacional, a funcionalidade se torna uma preocupação maior da saúde pública e a capacidade funcional, um balizador para o desenvolvimento de políticas. A dimensão da saúde que se refere à funcionalidade-incapacidade, amplamente investigada na perspectiva biomédica, não se restringe aos aspectos biológicos, pois carrega dimensões simbólicas, sociais e culturais que precisam ser conhecidas. Nessa perspectiva, foi construída essa tese que foi dividida em dois artigos. O objetivo do primeiro foi investigar os elementos que participam da construção dos significados da incapacidade para o idoso residente na cidade de Bambuí/MG. Este trabalho de abordagem qualitativa utilizou o modelo de signos, significados e ações na coleta e análise dos dados. Foram entrevistados 57 idosos (30 mulheres; 27 homens) com idades entre 61 e 96 anos, cadastrados nas unidades básicas de saúde da cidade. Os idosos compreendem a funcionalidade e a incapacidade (*disease*), como o "dar conta/não dar conta" ou "dar trabalho" (*illness*). "Não dar conta" refere-se às perdas funcionais inexoráveis atribuídas à velhice, enquanto "Dar trabalho" a uma condição definitiva que gera dor e sofrimento à pessoa e a quem dela cuida. As maneiras de lidar com o "não dar conta" passam por se conformar, enquanto com o "dar trabalho", orar. A religiosidade e o conformismo podem ajudar nos momentos de crise; mas, revelam a carência de recursos e de alternativas de apoio e de intervenção nos casos mais graves. A partir desses resultados foi feita outra análise seguindo os passos do modelo de signos, significados e ações e esse segundo artigo teve como objetivos: investigar como idosos residentes na comunidade lidam com a perspectiva da incapacidade e funcionalidade na velhice, bem como compreender como o contexto sociocultural modula esse processo. Assim, no segundo trabalho, "Ficar ou não ficar quieto?" é a dúvida que subjaz ao processo de funcionalidade e incapacidade na velhice. Porém, não se trata de uma questão de escolha individual, pois a resposta depende dos recursos financeiros, intelectuais, subjetivos e de apoio social disponível. Além disso, ficar quieto reflete uma concepção de velhice inexoravelmente associada à incapacidade, o que deixa os idosos conformados com sua condição e quando as dificuldades aumentam, resta-lhes somente "esperar a morte chegar". As equipes de saúde precisam interferir nesta concepção, oferecendo cuidado aos idosos na sua recuperação da melhor funcionalidade, até o fim da vida.

Abstract

In a context of population aging, the functionality becomes a major concern of public health and functional capacity, a necessary criterion for policy development. The dimensions of health as regards functionality/disability widely studied in the biomedical perspective, is not restricted to the biological aspects, since symbolic charges, social and cultural dimensions must be known. In this perspective, this was built anthropological thesis was divided into two articles. The aim of first work was to investigate the elements that comprise the significance of disability for the elderly residents of the city of Bambuí/MG. This is a qualitative approach, in which the model of signs, significance and actions was used in both data collection and assessment. 57 subjects registered in the primary care units were interviewed with an age range from 61 to 96. The participants understood functionality/disability (*disease*) as “being able/not being able to” of doing something or “being a burden” (*illness*) to someone. “Not being able” refers to the inexorable functional loss inherent to the ageing process, whilst “being a burden” would be seen as a permanent pain and suffering generating status to both patient and caregiver. The way to deal with the “not being able” condition is related to resignation. On the other hand, praying is the way to deal with “being burden”. Religiousness and resignation can be greatly helpful during critical moments. However, they also reveal the lack of resources, support alternatives and intervention in the most severe cases. From these results was made the analytical depth of the issue of shares, which allowed the construction of the second article that aimed to investigate how elderly community residents deal with the perspective of disability/functionality in old age, as well as understanding the sociocultural context modulates this process. Thus, in the second paper, "To stay or not stay quiet?" is the question that underlies the functioning and disability in old age process. However, it is not a matter of individual choice, because the answer depends on the financial, intellectual, subjective resources and social support available. Also, “to stay quiet” reflects a conception of old age inexorably associated with disability, which leaves the elderly conformed with their condition and when the difficulties increase, they just "waiting for death to come". Health teams need to interfere in this conception, providing care to older people in their recovery from better functionality to the end of life.

1 Introdução

O envelhecimento populacional representa um avanço incontestável para a sociedade[1]; porém, no nosso país, ele acontece marcado por grandes desigualdades e injustiças sociais[2]. Nesse contexto, a funcionalidade do idoso se torna uma área chave da pesquisa do envelhecimento e um alvo para o desenvolvimento de políticas e programas efetivos de cuidado à pessoa que envelhece[3]. Portanto, é fundamental que este componente essencial da saúde da pessoa idosa seja reconhecido e atendido integralmente pelos serviços públicos de saúde, especialmente na Atenção Primária em Saúde e na Estratégia da Saúde da Família.

No âmbito da saúde pública, a capacidade funcional pode ser um importante balizador de ações[4], as quais serão ainda mais eficazes caso respondam às necessidades percebidas pelos indivíduos[5]. Enquanto, no âmbito do indivíduo, a percepção da incapacidade na velhice traz à tona os múltiplos componentes deste processo, em que condições médicas e físicas idênticas podem gerar distintos padrões de incapacidade dependendo do contexto em que acontecem[6]. Ao mesmo tempo, tipos similares de incapacidade podem emergir de diferentes condições de saúde e ou da (in)existência de recursos humanos, físicos, financeiros, sociais, o que sugere um componente sociogênico nesta questão[3,6]. Para Bandura[7], o reconhecimento da incapacidade pode atenuar a adversidade e auxiliar no manejo do ambiente social e físico, capacitando o idoso para melhorar o senso de auto-eficácia e de controle sobre a situação.

Além disso, uma vez instalada, a incapacidade modifica a maneira como as pessoas se vêem e são vistas pelos outros, conforme os recursos internos e externos e as diferentes estratégias envolvidas no seu enfrentamento[8,9]. Persistem muitas lacunas a serem exploradas no entendimento de como os idosos constroem o significado e lidam com a perspectiva da incapacidade, se e como as relações sociais e o contexto cultural modulam esse processo. As respostas a estas indagações podem auxiliar a saúde pública a identificar e responder às demandas percebidas, mas devem vir da voz dos próprios idosos[10]. Ademais, para Vidich e Lyman[11] a teoria interpretativa final de um estudo antropológico deve conter múltiplas vozes e ser dialógica, o que incluiria, as visões de idosos, de seus familiares e dos serviços de saúde. Assim, cabe rever o estado da arte sobre a velhice como fenômeno sócio-cultural; as concepções do corpo e os modelos de incapacidade.

O presente volume é constituído por dois artigos que apresentam resultados de dois estudos, realizados na perspectiva antropológica, sobre a funcionalidade e a incapacidade na visão dos idosos residentes na comunidade. O primeiro artigo, intitulado “Maneiras de pensar e maneiras de agir dos idosos frente às questões relativas à funcionalidade e à incapacidade”, investigou os significados da incapacidade para o idoso. O segundo, intitulado “A

funcionalidade e incapacidade na velhice: ficar ou não ficar quieto, eis a questão!", investigou a relação do idoso com a perspectiva da incapacidade e a influencia do contexto nessa questão.

A escolha do tema partiu do interesse próprio em aprofundar os conhecimentos em um assunto diretamente relacionado à minha área de atuação profissional: a funcionalidade e incapacidade em idosos. Na prática diária pude perceber que a forma biomédica dominante de compreender a velhice e a incapacidade não me permite ter uma visão global das questões que envolvem o processo do envelhecer. Segundo Sarti[12] quando um pesquisador com formação na área da saúde investe nos estudos de cunho antropológico, é necessário o exercício da observação e o treinamento para a desconstrução dos pressupostos anteriores e para enfrentar uma possível crise de identidade, sendo que a vantagem da familiaridade com o campo pode trazer problemas de cumplicidade ou o lugar de oposição, mas enriquece a experiência de outras alteridades em jogo. Por isso, decidi buscar, por meio da antropologia, esse "outro" olhar, um olhar diferente e estranho, para algo muito familiar: o olhar de idosos que vivenciam e ou temem a perspectiva da incapacidade na velhice.

Esta coletânea é requisito parcial para obtenção do grau de doutor em Ciências, pelo curso de Pós-graduação em Ciências da Saúde, área de concentração em Saúde Coletiva - ênfase em Antropologia Médica - do Centro de Pesquisas René Rachou da Fundação Oswaldo Cruz.

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

- Investigar os elementos que participam da construção dos significados da incapacidade para o idoso residente na cidade de Bambuí.

2.2 Objetivos específicos

- Investigar como idosos residentes na comunidade lidam com a perspectiva da incapacidade e da funcionalidade na velhice.

- Compreender como o contexto sociocultural modula esse processo.

3 Revisão de literatura

3.1 A velhice: um fenômeno sócio-cultural

As diferentes culturas sempre construíram significados para a vida, bem como, periodizações e sentidos que marcam, simbolicamente através de rituais cada passagem da vida, os chamados ciclos de vida[10].

Na pré-modernidade, o ciclo de vida tinha forte conotação de renovação, os modos de vida seriam repassados de uma geração a outra e a idade cronológica era menos relevante do que o status da família na determinação da maturidade e das relações de poder[13]. Nas sociedades tradicionais, o grupo (clã, tribo, aldeia, linhagem) prevalecia em relação ao indivíduo, já na modernidade[a], a ideologia individualista é dominante e o indivíduo passa a ser um valor social[14,15].

Diferentemente das sociedades tradicionais, na sociedade moderna, o curso de vida é visto como uma série de "passagens" não institucionalizadas e não ritualizadas formalmente. Além disso, essas transições são trazidas e superadas pela reflexão da auto-realização[16], possivelmente graças às mudanças estruturais na economia, baseadas no mercado de trabalho e às transformações do privado e familiar em questão pública[13]. Portanto, na modernidade[a], a periodização do curso da vida é institucionalizada e pensada como concepção individual[17], processo iniciado com a institucionalização da infância[18].

Ariès[18], em seu livro "A história social da criança e da família", mostra que a criança como percebemos hoje (direitos da criança, etapas do desenvolvimento da criança, entre outros), não existia até a Idade Média e que somente a partir do século XIII, esta fase da vida passou a ser diferenciada da fase adulta, com roupas, jogos, brincadeiras e maneiras que lhes eram adequadas. Segundo o autor, a modernidade alargou a distância entre adultos e crianças através da construção da infância e também da construção do adulto como um ser independente, com maturidade psicológica e com direitos e deveres de cidadania.

A percepção das diferentes idades se dá, portanto, no contexto do individualismo e nesse momento, elege-se a juventude como idade-padrão, associando a idéia do jovem ao belo, ao moderno, ao progresso[17]. Townsend[19] explica que a formação da dependência, socialmente construída, no idoso está relacionada ao modelo de desenvolvimento econômico

[a] Modernidade refere-se ao mundo industrializado e o capitalismo onde um conjunto de idéias e valores, estilos de vida, experiências, onde mudanças rápidas, relações sociais e da natureza efêmeras estão juntas a uma sensibilidade marcada pela racionalidade nas formas de conhecimento e de organização social. E ainda, as relações sociais relacionam-se ao uso generalizado da força material e do maquinário nos processos de produção[16].

moderno. Segundo ele, na Europa, em 1930 havia cerca 40 a 70% de idosos economicamente ativos e esse número reduziu para 10 a 40% em 1960. No entanto, ele nega que isso se deva à incapacidade ou debilidade física exclusivamente, atribuindo esse fato ao modelo de economia capitalista que rejeita o idoso como trabalhador, posto que a produção deve acontecer em larga escala. Essa dinâmica tirou a pessoa idosa do mercado de trabalho contribuindo para o seu isolamento e dependência. No mundo moderno é com os olhos da juventude que se vê a velhice, estando esta etapa da vida inexoravelmente associada ao declínio - perdas na saúde, na capacidade de produzir, no vigor sexual, na beleza e na força física e mental - e à morte; bem como impossibilitada de ser valorizada positivamente uma vez que o indivíduo já teria alcançado o ponto máximo do ciclo de vida[17].

No pós-modernismo ou alta modernidade ou modernidade tardia[b] essas diferenças deixam de ser tão marcantes e ocorre a experiência da "desinstitucionalização" e "descronologização da vida", com um pluralismo maior e cada vez mais distante das generalizações[13]. Isso pode ser confirmado nos sistemas de produção, onde tudo pode se tornar obsoleto, de modo relativamente rápido, e também nas famílias, onde não existe mais uma única idade para casamentos, filhos, estudo. O curso da vida, então, tornou-se um espaço de experiências abertas, no qual cada fase de transição tende a ser construída de acordo com as necessidades de confrontar e resolver as fases de crise, contudo, não se deve entender que esse é um processo universal a todos os setores da sociedade[10,21]. A discussão da pós-modernidade, que busca apresentar outra maneira de descrever a velhice desejada do século XX, cunha um termo livre da negatividade, da morte e da decadência humana, inexoravelmente associada à velhice - a "Terceira Idade", termo que está relacionado ao aumento da expectativa de vida, à aposentadoria como direito social e outras conotações positivas como, jovialidade, esperança, saúde, alegria, vida sexual e afetiva. Porém, essa positividade elege a juventude como um modelo de vida, como uma forma de viver e não apenas uma etapa da vida[22]. Outros signos do envelhecimento são "nova juventude", "idade do lazer", "idade da loba", "aposentadoria ativa", aparecem sempre associados à juventude, o que justifica o crescimento do mercado de consumo de produtos e serviços que prometem a eterna juventude[10]. As oposições entre o "jovem velho" e o "jovem jovem" e entre o "velho jovem" e o "velho velho" parecem ter se constituído de formas de estabelecer laços

[b] O pós-modernismo surgiu na década de 60 do século passado e o ambiente é povoado pela tecnociência, cibernética, biologia molecular, medicina nuclear, trânsito computadorizado, computador doméstico, comunicação e globalização. Existe a busca do nível de vida pelo consumo acelerado de bens e serviços cada vez mais diversificados, mistura várias tendências e estilos, nada tem unidade, tudo é aberto e plural. A sociedade se despolitiza e absorve qualquer idéia revolucionária ou alternativa. Surge então o neo-individualismo pós-moderno, no qual o sujeito vive sem projetos, sem ideais, a não ser cultuar sua auto-imagem e buscar a satisfação aqui e agora[20] (Santos, 2005).

simbólicos entre os indivíduos, onde a inexistência das fronteiras entre os grupos é acompanhada de uma afirmação da heterogeneidade e da valorização da juventude[13]. Beauvoir[23], no entanto diz que é um problema, achar que o homem permanecerá jovem enquanto sentir-se jovem. Para a autora, essa seria uma forma de desconhecer toda a complexidade e verdade da velhice.

Debert[24] aponta que nas três últimas décadas, no Brasil, o que marca as discussões sobre o envelhecimento são dois modelos de pensar a velhice: o reforço à pauperização e abandono dos idosos e o segundo a ênfase a uma velhice ativa. O primeiro quadro apresenta quatro elementos que seriam recorrentes no discurso de gerontólogos brasileiros:

- a iminente explosão demográfica que aumentaria o número de idosos e consequentemente os gastos públicos para atendê-los;
- a crítica ao capitalismo e o sistema de máxima produtividade, que desvalorizaria o idoso;
- a crítica à cultura brasileira de valorizar apenas o novo, já que seria um país sem memória;
- a crítica ao Estado que não é capaz de contribuir para o bem-estar dos seus idosos.

Esses componentes reforçam os estereótipos da velhice como uma fase de doenças, pobreza, dependência, passividade, abandono pela família e alimentado pelo Estado e que segundo alguns trabalhos não têm sido a realidade de todos os idosos. Tal fato foi observado por Uchôa et al[25] que, em pesquisa realizada na cidade de Bambuí, entrevistaram informantes-chaves e idosas bambuienses. Após análise das entrevistas, verificou-se que para os informantes-chaves ser velho significava viver só, ser inútil, dependente, desamparado, marginalizado e doente. As idosas bambuienses, no entanto, não se vêem nesse discurso e nenhuma das idosas entrevistadas reconhece seu momento de vida como inteiramente negativo ou definido apenas por perdas e limitações.

O segundo quadro trata os idosos como seres ativos, que redefiniram suas experiências na tentativa de contrapor os estereótipos da velhice, os idosos são vistos como fonte de recursos e um novo mercado de consumo[24]. No entanto, acabam rejeitando a idéia da velhice ao considerar que a idade não é um marcador na definição das experiências vividas. Esse modelo tem estimulado a transformação da velhice em um mercado de consumo, prometendo a eterna juventude por meio da adoção de determinados estilos de vida, fenômeno definido por Debert[10] como reprivatização da velhice. Assim, quando a mídia e os gerontólogos louvam as pessoas que chegaram saudáveis a uma idade avançada, criam-se outros estereótipos, segundo os quais os problemas da velhice seriam problemas de quem não é ativo. Portanto, os culpados pelos problemas da velhice seriam os próprios velhos. Para finalizar, Debert[10] defende uma gerontologia mais crítica, que dá voz aos velhos,

compreendendo-os como sujeitos e, portanto, não se poderia entender o envelhecimento como um processo único e generalizável.

3.2 O corpo e a medicina no ocidente

A velhice é um fenômeno sócio-cultural, isso é um fato. Mas para um profissional da área da saúde essa frase pode parecer um jargão muitas vezes incompreensível, uma vez que sua formação, baseada no modelo biomédico, não lhe permite entender que esse conceito é social e culturalmente construído[26]. Para o profissional de saúde a velhice é reconhecida como uma série de alterações no corpo e que culminam com a decrepitude e a morte, ou seja, ser velho é o mesmo que ter um corpo velho[27]. Portanto, para aprofundar as questões da velhice/biomedicina nas sociedades pós-modernas, é necessário conhecer um pouco mais sobre as questões relativas ao corpo.

De acordo com Le Breton[28] todos os estudos sobre o corpo devem primeiramente definir seu objeto e qual perspectiva conceitual o trabalho seguirá, pois a tarefa da antropologia é compreender a corporeidade como estrutura simbólica, entender o corpo como socialmente construído, tanto na gestualidade, quanto nas teorias que explicam seu funcionamento ou nas relações que o homem estabelece com seu próprio corpo. Afinal, as concepções do corpo são tributárias das concepções da pessoa e a existência humana é corporal, mas cada sociedade, de acordo com sua visão de mundo, apresenta um saber singular sobre o corpo, dando-lhe sentido e valor[15].

Assim, tanto a civilização medieval quanto a renascentista são uma mistura de tradições populares locais e referências cristãs. Nessas sociedades o homem está misturado aos seus semelhantes, sem que sua singularidade faça dele um indivíduo, único, como nas sociedades modernas. Nelas, não existe a ruptura entre a “carne do homem” e a “carne do mundo” e as explicações do funcionamento do corpo encontram-se na cosmologia. É isso que mostram as feitiçarias populares: existe uma correspondência simbólica entre as causas dos eventos não naturais e os componentes animais, vegetais, minerais, climáticos ou humanos. De acordo com Cardim[29] na Grécia antiga era importante enterrar o cadáver para que a alma pudesse ser separada do corpo, demonstrando que o corpo e a alma formavam um todo único, indivisível e vivo e ainda que, quando o homem grego cuidava do corpo buscava a harmonia entre corpo e alma.

Desde a Grécia antiga se discute a relevância dos estudos anatômicos para fins de avanço na medicina, para Hipócrates, não havia lugar para a dissecação dos corpos, uma vez que imperava a preocupação com a dignidade do corpo[30]. Posteriormente, essa atitude foi

mudada devido a influência do pensamento platônico que diferenciava e separava a alma e corpo. Portanto, após a morte, o corpo se tornava um objeto físico sem direitos ou sentimentos[30]. As obras de Galeno que descreviam as dissecações do corpo humano foram o auge da produção científica da época e segundo as idéias galênicas o conhecimento anatômico e a lógica eram necessárias para formular o diagnóstico e o tratamento para as doenças. No entanto ainda eram fortes os argumentos contra as dissecações e sua relevância era maior para o campo da cirurgia[30].

Quanto às referências cristãs, o corpo do homem é considerado intocável, assim, qualquer forma de terapia que invada ou exponha o corpo, equivale a quebrar a aliança com o divino e a transgredir um tabu. Dessa forma, somente em 1543, nasce a anatomia científica moderna com a publicação da obra de Andréas Vesálio e, a partir dela, surge o pressuposto da medicina ocidental em que a verdade da doença estaria no interior do corpo, na visualização do invisível[30].

Assim, desde Vesálio, a representação médica do corpo não é mais a representação do homem, com corpo e alma juntos e nas aulas de anatomia, os médicos aprendem que o corpo existe sem a presença humana. Assim, o corpo é estudado como realidade autônoma, tendo início a chamada dualidade corpo e homem, fenômeno também chamado de objetivação do corpo[15,30].

Com o advento da filosofia mecanicista no século XVII, a Europa perde sua base religiosa e, sob a influência de Galileu, a fórmula do mundo é dada pelos matemáticos. Sem seus mistérios, a natureza passa a ser algo mecânico entre os homens que compartilham essa idéia. As causalidades físicas passam a ser consideradas as únicas formas de explicar o mundo com verdade e tudo é concebido segundo o modelo do mecanismo[30]. Deste modo, o mundo não é mais um universo de valores, mas de fatos comprovados. A noção do corpo como uma máquina é fortemente defendida por Descartes, para quem o corpo humano é uma mecânica que difere das outras máquinas pela singularidade de suas engrenagens[29]. Para Le Breton[15] a metáfora mecânica aplicada ao corpo parece ser uma reparação para conferir ao corpo uma importância que ele não seria capaz, caso permanecesse como um simples organismo. Desse modo, desde a revolução vesaliana a redução da experiência do corpo subjetivo ao corpo objetivo, mensurável, quantificável e fragmentado fez com que esse corpo perdesse a capacidade de transmitir sentidos[30].

Outra questão importante introduzida com o processo civilizador das sociedades modernas é o que Le Breton[15] chamou de apagamento ritualizado do corpo. Antes do Renascimento, escarrava-se, arrotava-se, assuava-se o nariz com as mãos na frente de todos, todas as manifestações materiais do corpo poderiam ser compartilhadas. Com a civilização

surgem regras que acabam por apagar o corpo e regular os movimentos íntimos. A existência do corpo parece ser um peso e assim, rituais devem torná-lo imperceptíveis. Um exemplo disso é a discrição e o desconforto de ficar frente a frente com um desconhecido em um elevador, em um transporte público, surge então comportamentos na tentativa de tornarem-se transparentes uns para os outros[15].

Na pós-modernidade, as concepções do corpo se associam ao avanço do individualismo como uma estrutura social, à luz de um pensamento racional positivo e laico sobre a natureza, bem como ao encolhimento progressivo das tradições populares locais e unidas à história do avanço da medicina. A medicina ocidental pós-moderna ainda é fiel às idéias de Vesálio, se interessa mais pelo corpo e o saber anatomofisiológico. É a medicina do corpo. O corpo que nas sociedades modernas ocidentais deveria ser útil e produtivo, agora deve ser ainda consumidor e torna-se também um produto[15,27].

Assim, a história do corpo na medicina no século XX é vista a partir e sob o olhar da medicina ocidental. Ela define regras de comportamentos, em uma rede de recomendações moralizantes, em princípio justificadas pelos seus conhecimentos sobre os mecanismos do corpo e pelo avanço regular da longevidade. Porém, esse domínio encontrou seu limite em uma resistência da população a abrir mão de sua autonomia[31]. Nesse sentido, Le Breton[15] reforça que embora o saber biomédico seja a representação oficial do corpo, ele não impede a busca por outras referências e exemplifica: um doente primeiramente procura um médico generalista ou especialista porque acredita no modelo anatomofisiológico do corpo. Mas esse mesmo doente pode procurar um benzedor, um magnetizador, um homeopata, que têm uma visão do corpo diferente daquela fornecida pelo saber biomédico.

Boltanski[32] em seu livro “As classes sociais e o corpo” revela que apesar dos médicos deterem o conhecimento científico sobre as doenças, os franceses não médicos de todas as classes sociais cuidam de suas doenças sem a receita ou conselho de um médico. Porém ao analisar separadamente cada classe social ele verificou que aqueles das classes mais altas não praticam a chamada medicina popular com suas técnicas não científicas. Na verdade, eles imitam as práticas médicas oficiais. Esse fenômeno foi chamado de medicina familiar moderna. Esse mesmo livro demonstrou que as diferenças entre as classes sociais são fundamentais na relação entre o médico e o paciente. Quanto maior o nível social do doente melhor é a comunicação e maior é a relação de intimidade, ambos podem se compreender. Os das classes mais baixas se queixam que os médicos não explicam o que está acontecendo e quando tentam, eles não conseguem compreender o que está sendo dito. Além disso, Boltanski[32] ao analisar a “cultura somática” nas diferentes classes evidenciou que o nível de instrução média de um grupo influencia na forma como os franceses prestam atenção ao

próprio corpo. À medida que se sobe na hierarquia social e no nível de instrução formal decresce o trabalho físico exaustivo e aumenta o intelectual o que possibilita manter uma relação mais consciente com o corpo, uma vez que trabalhos extenuantes fisicamente dificultam a comunicação entre o sujeito e seu corpo, além disso, caso sinta algo terá de interromper o trabalho.

Atualmente uma face da visão do corpo tem se tornado cada vez mais aparente: a luta contra o corpo está associada ao medo da morte. Corrigir o corpo, associá-lo a uma máquina, é escapar dessa decadência, é apagar a ideia da fragilidade da existência humana, pois se o corpo é o lugar da vida também é o lugar da morte no homem[15,33].

Nesse sentido a pessoa idosa encarna os inomináveis da Modernidade nas sociedades ocidentais: o envelhecimento e a morte. É o lembrete da precariedade e fragilidade humana: o velho reduzido ao seu corpo tem sua singularidade apagada sob a ótica do corpo danificado, que precisa ser alimentado, que precisa ser cuidado, o velho é objeto de seu corpo e não mais um sujeito. Ocorre o retraimento da dualidade corpo e indivíduo, assim, a velhice representa um momento em que o recalque do corpo não é mais possível, o instante em que o corpo mostra-se ao olhar do outro como não sendo mais favorável[15].

3.3 O normal e o patológico

O modelo biomédico representa em nossa sociedade o saber oficial sobre o corpo[15]. A partir dele, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define a saúde como “um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”.

Muitos estudiosos, entre eles Georges Canguilhem e Christophe Dejours, criticaram e discordaram dessa abordagem[34], pelo fato de tal conceituação parecer utópica, ideal, baseada no conceito de normal, como a média de eventos observados[35]. Em sua tese “O normal e o patológico”, Canguilhem[36] revelou a importância da filosofia para compreender a ciência da vida e que a biologia, tal como é, se mostra insuficiente para descrever a vida humana. Nesse sentido, ao discutir conceitos como normal, patológico, saúde e doença, ele propõe a normatividade vital, um conceito que marcou os estudos sobre a saúde coletiva[35,37]. De acordo com Canguilhem[36] o normal designa aquilo que é como deve ser e o que é mais frequente, ou constitui a média ou módulo de um atributo mensurável e o julgamento de um estado está impregnado de valores atribuídos pelos indivíduos que avaliam. Para ele, o patológico somente pode ser definido pelo próprio indivíduo, levando em consideração a experiência daquele que se sente doente e não pelos médicos, uma vez que o estado patológico é mais do

que uma simples variabilidade fisiológica. Assim, a saúde seria uma questão de "sentir" e não de "saber". Esse então tem sido o ponto crucial para marcar as diferenças entre a medicina atual e a tese de Canguilhem. Para a medicina, o normal é aquilo que estatisticamente é o mais freqüente, para o autor o normal é o normativo, o que institui normas. Portanto, a "diversidade não é doença (...). Patológico implica *pathos,* sentimento direto e concreto de sofrimento e impotência, sentimento de vida contrariada"[36]. A anomalia somente será patológica se for sentida como um obstáculo ou perturbação à vida, ou seja, o que determina o patológico não é o desvio estatístico, mas o desvio normativo. A doença não está relacionada com o fato de ser diferente (anomalia) ou de uma ausência de normas, mas com a incapacidade ou dificuldade de instituir normas que expandam a vida. E ainda:

> "*Não existe fato que seja normal ou patológico em si. A anomalia e a mutação não são, em si mesmas, patológicas. Elas exprimem outras normas de vida possíveis. Se essas normas forem inferiores - quanto à estabilidade, à fecundidade e à variabilidade da vida - às normas específicas anteriores, serão chamadas patológicas. Se, eventualmente, se revelarem equivalentes – no mesmo meio – ou superiores – em outro meio – serão chamadas normais. Sua normalidade advirá de sua normatividade. O patológico não é a ausência de norma biológica, é uma norma diferente, mas comparativamente repelida pela vida*"[36].

Se já é difícil estabelecer os limites entre o normal e o patológico em um homem adulto, na pessoa idosa esse desafio aumenta, uma vez que a sociedade atual tende a compreender a saúde como sinônimo de juventude[38]. Neste sentido, um idoso com incapacidade parece ser um problema praticamente insolúvel e pouco discutido. Para iniciar essa questão, nos próximos parágrafos serão abordados os modelos conceituais da incapacidade.

3.4 Os modelos de incapacidade

O fenômeno da incapacidade pode ser interpretado a partir de dois modelos: o biomédico e o social[39]. O modelo biomédico define um corpo com impedimentos como aquele que deve ser objeto de intervenção pela medicina e as deficiências são classificadas de acordo com as descrições das lesões, das doenças e são vistas como desvantagens naturais e indesejadas. Enquanto o modelo social da deficiência busca a garantia da igualdade entre

pessoas com e sem impedimentos corporais, mas não apenas em termos de oferta de bens e serviços biomédicos. Da mesma forma que a questão racial, geracional ou de gênero, a deficiência é uma questão de direitos humanos[40,41]. Portanto, os impedimentos corporais têm significado apenas quando diante das experiências de interação social e do nível de acessibilidade de uma sociedade. Assim, quanto maiores as barreiras sociais, maiores também serão as dificuldades de participação impostas àqueles com alguma deficiência corporal[39,40,41].

Em 1976, a OMS publica a Classificação Internacional de Deficiência, Incapacidade e Desvantagem (CIDID). De acordo com a CIDID, a deficiência é descrita como as anormalidades nos órgãos e sistemas e nas estruturas do corpo; a incapacidade é caracterizada como as conseqüências da deficiência do ponto de vista do rendimento funcional, ou seja, no desempenho das atividades; e desvantagem refere-se à adaptação do indivíduo ao meio ambiente resultante da deficiência e incapacidade. O modelo da CIDID foi muito criticado por privilegiar o modelo biomédico da incapacidade, descrevendo-a, como uma seqüência linear, decorrente da doença[42].

Após muitas versões e testes, em 2001, a Assembléia Mundial da Saúde aprovou a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) que foi traduzida para o português e publicada no Brasil em 2003[6]. O conceito chave da CIF é a funcionalidade, que se relaciona com os componentes de funções e estruturas do corpo, atividade e participação social. A funcionalidade é entendida como o aspecto positivo, enquanto o aspecto negativo corresponde à incapacidade. Assim, de acordo com esse modelo, a incapacidade é resultante da interação dinâmica entre a disfunção apresentada pelo indivíduo (seja orgânica e/ou da estrutura do corpo), a limitação de suas atividades e a restrição na participação social, e dos fatores ambientais que podem facilitar ou dificultar o desempenho dessas atividades e da participação[42]. A CIF é baseada, portanto, numa abordagem biopsicossocial da funcionalidade e é entendida pela OMS como universal, podendo ser usada por todos e em qualquer situação de saúde[43]. Neste sentido, a CIF é um avanço na evolução conceitual da incapacidade, por reafirmar que a incapacidade não é mais uma tragédia pessoal e familiar passível de correções médicas, mas também uma questão de toda a sociedade[39].

No entanto, embora algum passo na direção da igualdade tenha sido dado, a CIF ainda sofre algumas críticas. A primeira diz respeito à indefinição do modelo teórico. Segundo Sampaio e Luz[43], mesmo reconhecendo a incapacidade com uma abordagem biopsicossocial, a OMS não define qual modelo teórico baseou seu conceito de biopsicossocial, sendo que para alguns cientistas sociais parece estar ligado às teorias do funcionalismo estrutural. Vários estudiosos e pessoas ligadas aos movimentos dos direitos das pessoas com deficiências discordam da forma como os funcionalistas interpretam a noção de desvio ainda como uma

característica inerente ao indivíduo[43]. Outra possível falha aventada desse modelo é que embora a CIF revele a importância da abordagem biopsicossocial para integrar as inúmeras perspectivas da funcionalidade humana, ela não detalha como acontece essa integração. Assim, a coleta de dados biológicos, individuais e sociais é feita independentemente, para depois compreender as ligações e associações entre esses dados, desta forma reforça a premissa equivocada de que por meio das partes se pode conhecer o todo. Quando a experiência de saúde em sua totalidade não pode ser entendida como um somatório de condições[43].

Outro questionamento está no fato de a CIF não definir os fatores pessoais (como a questão geracional, a cultura) que estariam relacionados à questão da funcionalidade humana. Dessa maneira a OMS diz ser imprescindível que pesquisas sejam feitas para auxiliá-la na incorporação, no futuro, dos fatores pessoais, importantes na forma de lidar com as condições limitantes.

Por fim, o caráter universal da CIF também é questionável, pois, a universalidade do uso da CIF deve estar na metodologia de produção de conhecimento da funcionalidade humana, mas o conhecimento produzido é localizado. Portanto, a incapacidade deve ser entendida a partir dos indivíduos envolvidos e no contexto em que eles vivem e experimentam essa outra forma de viver. Sendo assim, qualquer definição de políticas públicas deve considerar a incapacidade como uma questão local e particular[43].

Nesta direção, Devlieger[44] defende outro modelo de incapacidade: o modelo cultural e dialético. Nessa proposta, as pesquisas deveriam explorar e envolver tanto indivíduos que experimentam uma deficiência corporal como os que não vivenciam essa dificuldade, para, a partir daí, propor críticas aos modelos teóricos de incapacidade.

No presente trabalho, entende-se que possuir um corpo com impedimentos físicos, intelectuais ou sensoriais é uma das muitas formas de estar no mundo[39]. A normalidade, não pode ser percebida como uma expectativa biomédica de padrão de funcionamento do homem, ou como um preceito moral de produtividade e adequação às normas sociais. O conceito de corpo deficiente ou pessoa com deficiência devem ser entendidos em termos políticos e culturais e não apenas estritamente biomédicos.

O envelhecer de um indivíduo não vem obrigatoriamente acompanhado de muitas doenças crônicas e incapacitantes, no entanto, é fato que à medida que se envelhece aumentam as chances desses eventos. No âmbito do indivíduo, a incapacidade traz à tona os múltiplos componentes deste processo nos idosos, em que condições médicas e físicas idênticas podem gerar distintos padrões de incapacidade dependendo do contexto em que acontecem. Ao mesmo tempo, tipos similares de incapacidade podem emergir de diferentes

condições de saúde e da (in)existência de recursos humanos, físicos, financeiros, sociais, o que sugere um componente sociogênico nesta questão[3].

Portanto, diante das doenças e de piora nas funções diárias, o próprio idoso, sua família, a sociedade e o Estado deverão lançar mão de estratégias e maneiras de enfrentar essas condições. Ao Estado cabe a formulação de políticas públicas que propiciem o tratamento e a prevenção da incapacidade em idosos, bem como políticas que promovam a saúde, a acessibilidade, a distribuição de renda, enfim oferecer as condições básicas para que os outros atores possam participar efetivamente na vida desses idosos. A sociedade e a família são importantes redes de apoio ao indivíduo que envelhece. E assim, diante desse ambiente favorável, o idoso terá condições dignas de enfrentar a doença e a incapacidade.

Percebe-se então que a questão do enfrentamento da incapacidade é ampla e multifatorial e ainda exige a participação de diversos atores. Vale ressaltar que todas as ações desses indivíduos são mediadas pelas crenças e valores culturais locais.

4 Percurso Metodológico

4.1 Quadro Teórico

Sob o ponto de vista da Antropologia Médica, a doença não pode ser definida apenas como um processo patológico, no sentido biomédico do termo, o processo saúde/doença é uma construção sócio-cultural. Nessa perspectiva, vários estudiosos, entre eles Eisenberg[45] e Kleinman[46], elaboraram conceitos e formas de compreender a doença que ainda são usadas até hoje[47]. A teoria proposta por Eisenberg[45] diferencia a "doença processo" e "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-estar. Kleinman[46] 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 com essa perspectiva, o modelo biomédico de compreensão do processo saúde/doença é apenas uma das maneiras de interpretar esse fenômeno, sendo também social e culturalmente construído[48].

Algumas vezes profissionais da saúde e doentes empregam modelos explicativos diferentes para a doença, fato que pode explicar o insucesso do tratamento[47]. Conhecer essas diferenças pode facilitar a comunicação entre tais grupos, ampliar a compreensão dos profissionais quanto às várias formas de conceber a doença, aumentar a adesão das pessoas que utilizam o serviço de saúde às intervenções e aos tratamentos propostos a partir dessa comunhão entre o saber popular local e o saber biomédico.

Outra contribuição da antropologia para a saúde foi a construção de um quadro conceitual e metodológico que investiga o envelhecimento a partir da perspectiva êmica[49]. Para essa metodologia a interpretação do cientista é construída na perspectiva dos entrevistados e não como uma discussão na visão do pesquisado ou da literatura[50]. Assim, a cultura, conforme a definição de um importante estudioso da corrente interpretativa da Antropologia, Clifford Geertz[51], constitui um universo de símbolos e significados que permite os sujeitos de um grupo interpretar suas experiências e guiar suas ações. Trata-se do contexto que confere inteligibilidade a situações e acontecimentos da vida, estruturando o campo social em um tecido semântico[49], um texto interpretável, com seus sistemas de significados, bem como revelam ideologias que mascaram questões políticas e econômicas[52].

Nessa direção, em 1992, Corin et al[53] desenvolveram um modelo semântico-pragmático que objetiva conjugar a perspectiva interpretativa, influenciada pela tradição hermenêutica, com a teoria crítica. De acordo com Corin[54], apesar das diferenças existentes,

elas têm elementos em comum: ambas analisam a cultura como uma realidade dinâmica que permeia o indivíduo e que não pode ser expressa como simples variável a ser estudada com variáveis estatísticas. O outro elemento em comum entre essas perspectivas é a abordagem transcultural; segundo Corin[54] as perspectivas transculturais são as únicas que nos permitem descobrir a relatividade de nossos conceitos e teorias, e ajudam a "ampliar" nosso conceito de realidade. O modelo proposto por Corin et al[53] chamado Signos, significados e ações, analisa a problemática por meio de três níveis de análise: (a) um estudo do saber, focalizando a atenção sobre as narrativas daqueles que representam a população que se deseja estudar e este primeiro nível procura identificar a semiologia, os signos, os sinais, os indicadores com base nos quais os diferentes aspectos de saúde e doença são percebidos na comunidade; (b) uma análise do sistema de interpretação; (c) um terceiro nível de análise, chamado sistema de ação, visa a entender as respostas, as reações para procurar respostas aos problemas. Além disso, esse modelo, na tentativa de superar os perigos de uma análise do sujeito, da microrrealidade considera também os fatores macrossociais, situando-nos em uma dimensão do coletivo. Dessa forma, a reconstrução de casos individuais é complementada por uma análise do espaço social, em uma análise da interação entre histórias e casos individuais e processos coletivos.

O presente trabalho utiliza o modelo de análise do sistema de signos, significados e ações desenvolvido por Corin et al[53], para analisar as representações e comportamentos associados a problemas de saúde específicos e em um contexto particular. Ele permite o acesso às lógicas conceituais privilegiadas por uma população específica para compreender e explicar uma determinada condição, assim como identificar os diferentes elementos do contexto que intervêm na construção de comportamentos concretamente adotados por esta população diante desta doença[50].

Assim, a compreensão do fenômeno da incapacidade e funcionalidade na presente pesquisa, teve como foco, a fala do idoso sobre suas condições de vida e de saúde e isso possibilitou ao pesquisador o mergulho no ambiente local e cultural desse idoso que experimenta a pós-modernidade e vive em uma cidade do interior de Minas Gerais.

4.2 Local do Estudo

Esta pesquisa qualitativa foi realizada na cidade de Bambuí, atualmente com aproximadamente 23.000 habitantes. À semelhança do Brasil, o município passa por progressiva urbanização e acelerado envelhecimento: em 1950, sua população rural representava 84% da população total, reduzindo-se para apenas 15%, em 2010. Quanto ao envelhecimento, em 1960, 3,8% dos seus habitantes tinham 60 ou mais anos de idade; aumentando para 15,9%, em 2010[55].

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[56]. 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 caolim[57].

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[57].

No cuidado à saúde, Bambuí se destacou como centro de profilaxia contra a doença de Chagas com o posto Avançado de Estudos Emanuel Dias e sua rede pública de assistência à saúde conta com seis Unidades Básicas de Saúde (UBS), com suas respectivas equipes de saúde que integram a Estratégia Saúde da Família, um Centro de Saúde, um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), dois hospitais, um municipal e outro estadual. Inexistem instituições de longa permanência para idosos[56].

4.3 População de estudo

Foi solicitado à respectiva equipe de saúde de cada uma das seis Unidades Básicas de Saúde que indicasse pessoas idosas de diferentes níveis funcionais: nenhuma, alguma ou completa dificuldade para realizar atividades rotineiras. Os participantes do estudo, todos com idade mínima de 60 anos, residiam na sede do município, estando cadastrados em UBS da cidade e em condições de responder a perguntas. Os critérios de inclusão visaram garantir a heterogeneidade dos participantes e a multivocalidade, segundo o território da UBS, o gênero, a idade e a condição funcional. O critério de saturação regulou o número de entrevistas[58].

4.4 Coleta dos dados

No presente trabalho, o modelo de “Signos, Significados e Ações”, desenvolvido por Corin et al[53] foi utilizado 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 funcionalidade e do enfrentamento da incapacidade.

Para reconstruir o universo de representações (maneiras de pensar) e comportamentos (maneiras de agir) associados a esses processos pelos idosos residentes em Bambuí, foram

realizadas entrevistas no domicílio. De acordo com o modelo proposto por Corin et al[53], as entrevistas devem ser iniciadas com perguntas que revelam ações diante do evento a ser investigado uma vez que seu comportamento diante de um evento pode explicar melhor a influência dos valores socioculturais daquele local. As primeiras perguntas foram direcionadas às questões de saúde e doença por se entender que o construto funcionalidade e incapacidade é parte do processo saúde/doença e porque em outra pesquisa antropológica realizada nessa mesma localidade foi verificado que a condição funcional fazia parte da percepção de saúde dos bambuienses entrevistados naquela ocasião[59]. Dessa forma, as perguntas geradoras foram:

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?

d) Qual(ais) o conselho(s) você me daria para eu chegar à sua idade com boa saúde?

A partir das respostas obtidas, outras perguntas foram feitas abordando o contexto biopsicossocial, os recursos, o impacto da incapacidade e as dimensões relacionadas à funcionalidade. As entrevistas foram gravadas para possibilitar a análise mais cuidadosa e detalhada dos dados.

4.5 Análise dos dados

Primeiramente, as entrevistas foram transcritas e lidas várias vezes. Neste momento da análise, algumas frases, palavras, adjetivos, concatenação de ideias, sentido geral do texto, foram destacados. O processo de análise buscou identificar “os sistemas de signos, significados e ações”, ou seja: a) os diferentes tipos de signos associados aos fenômenos investigados – velhice, funcionalidade e incapacidade funcional, e ao cuidado à saúde; b) as explicações privilegiadas frente a esses signos e c) as reações e ações que eles desencadeiam[50]. Posteriormente, as articulações entre “os sistemas de signos, significados e ações” foram examinadas e avaliados os diferentes elementos do contexto pessoal, social e cultural acerca da construção e evolução das reações e dos comportamentos face à condição funcional na velhice[50].

Para assegurar o anonimato dos entrevistados eles foram identificados pelo sexo e pelo número da entrevista. Para exemplificar: a primeira mulher entrevistada foi identificada como Mulher 1 (M 1), a segunda, Mulher 2 (M 2) e assim sucessivamente.

5 Aspectos éticos

Essa pesquisa é parte de um projeto maior intitulado “Abordagem antropológica da dinâmica da funcionalidade em idosos”, cujo objetivo é explorar a funcionalidade como um componente essencial da saúde do idoso bem como a sua dinâmica, em termos de fatores pessoais (atitudes, comportamentos, crenças), contextuais (ambiente e recursos), da participação (rede de apoio social) e das condições de saúde, aprovado pelo Comitê de Ética do Centro de Pesquisa René Rachou/FIOCRUZ, protocolo 29/2009.

6 Artigos da coletânea

6.1 Artigo 1

Maneiras de pensar e maneiras de agir dos idosos frente às questões relativas à funcionalidade/incapacidade. Ciência e Saúde Coletiva (in press).

Josianne Katherine Pereira[1]; Karla Cristina Giacomin[2,3]; Josélia Oliveira Araújo Firmo[1,2]

Instituições: [1]Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde do Centro de Pesquisas René Rachou - Fundação Oswaldo Cruz; [2]NESPE - Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento - FIOCRUZ/UFMG; [3]Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte.

Financiamento: FAPEMIG.

Resumo

A funcionalidade é uma dimensão crucial da saúde da pessoa idosa. O objetivo desse trabalho é investigar os elementos que participam da construção dos significados da incapacidade para o idoso residente na cidade de Bambuí/MG. Trata-se de uma abordagem qualitativa, em que o modelo de signos, significados e ações foi utilizado na coleta e análise dos dados. Foram entrevistados 57 idosos (30 mulheres; 27 homens) com idades entre 61 e 96 anos, cadastrados nas unidades básicas de saúde da cidade. Os idosos compreendem a funcionalidade/incapacidade (*disease*), como o "dar conta/não dar conta" ou "dar trabalho" (*illness*). "Não dar conta" refere-se às perdas funcionais inexoráveis atribuídas à velhice, enquanto "Dar trabalho" a uma condição definitiva que gera dor e sofrimento à pessoa e a quem dela cuida. As maneiras de lidar com o "não dar conta" passam por se conformar, enquanto com o "dar trabalho", orar. A religiosidade e o conformismo podem ajudar nos momentos de crise; mas, revelam a carência de recursos e de alternativas de apoio e de intervenção nos casos mais graves.

Palavras-chave: Antropologia, Incapcidade funcional, Idosos

Abstract

The aim of this work is to investigate the elements that comprise the significance of disability for the elderly residents of the city of Bambuí/MG. This is a qualitative approach, in which the model of signs, significance and actions was used in both data collection and assessment. 57 subjects registered in the primary care units were interviewed with an age range from 61 to

96. The participants understood functionality/disability (*disease*) as “being able/not being able to” of doing something or “being a burden” (*illness*) to someone. “Not being able” refers to the inexorable functional loss inherent to the ageing process, whilst “being a burden” would be seen as a permanent pain and suffering generating status to both patient and care giver. The way to deal with the “not being able” condition is related to resignation. On the other hand, praying is the way to deal with “being burden”. Religiousness and resignation can be greatly helpful during critical moments. However, they also reveal the lack of resources, support alternatives and intervention in the most severe cases.

Key Words: Anthropology, Disability, elderly

INTRODUÇÃO

No Brasil, o envelhecimento populacional é um fenômeno que se iniciou a partir da década de sessenta do século passado, quando começaram a diminuir as taxas de fecundidade e mortalidade infantil. Embora em nosso país, esse processo seja marcado por grandes desigualdades e injustiças sociais[1] é incontestável que o aumento da população idosa e da expectativa de vida represente um avanço para a sociedade[2].

Nesse contexto, é fundamental compreender o envelhecimento populacional como um processo multifacetado e não generalizável[3], no qual a funcionalidade se torna uma preocupação maior da saúde pública[4]. Com ele entram em pauta no cuidado à pessoa que envelhece[5] a promoção do envelhecimento ativo e as questões relativas à capacidade funcional. Além disso, esta última constitui área chave de pesquisas e serve como balizadora de ações[4], políticas e programas, as quais serão ainda mais efetivas caso respondam às necessidades percebidas pelos indivíduos[6].

Assim, a Antropologia se apresenta como o campo de conhecimento adequado para abordar a funcionalidade, dando voz aos interessados – as pessoas idosas - e possibilitando a construção conjunta dos projetos e ações necessárias. Contudo, desencontros entre os saberes biomédicos e os saberes populares sobre as questões relativas à saúde são frequentes, sendo, possivelmente, mais ricas as práticas que possibilitem o trânsito livre dos saberes além dos biomédicos[7].

Para o profissional da saúde pode ser difícil compreender o corpo, a doença, a dor e o sofrimento como fenômenos culturais, pois ele aprendeu a reconhecer esses fenômenos segundo uma referência epistemológica totalmente diferente daquela do campo simbólico da antropologia[8]. Portanto, o estudo da funcionalidade/incapacidade como fenômeno sociocultural poderia minimizar as dificuldades na comunicação entre profissionais e idosos,

além de atenuar a adversidade e auxiliar no manejo do ambiente social e físico, capacitando o idoso para melhorar seu senso de auto eficácia e de controle sobre a situação[9].

Porém, nesse campo do conhecimento, persistem lacunas a serem exploradas no entendimento de como os idosos constroem o significado da incapacidade; lidam com ela e ou com sua perspectiva; e como as relações sociais e o contexto cultural modulam tal processo. Estudos antropológicos que descrevam a experiência subjetiva das pessoas idosas no seu cotidiano podem contribuir para a compreensão dos valores e normas culturais que participam das questões relativas à saúde[10]; dos sentidos e significados atribuídos à funcionalidade, à incapacidade e ao envelhecimento[10]; e das práticas e comportamentos assumidos diante desses processos[10]. Assim, o objetivo desse artigo é investigar os elementos que participam da construção dos significados da incapacidade para o idoso residente na cidade de Bambuí/MG.

METODOLOGIA

Quadro Teórico

Sob o ponto de vista da Antropologia da saúde, a doença não pode ser definida apenas como um processo patológico, no sentido biomédico do termo, o processo saúde/doença é uma construção sociocultural. Nessa perspectiva, vários estudiosos, entre eles Eisenberg[11] e Kleinman[12], elaboraram conceitos e formas de compreender a doença que ainda são usadas até hoje[13]. A teoria proposta por Eisenberg[11] diferencia a "doença processo" e "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-estar. Kleinman[12] 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 com 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 construído[14].

Percurso metodológico

A presente pesquisa antropológica utiliza a abordagem qualitativa, visando a valorização das interpretações dos idosos. Foi realizada na cidade de Bambuí, um município que possui atualmente uma população de aproximadamente 23.000 habitantes, incluindo zona rural e urbana. O município passa por progressivo fenômeno de urbanização, semelhante ao Brasil após 1950, podendo-se verificar uma redução da população rural que representava 84% em 1950 para 27% em 1991, chegando a apenas 15% da população total do município em

2010. Quanto à composição etária, observa-se o envelhecimento progressivo e acelerado da sua população: em 1960, 3,8% dos habitantes apresentavam 60 ou mais anos de idade; em 1970 esta proporção era de 5,1%, em 1980, de 7,3%, chegando a 15,9% de idosos, em 2010, segundo o último censo do IBGE [15].

Quanto às questões relativas à saúde, Bambuí se destacou como centro de profilaxia contra a doença de Chagas. O posto Avançado de Estudos Emanuel Dias, criado para controle desta doença presta até hoje assistência médica à população, integrando o Sistema Único de Saúde. Além dele, a rede pública de assistência à saúde do município conta com seis Unidades Básicas de Saúde que integram a Estratégia Saúde da Família, 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. Inexistem instituições de longa permanência para idosos[16].

População de estudo

Os idosos (idade mínima de 60 anos) que participaram desse estudo foram selecionados entre aqueles cadastrados em unidades básicas de saúde da cidade.

A escolha dos entrevistados baseou-se em critérios que visaram garantir a heterogeneidade dos participantes, dessa forma foram selecionados idosos, de ambos os sexos, que conseguiam responder às perguntas sem precisar de nenhuma ajuda ou apoio de terceiros. Quanto às condições de saúde, de acordo com os relatórios de profissionais que os atendiam em uma das seis UBS da cidade, os entrevistados apresentavam alguma(s), muitas ou nenhuma doença incapacitante.

O critério de saturação foi utilizado para regular o número de entrevistas[17].

Coleta dos dados

No presente trabalho, o modelo de Corin et al[18] foi utilizado 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[10].

Para reconstruir o universo de representações (maneiras de pensar) e comportamentos (maneiras de agir) associados à incapacidade pelos idosos residentes em Bambuí, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas no domicílio do entrevistado, após apresentação e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Inicialmente, as entrevistas tiveram

como 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 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.

Análise dos dados

Primeiramente, as entrevistas foram transcritas e lidas várias vezes. Após essa primeira fase da análise, algumas frases, palavras, adjetivos, concatenação de idéias, sentido geral do texto, foram destacados. Para a elaboração das categorias centrais, os seguintes passos foram seguidos:

A análise visou a identificar "os sistemas de signos, significados e ações", ou seja: a) os diferentes tipos de signos associados à identificação de um determinado problema, à gravidade desse problema ou à necessidade de tratamento; b) as explicações privilegiadas frente a esses signos e c) as reações e ações que são desencadeadas por esses signos[10]. Foram examinadas as articulações entre "os sistemas de signos, significados e ações" em relação a diferentes elementos do contexto pessoal, social e cultural sobre a construção e a evolução das reações e dos comportamentos[10].

Emergiu da análise a relevância das questões da funcionalidade/incapacidade para explicar o processo do adoecimento dos idosos entrevistados, o que permitiu elaborar as categorias centrais que representam os significados de funcionalidade/incapacidade atribuídos pelos idosos.

Para assegurar o anonimato, os entrevistados foram identificados pelo sexo, pelo número da entrevista e pela idade. Para exemplificar: a primeira mulher entrevistada foi identificada como Mulher 1 (M 1, 70 anos), a segunda, Mulher 2 (M 2, 87 anos) e assim sucessivamente.

Aspectos éticos

Essa pesquisa é parte de um projeto maior intitulado "Abordagem antropológica da dinâmica da funcionalidade em idosos", aprovado pelo Comitê de Ética do Centro de Pesquisa René Rachou/FIOCRUZ, protocolo 29/2009.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados 57 idosos, 27 homens e 30 mulheres, com idades entre 60 e 96 anos, cadastrados nas seis UBS da cidade de Bambuí, MG. Os entrevistados eram oriundos da zona rural, sendo o maior acesso a educação e trabalho para os filhos e a proximidade do serviço de saúde os principais motivos para a mudança para a cidade. Observou-se, nesta população, baixa escolaridade e forte influência da religião católica. A maior parte dos idosos referiu sua saúde como boa e esse construto se relacionava à capacidade funcional e à autonomia. Um idoso viúvo que morava sozinho e recebia apoio de uma filha para as atividades domésticas, analisou:

"Tá boa (a saúde), porque eu tô sadio..., almoço e janto bem, durmo, tô feliz." (H 26, 85 anos)

Em outra pesquisa realizada com idosos residentes em Bambuí, a saúde era compreendida como a capacidade de permanecer ativo em termos de capacidades físicas e de mobilidade e de executar as próprias escolhas[19]. No entanto, embora a capacidade física seja considerada um balizador das concepções de saúde, ela sozinha não consegue elucidar toda a experiência dos entrevistados, pois as dimensões biológicas, sociais, culturais, econômicas também fazem parte desse processo[20].

A funcionalidade/incapacidade

Compreender o sentido e o significado de uma condição de saúde é uma das tarefas do pesquisador que estuda a área sob o ponto de vista sócio antropológico. Embora se saiba que quaisquer modelos explicativos formulados pelo pesquisador jamais esclarecerão completamente o processo saúde/doença, demonstraremos nesse artigo as maneiras de pensar e de agir dos idosos entrevistados sobre a questão da funcionalidade/incapacidade (*disease*). No grupo estudado, os idosos falaram de suas experiências (*illness*) a partir de dois principais signos referenciados: "Dou conta/Não dou conta" e "Dar trabalho".

Dou conta/Não dou conta

Para os entrevistados, as noções de funcionalidade e incapacidade foram entendidas, respectivamente, como o que "*dou conta*" e o que "*não dou conta*" de fazer. Como esperado para esta geração, as atividades domésticas foram mais citadas pelas mulheres, como afirmou uma senhora:

"Eu faço a comida, lavo a minha roupinha, mas ela (a filha) que faz a limpeza da casa, eu não dou conta..." (M 51, 70 anos)

Enquanto não dar conta de trabalhar foi um signo recorrente, mais valorizado pelos homens. Os trechos a seguir exemplificam essa situação:

"Porque eu não ando, não dou conta de trabalhar. Eu trabalhei 22 anos e agora tô aí parado." (H 6, 62 anos)

Sabe-se que na vida moderna e no mundo capitalista o trabalho produtivo é valorizado e a identidade do indivíduo é construída a partir dessas atividades remuneradas. Portanto, quando acontece o afastamento das funções profissionais, a pessoa deve reorganizar sua identidade, o que pode representar um período de estresse na vida desse indivíduo[21].

Homens e mulheres que reportavam mais doenças apontavam dificuldades no auto-cuidado. Uma idosa que reclamava de dores no corpo, possivelmente decorrentes de uma doença reumatológica grave, lamentava sua limitação:

"Ah... eu não consigo fazer nada! Eu também não alimento, comida, eu não como mais. Bebo assim um leite, um mingau, só... Não dou conta de fazer nada não. Nem assim de noite... não dou conta de puxar um lençol pra me cobrir com a mão..." (M8, 83 anos)

Para os entrevistados "*não dar conta*" se referia a perdas que representavam uma condição inexorável da velhice. A velhice é utilizada como resposta para explicar as perdas progressivas na execução de tarefas cotidianas, além de justificar a perda da capacidade para trabalhar, quer seja na roça, nas tarefas domésticas ou na vida da cidade; como demonstram as falas a seguir a seguir:

"É, trabalhar do jeito que era. Trabalhar em casa ou trabalhar na roça... eu fazia biscoito, eu tinha horta muito boa de verdura, eu gostava de plantar uns trem, agora não posso mais." (M 42, 82 anos)

"Ah, quem tem 89 anos é diferente, já está mais fraca, sem disposição..." (M 1, 89 anos).

"Ah, eu não faço muito, não faço nada sozinho. Eu na idade que eu estou, não aguento fazer muita coisa. Mais é quieto". (H 45, 92 anos).

"*Falta de destreza*", "*desânimo*", "*cansaço*", "*sem disposição*" foram outros signos associados às perdas funcionais relativas à velhice. Essa relação entre a velhice e as perdas funcionais e de energia foi discutida por Caradec[22] em um artigo baseado em uma série de entrevistas realizadas com sexagenários aposentados recentemente, octogenários e nonagenários. Nele, esse autor investigou a questão da sensação de envelhecer e da corporeidade e concluiu que o idoso vivencia o envelhecimento corporal por meio de três

registros: o do corpo orgânico, o da aparência e o da energia. O registro do corpo orgânico relaciona-se às limitações funcionais e a doenças consideradas como sinais do envelhecimento. O registro da aparência se refere às dimensões plásticas do corpo que envelhece, como as rugas e os cabelos brancos. Por fim, o registro da energia, muito mais frequente entre os octogenários e nonagenários, faz referência à vitalidade do corpo e queixas como cansaço, fraqueza, falta de vontade, desânimo são expressões comuns que exemplificam esse registro de debilidade energética.

Em Bambuí, no campo de fala dos idosos, a primeira razão para explicar as dificuldades progressivas é a própria velhice, mas também foram citados: os comportamentos da juventude e as condições de trabalho que os teriam prejudicado. Para alguns entrevistados, ter alguma dificuldade ou estar doente era o fruto que estariam colhendo de uma vida difícil, da falta de cuidado que tiveram consigo mesmos ao longo da vida. O relato de uma idosa com dependência completa para o auto-cuidado exemplifica essa questão:

"Ah, eu acho que eu mesma sou culpada. Ah porque eu trabalhava direto... Lavava roupa até... Enfiava a mão na água, tirava aquilo quente e tocava na água. Não havia máquina nem tanque tinha. Tudo na mão e era fervido... Na roça a gente molhava demais, esfriava muito..." (M 8, 83 anos).

Nessa direção, Debert[23] teoriza sobre o que chamou de "reprivatização da velhice", em que tanto os idosos, como toda a sociedade e até gerontólogos, reproduzem a ideia de que a velhice é um problema do próprio velho que não conseguiu cuidar de sua saúde quando era jovem e que como sua condição está sob seu desejo e seu controle, quem quiser deixar de ser velho deve seguir as orientações médicas cientificamente comprovadas. Nos registros dos idosos bambuienses, os profissionais da saúde também corroboram e reforçam essa ideia, como afirmou um senhor:

"... [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)

Outra questão abordada na análise das entrevistas foi a maneira de agir diante das situações em que "*não davam conta*". Nas narrativas dos idosos, diante da experiência ou do temor da incapacidade ou de algum problema de saúde, foram ações relatadas: adaptações na vida diária e ou o abandono de alguma(s) atividade(s); podendo a pessoa idosa agir de diferentes maneiras diante das dificuldades. Assim, mudar a forma de executar uma função ou

providenciar o uso de um dispositivo auxiliar para conseguir fazê-la são exemplos das estratégias de adaptação utilizadas, como aparece no trecho selecionado a seguir:

"A velhice... muda a vida da gente. Essa questão da força, de habilidade que podia ter e não tem. Não consegue mais fazer o trabalho. A oficina [de artesanato] ali é uma bagunça, porque pra pegar um objeto eu não posso agachar... Agora eu arranjei uma ferramenta... fiz uma ponta com imã na bengala, para pegar..." (H 15, 75 anos)

Outra maneira era abandonar atividades, independentemente se realizadas nos ambientes doméstico, como "cozinhar", "lavar roupa para fora", ou externo, como "ir à rua fazer compra", "passear", "visitar amigos". Porém, a compreensão desse processo diferia conforme a pessoa idosa se sentisse ou estivesse no controle da situação. Na fala dos idosos, eles não se tornavam incapazes de fazer algo, eles deixavam de fazê-lo por livre escolha e/ou por saber que alguém se encarregaria da atividade. A fala de uma idosa viúva que recebe apoio de seus filhos reflete a relação entre o apoio familiar e o ato de deixar de fazer algo:

"Tem quem faz e tem quem fica quieto. Se eu tenho quem faz..." (M 5, 77 anos).

"*Ficar mais quieto*" era outra maneira de os entrevistados lidarem com as dificuldades, conforme ilustram os relatos abaixo:

"Não faço mais nada... Quietei, mas quietei mesmo. Sempre eu vou lá na roça e só dou uma voltinha." (H 23, 82 anos)

"As coisas, à medida que eu fui deixando de fazer certas coisas, ou modificando o jeito de fazer, é que melhorou um pouco..." (M 10, 72 anos)

Maneiras semelhantes - adaptar-se e abandonar atividades - também foram vistas na população idosa estudada por Caradec[22], nos grupos de sexagenários e octogenários. Segundo esse autor, diante das dificuldades diárias, os idosos criam estratégias de reconversão, como a adaptação, o abandono de atividades e a volta por cima. Ele cita como adaptação o uso de uma prótese auditiva, por exemplo; enquanto o abandono de atividades pode assumir a forma de:

- abandono-substituição: por exemplo, assistir missa pela televisão;
- abandono-seleção: por exemplo, dirigir por distâncias mais curtas; e
- abandono-renúncia: por exemplo, desistir de dirigir.

A volta por cima refere-se à retomada de uma atividade abandonada ou ao maior envolvimento em uma atividade já praticada, como é o caso de uma viúva que após a morte do cônjuge estabelece outras relações, participa de excursões. Caradec[22] demonstra que os

entornos sociais, como a ambiência adaptada para pessoas com dificuldades e a oferta de oportunidades de engajamento, favorecem a manutenção dos apegos à vida na pessoa idosa. Além disso, quanto ao abandono das atividades, é necessário esclarecer que, mediante a sensação de perda de força e vitalidade, se por um lado isso pode ser uma medida protetora, por outro pode levar a maiores dificuldades no futuro, pois parar de fazer as atividades piora a fraqueza muscular e o déficit de equilíbrio, por exemplo[22].

No momento em que os idosos entrevistados relatam "*não dar conta*" de realizar algumas atividades, surge a indagação: quem faz o que precisa ser feito? Quem ou qual instituição representa esse apoio? De acordo com os entrevistados, compreende-se que basicamente assumem esse apoio: a família, os amigos e os vizinhos. A importância desse apoio social está registrada nos relatos a seguir, em que vários familiares são citados:

"Tenho um neto aí que me ajuda... é ele que me dá banho,... me ajuda a sentar para eu comer. Ele é tudo para mim." (H 36, 61 anos)

"É, eu tenho um filho que às vezes vai para mim... O dia que eu não aguento mesmo, ele vai na farmácia para mim, vai no postinho marcar as consultas... Busca as coisas para mim quando eu preciso." (M 19, 83 anos)

Outra fonte de apoio social reconhecida pelos idosos foram os amigos e vizinhos, primordiais para aqueles que moravam sozinhos, principalmente nas questões relativas às doenças. Os vizinhos os levavam ao médico, realizavam o cuidado com a casa, ajudavam-nos a transitar pelo bairro e até ajudavam até financeiramente, além de tornar o abandono de algumas atividades menos difícil. O relato abaixo demonstra a importância desse tipo de apoio:

"... estes vizinhos é uma família... quando eu adoeço, não falta gente, é carro para me levar, é para ficar comigo no Hospital... Assim, não é de dizer que precisar de alguma pessoa para me dar banho, coisa assim, não, mas assim, para ficar comigo no hospital... são gente muito boa". (M 24, 86 anos)

Em um artigo de revisão, Rosa e Benício[24] relatam que o apoio social, no âmbito das redes sociais, pode ser compreendido como: a) apoio emocional, como demonstração de amor e afeto; b) apoio instrumental ou material presente na ajuda para trabalhos práticos (limpeza de casa, preparação de refeição, provimento de transporte) e na ajuda financeira; c) apoio de informação como aconselhamentos, sugestões, orientações; e d) interação social positiva que diz respeito à disponibilidade de pessoas com quem obter alguma forma de lazer e prazer. Ainda segundo essas autoras, a presença do apoio social tem impacto positivo sobre as

condições de saúde, podendo inclusive reduzir o risco de mortalidade. Também no presente estudo, o apoio social pareceu ser decisivo para a vida daqueles entrevistados que envelheceram com alguma dificuldade na execução de tarefas. No entanto, vale ressaltar que, para os idosos participantes desse estudo, os serviços públicos de saúde foram fontes de medicamentos, consultas e realização de exames, mas não foram compreendidos como apoio social nem como forma de cuidado.

Dar trabalho

O outro signo associado ao termo biomédico "incapacidade" foi "*Dar trabalho*". Ele era utilizado tanto por idosos que se diziam em boa saúde quanto pelos que se relatavam doentes. Uma idosa, viúva, que vivia restrita a seu domicílio por limitações decorrentes de doença reumatológica, justificou:

"Eles [os filhos] peleja para eu sair, mas eu acho difícil demais, porque a gente dá trabalho, né?" (M 8, 83 anos)

No grupo entrevistado, grande parte dos idosos se considerava saudável, poucos se percebiam como "*dando trabalho*" e aqueles que se queixavam de estar nessa condição, eram os mais doentes, com menos recursos financeiros e pouco suporte da família. Uma idosa que morava sozinha reclamava de dores na perna e de seu passado difícil, pois fora cuidadora da mãe, dos irmãos e precisou trabalhar, razão pela qual não se casou. Atualmente, vê-se sozinha ao enfrentar a doença e vivenciar as perdas funcionais:

"Eu perdi o meu pai, eu tava com nove (anos). Fiquei por conta dos irmãos e da minha mãe. Depois a mãe faltou e eu fiquei por conta dos irmãos, trabalhando. Parece que eu perdi a coragem... E a gente fica doente, a gente dá trabalho demais!" (M 27, 80 anos).

Note-se que a expressão "*dar trabalho*" é usada para compreender diversas situações. Por exemplo, uma mãe costuma dizer que o bebê *deu trabalho*, o filho adolescente *está dando muito trabalho* ou ainda um estudante admitir que uma tarefa *deu trabalho* para ser concluída. Ainda que em situações diversas e com significados diferentes, em todos, a expressão "*dar trabalho*" reflete uma conotação negativa. Da mesma forma, no presente estudo: "*dar trabalho*" representa uma situação ruim, significando a dependência de outras pessoas. O relato abaixo exemplifica tal experiência de sofrimento:

"Ah, eu penso que é ruim, fica dependendo, depende dos outros demais, né? Não pode fazer nada. Não é fácil não!" (M 14, 88 anos)

No presente estudo, o signo "*dar trabalho*" se refere aos estágios mais avançados e mais graves de perdas funcionais e remete à necessidade de cuidado. Porém, no grupo pesquisado, as dificuldades no dia-a-dia somente são percebidas pela pessoa idosa quando sua condição de saúde fica mais grave, com maior sofrimento tanto para o próprio idoso quanto para quem dele cuida. Isso sugere que, na velhice, a incapacidade permanece invisível para o sujeito até o momento em que a necessidade de um terceiro não lhe permite mais escondê-la. Além disso, mesmo entre aqueles que não haviam vivenciado a experiência de "*dar trabalho*", a expectativa de vir a fazê-lo representava sofrimento, pois:

- teriam de lidar com o fato de não conseguirem mais, respectivamente, realizar atividades e ou exercer papéis sociais que um dia haviam sido capazes de fazer; e ou

- temiam não serem bem cuidados pelos familiares ou ainda não ter alguém para realizar esse cuidado.

Essas situações estão claramente expressas nos relatos de mulheres e homens idosos, como se pode perceber na fala a seguir:

"... medo de dar trabalho aos outros eu tenho por que... uma comparação: numa família tem gente de muito tipo. Um faz aquilo com carinho, com amor, outro já faz aquilo contrariado e às vezes fica com vergonha de ver os outros fazer e ele não fazer nada..." (H 7, 84 anos)

Outro senhor explica a que ponto teme essa condição:

"*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... taí 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).

Esse medo de "*dar trabalho*" é maior até do que o de morrer e revela que ser dependente de outros representa para os idosos: não ter autonomia; não ser capaz de exercer os papéis sociais; de participar da vida social; o que, de certo modo, significa estar morto para o mundo. Além disso, as restrições na participação social repercutem na percepção da saúde: os idosos compreendem a saúde como boa ou razoável, não pela ausência de doenças, mas pela capacidade de interferir no próprio ambiente. Em um trabalho antropológico sobre o construto da percepção da saúde entre idosos de Bambuí, Fonseca et al[19] discutiram os significados de saúde nos termos de "participar da vida" e da "ancoragem à vida". O primeiro traz aos idosos sentimentos de serem necessários e de estarem em compasso com o seu tempo;

enquanto o segundo compreende a elaboração de estratégias pelo idoso que lhes permita conviver com as mudanças trazidas pelo envelhecimento.

No presente trabalho, quando questionados sobre a razão de algumas pessoas darem trabalho e outras não, os entrevistados relacionaram isso ao destino individual guiado pela vontade de Deus. A fala a seguir demonstra a relevância de Deus para os entrevistados:

"Eu penso assim: o que for para mim, Deus me dá, porque não adianta eu falar que eu não vou querer. Ele pode me dar um câncer, ele pode me dar uma doença que eu nem estou pensando. Mas está na mão de Deus" (M 5, 77 anos)

Diante disso, a principal ação relatada pelos idosos para evitar "*dar trabalho*" era orar e pedir a Deus para morrer antes de ter de passar por essa condição, demonstrando novamente o quão ruim e difícil pode ser "*dar trabalho*", conforme demonstra o relato abaixo:

"... medo de dar trabalho os outros eu tenho... É onde eu peço a Deus que Deus me tirar de uma hora para outra sem ser preciso ir para a cama, dar trabalho os outros. Agradeço demais" (H 7, 84 anos).

Em Bambuí, a religiosidade – nesse caso, as orações e a busca pelo divino e sagrado - representa uma importante forma de enfrentamento de crise para os idosos, principalmente diante da possibilidade da dependência completa de outros[25,26]. A influência da religião tem sido alvo de pesquisas em vários campos na área da saúde. Sabe-se que a religiosidade é uma estratégia de enfrentamento de crises causadas por problemas de saúde e que possui efeitos benéficos na cura e controle de doenças[25,26]. Tais estratégias podem ser classificadas como positivas ou negativas, de acordo com a associação a melhores ou piores resultados de saúde física ou mental, e conforme, respectivamente, favoreçam a adesão ao tratamento ou tragam malefícios à saúde, caso levem a abandono ou recusa do tratamento médico[27].

No grupo estudado, o enfrentamento religioso assumiu papel muito relevante entre as maneiras de lidar com as limitações funcionais. Porém, ele também mostra duas faces: por um lado, ajuda a oferecer conforto nos momentos de crise; por outro, revela a carência de recursos e de alternativas concretas de apoio e de intervenção nos casos mais graves[26].

A funcionalidade/incapacidade é uma dimensão fundamental na saúde da pessoa idosa que precisa ser mais bem compreendida pelos profissionais de saúde. Dessa forma, em 2001, a Assembleia Mundial da Saúde aprovou a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) que foi traduzida para o português e publicada no Brasil em 2003[28]. O conceito chave da CIF é a funcionalidade, que se relaciona com os componentes de funções e estruturas do corpo, atividade e participação social. A funcionalidade é entendida

como o aspecto positivo e o aspecto negativo corresponde à incapacidade. Assim, de acordo com esse modelo, a incapacidade é resultante da interação dinâmica entre a disfunção apresentada pelo indivíduo (seja orgânica e/ou da estrutura do corpo), a limitação de suas atividades e a restrição na participação social, e dos fatores ambientais que podem facilitar ou dificultar o desempenho dessas atividades e da participação[29]. Entre os fatores ambientais estão os fatores culturais locais que não estão incluídos nos critérios de classificação, pois precisam ser pesquisados e analisados caso a caso.

Este modelo conceitual, de certo modo, é corroborado pelos dados do presente trabalho, embora nenhum dos entrevistados tenha utilizado os termos e conceitos médicos citados, eles costumam ser reapropriados e reinterpretados pelos entrevistados, uma vez que a experiência da condição de saúde influencia na atribuição do seu significado. A análise aprofundada das narrativas permite afirmar que os idosos compreendem a funcionalidade/incapacidade (*disease*), como o "dar conta/não dar conta" (*illness*) e como o "dar trabalho" (*illness*). Porém, na visão deles, trata-se de condições distintas.

A funcionalidade representa para os idosos "*dar conta*" de fazer sozinhos as atividades cotidianas. O "*não dar conta*" se refere às perdas funcionais progressivas atribuídas à velhice, que se iniciam com o "*parar de trabalhar*". À medida que passam a "não dar conta", os idosos lidam com as dificuldades diárias com ações do tipo adaptação, abandono de atividades e ou busca de apoio na família e amigos e se tornam "*mais quietos*", atribuindo essa condição à idade. Ademais, nos registros dos idosos, os profissionais que os atendem nos serviços afirmam que, na velhice, as perdas funcionais são "*coisas da idade*", portanto, nada há a fazer, apenas se conformar. Essa compreensão os priva da promoção da dimensão funcional da saúde, crucial para o próprio construto de saúde neste momento de vida[19].

No campo de fala dos idosos, "d*ar trabalho*" é uma condição definitiva, que gera dor e sofrimento à pessoa doente e a quem cuida dela; assim, o apoio social dos familiares e vizinhos mostra-se fundamental para a sobrevivência e o cuidado dos idosos. Além disso, "*dar trabalho*" gera um medo que chega a ser maior do que o da própria morte física e a religiosidade aparece como principal forma de enfrentamento dessa circunstância, enquanto as orações representam a única ação possível, pois somente Deus pode livrá-los desse momento de vida[26].

Portanto, estudar a incapacidade e a funcionalidade, valendo-se da metodologia de Corin et al[18] e das diferenças entre *disease* e *illness* estabelecidas por Eisenberg[11], facilita a compreensão das "maneiras de pensar e agir" dos idosos de Bambuí, quanto às dificuldades diárias e fomenta a compreensão para os serviços de saúde de que a incapacidade não seja uma mera questão física, mas também social e cultural[30].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A visão fatalista da incapacidade como “parte da velhice” está presente na fala dos velhos e no registro das orientações que recebem dos profissionais de saúde, revelando o conformismo com a situação presente na cultura local e nos serviços de saúde. Porém, essa compreensão também demonstra que o desconhecimento da dimensão funcional da saúde pelos profissionais, paradoxalmente, introduz e reforça maiores dificuldades na velhice, comprometendo a qualidade de vida e a saúde dos indivíduos e de suas famílias, além de aumentar a necessidade de cuidados e onerar os serviços de saúde.

Por sua vez, as maneiras de lidar dos idosos nas duas condições – orar, abandonar as atividades, adaptar-se e buscar apoio na família e vizinhos/amigos - podem revelar a ausência de políticas públicas específicas para aqueles que enfrentam a velhice com dificuldades funcionais. Ressalte-se que, na experiência relatada pelos entrevistados, os serviços de saúde, público e privado, não foram reconhecidos como estratégias para a prevenção e ou o tratamento de condições incapacitantes.

Para quebrar esse ciclo vicioso é necessário reconhecer a relevância da dimensão funcional na atenção e na percepção da saúde da pessoa idosa, investigar os fatores determinantes e agravantes da incapacidade, reduzir o estigma, combater práticas discriminatórias que excluem a pessoa idosa das ações em saúde e fortalecer o “*empowerment*” dos indivíduos que vivenciam tais dificuldades. Dessa forma, as intervenções deverão operar na capacitação dos profissionais, na direção dos direitos humanos, da inclusão social, da humanização dos cuidados e de uma visão mais abrangente da funcionalidade, além de promover o efetivo acesso à reabilitação no sistema de saúde e de desfazer o mito que associa inexoravelmente a incapacidade e a dependência à velhice.

REFERÊNCIAS

1. Camarano AA. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: Freitas et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p.58-71.
2. Organização das Nações Unidas. Plano de Ação Internacional para o envelhecimento. Madrid: 2002. Santos A, tradutor. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2003. (1) 49 p. [Série Institucional em Direitos Humanos).
3. Debert GG. A dissolução da vida adulta e a juventude como valor. Horizontes Antropológicos 2010; 34:49-70.

4. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2009 Jun [citado 2013 25 Jan] ; 43(3): 548-554. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000300020&lng=en. Epub Apr 17, 2009. http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009005000025.
5. House JS. Understanding social factors and inequalities in health: 20th century progress and 21st century prospects. J Health Soc Behav 2002; 43:125-142.
6. Vincent C, Deaudelin I, Robichaud L, Rousseau J, Viscogliosi C, Talbot Lr, et al, Brad group. Rehabilitation needs for older adults with stroke living at home: perceptions of four populations. BMC Geriatrics 2007; 7: 20.
7. Andrade JT, Costa LFA. Medicina complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica. Saude soc 2010 [citado 2012 18 Nov]; 19 (3). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000300003&lng=en&nrm=iso>. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000300003.
8. Sarti CA. Corpo e doença no trânsito de saberes. Rev Bras de Ciências Sociais. 2010 [citado 2012 18 Nov]; 25 (74) Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v25n74/a05v2574.pdf.
9. Bandura A. Health promotion by social cognitive means. Health Educ Behav 2004; 31(2): 143-164.
10. Uchôa E, Vidal JM. Antropologia Médica: Elementos Conceituais e Metodológicos para uma Abordagem da Saúde e da Doença. Cad Saude Publica 1994; 10 (4): 497-504.
11. Eisenberg L. Disease and illness: distinctions between professional and popular ideas of sickness. Cult Med Psychiatry 1977; 1:09-23.
12. Kleiman A. Patients and healers in the context of culture. An exploration of borderland between anthropology and psychiatry. Berkeley/Los Angeles: University of Califórnia Press; 1980. 427 p.
13. 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. Saude Publica [Internet]. 2011 Mar [citado 2013 25 Jan] ; 27(3): 555-564. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000300015&lng=pt. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000300015.

14. Kleinman A, Eisenberg L, Good B. Culture, Illness, and Care: Clinical Lessons From Anthropologic and Cross-Cultural Research. Focus. 2006, IV (1).
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Homepage na Internet]. Dados gerais e informações estatísticas da cidade de Bambuí. 2009 [citado 2011 18 Out]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2009/notastecnicas.pdf .
16. Prefeitura Municipal de Bambuí [Homepage Internet]. [citado 2012 18 Nov]. Disponível em: http://www.bambui.mg.gov.br/portal/htdocs/modules/mastop_publish/?tac=Dados_gerais
17. Fontanella BJB et al . Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. Cad Saude Publica 2011 [citado 2013 18 Nov]; 27 (2). Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000200020&lng=en&nrm=iso>. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200020.
18. Corin E; Uchoa E; Bibeau G; Kouma-Re B. Articulation et variations des systèmes de signes, de sens et d'actions. Psychopathologie Africaine 1992; 24: 183-204.
19. Fonseca MGUP et al. Papel da autonomia na autoavaliação da saúde do idoso. Rev Saude Púublica 2010;44(1):159-65.
20. Backes MTS et al. Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. Rev. enferm UERJ 2009 jan/mar; 17(1):111-7.
21. Ximenes MA, Concone MHVB. Velhice e trabalho, uma relação possível? Revista Kairós 2009; 6: 77-87.
22. Caradec V. Sexagenários e octogenários diante do envelhecimento do corpo. In: Goldenberg M (org) Corpo, envelhecimento e felicidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2011. p.21-44.
23. Debert GG. A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. São Paulo: Edmusp, 1999. 266 p.
24. Rosa TEC, Benício MHA. As redes sociais e de apoio: o conviver e a sua influência sobre a saúde. BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.) [Internet]. 2009 Abr [citado 2013 24 Jan]; (47): 80-83. Disponível em: http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122009000200021&lng=en.

25. Giacomin KC, Santos WJ, Firmo JOA. O luto antecipado diante da consciência da finitude: a vida entre os medos de não dar conta, de dar trabalho e de morrer. Cienc Saude Colet. 2013; 18(9): 2487-2496.
26. Santos WJ, Giacomin KC, Pereira JK, Firmo JOA. O enfrentamento da incapacidade funcional em idosos por meio das crenças religiosas. Cienc Saude Colet 2013; 18(8):2319-2328.
27. Koenig HG, King D, Carson VB. Religion: Good or Bad? In: Koenig HG et al Handbook of Religion and Health [Internet]. 2 ed. UK: Oxford University Press, 2012 [citado 2012 18 Nov]. p.53-73. Disponível em: http://books.google.com.br/books?id=qLfAQ9ReYksC&printsec=frontcover&hl=pt-BR#v=onepage&q&f=false
28. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a família de Classificações Internacionais. São Paulo: Edusp, 2003.
29. 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):187-193.
30. Diniz D, Barbosa L, Santos WR. Deficiência, direitos humanos, justiça. SUR - Revista Internacional de Direitos Humanos 2009;6(11):65-77.

6.2 Artigo 2

A FUNCIONALIDADE E INCAPACIDADE NA VELHICE: FICAR OU NÃO FICAR QUIETO, EIS A QUESTÃO!

Josianne Katherine Pereira[1]; Karla Cristina Giacomin[2,3]; Josélia Oliveira Araújo Firmo[1,2]

Instituições: [1]Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde do Centro de Pesquisas René Rachou - Fundação Oswaldo Cruz; [2]NESPE - Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento - FIOCRUZ/UFMG; [3]Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte.

Financiamento: FAPEMIG.

Resumo

O objetivo desse trabalho é investigar como idosos residentes na comunidade lidam com a perspectiva da incapacidade e da funcionalidade na velhice, bem como compreender como o contexto sociocultural modula esse processo. Trata-se de abordagem qualitativa, na qual o modelo de signos, significados e ações foi utilizado na coleta e análise dos dados. Foram entrevistados 57 idosos com idades entre 61 e 96 anos cadastrados nas seis Unidades Básicas de Saúde de Bambuí/MG.“Ficar ou não ficar quieto?” é a dúvida que subjaz ao processo de funcionalidade e incapacidade na velhice. Porém, não se trata de uma questão de escolha individual, pois a resposta depende dos recursos financeiros, intelectuais, subjetivos e de apoio social disponível. Além disso, ficar quieto reflete uma concepção de velhice inexoravelmente associada à incapacidade, o que deixa os idosos conformados com sua condição e quando as dificuldades aumentam, resta-lhes somente “esperar a morte chegar”. As equipes de saúde precisam interferir nesta concepção, oferecendo cuidado aos idosos na sua recuperação da melhor funcionalidade, até o fim da vida.

Palavras-chave: Antropologia, Incapacidade, Funcionalidade, Idosos

Abstract

The aim of this study is to investigate how elderly community residents deal with the perspective of disability/functionality in old age, as well as understanding the sociocultural context modulates this process. A qualitative approach in which the model of signs, meanings and actions was used in the collection and analysis of data. This study included interviews of

57 elderly with ages ranging from 61 to 96 years registered in the six Basic Health Units of Bambuí, MG. "To stay or not stay quiet? " is the question that underlies the functioning and disability in old age process. However, it is not a matter of individual choice, because the answer depends on the financial, intellectual, subjective resources and social support available. Also, to stay quiet reflects a conception of old age inexorably associated with disability, which leaves the elderly conformed with their condition and when the difficulties increase, they just "waiting for death to come". Health teams need to interfere in this conception, providing care to older people in their recovery from better functionality to the end of life.
Key words: Anthropology, Disability, Functionality, Elderly

INTRODUÇÃO

Em um contexto de envelhecimento populacional, a funcionalidade se torna uma preocupação maior da saúde pública e a capacidade funcional, um importante balizador para o desenvolvimento de políticas[1]. Esta dimensão funcional da saúde, amplamente investigada na perspectiva biomédica[1,2], refere-se à funcionalidade-incapacidade e não se restringe aos aspectos biológicos, pois carrega dimensões simbólicas, sociais e culturais que precisam ser conhecidas.

Nessa perspectiva, ao estudar a interação saúde-doença-incapacidade, o modelo biomédico de compreensão desse processo é apenas uma das maneiras de interpretar esse fenômeno, o qual também é social e culturalmente construído[3]. Eisenberg[4] diferencia a "doença processo" (*disease*) – que se refere às anormalidades dos processos biológicos e psicológicos, na função e/ou estrutura dos órgãos e sistemas do corpo - e a "doença experiência", que representa a experiência subjetiva de mal-estar. Kleinman[3] 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.

Da mesma maneira, a experiência da funcionalidade e da incapacidade é culturalmente construída, segundo o contexto onde acontece, o qual confere inteligibilidade a situações e acontecimentos da vida, estruturando o campo social em um tecido semântico[5,6]. Quanto à incapacidade, dois modelos teóricos distintos se destacam[7]. O modelo biomédico define um corpo com impedimentos como aquele que deve ser objeto de intervenção pela medicina, sendo as deficiências classificadas segundo as descrições das lesões, das doenças e compreendidas como desvantagens naturais e indesejadas. Enquanto o modelo social da deficiência busca a garantia da igualdade entre pessoas com e sem impedimentos corporais,

não apenas em termos de oferta de bens e serviços biomédicos, mas como uma questão de direitos humanos[8].

Portanto, à semelhança da questão racial, geracional ou de gênero, a dimensão funcional da saúde reflete as experiências de interação social e do nível de acessibilidade de uma sociedade: quanto maiores as barreiras sociais, maiores também serão as dificuldades de participação impostas àqueles com alguma deficiência corporal[7] e ou doença. Assim, contextos culturais afetam a inclusão e participação social dos sujeitos com incapacidade[7], ao mesmo tempo em que revelam ideologias, questões políticas e econômicas[9]. Ademais, programas de cuidado à pessoa que envelhece serão mais efetivos caso respondam às necessidades percebidas pelos idosos[2,7].

Assim, estudos antropológicos que abordem as questões socioculturais relacionadas ao envelhecimento e à funcionalidade e à incapacidade podem contribuir para ampliar a visão dos serviços de saúde quanto ao significado da experiência da incapacidade e de suas formas de enfrentamento.

Corin et al[10] desenvolveram um modelo semântico-pragmático que objetiva conjugar a perspectiva interpretativa, influenciada pela tradição hermenêutica, com a teoria crítica. Apesar das diferenças, ambas utilizam as perspectivas transculturais para descobrir a relatividade dos conceitos e teorias, que ajudam a "ampliar" o conceito de realidade, reconhecendo a cultura como uma realidade dinâmica que permeia o indivíduo e que não pode ser expressa como simples variável a ser estudada com variáveis estatísticas[11].

O modelo proposto por Corin et al[10] chamado Signos, significados e ações, analisa a problemática por meio de três níveis de análise: (a) um estudo do saber, focalizando a atenção sobre as narrativas daqueles que representam a população que se deseja estudar e este primeiro nível procura identificar a semiologia, os signos, os sinais, os indicadores com base nos quais os diferentes aspectos de saúde e doença são percebidos na comunidade; (b) uma análise do sistema de interpretação; (c) um terceiro nível de análise, chamado sistema de ação, visa a entender as respostas, as reações para procurar respostas aos problemas. Além disso, na tentativa de superar os perigos de uma análise do sujeito na microrrealidade, esse modelo considera também os fatores macrossociais, situando-nos em uma dimensão do coletivo. Para tanto, a reconstrução de casos individuais é complementada por uma análise do espaço social, em uma análise da interação entre histórias e casos individuais e processos coletivos[6].

No presente trabalho, valendo-se da perspectiva êmica[6], na qual a interpretação do cientista é construída a partir da percepção dos entrevistados e não como uma discussão na visão do pesquisado ou da literatura[12], busca-se investigar como idosos residentes na

comunidade lidam com a perspectiva da incapacidade e da funcionalidade na velhice, bem como compreender como o contexto sociocultural modula esse processo.

PERCURSO METODOLÓGICO

Esta pesquisa qualitativa foi realizada na cidade de Bambuí, atualmente com aproximadamente 23.000 habitantes. À semelhança do Brasil, o município passa por progressiva urbanização e acelerado envelhecimento: em 1950, sua população rural representava 84% da população total, reduzindo-se para apenas 15%, em 2010. Quanto ao envelhecimento, em 1960, 3,8% dos seus habitantes tinham 60 ou mais anos de idade; aumentando para 15,9%, em 2010[13]. A principal fonte de renda provém de atividades agrícolas, pecuária e de extração mineral, porém um terço da sua população encontra-se em estado de pobreza, sendo elegível para o Programa Bolsa-Família[14].

No cuidado à saúde, Bambuí se destacou como centro de profilaxia contra a doença de Chagas com o posto Avançado de Estudos Emanuel Dias e sua rede pública de assistência à saúde conta com seis Unidades Básicas de Saúde (UBS), com suas respectivas equipes de saúde que integram a Estratégia Saúde da Família; um Centro de Saúde; um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); dois hospitais, um municipal e outro estadual. Inexistem instituições de longa permanência para idosos[15].

Foi solicitado a cada equipe de saúde das seis UBS que indicasse pessoas idosas de diferentes níveis funcionais: nenhuma, alguma ou completa dificuldade para realizar atividades rotineiras. Os participantes do estudo, todos com idade mínima de 60 anos, residiam na sede do município, estando cadastrados em UBS da cidade e em condições de responder a perguntas. Os critérios de inclusão visaram garantir a heterogeneidade dos participantes e a multivocalidade, segundo o território da UBS, o gênero, a idade e a condição funcional. O critério de saturação regulou o número de entrevistas[16].

Este trabalho integra o projeto “Abordagem antropológica da dinâmica da funcionalidade em idosos”, aprovado pelo Comitê de Ética do Centro de Pesquisa René Rachou/FIOCRUZ, protocolo 29/2009. As entrevistas foram realizadas mediante consentimento livre e esclarecido dos idosos.

Coleta dos dados

No presente trabalho, o modelo de “Signos, Significados e Ações”, desenvolvido por Corin et al[10] foi utilizado 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 funcionalidade e do enfrentamento da incapacidade. Nele, as entrevistas devem ser

iniciadas com perguntas que revelam ações diante do evento a ser investigado, uma vez que seu comportamento diante de um evento pode explicar melhor a influência dos valores socioculturais daquele local[10].

Para reconstruir o universo de representações (maneiras de pensar) e comportamentos (maneiras de agir) associados a esses processos pelos idosos residentes em Bambuí, foram realizadas entrevistas no domicílio. As perguntas geradoras foram: 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? d) Qual(ais) o conselho(s) você daria para chegar à sua idade com boa saúde? As primeiras perguntas foram direcionadas às questões de saúde e doença porque o construto funcionalidade e incapacidade é parte da percepção de saúde dos idosos acerca do processo saúde-doença, conforme verificado em outra pesquisa antropológica realizada nessa mesma localidade[17].

A partir das respostas obtidas, outras perguntas foram feitas abordando o contexto biopsicossocial, os recursos, as dimensões relacionadas à funcionalidade e o impacto da incapacidade. As entrevistas foram gravadas para possibilitar a análise mais cuidadosa e detalhada dos dados.

Análise dos dados

Primeiramente, as entrevistas foram transcritas e lidas várias vezes. Neste momento da análise, algumas frases, palavras, adjetivos, concatenação de idéias, sentido geral do texto, foram destacados. O processo de análise buscou identificar “os sistemas de signos, significados e ações”, ou seja: a) os diferentes tipos de signos associados aos fenômenos investigados – velhice, funcionalidade e incapacidade funcional, e ao cuidado à saúde; b) as explicações privilegiadas frente a esses signos e c) as reações e ações que eles desencadeiam[12]. Posteriormente, as articulações entre “os sistemas de signos, significados e ações” foram examinadas e avaliados os diferentes elementos do contexto pessoal, social e cultural acerca da construção e evolução das reações e dos comportamentos face à condição funcional na velhice[12].

Para assegurar o anonimato dos entrevistados, eles foram identificados pelo sexo, pelo número da entrevista e pela idade. Para exemplificar: a primeira mulher entrevistada foi identificada como Mulher 1 (M1, 70 anos, estado civil), a segunda, Mulher 2 (M2, 87 anos, estado civil) e assim sucessivamente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados 57 idosos, 27 homens e 30 mulheres, com idades entre 60 e 96 anos, cadastrados nas seis UBS da cidade de Bambuí, Minas Gerais. Este número de entrevistas – maior do que o habitualmente observado em pesquisas qualitativas- pode ser explicado em razão de ter sido necessário prosseguir até que todas as questões atingissem a saturação. No grupo predominavam a religião católica e a baixa escolaridade, sendo que apenas três entrevistadas tinham mais de 8 anos de escolaridade. Muitos relataram vivências difíceis na infância e vida adulta em razão de precariedade e a origem rural, tendo como principais motivos para a mudança para a cidade o maior acesso a educação e trabalho para os filhos, a busca por melhores condições de vida e a proximidade do serviço de saúde.

No grupo pesquisado, o signo relacionado à funcionalidade foi "dar conta" de fazer algo, enquanto "dar trabalho" a alguém e "não dar conta" de fazer algo por estar na velhice representavam a incapacidade. Os significados e as ações atribuídas a esses signos serão discutidos em outro artigo. A maior parte dos entrevistados referia sua saúde como boa e esse construto se relacionava à capacidade funcional e à autonomia, sugerindo que a questão da funcionalidade-incapacidade parece modular as maneiras de agir desses idosos na velhice. A partir desses resultados foi feito o aprofundamento analítico da questão das ações, ou seja, os modos de agir diante da perspectiva de alguma dificuldade na realização de tarefas diárias. Assim, no presente trabalho, as maneiras como os idosos lidavam com a experiência real ou com a perspectiva de uma eventual incapacidade eram "ficar quieto" e "não ficar quieto". Esta dúvida hamletiana "Ficar ou não ficar quieto" encontra-se fundamentada na visão difundida na população estudada da "Velhice como tragédia".

"A velhice como tragédia"

Perguntado sobre o que a idade trouxe para sua vida este idoso é categórico:

"*Só tragédia, né (risos). A idade só traz ruindade. As coisas que tem vontade de fazer, não faz mais: ir pro forró. (...) Graças a Deus, (...), só o que eu tô reclamando é da idade, né. Tá puxado*" (H23, 82 anos, casado)

Outro homem é 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).

Este ditado latino "*senectus ipsa morbus est*" tem como tradução "a velhice é ela mesma uma doença". Essa visão milenar da velhice como inexorável tragédia pessoal, irreversível e irremediável[18] participa do imaginário da velhice na cultura ocidental.

Na percepção dos idosos entrevistados, o signo "*quietar*" representa admitir que está velho, e seu efeito presumido - "*se quietar, dá uma velhice*" - revela a mesma concepção da velhice como doença. Ademais, um corpo quieto, inerte, imóvel alude à ideia de um corpo morto. Assim, "quietar-se" também prenuncia a própria finitude. É o lembrete da precariedade e fragilidade humanas[19].

Segundo Le Breton[19], o problema da velhice é que ela sempre vem acompanhada da ideia da morte e da precariedade da condição humana: a pessoa idosa encarna o envelhecimento e a morte - os inomináveis da Modernidade. O velho está reduzido ao seu corpo, sua singularidade, quem ele foi, o que construiu e toda a sua trajetória de vida está apagada sob a ótica equivocada do corpo danificado, que precisa ser alimentado, que precisa ser cuidado, ele passa a ser objeto de seu corpo e não mais um sujeito. Assim, a velhice representa o instante em que o corpo mostra-se ao olhar do outro como não sendo mais favorável[19]. Porém em uma perspectiva dialética, a experiência corporal do envelhecimento se transforma em uma experiência social, reforçada pela ciência biológica como uma degeneração orgânica irreversível e irremediável, fadada ao declínio das funções e das reservas fisiológicas e à morte[19].

Lins de Barros[20] descreve que, no imaginário social brasileiro, ser velho sempre foi algo associado a perdas, limitações físicas e nos papéis sociais, dependência, sofrimento, doenças e a morte. Um estudo, realizado na cidade de Campinas[21], observou que os idosos daquela cidade de maior porte concebem a velhice como perda ou incapacidade, sendo que as enfermidades eram consideradas como distúrbios próprios da idade e sem tratamento. De forma similar, para os idosos bambuienses, a velhice também é percebida como uma doença progressiva e incapacitante, na qual a perda, não é apenas um conceito abstrato, mas uma realidade: o corpo e a vida mudaram, uns pararam de trabalhar, outros de cozinhar, outros ainda de se divertir, visitar amigos e familiares. A entrevistada com maior idade do grupo narra seu momento de vida:

> "*Muita idade... Não dou conta mais, quietei mesmo... na minha saúde, eu ficava sozinha, trabalhava sozinha... foi acabando e acho que ficou desse jeito*" (M16, 96 anos, viúva).

Esta visão fatalista da velhice aparece ainda mais forte entre aqueles que foram menos favorecidos ao longo de toda a vida e continuam a sê-lo na velhice. Uma mulher refere-se ao tempo de infância:

> *"(...) Aqui, os pobres que nem eu, andava na rua pedindo. (...) a gente não podia comprar nem 1 kg de carne para comer, mas a gente tinha saúde, tava boa. Vestia uma roupa usada que os outros davam, mas não tava sentindo nada. Agora hoje, você pode ter tudo, mas tá doente, não adianta não."* (M24, 86 anos, viúva).

Nesse contexto, cabe discutir o que seria escolha individual sobre a vida e o que reflete a falta de opções ao longo da vida. Van Kampen et al[22] em um artigo de revisão buscaram elucidar a relação entre incapacidade e pobreza, porém, se a incapacidade conduz à pobreza sofre influência da cultura e depende fortemente dos valores sociais existentes na sociedade estudada. Pessoas com alguma dificuldade, ao serem consideradas incapazes e sofrerem algum tipo de estigma, podem ser mais vulneráveis à pobreza. Outra possível relação entre incapacidade e pobreza seria esta última como causa da dificuldade. Outra explicação plausível poderia ser a existência de possíveis barreiras físicas que reforçariam a incapacidade. Nesse caso, a pobreza dificultaria o acesso à alimentação, aos serviços de saúde, ao transporte, à mobilidade dentro e fora de casa, o que pode piorar a condição das doenças e favorecer o aparecimento da incapacidade, o que resultaria em mais pobreza, mais estigma, que por sua vez levariam a mais incapacidade. Para quebrar esse ciclo vicioso seria necessário, além de conhecer os fatores determinantes e agravantes da incapacidade, reduzir o estigma, coibir as práticas discriminatórias e fortalecer o "empowerment" dos indivíduos com dificuldades. Ou seja, as intervenções deverão operar na direção dos direitos humanos e na compreensão da incapacidade como um fenômeno sociocultural e não apenas como uma fatalidade biológica[7,22].

O modelo biomédico apregoa que quem cuida da saúde, pratica exercícios, alimenta-se bem, consulta regularmente, tem maior chance de viver mais e melhor[23]. Porém, ao fazê-lo parece ignorar que o "estilo de vida" do sujeito, muitas vezes, é o único modo possível de sobrevivência dentro de determinado contexto social[24]. Esta responsabilização do idoso por sua própria vida encontra-se bastante difundida entre os profissionais da saúde e desresponsabiliza outros atores como a família, a sociedade e o Poder Público, fenômeno que Debert[25] denominou "reprivatização da velhice".

No grupo pesquisado, as pessoas idosas se consideravam responsáveis pela sua condição de vida, de trabalho e pelos resultados disso na velhice, como pode ser observado no relato abaixo:

"*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).

De acordo com Giddens[26], na modernidade tardia, a noção de estilo de vida é crucial para compreender o momento da velhice, pois a reprodução social de uma forma de viver e pensar se faz por meio dos processos de vigilância somados à reflexividade, e quem não faz parte desse sistema de reprodução social, torna-se alheio e isolado. Assim, a velhice e a loucura são exemplos de condições que, segundo o pensamento moderno, teriam sido criadas pelo próprio indivíduo. No entanto, como as condições de vida dependem das possibilidades de acesso e aquisição de recursos, esses modelos lineares de causalidade merecem ser questionados[26].

Outro homem mostra-se resignado diante de *"uma vida cheia de sofrimentos e peripécias":*

"Eu costumo falar o seguinte, é, o Brasil é campeão em muita coisa: futebol, carnaval e acidente de trabalho. Eu também, eu ajudei a conquistar a taça deste triste campeonato. Quando tinha 14 anos, eu fui acidentado no trabalho, perdi o braço esquerdo, fui amputado e agora é, é, é uma vida cheia de sofrimentos, de peripécias. Eu tinha 14 anos, fui aprender a trabalhar com uma mão só, agora, depois de setenta e tantos anos, veio o AVC e me pegou o lado direito, o lado bom (Risos) (...)*... mas eu tô aí, não posso me queixar não. Se eu perdi... porque eu tenho mais que agradecer a Deus de eu já viver mais de que a média brasileira, apesar da luta difícil na vida. Porque eu sou de origem muito difícil na vida".* H49, 77 anos, casado

Boltanski[27] ao analisar a "cultura somática" nas diferentes classes de trabalhadores evidenciou que o nível de instrução média de um grupo influencia na forma como as pessoas prestam atenção ao próprio corpo. À medida que se sobe na hierarquia social e no nível de instrução formal decresce o trabalho físico exaustivo e aumenta o intelectual o que possibilita manter uma relação mais consciente com o corpo, uma vez que trabalhos extenuantes fisicamente dificultam a comunicação entre o sujeito e seu corpo, além disso, caso sinta algo terá de interromper o trabalho. Os trabalhadores temem interromper o trabalho e perderem seu meio de sobrevivência, porém ao trabalhar de modo insalubre sofrem acidentes, doenças profissionais e outros agravos que podem comprometer as condições de vida na velhice.

Ao analisar a questão do curso da vida na pós-modernidade, Debert[28] problematiza a questão da liberdade de escolha e enfatiza que embora o curso de vida seja uma construção social e cultural, não se trata de algo que o homem possa fazer e refazer, como se não houvesse limites - impostos pela sociedade a qual pertence - à sua criatividade e à sua

capacidade de inscrever a cultura na natureza. Para Debert[28] é necessário reconhecer que se a responsabilidade individual pela escolha é democraticamente distribuída, os meios para agir em conformidade com essa responsabilidade não o são. Caso contrário, o descaso de alguns setores do poder público e da sociedade pareceria "justificado" ante idosos que enfrentam o declínio inevitável do corpo que não responde às vontades individuais, por serem os velhos considerados consumidores falhos. De modo similar, aqueles cujo corpo é compreendido como resultado de transgressões também não teriam direito à piedade[26]. Para Bauman[29] a liberdade de escolha é uma condição graduada, em que se for somada à desigualdade das condições sociais e ao dever da liberdade sem os recursos que permitam uma escolha mais livre, parece ser a fórmula exata para uma vida sem dignidade, carregada de humilhação e autodepreciação.

Logo, para que esses idosos entrevistados mudem a concepção cultural da velhice como algo negativo para uma fase que possa trazer recompensas[30], eles terão de vislumbrar novas formas de viver essa fase e para isso devem lhes ser oferecidas condições para enfrentar as dificuldades e minimizar as perdas que marcam a forma como eles conhecem e se reconhecem na velhice.

"Ficar ou não ficar quieto"

Tendo como pano de fundo essa perspectiva da velhice como tragédia, observa-se uma dualidade, quase hamletiana face ao processo funcionalidade-incapacidade. Emergiram da análise duas maneiras, em princípio antagônicas de lidar com a incapacidade, refletidas na categoria: "ficar ou não ficar quieto"?, eis a questão! Os signos "*não pode parar*", "*não fico parado*", "*não pode quietar*", "*movimentar*" aparecem em contraposição a "*velho fica mais quieto*", "*parei de fazer*", "*esperar Deus*", "*tenho de esperar, não posso me matar*". Porém, as ações que respondem à questão "ficar ou não ficar quieto?" revelam que as maneiras de agir diante da incapacidade não são apenas uma questão de escolha, mas se relacionam ao cuidado à saúde e ao contexto sociocultural, como se verá a seguir.

"Velho não pode parar"

Ao se analisar cada UBS separadamente, verificou-se que naquela que atendia à população com melhores condições socioeconômicas os idosos, inclusive aqueles que relatavam doenças incapacitantes, se apresentavam com um discurso mais positivo e menos queixoso em relação à velhice, segundo o qual "v*elho não pode parar*". Uma idosa de maior poder aquisitivo, que trabalhava como administradora de sua própria construtora de imóveis, com retinose pigmentar - doença responsável pela cegueira total de um olho e parcial do outro

- não se mostrava preocupada com eventuais barreiras físicas, nem se queixava de problemas de saúde, sentia-se privilegiada por sua vida e, apesar de morar sozinha, contava com apoio de familiares e de vizinhos:

> *"... minha saúde eu acredito que é boa, entendeu. Também não fico parada... Porque a única coisa ruim que eu acredito que eu tenho é só a visão. Também Deus não pode dar tudo pra uma pessoa só... Minhas filhas são todas boazinhas comigo... Qualquer coisa que acontecer a gente se vira... a gente já guarda as reservas (dinheiro) da gente pra isso..."* (M44, 69 anos, divorciada)

Os idosos desta UBS possuíam maior poder aquisitivo, maior nível de escolaridade próprio ou de familiares e cuidadores, planos privados de saúde e utilizavam pouco os serviços de saúde pública. Porém, concepção semelhante foi observada nos demais territórios, entre pessoas mais novas em idade, com pouca ou nenhuma dificuldade nas funções diárias, maiores recursos financeiros, intelectuais e ou apoio social. Um idoso bambuiense, que trabalhou como bancário em Belo Horizonte e retornou para Bambuí na sua aposentadoria, declara-se adaptado à nova fase:

> *"Aí morando aqui, com o tempo a gente aprendeu a viver com o que tinha aqui (...) Tenho bastante amigo. Nós temos movimento de igreja. Eu, por exemplo, pertenço ao encontro de casais da igreja, eu sou Vicentino, então tem muita atividade. Eu sou aposentado, mas eu não tenho tempo pra nada(...) Eu pesco, eu sou criador de pássaro registrado no IBAMA(...)Comigo não tem esse negócio de ociosidade...Tenho nada não* (problemas de saúde)*."* (H18, 65 anos, casado).

Portanto, a maneira de lidar com a velhice e a funcionalidade, neste trabalho, pode variar a depender da disponibilidade de recursos financeiros, intelectuais, subjetivos e ou de apoio social, os quais parecem mediar a forma como pessoas idosas experimentam a velhice com ou sem limitações. Possivelmente, outras condições - como as questões psicológicas -, também interfiram no modo como estas pessoas constroem a subjetivação desses eventos de vida e as suas velhices[18].

"Velho fica mais quieto"

Nos territórios menos favorecidos, as pessoas idosas carregam um discurso mais negativo acerca de suas vidas e da velhice, principalmente aquelas mais velhas em idade, mais adoentadas, mais dependentes dos serviços públicos, com mais dificuldades diárias e menos recursos. Para estes entrevistados, a maneira de lidar com a funcionalidade era oposta àquela

"*velho não pode parar*", sendo representada pelo signo: "Velho fica mais quieto", que externa certo conformismo com as limitações que surgiam com o aumento da idade, como afirma este homem:

> *"A idade bota as coisas tudo mais custoso pra gente né... o peso da idade... É muita coisa que a gente vai deixando... Então, mas também não tem* (outro jeito), *como diz o outro, tô conformado."* (H30, 76 anos, solteiro).

A mesma concepção de que não há nada a fazer, a não ser aquietar-se e se conformar um idoso escuta ao procurar o profissional de saúde:

> "[...] [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).

Contudo, esta concepção revela-se uma faca de dois gumes: por um lado aquietar-se poderia favorecer a resiliência de pessoas com limitações, por outro se mostra uma estratégia ineficaz e contraproducente de cuidado[2], a qual, possivelmente, torná-los-á ainda mais dependentes e desamparados no futuro.

Assim, com o agravamento da condição de saúde e da incapacidade, quando as dificuldades aumentam a ponto de lhes impedir uma vida digna e independente, esses idosos que "ficaram mais quietos" desenvolvem segunda forma de pensar e agir: "*esperar Deus" ou "a morte chegar*. Nesse momento, viver perde o sentido e nada mais haveria a fazer, como ilustram os dois relatos a seguir. No primeiro, uma idosa restrita ao leito por obesidade mórbida, cujo único gesto independente abrir e fechar uma janela com uma bengala, necessitando de cuidados para todas as atividades cotidianas e sem filhos morando na cidade, admite:

> "*Tem de dar conta de aguentar até Ele* (Deus) *me levar. Vontade de ir para o céu... Criei duas* (filhas) *e nenhuma está aqui..."* (M34, 81 anos, viúva).

A segunda idosa, tendo sofrido "*derrame"* e interrompido o tratamento fisioterapêutico por dificuldades de transporte até a clínica conveniada com a prefeitura, explica:

> *"... mas fazer o quê, eu não posso me matar... tenho que esperar Deus... consulto diariamente porque não sara, mas a gente fica naquela fé que vai sarar, mas o médico ótimo me desanimou que isso é idade, que eu tenho que aceitar... Meu filho mora*

longe, quer que eu vou morar lá, mas não posso, aqui é minha casa..." (M24, 86 anos, viúva).

Assim, a desistência da vida no caso dos entrevistados mais incapacitados vinha acompanhada da percepção da ausência de apoio social, principalmente da família, único recurso reconhecido pelos idosos.

"*Que minha família mora tudo longe né. Aqui no Bambuí, só eu... Eu sou igual filhote de perdiz, sou só eu*". (M13, 69 anos, união estável)

Novamente a questão da velhice com dificuldades e sem apoio é o que permeia essa maneira de agir dos idosos entrevistados. Se antes, para eles, a velhice era vivida e percebida como perdas, agora ela também é vivida diariamente diante da perspectiva da morte, constructos associados no imaginário social[19,32]. Não se pode negar que os idosos morrem, mas também não se pode negar que as crianças morrem, os jovens morrem, os adultos também morrem, pois a morte não é uma condição da velhice, é uma condição da vida[21]. Porém, a morte do indivíduo não se limita à morte biológica, existe a morte social que ocorre quando o indivíduo não se reconhece como a mesma pessoa por não conseguir executar as atividades que fazia anteriormente, o que pode afetar toda a dinâmica familiar[20]. Além disso, a morte dos vínculos sociais precede a morte física e nesse momento, a *religião*, a *fé* e *Deus* aparecem para esses indivíduos como âncoras a que se agarram quando a vida pouco parece ter para lhes oferecer[33]. Assim, "ficar ou não ficar quieto" e "esperar Deus" podem não ser escolhas individuais, mas o resultado concreto do investimento familiar e coletivo – ou da falta dele - na possibilidade de melhora das pessoas idosas com incapacidade e na velhice digna.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A velhice é uma experiência inédita para cada indivíduo, com dimensões simbólicas, sociais e culturais. Acreditar que todos poderão viver da mesma forma é deixar de compreender que a velhice em seu processo, apresenta inúmeras formas de se vivê-la, dependendo dos caminhos escolhidos e dos determinantes desse envelhecimento. Porém percebe-se que em Bambuí os fatores que medeiam as várias formas de viver a velhice com ou sem saúde e com ou sem dificuldades nas funções diárias são os recursos financeiros, intelectuais, subjetivos e sociais. Para idosos com mais recursos, a incapacidade e a velhice não são condições vividas necessariamente com sofrimento e desesperança. Para os demais, a

velhice com dificuldades nas atividades diárias vem acompanhada de conformismo e da concepção da velhice associada a perdas, restrições e à morte.

A concepção cultural vigente considera “envelhecer deixando de fazer algo” “normal”. Dessa forma, os serviços públicos sociais e de saúde não devem esperar que os idosos demandem cuidados para uma incapacidade, pois na visão deles, não haveria recursos ou tratamento para suas limitações: “isso é coisa da idade”. Além disso, para que não evoluam para uma condição pior, eles se ressentem da falta de intervenção proativa e efetiva de políticas públicas inclusivas. A presença dos profissionais da ESF e do NASF pode ser um alento, mas ainda não foi reconhecida pelos entrevistados. Para aqueles que já experimentam a incapacidade com dependência, urge a implementação de políticas públicas que ampliem a possibilidade de apoio à família, pela sociedade e pelos serviços públicos sociais e de saúde, que os alcancem onde estiverem, no domicílio, em hospitais ou instituições.

Esta concepção cultural, que vê a incapacidade como condição inexorável da velhice e responsabilidade exclusiva de quem a vivencia, desresponsabiliza o Estado e a sociedade de seu dever constitucional e ético de amparar pessoas idosas em situação de vulnerabilidade. Urge, portanto, assegurar cuidado e dignidade aos velhos; e aos jovens de hoje condições para que no futuro suas velhices possam deixar de ser uma tragédia anunciada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. House JS. Understanding social factors and inequalities in health: 20th century progress and 21st century prospects. J Health Soc Behav 2002; 43:125-142.
2. Vincent C, Deaudelin I, Robichaud L, Rousseau J, Viscogliosi C, Talbot Lr, et al, Brad group. Rehabilitation needs for older adults with stroke living at home: perceptions of four populations. BMC Geriatrics 2007; 7: 20.
3. Kleiman A. Patients and healers in the context of culture. An exploration of borderland between anthropology and psychiatry. Berkeley/Los Angeles: University of Califórnia Press; 1980. 427 p.
4. Eisenberg L. Disease and illness: distinctions between professional and popular ideas of sickness. Cult Med Psychiatry 1977; 1:09-23.
5. Geertz C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: Copyright, 1989.
6. Uchôa, E. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. Cad Saúde Pública 2003; 19(3):849-853.
7. Diniz D, Barbosa L, Santos WR. Deficiência, direitos humanos, justiça. SUR - Revista Internacional de Direitos Humanos 2009;6(11):65-77.

8. Barnes C. Disability Activism and the Price of Success: A British Experience. Intersticios: Revista Sociológica de Pensamiento Crítico 2007; 1(2):1-15.
9. Caprara A. Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença. Cad. Saúde Pública 2003; 19(4): 923-931.
10. Corin E; Uchoa E; Bibeau G; Kouma-Re B. Articulation et variations des systèmes de signes, de sens et d'actions. Psychopathologie Africaine 1992; 24: 183-204
11. 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.
12. Uchôa E, Vidal JM. Antropologia Médica: Elementos Conceituais e Metodológicos para uma Abordagem da Saúde e da Doença. Cad Saude Publica 1994; 10 (4): 497-504.
13. Brasil, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Dados gerais e informações estatísticas da cidade de Bambuí. [citado 4 Out 2011]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1.
14. Rios DFF, NMA, Loreto MDS, Fiúza ALC. O programa bolsa-família em um contexto de cidades rurais: o caso de Bambuí, MG. Oikos Viçosa 2011; 22(2): 150-170.
15. Prefeitura Municipal de Bambuí [Homepage Internet]. [citado 18 Nov 2012]. Disponível em: http://www.bambui.mg.gov.br/portal/htdocs/modules/mastop_publish/?tac=Dados_gerais
16. Fontanella BJB et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. Cad. Saúde Pública 2011; 27(2):389-394.
17. Fonseca MGUP et al. Papel da autonomia na autoavaliação da saúde do idoso. Rev Saude Pública 2010;44(1):159-65.
18. Beauvoir S de. A velhice. 3 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.
19. Le Breton D. Antropologia do corpo e modernidade. Rio de Janeiro: Vozes, 2011.
20. Lins de Barros MM. Trajetória dos estudos da velhice no Brasil. Sociologia, problemas e práticas 2006; 52: 109-132.
21. Garcia MAA, Odoni APC, Souza CS, Frigerio RM, Merlin SS. Idosos em Cena: falas fazer adoecer. Interface 2005; 9 (18): 537-552.

22. Van Kampen M, Van Zijverden IM, Emmett T. Reflections on poverty and disability: a review of literature. Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal 2008; 19(1):19-37.
23. Nelson ME et al. Physical activity and public health in older adults: recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. Med Sci Sports Exerc 2007; 39:1435-1445.
24. Castiel LD. Quem vive mais morre menos? Estilos de risco e promoção de saúde. In: Bagrichevsky M, et al. A saúde em debate na educação física. Blumenau: Edibes, 2003: 79-98.
25. Debert GG. A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. São Paulo: Edmusp, 1999.
26. Giddens A. Modernidade e identidade. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2002.
27. Boltanski L. As classes sociais e o corpo. 3 ed. São Paulo: Paz e Terra; 2004.
28. Debert GG. A dissolução da vida adulta e a juventude como valor. Horizontes Antropológicos 2010; 34:49-70.
29. Bauman Z. O mal-estar da pós-modernidade. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
30. Guerra ACLC, Caldas CP. Dificuldades e recompensas no processo de envelhecimento: a percepção do sujeito idoso. Ciênc. saúde coletiva 2010; 15(6): 2931-2940.
31. Rabelo DF, Néri AL. Recursos psicológicos e ajustamento pessoal frente à incapacidade funcional na velhice. Psicologia em Estudo. 2005; 10 (3): 403-412.
32. Guimaraes I, Carneiro MHS. Envelhecimento e finitude: qual a representação da morte?. Estud.interdiscipl. envelhec. 2012; 17(1): 7-18.
33. Santos WJ, Firmo JOA, Giacomin KC, Pereira JK. O Enfrentamento da incapacidade funcional por idosos da comunidade de Bambuí: crença religiosa e descrença nos serviços públicos de saúde. Ciênc. saúde coletiva 2013; 18(8): 2319-2328.

7 Considerações Finais

Para os idosos entrevistados a funcionalidade e a incapacidade são compreendidas como aquilo que *"dou conta/não dou conta"* de fazer e a dependência como *"dar trabalho"*. Este último estava relacionado ao medo do tipo de cuidado que receberiam principalmente de seus familiares, uma vez que ninguém espera que esse cuidado seja realizado pelos serviços de saúde. Nesse caso, resta-lhes apenas rezar para que não passem por essa situação.

Quanto ao *"dar conta ou não dar conta"* de fazer, o fator crucial para definir suas ações era a própria concepção de velhice. Muitos dos idosos entrevistados, embora não compreendessem suas vidas como repletas de doenças e problemas, relatavam que após a velhice haviam deixado de fazer várias atividades e que suas famílias assumiram vários desses cuidados. Essa visão fatalista da incapacidade como "parte da velhice" revela o conformismo com a situação presente. Além disso, introduz e reforça maiores dificuldades nessa fase da vida e isso pode comprometer a qualidade de vida e piorar a condição de saúde desses indivíduos, além de aumentar a necessidade de cuidados e onerar os serviços de saúde e ao próprio idoso e sua família.

Tais formas de compreender a velhice e sua relação com o processo da funcionalidade e da incapacidade revelam que no âmbito da saúde coletiva e das políticas públicas, é urgente reconhecer a relevância da dimensão funcional na atenção à saúde e dessa forma, propor intervenções que contribuam para a desconstrução do mito que associa inexoravelmente incapacidade, dependência e velhice. A capacitação dos profissionais, a inclusão social, a humanização dos cuidados, como também, a garantia do efetivo acesso à reabilitação no sistema de saúde devem estar na pauta de todos os gestores e profissionais da saúde, em todos os níveis de atenção.

No âmbito da assistência, essa concepção cultural vigente que considera envelhecer *"deixando de fazer algo"* "normal", demonstra que os serviços de saúde públicos e privados não devem esperar que os idosos demandem cuidados para uma incapacidade, pois para eles e segundo os registros que trazem dos profissionais que os assistem: *"isso é coisa da idade"*. Portanto, a dimensão funcional da saúde deve ser incluída na integralidade do cuidado à saúde de uma pessoa idosa, seja no espaço de uma consulta na unidade básica de saúde ou no domicílio. Vale ressaltar que a presença dos profissionais da Estratégia Saúde da Família e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família pode ser um alento, mas ainda não foi reconhecida pelos entrevistados.

A velhice é uma experiência inédita para cada indivíduo, com dimensões simbólicas, sociais e culturais. Acreditar que todos poderão viver da mesma forma é deixar de

compreender que a velhice em seu processo, é múltipla, dependendo dos caminhos escolhidos e dos determinantes desse envelhecimento. Em Bambuí os fatores que medeiam a forma como os entrevistados lidam com a perspectiva atual ou futura de dificuldades nas funções diárias são os recursos financeiros, intelectuais, subjetivos e sociais. Para idosos com mais recursos, "não ficar quieto" e "continuar fazendo" foi a principal maneira de enfrentar tais dificuldades e, além disso, a incapacidade e a velhice não são condições vividas necessariamente com sofrimento e desesperança. Para os demais, os que "ficaram mais quietos" a velhice com dificuldades nas atividades diárias vem acompanhada de conformismo e da concepção da velhice associada a perdas, restrições e à morte. Nesse sentido, projetos que promovam tanto a educação formal quanto a educação em saúde podem promover uma velhice mais saudável, prevenir doenças e minimizar os problemas que algumas doenças mais graves ocasionam na vida desse idoso e de sua família. Assim, essa ideia da velhice acompanhada inexoravelmente da doença e da incapacidade poderá ser desfeita.

A ciência médica e da saúde vem lutando incessantemente para que todos possam viver mais e melhor, às vezes consegue, às vezes não. E de quem é a responsabilidade? Daqueles seres humanos que não se cuidam ou daqueles médicos e sua equipe que não investem em seus pacientes? Possivelmente, tentar responder a essas perguntas como se houvesse uma verdade única, me parece contraproducente. Mas essas indagações são importantes para percebermos que, embora a doença e a morte façam parte da condição de sermos humanos, todos somos corresponsáveis nessas situações. Ao profissional não cabe responsabilizar o idoso por suas decisões no passado, pois muitas vezes suas atitudes estão relacionadas à desinformação e à falta de recursos. Também não deve ser reforçada a ideia de que a dificuldade é da velhice e que não há nada a fazer, pois sempre existe algo a ser feito. É imperativo que eles reforcem as capacidades dos idosos e não foquem somente no que eles não conseguem fazer. Enfim, ao profissional cabe cuidar. Nesse sentido, fica a pergunta: Como os profissionais de saúde que assistem esses idosos bambuienses compreendem a velhice e o processo de incapacidade? Para eles também é "normal" o velho deixar de fazer algo?

Ademais, essa concepção cultural que vê a velhice como uma tragédia pessoal, a incapacidade como condição inexorável dessa fase da vida cuja responsabilidade é exclusiva de quem a vivencia, desresponsabiliza o Estado e a sociedade de seu dever constitucional e ético de amparar pessoas idosas em situação de vulnerabilidade. Urge, portanto, assegurar cuidado e dignidade aos velhos; e aos jovens de hoje condições para que no futuro suas velhices possam deixar de ser uma tragédia anunciada.

Por fim, o cuidado à pessoa que envelhece naquela cidade acontece dentro do seu domicílio e as principais fontes de apoio vêm da família e dos vizinhos. Os serviços públicos de saúde ainda são entendidos como ausentes nessa rede de solidariedade. Resta-nos a pergunta: se o interior é reconhecidamente mais solidário, o que estará acontecendo em uma cidade de grande porte, onde grande parte das pessoas desconhece quem são seus vizinhos? Como um idoso que vive só em uma grande cidade e não tem família por perto enfrentará uma doença incapacitante? Com quais recursos poderá contar? Questões que precisam ser respondidas na perspectiva da integralidade da saúde como direito humano e da velhice como etapa construída ao longo da vida e que merece cuidados.

8 Anexos

8.1 Anexo I - Carta de Aprovação Nº 02/2010 – CEP/CPqRR

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisa René Rachou

Comitê de Ética

CEP / CPqRR FIOCRUZ

CARTA DE APROVAÇÃO Nº 02/2010 – CEP / CPqRR

Protocolo CEP - CPqRR nº: 29/2009

Projeto de Pesquisa: "ABCRDAGEM 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.

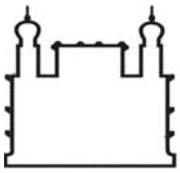
Belo Horizonte, 02 de fevereiro de 2009.

APROVADO
Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos
Centro de Pesquisa René Rachou - MG / FIOCRUZ

João Carlos Pinto Dias
Coordenador do CEPSH-CPqRR

Av. Augusto de Lima, 1715 Barro Preto 30190-002, Belo Horizonte – MG - Brasil
Tel.: 55 0xx31 3295 3566 (ramal 181) Fax: 55 0xx31 3295 3115 http://www.cpqrr.fiocruz.br

8.2 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: **Incapacidade funcional: significado e estratégias de enfrentamento entre idosos da comunidade do interior de Minas Gerais**. Você foi selecionado pelo Enfermeiro da Unidade do Programa de Saúde da Família ao qual você está cadastrado. O critério que ele usou 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.

O objetivo deste estudo é: investigar o que significa a incapacidade para você; investigar o que ajuda o idoso a enfrentar essa dificuldade.

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

Essa pesquisa não implicará em riscos relacionados a sua participação. Os benefícios relacionados com a sua participação são: se durante as visitas na sua casa for observado algum problema relacionado a sua saúde e que possamos ajudá-lo, as devidas medidas serão tomadas. Além disso, conhecendo seus problemas e dos outros idosos será possível fazer outras pesquisas para melhorar suas condições de saúde.

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.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador

_____

Nome e assinatura do pesquisador

Endereço e telefone institucional do Pesquisador Principal:

- Josianne Katherine Pereira – Rua Pouso Alegre 224/501, Floresta – Belo Horizonte (Cep: 31110-010). Celular: 31 9428 8357.
- Josélia Oliveira Araújo Firmo – Av. Augusto de Lima, 1715 - Barro Preto - Belo Horizonte (Cep: 30190-002). Telefone: 31 XXXXXXXXX

Endereço e telefone institucional do Comitê de Ética - CPqRR:

- Av. Augusto de Lima, 1715 – Barro Preto - Belo Horizonte (Cep: 30190-002)
-Secretária: Jéssica Camêlo – TeleFax: (31) 3349 7825

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

_____

Sujeito da pesquisa

8.3 Anexo III - Guia de Entrevista do idoso no Domicílio:Incapacidade

O idoso

Quantos anos você tem?

Estudou? Sabe ler e escrever?

Com quem você mora?

É casado (a), solteiro (a), viúvo (a)?

É aposentado (a), pensionista?

Qual a renda da família (em salários mínimos)?

A saúde/ doença

Como está sua saúde?

O que uma saúde boa para você? E saúde ruim?

Algum médico ou profissional de saúde explicou para você como está a sua saúde? Quem? Quando?

A funcionalidade

Como é um dia na sua vida?

O que o senhor costuma fazer após acordar?

Quais atividades o senhor realiza?

De manhã...

À tarde....

À noite...

Nos finais de semana?

A incapacidade/ Enfrentamento/ Apoio social

O senhor tem alguma dificuldade (ou conhece alguém que tenha dificuldade) para fazer alguma atividade no seu dia-a-dia? Qual?

Quando e como começou essa dificuldade?

O que o senhor acha que te atrapalha para fazer isso?

O que o senhor acha que poderia ajudar o senhor a fazer isso?

O senhor conta com algum tipo de ajuda? Quando? O quê? (bengala, aparelho auditivo, táxi...) Quem? Onde? (adaptação ambiental)

Você pede ajuda quando precisa? A quem?

Houve alguma mudança na sua vida por causa dessa dificuldade? Qual?

Na sua opinião como as outras pessoas da sua família vêem a sua dificuldade?

O senhor sai de casa? Para quê?

O senhor freqüenta algum grupo, associação ou igreja? Por que?

O senhor faz visitas? O senhor recebe visitas? De quem? Qual a freqüência?

9 Referências Bibliográficas

1. ONU. Plan Internacional de accion sobre El envejecimento. Assembleia Mundial sobre El Envejecimento. Madrid; 2002.
2. Camarano AA. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: Freitas et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. P.58-71.
3. House JS. Understanding social factors and inequalities in health: 20th century progress and 21st century prospects. J Health Soc Behav. 2002; 43:125-142.
4. Ramos LR. Epidemiologia do envelhecimento. In: Freitas et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. P.72-78.
5. Vincent C et al, Brad group. Rehabilitation needs for older adults with stroke living at home: perceptions of four populations. BMC Geriatrics 2007; 7: 20.
6. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a família de Classificaçõs Internacionais. São Paulo: Edusp, 2003.
7. Bandura A. Health promotion by social cognitive means. Health Education & Behavior 2004; 31(2): 143-164.
8. Ouwehand C, Ridder DTD, Bensing JM. A review of successful aging models: proposing proactive coping as an important additional strategy. Clin Psychology Review. 27: 873-884.
9. Rabelo DF, Néri AL. Recursos psicológicos e ajustamento pessoal frente à incapacidade funcional na velhice. Psicologia em Estudo. 2005; 10 (3): 403-412.
10. Debert GG. A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. São Paulo: Edmusp, 1999.
11. Vidich AJ, Lyman SM. Métodos qualitativos: sua história na sociologia e antropologia. In: Denzin NK, Lincoln YS et al. O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens. 2ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. P. 49-90.
12. Sarti CA. Saúde e sofrimento. In: Martins CB, Duarte LFD. Horizontes das ciências sociais no Brasil: Antropologia. São Paulo: ANPOCS; 2010. P.197 - 223.
13. Debert GG. A dissolução da vida adulta e a juventude como valor. Horizontes Antropológicos 2010; 34:49-70.
14. Lins de Barros MM. Velhice na contemporaneidade. In: Peixoto CH. Família e envelhecimento. Rio de Janeiro: FGV; 2004. P. 13-24.

15. Le Breton D. Antropologia do corpo e modernidade. Rio de Janeiro: Vozes, 2011.
16. Giddens A. Modernidade e identidade. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2002.
17. Lins de Barros MM. A velhice na pesquisa socioantropológica brasileira. In: Goldenberg M. Corpo, envelhecimento e felicidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2011. P. 45-64.
18. Ariès P. História social da criança e da família. Rio de Janeiro: Guanabara, 1991.
19. Townsend P. The structured dependency of the elderly: a creation of social policy in the twentieth century. Aging & Society 1981; 1(1): 5-28.
20. Santos JF. O que é pós-moderno. 23 ed. São Paulo: Brasiliense, 2005.
21. Moreira JO. Mudanças na percepção sobre o processo do envelhecimento: reflexões preliminares. Psicologia: teoria e pesquisa 2012; 28(4): 451-456.
22. Lins de Barros MM. Trajetória dos estudos da velhice no Brasil. Sociologia, problemas e práticas 2006; 52: 109-132.
23. Beauvoir S de. A velhice. 3 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.
24. Debert GG. A construção e a reconstrução da velhice: família, classe social e etnicidade. In: Néri AL, Debert GG. Velhice e sociedade**.** 2 ed. Campinas: Papirus; 2004. P. 41-68.
25. Uchôa E, Firmo JOA, Lima-Costa, MFF. Envelhecimento e saúde: experiência e construção cultural. In: Minayo MCS e Coimbra Jr CEA. Antropologia, Saúde e Envelhecimento. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002. P. 25-36.
26. Moraes GVO. Influência do Saber Biomédico na Percepção da Relação Saúde/Doença/Incapacidade em Idosos da Comunidade. Dissertação (Mestrado). Centro de Pesquisas René Rachou, Fiocruz, Belo Horizonte. 2012.
27. Le Breton D. Adeus ao corpo: Antropologia e sociedade. 3 ed. São Paulo: Papirus, 2008.
28. Le Breton D. A sociologia do corpo**.** 3 ed. Rio de Janeiro:Vozes, 2009.
29. Cardim LN. Corpo. São Paulo: Globo, 2009.
30. Ortega F, Zorzanelli R. O corpo e sua visualização na medicina. In: Ortega F, Zorzanelli R. Corpo em evidência: A ciência e a redefinição do humano. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2010.P.15-62.

31. 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. Rio de Janeiro: Vozes; 2009. P. 15-91.

32. Boltanski L. As classes sociais e o corpo. 3 ed. São Paulo: Paz e Terra; 2004.

33. Elias N. A solidão dos moribundos, seguido de Envelhecer e morrer. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 2001.

34. Lunardi VL. Problematizando conceitos de saúde, a partir do tema da governabilidade dos sujeitos. R. Gaúcha Enferm. 1999; 20(1):26-40.

35. Ramminger T. Entre a normatividade e a normalidade: contribuições de G. Ganguilhem e M. Foucault para as práticas de saúde. Mnemosine. 2008; 4 (2): 68-97.

36. Canguilhem G. O normal e o patológico. 7 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

37. Czeresnia D. Canguilhem e o caráter filosófico das ciências da vida. Physis Revista de Saúde Coletiva 2010; 20(3): 709-727.

38. Groisman D. A velhice, entre o normal e o patológico. História, Ciências, Saúde 2002; 9(1):61-78.

39. Diniz D, Barbosa L, Santos WR. Deficiência, direitos humanos, justiça. SUR - Revista Internacional de Direitos Humanos 2009;6(11):65-77.

40. Shakespeare T. Disability, Identity and Difference. In: Barnes C, Mercer G, editors. Exploring the divide. Leeds: The disability Press; 1996. P. 94-113. Barnes C. Disability Activism and the Price of Success: A British Experience. Intersticios: Revista Sociológica de Pensamiento Crítico. 2007; 1 (2): 1-15.

41. 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): 187-193.

42. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a família de Classificações Internacionais. São Paulo: Edusp, 2003.

43. 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.

44. Devlieger PJ. Generating a cultural model of disability. Presented at the 19th Congress of the European Federation of Associations of Teachers of the Deaf (FEAPDA), October 14-16, 2005.
45. Eisenberg L. Disease and illness: distinctions between professional and popular ideas of sickness. Cult Med Psychiatry. 1977; 1:09-23.
46. 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.
47. 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, Rio de Janeiro 2011; 27(3):555-564.
48. Kleinman A, Eisenberg L, Good B. Culture, Illness, and Care: Clinical Lessons From Anthropologic and Cross-Cultural Research. Focus; 2006.
49. Uchôa E. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. Cad Saúde Pública 2003; 19(3):849-853.
50. Uchôa E, Vidal JM. Antropologia Médica: Elementos Conceituais e Metodológicos para uma Abordagem da Saúde e da Doença. Cad Saude Publica 1994; 10 (4): 497-504.
51. Geertz C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: Copyright, 1989.
52. Caprara A. Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença. Cad. Saúde Pública 2003; 19(4): 923-931.
53. Corin E et al. Articulation et variations des systèmes de signes, de sens et d'actions. Psychopathologie Africaine 1992; 24: 183-204
54. 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
55. Brasil, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Dados gerais e informações estatísticas da cidade de Bambuí. [citado 4 Out 2011]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1.
56. Prefeitura Municipal de Bambuí [Homepage Internet]. [citado 18 Nov 2012]. Disponível em: http://www.bambui.mg.gov.br/portal/htdocs/modules/mastop_publish/?tac=Dados_gerais

57. Rios DFF, Loreto MDS, Fiúza ALC. O programa bolsa-família em um contexto de cidades rurais: o caso de Bambuí, MG. Oikos Viçosa 2011; 22(2): 150-170.
58. Fontanella BJB et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. Cad. Saúde Pública 2011; 27(2):389-394.
59. Fonseca MGUP et al. Papel da autonomia na autoavaliação da saúde do idoso. Rev Saude Pública 2010;44(1):159-65.