

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

**A Religiosidade como Estratégia de Enfrentamento do
processo de Incapacidade Funcional dos Idosos da
Cidade de Bambuí, Minas Gerais**

por

Wagner Jorge dos Santos

Belo Horizonte

Fevereiro/2012

DISSERTAÇÃO MSC-CPqRR W.J. SANTOS 2012

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

**A Religiosidade como Estratégia de Enfrentamento do
processo de Incapacidade Funcional dos Idosos da
Cidade de Bambuí, Minas Gerais**

por

Wagner Jorge dos Santos

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

Orientação:

Dra. Josélia Oliveira Araújo Firmo

Coorientação:

Dra. Karla Cristina Giacomini

Belo Horizonte

Fevereiro/2012

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

S237r Santos, Wagner Jorge dos.
2012

A Religiosidade como Estratégia de Enfrentamento do processo de Incapacidade Funcional dos Idosos da Cidade de Bambuí, Minas Gerais/ Wagner Jorge dos Santos. – Belo Horizonte, 2012.

xiv, 79 f.: il.; 210 x 297mm.

Bibliografia: f. 84 - 93

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

1. Idoso/psicologia 2. Saúde da Pessoa com Deficiência 3. Religião e Medicina I. Título. II. Firmo, Josélia Oliveira Araújo (Orientação). III. Giacomini, Karla Cristina (Coorientação)

CDD – 22. ed. – 305.26

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

**A Religiosidade como Estratégia de Enfrentamento do
processo de Incapacidade Funcional dos Idosos da
Cidade de Bambuí, Minas Gerais**

por

Wagner Jorge dos Santos

Foi avaliada pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dra. Josélia Oliveira Araujo Firmo (Presidente)

Prof. Dra. Celina Maria Modena

Prof. Dra. Betânia Diniz Gonçalves

Suplentes: Prof. Dr. Antônio Inácio de Loyola Filho

Dissertação defendida e aprovada em: 29 / 02 / 2012

As contradições do corpo

Meu corpo não é meu corpo,
é ilusão de outro ser.
Sabe a arte de esconder-me
e é de tal modo sagaz
que a mim de mim ele oculta.

(...)

Já premido por seu pulso
de inquebrantável rigor,
não mais que dantes era:
com volúpia dirigida,
saio a bailar com meu corpo.

(...)

Quero romper com meu corpo,
quero enfrentá-lo, acusá-lo,
por abolir minha essência,
mas ele sequer me escuta e
vai pelo rumo oposto.

(ANDRADE, Carlos Drummond de.
Corpo. Rio de Janeiro, Record, 1984).

Dedicatórias

Dedico este trabalho aos meus pais que continuam me ensinando com a sua velhice a formidável aventura do existir humano. E é por esse espelhamento que um dia ainda darei os meus primeiros passos nas trilhas do em-velho-ser...

Agradecimentos

Aos meus pais, irmãos(ãs), cunhado(a) e sobrinhos(as) pelo constante incentivo, dedicação, carinho e compreensão principalmente em relação aos momentos de ausência.

Às minhas dedicadas orientadoras Dra. Josélia Firmo e Dra. Karla Giacomini pelo competente e incansável trabalho de orientação construído com sensibilidade e profissionalismo. O meu agradecimento a Josélia por saber compreender os meus limites e reforçar as minhas potencialidades, me ajudando a achar o caminho. O meu agradecimento a Karla por compreender o meu sonho e reforçar a sua tradução na concretude do trabalho científico, me ajudando a fazer suave o percurso.

Aos amigos e colegas do Laboratório de Epidemiologia e Antropologia Médica do CPqRR/Fiocruz Aauto Clemente, Ana Carolina Oliveira, Gustavo Moraes, Josiane Pereira, Jussara Alvarenga, Kelly Magalhães, pela convivência fraterna e aprendizagem. Um especial carinho à Ana e Kelly pela proximidade e cumplicidade.

À minha amiga Geisa Moreira por carinhosa presença e incentivo que se fez marcar por constante revisão de ideias e da escrita.

À minha amiga Helena Maria Campos pela carinhosa parceria no mestrado.

À Dra. Anna Edith Bellico que acreditou no meu trabalho nos primeiros passos no campo do envelhecimento me incentivando ao mestrado.

Aos idosos da cidade de Bambuí participantes dessa pesquisa que viabilizaram a nossa reflexão.

Ao Centro de Pesquisas René Rachou pela infraestrutura técnica.

A todos os funcionários do CPqRR/Fiocruz, especialmente a Albelena Oliveira pela dedicação, suporte e disponibilidade no Laboratório de Epidemiologia e Antropologia Médica.

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 dissertação, também pela catalogação e normalização da mesma.

A todos que de alguma forma contribuíram para que eu pudesse trilhar esse caminho.

SUPORTE FINANCEIRO:

Centro de Pesquisas René Rachou/FIOCRUZ

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

Sumário

Lista de Figuras e Quadros	xi
Lista de Tabelas	xii
Resumo	xiii
Abstract	xiv
1 Introdução	15
1.1 As Estratégias de Enfrentamento	17
1.2 O Enfrentamento Religioso	23
2 Objetivos	28
2.1 Objetivo Geral	29
2.2 Objetivos Específicos	29
3 Quadro Teórico	30
4 Percurso Metodológico	35
4.1 Local de estudo	36
4.2 População de estudo	37
4.3 Coleta de dados	37
4.4 Análise dos dados	38
4.5 Aspectos éticos	39
5 Resultados e Discussão	40
5.1 A Experiência da Velhice	41
5.2 A Experiência da Incapacidade Funcional	48
5.2.1 As Estratégias de Enfrentamento	55
5.3 O Enfrentamento Religioso da Incapacidade Funcional	57
5.3.1 A Experiência Religiosa dos Idosos da Cidade de Bambuí	57
5.3.2 Os Estilos de Enfrentamento Religioso diante da Incapacidade Funcional	58
5.3.3 A Religiosidade como Estratégia de Enfrentamento	61
6 Conclusões	74

7 Anexos	77
7.1 Anexo I - Carta de Aprovação N.º 02/2010 - CEP / CPqRR.....	78
7.2 Anexo II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	79
7.3 Anexo III - Dados Demográficos e Codificação dos Idosos Entrevistados	80
8 Referências	84

Lista de Figuras e Quadros

Figura 1- Modelo de processamento de stress e coping de Lazarus e Folkman	20
Quadro I - Categorizações da unidade analítica “velhice”	42
Quadro II - Categorizações da unidade analítica “incapacidade”	49
Quadro III - Categorizações da unidade analítica “religiosidade”	61

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Dados demográficos e codificação entrevistados 1 a 15.....	80
Tabela 2 – Dados demográficos e codificação entrevistados 16 a 30.....	81
Tabela 3 – Dados demográficos e codificação entrevistados 31 a 45.....	82
Tabela 4 – Dados demográficos e codificação entrevistados 46 a 57.....	83

Resumo

O Brasil passa por um rápido e acentuado processo de envelhecimento populacional. Dele resulta um aumento da prevalência das doenças crônico-degenerativas e da incapacidade funcional na parcela idosa da população. A incapacidade funcional é definida como as limitações e dificuldades de realização de atividades cotidianas em qualquer domínio da vida ou a restrição na participação social. O modo como as pessoas lidam com o estresse resultante da experiência da incapacidade funcional, processo conceituado como coping, tem importância crucial na vida da pessoa idosa. O coping diz respeito ao conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais utilizadas pelos indivíduos com vistas ao manejo de situações estressantes. O conceito de coping religioso pode ser definido como o uso de crenças e comportamentos religiosos para facilitar a resolução de problemas e prevenir ou aliviar consequências emocionais negativas de situações de vida estressantes. Com estes dados buscou-se pesquisar a utilização destas estratégias para investigar o papel da religiosidade como estratégia de enfrentamento da incapacidade funcional por idosos da cidade de Bambuí. A presente pesquisa foi realizada na perspectiva da abordagem qualitativa, constituindo-se em um estudo etnográfico observacional. A amostra foi constituída por 57 idosos (27 homens e 30 mulheres) com idades variando entre 62 e 96 anos. Foi utilizado o modelo dos signos, significados e ações, desenvolvido por Corin e colaboradores 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. O signo “*Graças a Deus*” foi discutido como o elemento que fundamenta a estratégia de enfrentamento religioso, produzindo no universo simbólico dos idosos uma codificação da restituição no esvaziamento causado pelo problema da incapacidade funcional. Através dessa pesquisa percebem-se evidências de que o enfrentamento religioso tampona sofrimentos individuais, minimiza a solidão, regula a resposta emocional causada pela incapacidade funcional experimentada pela pessoa idosa. Tal resposta advém da atitude religiosa que repara o esvaziamento existencial e restitui o lugar vacante do Outro, fazendo com que o sujeito idoso seja acolhido e apaziguado na realidade de um corpo envelhecido e incapaz.

Abstract

Brazil is going through a rapid and pronounced population aging process. It results in an increased prevalence of chronic diseases and functional disability in the elderly proportion of the population. Disability is defined as the limitations and difficulties in performing everyday activities in any field of life or restriction in social participation. The way people deal with stress resulting from the experience of disability, a process conceptualized as coping, has crucial importance in the life of the elderly. The coping concerns to the set of cognitive and behavioral strategies used by individuals with a view to the management of stressful situations. The concept of religious coping can be defined as the use of religious beliefs and behavior to facilitate the resolution of problems and prevent or relieve negative emotional consequences of stressful life situations. With these data we sought to investigate the use of these strategies to investigate the role of religiosity as a coping strategy of functional disability among elderly people in the city of Bambuí. This survey was conducted from the perspective of a qualitative approach, thus becoming an ethnographic observational study. The sample consisted of 57 elderly patients (27 men and 30 women) aged between 62 and 96 years. We used the model of signs, meanings and actions developed by Corin and employees in collecting and analyzing data, to allow the systematization of context elements that participate in the construction of typical ways of thinking and acting towards disability. The sign "Thank God" was discussed as the element that supports the strategy of religious coping, resulting in the symbolic universe of the elderly a codification of the refund in emptying caused by the problem of disability. Through this research are perceived evidence that religious coping buffers individual suffering minimize loneliness, regulates the emotional response caused by the disability experienced by the elderly. This response comes from the religious attitude which repairs and restores existential emptying the vacant place of the Other, making the older individual is accepted and appeased the reality of an aging body and incapable.

1 Introdução

O Brasil passa por um rápido e acentuado processo de envelhecimento populacional¹, fenômeno caracterizado pelo aumento da proporção de idosos na população geral e que vem acompanhado do aumento da prevalência das doenças crônico-degenerativas e da incapacidade funcional na parcela idosa da população².

A incapacidade funcional é definida como as limitações e dificuldades de realização de atividades cotidianas, em qualquer domínio da vida, ou a restrição na participação social, sendo um produto da interação dinâmica entre as condições de saúde, como doenças, lesões, traumas, e os fatores contextuais, que incluem atributos pessoais e ambientais do indivíduo³. Ela pode ocorrer com ou sem dependência de terceiros, segundo a necessidade ou não de auxílio para realizar pelo menos uma das atividades⁴.

A incapacidade repercute na vida do indivíduo⁵, de sua família, de sua rede social de apoio e da sociedade. Afinal, o processo de incapacidade é experimentado pelo indivíduo conforme suas condições e recursos sociais e de saúde, em seu contexto sociocultural, como algo ao mesmo tempo íntimo e alheio a si, que acontece em duas dimensões: no próprio corpo e na sociedade a que pertencem. Na sua dimensão corporal a incapacidade é vivenciada como um limite que a pessoa pode reconhecer, ignorar ou suplantar; enquanto na dimensão social ela é notada na forma da inclusão ou da segregação e exclusão de pessoas com comportamentos, aspecto ou funcionalidade que fuja ao padrão estabelecido pela sociedade no seu tempo histórico^{6,7}.

O corpo com impedimentos não é visto pelo outro com o acolhimento do lugar da diferença. Pelo contrário, uma sociedade que sustenta um ambiente hostil à diversidade corporal levará uma pessoa com restrições leves de habilidade a experimentar a deficiência de forma ainda mais severa⁷. Assim a experiência da incapacidade e da deficiência também resulta de uma interação complexa das pessoas com a sociedade. Afinal, onde está a incapacidade? Na pessoa ou na sociedade?

De acordo com o modelo biomédico, a gênese da incapacidade, começa com a existência de uma lesão em algum órgão que pode levar à deficiência, experimentada na interação com o ambiente⁸. Enquanto para o modelo social, são os sistemas sociais excludentes que levam inexoravelmente pessoas com lesões à experiência da deficiência^{7,9}. De toda forma, a ênfase nas limitações físicas de uma sociedade

excludente e hostil à diversidade corporal mostra o quadro de uma “sociedade deficiente” em reconhecer o lugar da diferença do outro, desse que não é igual.

Portanto, o modelo social “desnaturaliza” a interpretação da incapacidade e da deficiência estabelecendo uma forte crítica aos pressupostos de causalidade do modelo biomédico, fazendo surgir uma oposição à ideia de que são os impedimentos que determinam a desvantagem^{6,10}. O corpo com impedimentos não é mais a medida solitária para a definição da deficiência, pois tão decisivo quanto os impedimentos corporais é o ambiente que impõe restrições e barreiras à plena participação⁶.

Nessa perspectiva a incapacidade funcional, ao invés de ser reconhecida como uma possibilidade, passa a ser um fenômeno marcado pelo lugar da diferença e denuncia a estrutura social que aparta do convívio social a pessoa que se apresenta fora do repertório corporal hegemônico¹¹. Assim, a incapacidade representa uma mudança na vida da pessoa e na forma como ela se insere em seu meio.

Portanto, em uma perspectiva de progressivo envelhecimento populacional, é importante conhecer como as pessoas lidam com seus processos de envelhecer e como os enfrentam. Se as ciências da saúde têm buscado conhecer e explorar a diversidade de implicações que as estratégias de enfrentamento podem ter nos fenômenos relacionados à saúde e ao adoecer¹², de modo similar, elas deveriam se interessar pelo que acontece a quem envelhece com incapacidade no contexto sociocultural brasileiro.

1.1 As Estratégias de Enfrentamento

Na sociedade ocidental, a incapacidade representa um dos grandes temores relacionados ao envelhecer, tendo em vista que seu risco aumenta com o avançar dos anos¹³ e que ela pode significar uma mudança na condição de vida da pessoa.

Diante da mudança, o indivíduo busca restabelecer o seu bem-estar e lança mão de habilidades desenvolvidas para lidar com as situações de estresse e para se adaptar a elas, denominadas estratégias de enfrentamento, em inglês “*coping*”. Trata-se de mecanismos de auto-regulação do *self* que intervêm na adaptação e na determinação de bem-estar subjetivo ao longo de toda a vida, inclusive na velhice¹⁴. Dito de outra maneira, são esforços cognitivos ou comportamentais intencionais para controlar,

vencer, tolerar ou reduzir demandas internas ou externas específicas que são avaliadas como excedendo ou fatigando os recursos da pessoa, sem considerar as conseqüências^{15,16,17}.

Por ser o “*coping*” um processo de interação entre indivíduo e ambiente, sua função é administrar (reduzir/minimizar/tolerar) a situação estressora, mais que controlá-la ou dominá-la¹⁸ e aumentar, criar ou manter a percepção de controle pessoal; ainda que o sentido de controle possa ser ilusório^{19, 20}.

As estratégias de enfrentamento variam de pessoa para pessoa e até no mesmo indivíduo, conforme o período de vida^{17, 18}. O modo como percebem o estresse e a maneira como o combatem podem ser mais consistente para as pessoas, mas a tendência a escolher uma determinada estratégia de enfrentamento dependerá do repertório individual e de experiências anteriores tipicamente reforçadas²⁰.

Muitas estratégias podem ser úteis para uma mesma situação²⁰, conforme os recursos pessoais de enfrentamento da pessoa. Estes dependem do agente estressor, do contexto, incluindo o gênero, as condições de saúde, o tipo e a condição de controle do estressor, as crenças, as habilidades para solucionar problemas, o relacionamento conjugal, as habilidades e suporte social e os recursos materiais^{17,18, 20}. Dependendo da qualidade e da disponibilidade destes recursos, o indivíduo pode se tornar mais vulnerável ou mais resistente aos efeitos adversos do estresse¹⁸.

No processo de enfrentamento vale destacar: primeiro, a ideia de que os eventos são interpretados pelas pessoas de acordo com os significados que têm para si; segundo, o fato de que a interpretação do sujeito é influenciada pela cultura, modelando a avaliação da situação, o quadro de referência e os sistemas de orientação das pessoas no mundo, privilegiando estratégias de enfrentamento muito particulares para aquele contexto sócio-cultural²¹.

Nessa perspectiva, o que torna uma experiência estressante não é o evento em si, mas a avaliação que o sujeito faz sobre o evento e traduz a situação como negativa e estressante^{21,22}. Neste caso, vários mecanismos de enfrentamento entram em jogo, tais como a avaliação cognitiva e o desenvolvimento da atenção¹⁸, sendo que alguns investigadores têm enfatizado a importância dos mecanismos cognitivos e intrapsíquicos na regulação de respostas emocionais a eventos estressores²³.

Na perspectiva da teoria cognitivista do estresse psicológico e enfrentamento, Lazarus e Folkman²⁴ propuseram o Modelo Interativo de Estresse (figura 1), no qual definem o enfrentamento como “esforços cognitivos e comportamentais voltados para o manejo de exigências ou demandas internas ou externas que são avaliadas como sobrecarga aos recursos pessoais” (p.572)²⁵. De acordo com esse modelo, o “*coping*” é entendido como uma transação interativa em que a pessoa e o ambiente são vistos como estando em relações dinâmicas, mutuamente recíprocas, em um relacionamento bidirecional^{21,24}, sendo que a seleção das respostas de enfrentamento diante das situações estressantes sofre a mediação de avaliações cognitivas²¹.

Assim, o pensar e o agir configuram o percurso do sujeito diante de sua experiência de enfrentamento de situações estressantes e negativas. Para tanto, o sujeito faz uma avaliação primária na qual analisa a situação em seus aspectos desafiadores, prejudiciais e ameaçadores, e uma avaliação secundária acerca dos recursos disponíveis para o enfrentamento da situação²¹, conforme apresentado na figura 1.

A literatura identifica padrões positivos e negativos de enfrentamento às situações estressantes, que podem constituir-se em ajuda ou obstáculo ao alcance de resultados adaptativos no processo de enfrentamento²⁶. São considerados padrões positivos de enfrentamento aqueles que possibilitam ao indivíduo a experiência do comportamento de apoio, da presença e segurança dos contatos sociais e das trocas de experiências. Enquanto os padrões negativos de enfrentamento são os que induzem o indivíduo ao isolamento ou à experiência do comportamento de negação, esquiva em face de situação estressora. Examinando suas implicações para a saúde, verifica-se que quanto maiores forem os sentimentos negativos gerados pela doença, maior será a dificuldade de elaboração dos enfrentamentos que facilitem e possam colaborar de forma mais realista e positiva com o paciente²⁷.

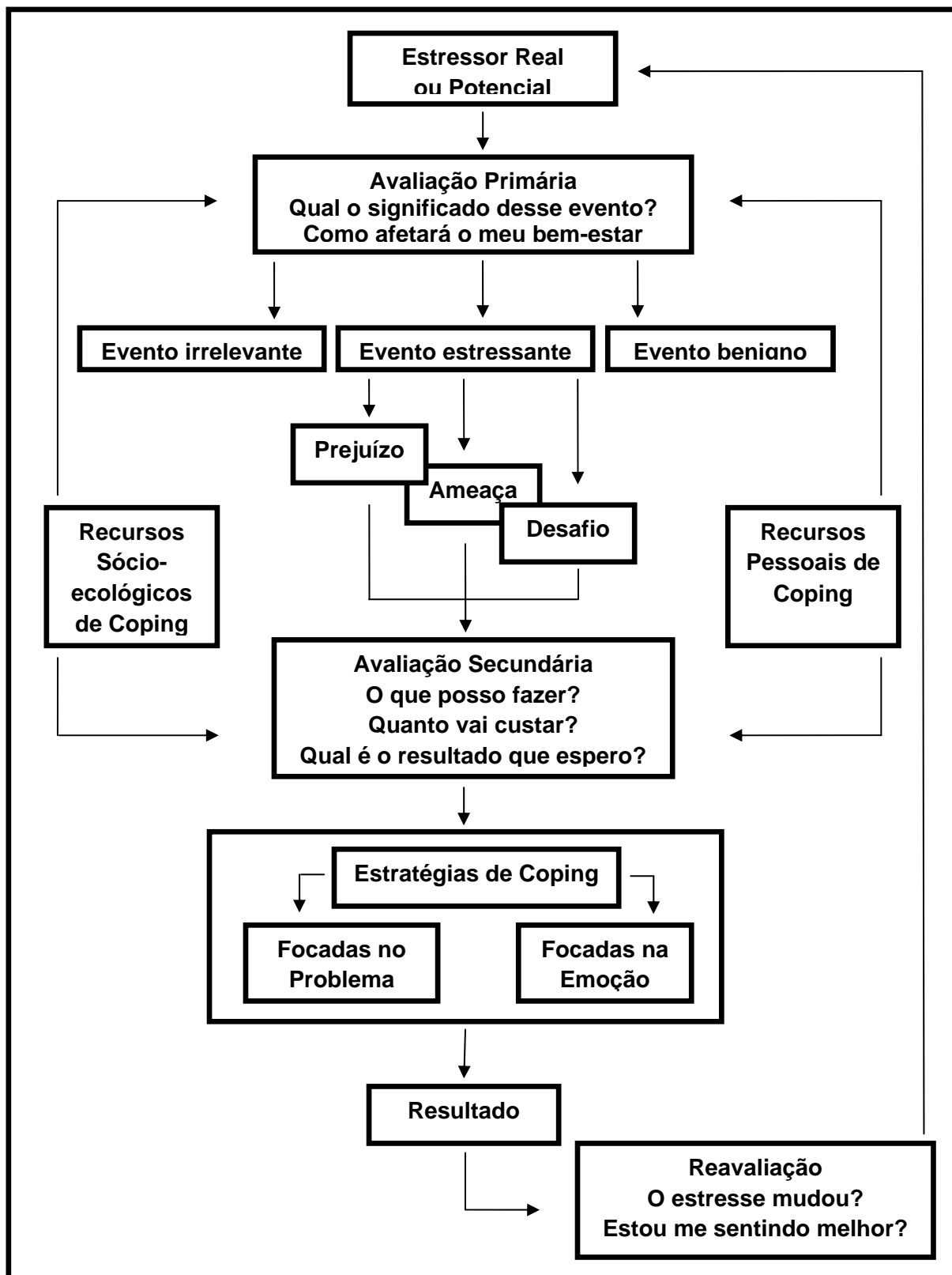


Figura 1 – Modelo de processamento de stress e coping de Lazarus e Folkman, adaptado de Antoniazzi et al, 1998¹⁸

As repostas de enfrentamento são sempre as alternativas onde os elementos negativos e de estresse do ambiente são controlados e podem ser classificadas em duas categorias de acordo com a sua função em enfrentamento centrado no problema e em enfrentamento centrado na emoção^{21, 27,28}:

- o enfrentamento centrado no problema refere-se aos esforços de administrar ou alterar os problemas, ou então em melhorar o relacionamento entre as pessoas e o seu meio²⁷. São estratégias consideradas adaptativas mais voltadas para a realidade, que buscam o manejo ou modificação da situação causadora de estresse, na tentativa de remover ou abrandar a fonte estressora e têm como objetivo controlar ou lidar com a ameaça, dano ou desafio²¹;

- o enfrentamento centrado na emoção descreve a tentativa de substituir ou regular o impacto emocional do estresse no indivíduo, derivando principalmente de processos defensivos, o que faz com que as pessoas evitem confrontar conscientemente com a realidade de ameaça²⁷. Sua função primordial é regular a resposta emocional causada pela situação problema com a qual a pessoa se depara, podendo apresentar atitudes paliativas ou de afastamento em relação à fonte de estresse, como negação ou esquiva²¹.

Essas duas formas de enfrentamento são inter-relacionadas e ocorrem em uma relação dinâmica e recíproca, visto que as pessoas, diante de um mesmo evento estressor, podem utilizar ambas as formas de enfrentamento e uma estratégia que, em princípio, estaria focalizada no problema, também pode ter uma função focalizada na emoção²⁸.

Posteriormente, foi apresentada uma terceira estratégia de “*coping*” focalizada nas relações interpessoais, na qual o sujeito busca apoio nas pessoas do seu círculo social para a resolução da situação estressante²⁹.

Roesch e Weiner (2001)³⁰ apresentam outra classificação com base no enfrentamento por aproximação ou por afastamento (“*approach x avoidance*”), cada um deles subdivididos em cognitivo ou comportamental. A aproximação refere-se a um enfrentamento ativo do agente estressor no sentido de alterá-lo ou eliminá-lo, enquanto o afastamento utiliza estratégias para evitar ou ignorar o problema. O componente cognitivo do enfrentamento é definido como um esforço para mudar a percepção de um evento e o componente comportamental é considerado como

qualquer tentativa de alterar a situação. A aproximação cognitiva consiste em estratégias de atenção usadas para reestruturar o problema de uma forma mais favorável; enquanto no afastamento cognitivo as estratégias refletem tentativas de minimização do evento estressante. A aproximação comportamental inclui as estratégias desenvolvidas para uma ação concreta visando atingir diretamente a situação e o afastamento comportamental estratégias para buscar alternativas que favoreçam a aceitação da situação³⁰.

Outra condição a ser considerada é que as estratégias de enfrentamento podem variar ao longo da vida da pessoa¹⁷. Essa variabilidade ocorre devido a grandes modificações advindas em cada idade e das mudanças que se processam nas condições de vida através das experiências vivenciadas pelos indivíduos^{17, 20}. Em idosos, o enfrentamento do próprio envelhecimento parece depender de fatores objetivos da vida da pessoa e da interpretação subjetiva de sua condição. Trentini et al. (2005)²⁸ avaliaram de forma qualitativa, como os idosos enfrentavam as condições crônicas de saúde e identificaram como principais estratégias: ter fé em Deus, buscar ajuda da família e de outras pessoas, trabalhar, frequentar grupos de idosos, cuidar da estética e do corpo, buscar tratamento médico e rejeitar as perdas naturais consequentes do envelhecimento.

Por fim, com a expansão do modelo biopsicossocial no campo da saúde^{31, 32}, além dos comportamentos individuais e dos recursos ambientais e financeiros como determinantes da qualidade de vida positiva ou negativa na velhice³³, a espiritualidade é reconhecida como foco de interesse de estudos e pesquisas^{31, 32}. Nessa perspectiva, Hill et al (2000)³² argumentam que na atualidade importantes profissionais da saúde entendem que a religião ou espiritualidade deve ser considerada para uma compreensão completa da pessoa. A relevância da religiosidade e da espiritualidade como estratégia de enfrentamento de doenças crônicas é apontada em diversos trabalhos em saúde^{31, 34}.

As estratégias de enfrentamento com base na religiosidade dizem respeito ao uso da religião, espiritualidade ou fé para lidar com o estresse gerado pela experiência de uma determinada situação^{31,35}. Essas estratégias também podem ser classificadas como positivas ou negativas, estando geralmente associadas, respectivamente, a melhores ou piores resultados de saúde física/mental³¹. É este “*coping*” religioso/espiritual que é objeto do presente trabalho e será apresentado a seguir.

1.2 O Enfrentamento Religioso

A associação entre fatores relativos à religiosidade e à saúde possui raízes histórico-culturais muito antigas que influenciam até hoje a cultura ocidental³⁶. Alguns estudos antropológicos têm mostrado que a ignorância sobre as enfermidades levou a humanidade em momentos específicos da história à divinização do desconhecido. Conseqüentemente, surgiram as crenças de que os deuses poderiam causar as doenças ou curá-las através do seu exclusivo poder. As práticas religiosas legitimavam essas crenças, pois, além dos deuses, os seus representantes na terra tinham o poder de intervenção no processo saúde-doença ou na vida-morte^{21,36}.

Nos dias atuais, observa-se o aumento do interesse acerca da relação entre religião e saúde entre pesquisadores das ciências sociais, comportamentais e da saúde. Nas ciências da saúde, pesquisas que examinam a relação entre a religião e a saúde dos indivíduos e populações têm se tornado cada vez mais frequentes, sendo que importantes jornais e revistas de impacto na saúde pública e medicina destacam a pesquisa empírica e a revisão de literatura sobre essa temática³⁷. Estes trabalhos constataam a diversidade de implicações que a religiosidade pode ter nos fenômenos relacionados à saúde e ao adoecer³⁸, com ênfase em seu papel enquanto estratégia de enfrentamento na experiência do processo saúde/doença. No âmbito da saúde pública, os estudos também demonstram que pessoas com envolvimento religioso têm menor probabilidade de usar/abusar de álcool, cigarros e drogas, ou de apresentar comportamentos de risco, como atividades sexuais extras maritais, delinquência e crime, especialmente os adolescentes, nos quais ainda é negativamente relacionado com suicídio e atividade sexual/gravidez prematura e positivamente a valores pró-sociais³⁹.

Vários trabalhos enfatizam o desempenho da religião/espiritualidade como fator de proteção à saúde, acelerando a remissão⁴⁰ e prevenindo a recaída⁴¹ da depressão, por exemplo. Outros relacionam a espiritualidade/religiosidade e a qualidade de vida⁴². Em uma revisão que incluiu mais de 200 estudos⁴³ investigando a relação deste tipo de enfrentamento com a saúde física, a maioria verificou resultados benéficos em relação à dor, debilidade física, doenças do coração, pressão sanguínea, infarto, função imune e neuroendócrina, doenças infecciosas, câncer e mortalidade. Em outra revisão⁴⁴ com quase 850 pesquisas examinando a relação com saúde mental, a maioria endossa associação do envolvimento religioso com

maiores níveis de satisfação de vida, bem-estar, senso de propósito e significado da vida, esperança, otimismo, estabilidade nos casamentos e menores índices de ansiedade, depressão e abuso de substâncias.

Pelo menos quatro razões são propostas para explicar a associação entre religião e saúde⁴⁵:

- a) crenças religiosas proveem uma visão de mundo que dá sentido positivo ou negativo às experiências;
- b) crenças e práticas religiosas podem evocar emoções positivas;
- c) a religião fornece rituais que facilitam / santificam as maiores transições de vida (adolescência/casamento/morte); e
- d) crenças religiosas, como agentes de controle social, dão direcionamento/ estrutura para tipos de comportamentos socialmente aceitáveis.

Porém, essas conexões positivas encontradas não significam que todas as religiões ou alguma em particular sempre promovam emoções humanas positivas, relacionamentos satisfatórios ou estilos de vida saudáveis³⁹. Pelo contrário, também está demonstrado que a religião pode ter efeitos adversos na saúde quando crenças/práticas religiosas são usadas para justificar comportamentos de saúde negativos ou substituir cuidados médicos tradicionais, para induzir culpa, vergonha, medo ou justificar raiva e agressão e ou ainda como agente de controle social, pode ser restritiva e limitante, isolando socialmente aqueles em desacordo com os padrões religiosos⁴³. No geral, entretanto, as principais religiões com tradições bem estabelecidas e lideranças responsáveis tendem a promover mais experiências humanas positivas que negativas³⁹. A espiritualidade e o envolvimento em religiões organizadas podem proporcionar aumento do senso de propósito e significado da vida, associados à maior resiliência e resistência ao estresse relacionado às doenças⁴⁶.

Apesar de tantas evidências, os mecanismos por meio dos quais a religião/ espiritualidade pode afetar a saúde ainda não estão bem esclarecidos³¹. Duas hipóteses foram aventadas: na primeira, haveria uma relação mediada, na qual vários mediadores psicológicos/sociais/fisiológicos explicariam os efeitos encontrados; enquanto na segunda, a relação seria direta, ou seja, os efeitos encontrar-se-iam na

própria natureza da religião/espiritualidade que influenciaria a saúde⁴⁷. Dada a complexidade dessa relação, alguns modelos teóricos foram propostos^{45, 48, 49, 50}, mas não há consenso.

De toda maneira, a relação privilegiada da doença com o sagrado é consequência e se fundamenta de maneira irrefutável na relação da doença com o social. Nessa perspectiva, a doença se constitui na relação com essa expressão totalizante do social que é o religioso⁵¹. E, ao contrário do que pode parecer, a religião oferece uma variedade de estratégias ou métodos de “*coping*” que não são meramente defensiva, passivos, focados na emoção ou em formas de negação⁵², mas se mostram cobrindo toda uma série de comportamentos, emoções, cognições e relações, servindo a várias funções³¹. Ela pode estar envolvida na estratégia de enfrentamento de situações estressantes de três maneiras: sendo parte, contribuindo para ou sendo o resultado/produto do processo de enfrentamento³¹.

O enfrentamento religioso ou espiritual é definido como o uso da religião, espiritualidade ou fé para lidar com o estresse e as consequências negativas dos problemas da vida^{31,35}. Um conjunto de estratégias religiosas e/ou espirituais é utilizado para manejar o estresse diário advindo de crises existenciais ou circunstanciais que ocorrem ao longo do cotidiano da existência³¹. Nessa perspectiva, o enfrentamento religioso utiliza estratégias cognitivas ou comportamentais que surgem da religião ou espiritualidade da pessoa, em face dos acontecimentos estressantes da vida⁵³.

No Brasil, este tipo de enfrentamento ainda é pouco estudado, embora haja muitas evidências empíricas de que ele seja reconhecido como o melhor preditor de resultados de saúde⁵⁴, estando associado ao processo saúde/doença, a qualidade de vida^{31,55,56}, o aperfeiçoamento do enfrentamento, maior suporte social e menores índices de desordens emocionais e comportamentos que podem afetar adversamente a saúde e os relacionamentos humanos³⁹.

Estudos demonstram que o enfrentamento religioso pode estar associado tanto a estratégias orientadas para o problema quanto para a emoção, bem como à liberação de sentimentos negativos relacionados ao estresse, podendo, então, apresentar caráter não adaptativo⁵⁷.

As estratégias de enfrentamento (*coping*) se referem a ações cognitivas/comportamentais e têm sido vinculadas a fatores situacionais, enquanto os estilos de enfrentamento (*coping*) se referem mais a resultados de coping ou características de personalidade e têm sido ligados a fatores disposicionais do indivíduo¹⁸.

Quanto aos resultados, as estratégias de enfrentamento religioso são classificadas em positivas e negativas³¹. São consideradas positivas as estratégias que proporcionem efeito benéfico/positivo ao praticante, como procurar amor/proteção de Deus ou maior conexão com forças transcendentais, buscar ajuda/conforto na literatura religiosa, buscar perdoar e ser perdoado, orar pelo bem-estar de outros, resolver problemas em colaboração com Deus, redefinir o estressor como benéfico etc. Negativas quando envolverem estratégias que geram consequências prejudiciais/negativas ao indivíduo, como questionar a existência, o amor ou os atos de Deus, delegar a Deus a resolução dos problemas, sentir insatisfação/descontentamento em relação a Deus ou frequentadores/membros de instituição religiosa, redefinir o estressor como punição divina ou forças do mal, etc³¹.

Quanto aos fatores disposicionais da pessoa a religião pode assumir diferentes funções nos diversos estilos de solução de problemas vividos pelos indivíduos, variando conforme a atribuição do *locus* de responsabilidade e do nível de participação da pessoa na solução do problema^{21,58}. Conforme o lugar que as pessoas ocupam na construção do seu enfrentamento religioso, cinco estilos foram descritos:

- auto-direção ou auto-dirigido (“*self-directing*”), considera o indivíduo ativo e Deus é concebido de modo mais passivo como dando liberdade à pessoa para conduzir a sua própria vida;
- delegação ou delegante (“*deferring*”), o indivíduo passivamente transfere a responsabilidade a Deus, esperando que a solução venha por meio dos esforços Dele;
- colaboração ou colaborativo (“*collaborative*”), no qual a responsabilidade é atribuída tanto à pessoa como a Deus, ambos percebidos como participantes ativos na solução do problema^{21,58};

- súplica (*“pleading ou petitionary”*), no qual o indivíduo tenta ativamente influenciar a vontade de Deus mediante rogos/petições por Sua divina intervenção (Pargament, 1997); e

- renúncia (*“surrender”*), teoricamente embasado no conceito de auto-renúncia do Novo Testamento, segundo o qual o indivíduo escolhe ativamente renunciar à sua vontade em favor da vontade de Deus⁵⁹. Este estilo está fundamentado nos seguintes textos do Novo Testamento⁶⁰:

“Quem achar a sua vida perdê-la-á, e quem perder a sua vida por amor de mim achá-la-á.” (Mateus, 10:39) e

“E adiantando-se um pouco, prostrou-se com o rosto em terra e orou, dizendo: Meu Pai, se é possível, passa de mim este cálice; todavia, não seja como eu quero, mas como tu queres.” (Mateus, 26:39)

Este último relaciona-se ao estilo colaboração, pois indivíduo e Deus são ativos na solução dos problemas, mas difere no aspecto sacrificial de submissão da vontade individual. Difere do estilo delegação no aspecto ativo da escolha e do estilo súplica pelo caráter de renúncia à vontade de Deus, em vez da tentativa de influenciá-la³¹.

Usualmente, consideram-se os estilos auto-direção, colaboração e renúncia como exemplos de enfrentamento positivo e os de delegação e súplica como negativos⁶¹. Entretanto, Panzini (2004)⁶² propôs nova classificação positiva e negativa do estilo súplica, cuja diferença reside no teor e forma do pedido: se a pessoa suplica pelo apoio de Deus, tentando modificar a vontade divina segundo sua própria vontade, configurar-se-ia em enfrentamento negativo; se ora ou suplica pelo apoio de Deus, mas respeitando Sua vontade em detrimento da individual, configurar-se-ia em enfrentamento positivo.

A literatura evidencia o uso consideravelmente maior de estratégias de enfrentamento religioso positivo que negativo, para diferentes amostras em diferentes situações estressantes, especialmente em situações de crise, principalmente diante de problemas relacionados à perda de entes queridos, a guerras e à relação saúde/doença, envelhecimento e morte³¹.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

- Investigar o papel da religiosidade como estratégia de enfrentamento da incapacidade funcional por idosos.

2.2 Objetivos Específicos

- Analisar a dinâmica da incapacidade, em termos de fatores pessoais (atitudes, comportamentos, crenças), contextuais (ambiente e recursos), da participação (rede de apoio social) e das condições de saúde.
- Analisar a incapacidade a partir do enfrentamento religioso/espiritual utilizado pelos idosos.

3 Quadro Teórico

A presente pesquisa foi desenvolvida na perspectiva da abordagem qualitativa, constituindo-se em um estudo etnográfico observacional. Fundamentada nos pressupostos da etnografia, a pesquisa utilizou o método de coleta de dados baseado no contato direto intersubjetivo entre o pesquisador e o sujeito pesquisado. Na perspectiva observacional foi utilizada a propriedade do método qualitativo que, segundo Turato⁶³, estabelece o ambiente natural do sujeito como o espaço inequívoco onde ocorre a observação sem controle das variáveis e sem produzir nele nenhuma modificação.

Uma das grandes contribuições da antropologia para saúde foi a construção de um quadro conceitual e metodológico inovador que investiga o envelhecimento a partir da perspectiva êmica⁶⁴. Para essa metodologia a interpretação do cientista é construída na perspectiva dos entrevistados e não como uma discussão na visão do pesquisador ou da literatura⁶³. Assim, na presente pesquisa, o idoso foi convocado a falar sobre a vida e sobre si, mais especificamente sobre suas condições de saúde e de sua eventual experiência de incapacidade funcional. Isso possibilitou ao pesquisador o mergulho no ambiente local e cultural desse idoso, lugar onde ele se organiza e que lhe confere significados particulares sobre a sua própria experiência.

O modelo de *Signos, Significados e Ações*, desenvolvido por Corin et al⁶⁵ foi utilizado na coleta e análise dos dados, em razão de o mesmo permitir:

- a) o acesso a lógicas conceituais privilegiadas por uma população específica para compreender e explicar uma determinada condição;
- b) a identificação dos diferentes elementos de um contexto particular que intervêm na construção de comportamentos concretamente adotados por esta população frente ao problema^{66, 67}; e
- c) a sistematização dos elementos do contexto que participam da construção de maneiras típicas de pensar e agir dos participantes, no caso específico, como pensam e agem os idosos entrevistados diante da incapacidade funcional.

O modelo de Corin et al⁶⁵ tem origem na corrente interpretativa em antropologia, na qual emerge uma nova concepção da relação entre indivíduos e cultura⁶⁶. Segundo Geertz⁶⁸ – que se situa na origem dessa corrente –, a cultura constitui um universo de símbolos e significados que permite os sujeitos de um grupo interpretar suas experiências e guiar suas ações. Para Geertz⁶⁸ o conceito de cultura é

essencialmente semiótico, pois na mesma perspectiva de Max Weber, o homem é um animal amarrado às teias de significado que ele mesmo teceu. Assim Geertz⁶⁸ assumiu “a cultura como sendo estas teias e sua análise, portanto, não como uma ciência experimental em busca de leis, mas como uma ciência interpretativa, á procura do significado” (Geertz, 1989: 4).

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

Nessa perspectiva a abordagem interpretativa da antropologia, utilizada na presente pesquisa, muda o foco da doença como uma entidade biológica para a experiência da doença em um determinado contexto social e cultural. Ressalte-se que em humanos, os fenômenos nunca são apenas um fenômeno, pois eles estão sempre imbuídos de significado na junção entre os quadros pessoal e coletivo⁶⁹. Esse significado é apropriado pelos pesquisadores da antropologia interpretativa como o elemento que influencia o curso da doença moldando a experiência subjetiva, bem como o comportamento individual e social em resposta da doença⁶⁹.

A abordagem da antropologia como referencial interpretativo da pesquisa qualitativa dos processos saúde/doença introduz a distinção analítica entre a “doença processo” e “doença experiência” como um elemento-chave de discussão⁷⁰. Assim a “doença processo” (*disease*) refere-se a anormalidades do processos biológicos e/ou psicológicos e a “doença experiência” (*illness*) refere-se a experiência psicossocial da doença. Cassell (1978)⁷¹ usa a expressão *illness* para significar "o que o paciente sente quando vai ao médico ", e *disease* para significar "o que ele tem quando sai do consultório médico e volta pra casa".

Illness também pode ocorrer na ausência de doença⁷¹. Corroborando esse sentido, Uchôa (1997)⁷⁰ aborda a questão de que “a experiência da doença não é considerada como um simples reflexo do processo patológico no sentido biomédico do termo; ela é concebida como uma construção cultural que se expressa em formas específicas

de pensar e agir". Portanto, os modelos *disease/illness* são formas de construir a realidade, de impor significado no caos do mundo fenomenológico da doença⁷².

Na mesma linha e ampliando a possibilidade de aplicação do conceito de experiência, a religião pode ser individual, mas atua coletivamente⁷³. Essa distinção é feita por Geertz (2001, p. 152)⁷⁴ que relativiza a religião tal como concebida por William James no final do século XIX, como "os sentimentos, atos e experiências de homens individuais em sua solidão, na medida em que eles se apreendem como estando relacionados com o que possam considerar divino"⁷⁵.

A experiência religiosa como simples sentimento tal como concebido por William James produz um sentido individualista, com uma proposta mais psicológica e subjetiva. Em Geertz a religião deixa de ser um assunto privado e individual apenas, atingindo avassaladoramente, por meio da cultura, o público em suas múltiplas expressões⁷⁶. O movimento das questões e identidades religiosas vai em direção ao centro da vida social.

Ao mesmo tempo em que, ao criticar a percepção individualizada de William James de "experiência religiosa", afirmando que a religião não pode ser reduzida a uma experiência individual, Geertz não menospreza o valor da experiência em si, para fins de análise do fenômeno religioso na contemporaneidade⁷⁶. Para Geertz (2001)⁷⁴ a contemporaneidade faz evidenciar que esse "beliscão do destino" – metáfora da religião em William James – não está escondido no silêncio da alma solitária, mas parece estar tão presente no campo social e cultural:

"Que houve com 'o beliscão do destino', agora que ele parece estar tão presente no mundo? A 'experiência', atirada porta afora como um 'estado de fé' radicalmente subjetivado e individualizado, volta pela janela, como sensibilidade comunal de um ator social que se afirma em termos religiosos." (Geertz, 2001, p. 159)

No universo da cultura, os símbolos sagrados sintetizam o "*ethos*" de um povo e a sua visão de mundo⁶⁸. Em uma perspectiva antropológica contemporânea, o termo "*ethos*" é utilizado para designar o acervo de valores caros a um grupo e que lhe define certa identidade⁷⁷. Geertz (1989)⁶⁸ designa que o "*ethos*" de um grupo ou sociedade assinala um valor moral e estético, envolve o que está implícito nas atitudes em relação a ele mesmo e ao seu mundo. Enquanto a visão de mundo reflete

a ordenação dos conceitos que vão subsidiar a elaboração conceitual das coisas, da natureza, de si mesmo e da sociedade. Assim, “*ethos*” reúne as características morais e estéticas de uma dada cultura, seus valores identitários, já o termo “visão de mundo” refere-se aos aspectos cognitivos e existenciais⁷⁷. Assim verificamos em Geertz (1989)⁶⁸:

“Como vamos lidar com o significado, comecemos com um paradigma: ou seja, que os símbolos sagrados funcionam para sintetizar o **ethos** de um povo — o tom, o caráter e a qualidade da sua vida, seu estilo e disposições morais e estéticos — e sua **visão de mundo** — o quadro que fazem do que são as coisas na sua simples atualidade, suas ideias mais abrangentes sobre ordem. Na crença e na prática religiosa, o *ethos* de um grupo torna-se intelectualmente razoável porque demonstra representar um tipo de vida idealmente adaptado ao estado de coisas atual que a visão de mundo descreve, enquanto essa visão de mundo torna-se emocionalmente convincente por ser apresentada como uma imagem de um estado de coisas verdadeiro, especialmente bem-arrumado para acomodar tal tipo de vida.” (Geertz, 1989, p.66-67- grifo meu)

Fundamentalmente, a religião para Geertz (1989)⁶⁸ é um sistema simbólico responsável por um determinado tipo de comportamento social que estrutura a experiência e a expressa em uma certa coerência prática. Assim a religião pode ser definida como:

“um sistema de símbolos que atua para estabelecer poderosas, penetrantes e duradouras disposições e motivações nos homens através da formulação de conceitos de uma ordem de existência geral e vestindo essas concepções com tal aura de fatualidade que as disposições e motivações parecem singularmente realistas.” (Geertz, 1989, p.67)

Religiosidade diz respeito ao nível de envolvimento religioso e o reflexo desse envolvimento na vida da pessoa, o quanto isso influencia seu cotidiano, seus hábitos e sua relação com o mundo⁷⁸. Na presente pesquisa o termo religião/ religiosidade reflete a experiência do grupo estudado e refere-se especificamente ao Cristianismo, nas tradições religiosas com sua vertente fundamentalmente católica.

4 Percurso Metodológico

4.1 Local de estudo

A pesquisa foi conduzida na área urbana da cidade de Bambuí, município do centro-oeste do estado de Minas Gerais que possui uma população estimada em 2010 de 22.734 habitantes, incluindo zona rural e urbana⁷⁹. O município vem passando por um progressivo fenômeno de urbanização, conforme ocorrido no Brasil após 1950, podendo verificar uma evolução significativa: a população rural que representava 84% em 1950 passou para 27% em 1991 e em 2010 representa apenas 15% da população total do município. A composição etária da população também foi se alterando ao longo desses últimos cinquenta anos, observando-se o seu envelhecimento progressivo: em 1960, 3,8% dos habitantes apresentavam 60 ou mais anos de idade; em 1970 esta proporção passou para 5,1%, em 1980 para 7,3% e em 1991, para 9,3% e de acordo com o senso do IBGE de 2010 essa população passou a representar 15,9%. O crescimento da população idosa neste município foi maior (7,1%) do que no país em geral (6,2%) no período compreendido entre 1991 e 2009⁸⁰.

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 mineral⁸¹. 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 caulim⁸¹.

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^{79, 81}.

Quanto às questões relativas à saúde⁸², Bambuí se destacou como centro de profilaxia contra a doença de Chagas. O Posto Avançado de Estudos Emanuel Dias, criado para controle da Doença de Chagas, presta até hoje assistência médica à população. A rede pública de assistência à saúde do município conta com seis Unidades Básicas de Saúde que integram o Programa de Saúde da Família (PSF), um Centro de Saúde, uma unidade do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), um hospital da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) e um

hospital municipal, o Hospital Nossa Senhora do Brasil. Não existem instituições de longa permanência para idosos⁸³.

4.2 População de estudo

Para reconstruir o universo de representações (maneiras de pensar) e comportamentos (maneiras de agir) associados à incapacidade funcional foram selecionados idosos com 60 anos ou mais residentes em Bambuí, cadastrados nas seis Unidades Básicas de Saúde e assistidos pelo Programa Saúde da Família. Para a escolha dos entrevistados um informante-chave foi orientado a selecionar idosos (homens e mulheres) de cada unidade básica, com níveis funcionais distintos – segundo a sua percepção - e sem alterações cognitivas que impedissem a realização da entrevista. Com o objetivo de proporcionar a multivocalidade ao relatório final, a pluralidade da nossa amostra foi caracterizada pela composição de um grupo de entrevistados, de ambos os sexos, de diversas idades, variados níveis funcionais e residentes nas várias regiões da cidade.

Na perspectiva da abordagem qualitativa foi utilizado o critério de saturação para regular o tamanho da amostra⁸⁴. Para isso, foram identificados fatores operacionais de redundância e repetição dos dados, fatores teóricos de consistência e representatividade de elementos associados à incapacidade e a qualidade das informações obtidas sobre funcionalidade, contribuindo para a decisão de um determinado ponto de saturação amostral.

4.3 Coleta de dados

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

O modelo dos signos, significados e ações, desenvolvido por Corin e colaboradores⁶⁵ 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 incapacidade⁶⁴. Este modelo parte do comportamento concreto dos indivíduos para reconstruir as lógicas conceituais subjacentes a esses

comportamentos⁶⁴. Assim, para reconstruir o universo de representações (maneiras de pensar) e comportamentos (maneiras de agir) associados à incapacidade pelos idosos residentes em Bambuí as entrevistas tiveram inicialmente as seguintes perguntas geradoras:

- a) Como você acha que está sua saúde?
- b) Para você, o que é uma saúde boa? E saúde ruim?
- c) Como é o seu dia-a-dia, sua rotina? Como é um dia em sua vida?

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

Considerando que o trabalho do antropólogo consiste em olhar, ouvir e escrever⁸⁵, o diário de campo também foi adotado como importante instrumento do pesquisador, no qual diariamente foram registradas observações, percepções, experiências, sentimentos, questionamentos, do modo mais fiel e detalhado possível. Os registros nele contidos foram utilizados para dar subsídios à descrição e análise do objeto estudado^{85, 86}.

4.4 Análise dos dados

Todas as entrevistas gravadas foram transcritas, permitindo na leitura atenta a identificação de unidades de significado que compõem a comunicação e a criação das categorias analíticas, fundamentando a análise dos dados na interação entre as diferentes categorias e sua articulação com o contexto sociocultural vigente⁸⁷.

Esse trabalho foi elaborado após várias leituras das entrevistas, destacando para as unidades de significado o sentido geral da fala dos idosos e, para as categorias analíticas, as frases, palavras, adjetivos, concatenação de ideias, e sentidos específicos da fala dos idosos que estivessem associados às estratégias de enfrentamento da incapacidade funcional.

Especificamente, o trajeto de construção da análise dos dados foi o seguinte:

- 1º. A ordenação dos dados, que se constituiu na leitura e releitura das entrevistas, na organização dos relatos e organização dos dados da observação participante;
- 2º. A definição das unidades de significado que proporcionou uma leitura mais específica para composição e definição das categorias de análise;
- 3º. A interação entre as categorias de análise buscando as convergências e recorrências;
- 4º. A análise buscou uma vinculação dos achados com a realidade dos indivíduos entrevistados;
- 5º. A análise dos dados das entrevistas em confronto com os dados secundários verificado em pesquisas semelhantes da revisão bibliográfica.

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

4.5 Aspectos éticos

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

5 Resultados e Discussão

Foram entrevistados 57 idosos (27 homens e 30 mulheres) com idades variando entre 62 e 96 anos. Na distribuição por estado civil a amostra continha 42% de pessoas viúvas, majoritariamente mulheres; 40% de pessoas casadas, majoritariamente homens; e 18% de pessoas solteiras e desquitadas. Na amostra prevalece a baixa escolaridade e a maioria dos idosos é oriunda da zona rural e os principais motivos de mudança para a cidade foram a maior proximidade com o serviço de saúde e/ou com a escola para filhos. Predomina fortemente a influência da religião católica, com exceção de uma única idosa que se declarou evangélica.

Após várias leituras e de um olhar específico e cuidadoso sobre as entrevistas, foram identificadas três unidades de significado: Velhice, Incapacidade e Religiosidade. Esses recortes foram julgados significativos, pois representam o sentido das ideias dos sujeitos pesquisados. Em cada unidade de significado foram discriminadas várias categorias analíticas de acordo com os signos percebidos e associados pelos sujeitos às estratégias de enfrentamento da incapacidade funcional.

As categorias analíticas foram percebidas pelos pesquisadores como experiência culturalmente constituída⁸⁸. Nessa perspectiva as experiências de envelhecer com incapacidade funcional são articuladas com o seu contexto de produção material e simbólica, expresso nas narrativas individuais e intersubjetivas às lógicas do campo social e cultural.

5.1 A Experiência da Velhice

Cada sociedade constrói e experimenta de forma diferente o declínio biológico do homem. Especificamente as sociedades industriais têm sido malélicas para a velhice, conforme nos diz Ecléa Bosi (1994)⁸⁹. Para esta autora *“além de ser um destino do indivíduo, a velhice é uma categoria social”* (pg. 77), pois na perspectiva dos modos de produção capitalista o velho é rejeitado pela sociedade, não acolhendo nem oferecendo nenhuma sobrevivência à sua obra.

A velhice enquanto categoria etária é uma construção cultural. Seja escrito no singular/pessoal ou plural/social, o corpo experimentado na velhice é múltiplo e facetado. Não há cultura sem corpo, como não há corpo sem cultura⁹⁰. O corpo, como construção bio-cultural inscreve suas marcas no tempo vivido, observáveis em

todas as ações humanas. Nesse contexto sociocultural a velhice é uma categoria social⁹¹:

- marcada pelos signos da degeneração física e da invalidez⁹². Biologicamente a velhice se apresenta como uma dura realidade, vivida em um corpo que se transforma e se torna frágil. O corpo da velhice se desvia do padrão de beleza e de força vigente na sociedade industrial capitalista, pois enfraquece e perde o vigor da juventude, tornando-se mais suscetível a doenças, se comparado às etapas anteriores⁹³; e

- constituída na perspectiva das interações humanas e dos vínculos entre pares. Assim, quando a pessoa idosa mira-se no olhar do outro, aprisiona-se nos signos e significados legados pela cultura, principalmente quando esse outro é alguém que o idoso admira ou que ocupa um lugar de importância ou poder. Esse é sempre um olhar de um outro que lhe empresta consistência⁹⁴.

Na dimensão social o significado do corpo na velhice não está no que ele é, mas no que ele representa⁹³, pois ele pode exaltar a vida e suas inúmeras possibilidades, mas ao mesmo tempo pode proclamar a sua finitude existencial e seu desvalor.

No Quadro I estão apresentadas as categorias de significação identificadas na unidade analítica “Velhice”, segundo os signos, significados e ações presentes nos relatos dos idosos entrevistados.

Quadro I – As Categorizações da Unidade Analítica “Velhice”

Categorias de Significação da Unidade Analítica “Velhice”	
1	Experiência da Idade Negativa
2	Experiência de Abandono e Solidão
3	Experiência de Sofrimento
4	Experiência da Vida que se Esvai
5	Experiência de Auto-Abandono

A concepção de velhice e de envelhecimento que aparece nas entrevistas é sustentada por um discurso cultural e coletivo que atribui um sentido negativo à

temporalidade no decorrer da existência, conforme se pode observar no relato deste senhor casado de 82 anos ao responder sobre o que a idade trouxe para sua vida:

“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, o que eu tava te falando, só o que eu tô reclamando é da idade, né. Tá puxado” (H23, 82 anos, casado)

Essa identidade negativa da velhice é resultado de determinadas condições culturais⁹⁵. Nessa perspectiva, não raras vezes o idoso repete a fala do outro e a ratifica, assumindo a co-autoria de um discurso que não apenas percebe a velhice como experiência da **Idade Negativa**, mas igualmente naturaliza as patologias como se fossem próprias da idade. Conforme se nota nos relatos a seguir:

“Mas sempre tem alguém mais perrengue que a gente” (H23, 82 anos, casado)

“Vai mudando demais, Nossa senhora! Às vezes tem dia que a gente quer fazer as coisas, sabe fazer, dá conta, dava conta e agora já não dá, né? A idade vai acabando com a gente (...). O tempo vai acabando com a gente”. (M27, 80 anos, solteira)

Ela prossegue: *“Depois que a gente fica de idade, não fica nada bom mais assim não. Um dia a gente ta com alguma coisa, no outro dia é outra. Pode ser mais leve, mas sente” (M27, 80 anos, solteira).*

A incapacidade física e outras comorbidades podem contribuir para o isolamento social, especialmente entre os idosos⁹⁶. Os significados de estar só revelam uma experiência de **Abandono e Solidão** que aparecem nas entrevistas nos remetendo a situações distintas. A primeira delas diz respeito à solidão produzida pelas barreiras de contato que se erguem em decorrência da assincronia entre o tempo do outro e tempo do idoso:

“... Também é só três que mora aqui, o resto é essa de lá e uma que mora ali também, mas ninguém tem tempo de ficar comigo. Então eu fico sozinha. Eles sai pra trabalhar, esse menino aí que era a minha companhia, mas ele tem a aula né. Durante o dia eu fico sozinha. Ele me traz pra aqui, me leva pra cama.” (M8, 83 anos, Viúva)

A segunda é a solidão que aparece em função das barreiras funcionais que impedem o idoso de acessar lugares e pessoas:

"... Eu agora não tô conseguindo quase nem andar na cadeira mais não. Eu não saio assim no terreiro mais. Eu não posso com a claridade do tempo nas vistas, então eu fico quieta, não saio não." (M8, 83 anos, Viúva)

A terceira é produzida pela percepção de si como diferente e o sentido de um incômodo culposos de envolver o outro na sua tragédia:

[Referindo-se a quem dá banho nela] "É uma neta minha e as filhas. Vem cá cedo, faz mingau pra mim, me arruma e vai embora, que também, o povo dela tá trabalhando ela não pode ficar aqui durante o dia. Daí, ali do meio dia pra tarde a minha neta vem arrumar a casa e vai embora. Aí eu fico sozinha." (M8, 83 anos, Viúva)

A percepção da velhice é relatada nas entrevistas como condição humana de **Sufrimento**. De acordo com essa perspectiva não existe velhice sem sofrimento. A naturalização se expressa, primeiro no corpo sofrido, que funciona como metáfora de outras formas de sofrimento decorrentes de questões sociais econômicas e culturais que traduzem um modo de estar e de se perceber velho, seja no espaço privado, na cidade, no país. Desse modo, a velhice, por si só, traz o significado de um tempo de sofrimento e produz uma resposta de resignação frente a qualquer forma de tradução desse sofrimento. Não fazer nada frente ao sofrimento de ser velho se revela como uma sustentação para não fazer nada diante das situações que originam esse sofrimento. Nesse caso, ao mesmo tempo em que o sofrimento é visto pelo idoso como uma questão inerente ao processo de envelhecer, unifica e dá sentido a todos os seus problemas, conforme se nota no relato de um senhor de 74 anos:

[Referindo-se a se já procurou médico pra olhar a questão do lado direito do corpo e se não tem alguma coisa pra fazer pra melhorar isso] "... O negócio é esse, o problema dele é só um, é só que eu já tô velho e já tô pra sofrer mesmo. Já tô velho já tô pra sofrer. Não tenho dinheiro, 'homem sem dinheiro caga no terreiro', porque sem dinheiro a senhora não faz nada não." (H9, 74 anos, casado)

Ou ainda no relato de uma senhora nonagenária:

“Eu sofri muito lá na roça. Você vê... a gente quando tem que viver muito, vive. Você vê, ganhei os meus filhos tudo lá na roça né, naquela dificuldade e to aí, né. [Referindo-se a qual é o segredo da sua longevidade] (risos) É convivendo, né... Essa receita não tem jeito de eu dar pra ninguém” (M35, 93 anos, viúva).

E deste idoso de 82 anos:

“A perrengada pegou eu. Eu não dou conta de mais nada não” (H23, 82 anos, casado)

Na velhice, o sofrimento que advém do corpo ganha contornos e intensidades que promovem uma fragilização progressiva da pessoa, pressionando os sujeitos a serem mais modestos nas suas reivindicações de felicidade, contentando-se mais do que nunca com a simples evitação do sofrimento⁹⁷. Essa questão está presente no relato desta senhora viúva que “fica quieta” como único recurso pra fazer passar a realidade de uma dor que aflige esse corpo que se torna incapaz:

“E eu fiquei ruim. Essa noite eu não dormi. Dor no corpo, dor... os ossos então ficam doendo demais, isso tudo dói que Nossa Senhora! Ferroa tudo assim! Às vezes eu to assim sentada dá aquelas agulhadas no meu corpo. Aí eu fico quieta.” (M8, 83 anos, viúva)

E esse senhor que avalia “se é ruim a fase da dor” e se conforma ao desprazer do seu corpo que se torna incapaz:

“É muito ruim. É muito ruim pelo seguinte: pelas dores que são demais. Essa condinite causa muita dor, a gota causa muita dor, agora ainda veio essa artrose no joelho. Dá dor. Eu sinto muita dor na coluna, cervical, isso em baixo da coluna. A única parte minha que eu não sinto dor ainda é nas mãos. Nos ombros, perna, lombo, eu não dou conta nem de levar a mão na cabeça. Aí eu vou suportando, aí vou levando uma vida razoável. A gente fica quietinho assim com as dores toda, mas ninguém tem culpa né (risos).” (H43, 62 anos, união estável)

A tradução da velhice como um tempo que se aproxima da morte, um tempo do qual não é impossível escapar, faz ressonância com uma resposta ansiogênica, no discurso trazido por parte de vários entrevistados, dois dos quais enfatizam:

[Referindo-se a O que a velhice te trouxe?] "... A ansiedade, um pensamento constante da morte, que você vai morrer, uma coisa assim, que vai mesmo, tá na hora, não tem escapa. Isso é da velhice, certa ansiedade. Não só minha mas de quase todos." (H15, 79 anos, casado)

[Referindo-se a se haveria alguma coisa na vida que gostaria de melhorar] "Ah, agora a gente tá no fim, boba, parece que a gente não tem muito essas coisas mais não, porque vai ficando no fim a gente vai ficando com trem." (M27, 80 anos, solteira)

Novamente, não existe aqui, afastamento entre a morte e a velhice. A experiência do idoso é traduzida na concepção de uma **Vida que se Esvai**. Essa concepção de uma vida se esvaindo que antecipa o fim do sujeito, antes de sua chegada, impede qualquer investimento em melhorias. E na medida em que o tempo está quase acabando, desvanece qualquer possibilidade de ser e atuar sobre a vida. Esses fatores se somam ao olhar do próprio idoso sobre si mesmo, demarcando um espaço no qual a desistência de si encontra um terreno fértil, para se consolidar. Na medida em que se sente só, desprovido de recursos para responder às demandas da vida atual e ao ideal de si, enquanto a vida se esvai, evidencia-se o **Auto-Abandono**, na forma de uma expressão extremada de que não adianta mais fazer nada, não há mais desejo de mudança, nada poderá mudar a fatalidade de ser para a morte. Este relato assim o demonstra:

[Referindo-se a percepção de como é que uma pessoa é considerada velha] "Eu acho que a pessoa fica velha, quando ele não quer fazer mais nada. Ele mesmo fica velho por si. Enquanto a pessoa tem qualquer atividade e possa fazer qualquer coisa ele não tem (incompreensível)." (H6, 62 anos, casado)

A velhice é percebida como uma trajetória cuja redução das atividades e do valor atribuído ao ser que produz, leva a resultados negativos. A começar pela ideia de velhice sustentada pelos idosos participantes da pesquisa, pode-se ver uma relação com os signos enumerados na ordem do quadro apresentado, que se estreita mais, na medida em que problemas de saúde começam a aparecer. Neste sentido é importante observar a relevância das práticas discursivas em saúde pública denunciadas pelo campo de fala dos idosos. Os dados da pesquisa evidenciam que esse discurso recorrente e reducionista que "naturaliza" os problemas da velhice

reproduz a barbárie cultural e reforça a ideia da velhice como problema, sem solução, conforme se nota nos relatos a seguir:

[Referindo-se a por que a velhice não tá boa] "Porque a velhice é doentia. Há um ditado que fala assim: 'senectus esculopus': 'a velhice é doentia'. E é." (H15, 79 anos, casado)

"Minha saúde tá cada vez pior. [Por quê?] Porque a veieira justamente atrapalha. [Referindo-se ao seu dia-a-dia] É tossindo, piscando e sofrendo" (E13, 74 anos, casado)

"Sr. X que é médico meu, dá aquela perrengada, ele arranja aquele remédio e fala 'cê leva esse e vai tomando, acaba uma receita e pega outra e na hora que piorar mais, cê volta'. (...) Há muitos anos que eu tomo o remédio Y. Peguei com ele e ele falou: 'não adianta nada você trocar de médico. Ta indo bem, né?" (H23, 82 anos, casado)

Entretanto esse corpo velho se configura ora como algo que se oferece como resposta a uma concepção determinada anteriormente pela cultura, ora como uma indução que é sancionada pelo discurso reproduzido no saber biomédico e condena os idosos a serem repetidores daquilo que deles se diz. Isso pode ser observado no relato de uma viúva que submete o saber de sua fé e esperança ao saber do sujeito que supõe saber dela:

[Referindo-se ao acesso à unidade da equipe da saúde da família] "... 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'." (M24, 86 anos, viúva)

E um senhor de 84 anos que faz suas as palavras do médico para dizer de sua experiência:

[Referindo-se a como estão os problemas de saúde hoje] "(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)

E a viúva de 83 anos que ao pensar a realidade de seu corpo, age metaforizando sua condição na sua não adesão ao tratamento:

"Ah... uniu o SUS com os outros tudo né, mas eu agora quase não to consultando não. Eu acho que não ta adiantando mais não, agora não adianta remédio mais." (M8, 83 anos, viúva)

5.2 A Experiência da Incapacidade Funcional

Como uma categoria analítica, a experiência da enfermidade é um termo que se refere aos meios pelos quais os indivíduos e grupos sociais respondem a um dado episódio de doença⁹⁸. Porém, para além da biologia, as doenças e os agravos precisam ser interpretados a partir do lugar da experiência da incapacidade, podendo reconfigurar a vida do sujeito, impedindo ou limitando o desempenho das atividades cotidianas de forma autônoma e independente, introduzindo a necessidade de adaptações e ou do auxílio de outras pessoas.

De modo análogo, a experiência da velhice com incapacidade passa pelo corpo que envelhece e se torna incapaz, podendo perder a condição de viver de forma independente. Na velhice, as consequências funcionais da presença de doenças crônicas têm implicações mais visíveis e perceptíveis para a pessoa, uma vez que o prejuízo funcional ocasiona maior vulnerabilidade e dependência na velhice¹.

A incapacidade funcional é uma experiência que, quando percebida pelo sujeito como um evento negativo, representa uma ameaça ao senso de controle pessoal, trazendo consequências de curto, médio e longo prazo na vida do indivíduo e de seus recursos pessoais e sociais⁹⁹. Ao passo que da mesma maneira os fatores psicológicos são importantes, pois refletem a percepção subjetiva do indivíduo e sua avaliação da situação de incapacidade funcional. Esses fatores são fundamentais na adaptação à incapacidade, funcionando como recursos de enfrentamento, atenuando a adversidade de situações estressantes, e auxiliando no manejo do ambiente social e físico⁹⁹.

Vale ressaltar que, embora no grupo de entrevistados houvesse pessoas com incapacidade, esta palavra não apareceu em nenhuma das entrevistas.

No quadro II, estão descritas as categorias analíticas identificadas na unidade de significado "Incapacidade", segundo os signos percebidos e associados pelos sujeitos.

Quadro II – As Categorizações da Unidade Analítica “Incapacidade”

Categorias de Significação da Unidade Analítica “Incapacidade”	
1	Experiência do Corpo Desqualificado de sua Função
2	Experiência do Corpo Exaurido de Força
3	Experiência de Lentificação Motora
4	Experiência de Imobilidade e Hipocinesia
5	Experiência de Falta de Controle
6	Experiência de Dependência
7	Experiência de Incômodo ao Outro e a Si Mesmo
8	Experiência de Impedimento de se Relacionar com a Vida Plenamente
9	Experiência de Esvaziamento

O corpo da incapacidade funcional é definido no campo de fala do idoso como aquele que se modificou negativamente no tempo, alterando sua relação com o cotidiano da vida e com a sua existência no mundo e anunciando sua finitude:

“Trabalhar num serviço pesado, eu não dou conta. Andar pra distância longe, eu não dou conta... e a gente vai acabando aos poucos”. (H49, 77 anos, solteiro)

Na percepção dos idosos a incapacidade é avaliada a partir da declaração indicativa de dificuldade ou de necessidade de ajuda, principalmente em tarefas básicas de cuidados pessoais e em outras mais complexas necessárias para viver independente na comunidade¹⁰⁰. Para alguns idosos a incapacidade é uma questão de tempo:

“[Ao responder sobre como avalia sua saúde] Mais ou menos, porque, graças a Deus, ainda to andando, consigo tomar banho, fazer minha bóia. Ainda não to caducando (risos) (...) Graças a Deus” (H49, 77 anos, solteiro) (grifo nosso)

A experiência corporal dos idosos da cidade e Bambuí é mediada pelos signos presentes no seu grupo social, produzindo um significado particular para a vivência da incapacidade funcional. Nessa perspectiva, o corpo funciona como um “suporte de

signos” das mudanças no comportamento e nas estruturas do corpo, ajudando a consolidar o imaginário de incapacidade¹⁰¹.

Esse corpo é essencialmente percebido como ineficiente para o viver, pois apresenta uma incongruência entre as demandas de produção da realidade e do desejo do idoso com a maneira como o corpo responde. Nessa perspectiva, a incapacidade é percebida no **Corpo Desqualificado de sua Função**, como se as partes do corpo não atendessem funcionalmente às necessidades e ao movimento. Três senhoras idosas descrevem assim suas experiências:

"Acho que a gente quando não dá conta de andar mais...As pernas da gente bambeia né." (M4, 81 anos, viúva)

"E hoje eu to ruim, minha filha! Quando ta ruim mesmo eu não ando. Eu ando só escorando. Eu não saio! Não dou conta! Eu sinto dor na coluna e a dor na perna." (M53, 82 anos, viúva)

"Eu ia muito na cidade. Hoje eu não dou conta". (M32, 73 anos, casada)

Os signos do corpo que perde energia e se enfraquece aparecem igualmente na percepção de incapacidade de um **Corpo Exaurido de Força**. O corpo aí não consegue nem atender ao desejo da pessoa, muito menos fazer aquilo que seria necessário, como demonstram a narrativa de um casal de idosos:

"Não, retornar não (...). A gente não tem mais aquela disposição pro trabalho que a gente tinha, né. Não tem força. Eu, por exemplo, gosto de fazer certos trabalhos mas não dou conta por causa da mão, assim, constantemente doente. A mão que tem que ta segurando a ferramenta porque se ela cair... então essas coisas vão minando a gente devagarinho né." (H15, 79 anos, casado)

"Eu não faço nada com a mão. Eu pego as coisas com esse dedo, agora o dedo não ta dando, não tem força mais. Tudo bobo a minha mão. Nem uma roupa assim eu dou conta de puxar, uma roupa pra eu vestir mais não." (M8, 83 anos, viúva)

Esse corpo incapaz passa a não ter mais a agilidade de antes e se expressa cotidianamente dentro dos parâmetros de **Lentificação Motora**. Assim os signos que aparecem na fala do idoso redimensionam o movimento, onde os passos são mais lentos, os gestos mais escassos e o esforço é muito maior para fazer aquilo que no

passado se fazia com muito mais rapidez e disposição. Esta questão está contemplada na narrativa dos três idosos a seguir, fazendo emergir os signos que denotam no fazer cotidiano movimentos corporais mais lentos:

"Sozinha. Depois eu faço meu almocinho. Devargarzinho mas eu faço." (M14, 88 anos, viúva)

"Mas eu não sinto dor, minha filha! Mas é um desanimo de fazer as coisas, vou fazendo pelas metades aí. Hoje eu custei passar um paninho nessa casa, limpar, mas, assim mesmo eu pejejo né. Lavo a roupa do menino, a minha e a dele." (M14, 88 anos, viúva)

[Referindo-se a um exemplo do que significa "a qualidade de vida despencou"] "Por exemplo, é a caminhada... Eu gastava, é, fazia em uma hora... Uma hora, gastava 20 minutos. E agora, gasta uma hora e meia rastejando sabe. Um esforço gigantesco para falar. Parece que a descoordenação diz que é terrível e a psicologia é pior. Esforço para respirar, para falar, para movimentar. Eu fui tão infeliz. O apagão. De vez em quando, as palavras somem, seu nome é?" (H49, 77 anos, solteiro)

Na incapacidade o corpo metaforiza um significado que espelha a vida do idoso: esse corpo já não o obedece como antes, impondo sistematicamente a ele certa **Falta de Controle**. Ao perder o controle sobre seu corpo ele perde parte de si e da sua autonomia de se organizar como ser no mundo. Nessa perspectiva, se ele não o controla, ele passa a ser controlado por outras forças e por outras presenças, como relatam essas duas mulheres:

"... ah já sim, mas não cheguei a machucar não. A gente cai, mas é aqueles tombim. quando bebe uma pinga, pinga quando está de resguardo queimada com arruda, de primeiro eles dava pinga queimada com arruda ." (M1, 89 anos, viúva)

"... Pois é, quando dá derrame e que não morre, perde uma parte do corpo, aí não dá conta de andar mais, vai pra cadeira de rodas, fica na mão dos outros." (M4, 81 anos, viúva)

O corpo da incapacidade também faz parar a vida, diminuindo o ritmo e impondo ao cotidiano um sentido de **Imobilidade e Hipocinesia**. Os signos presentes no campo de fala dos idosos apontam para uma gradativa diminuição do movimento, da acessibilidade e da participação. A vida nas suas várias dimensões vai aos poucos

parando e se acomodando na medida do angustiante espelhamento desse corpo incapaz, conforme se nota nos relatos a seguir:

"... Não, eu ia muito na cidade, ia duas vez por semana, mas agora eu só vou uma vez por mês. Eu não dou conta. Eu vou lá no centro, mas depois eu não dou conta de voltar de dor nos joelhos. Então eu vou só uma vez por mês né." (M32, 73 anos, casada)

[Referindo-se ao fato de ficar a maior parte do dia só dentro de casa] " É, porque não tem como sair né. Fico aqui, tenho medo de cair né." (M42, 82 anos, casada)

A incapacidade é identificada como um lugar de tensão que traz para as relações um sentido de **Incômodo ao Outro e a Si Mesmo**. A experiência da incapacidade produz uma demanda ao outro que incomoda a pessoa que vivencia a incapacidade funcional na medida em que ela também avalia a situação de estar incomodando e atrapalhando aquele que o ajuda. Isto pode ser observado nos relatos dos idosos a seguir:

"Se eu for sair com ela, vai atrapalhar ela com o marido, aí... atrapalhou tudo... Fico aqui. Aí eu fecho a casa tudo, apago as luzes, deixo só essa porta aqui aberta." (M5, 77 anos, viúva)

"Eu detesto ver uma pessoa pedindo 'por favor', 'por caridade', 'pelo amor de Deus', pra fazer certas coisas que eu não faria. Você me desculpe a expressão: limpar a bunda. Acho que é uma coisa chata alguém que vai fazer isso pra gente." (H15, 79 anos, casado)

"Todos dois é ruim. A gente não dar conta de fazer e precisar dos outros". (H49, 77 anos, solteiro)

Além disso, ela lhes causa medo, como aponta este senhor referindo-se ao medo do futuro:

[Referindo-se ao medo do futuro] "Só de ficar inválido [Por quê?] Porque sofre e o sofrimento nunca é bom, né. Todos dois é ruim". (H49, 77 anos, solteiro)

Outros entrevistados também temem "dar trabalho":

[Referindo-se a se tem medo de dar trabalho] "Tenho. Eu não tenho medo da morte não, se falar assim: vai morrer amanhã, não tem problema. Eu tenho medo é de, por exemplo, eu sou

assim, um pouco agitado, se eu cair numa cama e não puder andar, um trem assim, aí eu tenho medo, de ficar dando trabalho pros outros, ficar pela mão dos outros. Aí é preferível que a gente morresse (risos)." (H18, 65 anos, casado)

"Medo de ficar em cima de uma cama sofrendo, dando trabalho aos outros. Mas de eu morrer? Quero morrer dormindo!" (M32, 73 anos, casada)

A incapacidade funcional assinala para o idoso outro lugar de si, na medida em que só é possível se ver realizando com o auxílio de um outro. Essa perspectiva impõe à pessoa o não reconhecimento de si como ser inteiro. O outro passa a representar a função faltante desse corpo incapaz. Diante da necessidade de auxílio para realizar pelo menos uma atividade, a incapacidade se configura nos signos da **Dependência**. A estruturação do processo da dependência passa a relacionar-se ao afastamento do indivíduo da vida social e do processo produtivo¹⁰² e pela introdução de terceiros em diferentes funções, como observado no relato dos dois idosos a seguir:

"É. Se a gente ficar aqui ó, é ruim demais ficar quieto num lugar só! Eu pra sair na rua, ela tem que ir comigo. Minhas pernas já não ta muito boa, não. Então, ela ajuda né. A gente vai no banco, ela vai lá receber pra mim, eu vou com ela." (H46, 90 anos, viúvo)

"Ajuda. Tem um neto aí que me ajuda. O neto é tudo pra mim, sabe. É ele que me ajuda, me dá banho, sabe, me ajuda em tudo. Tudo o que eu preciso eu falo com ele... Que eu levanto tarde que. Eu levanto assim, que o rapaz também pra me levantar. Que se ele não tiver, eu fico na cama até ele chegar. O meu neto também que me cuida. Mas a gente acha que ta amolando demais né." (H36, 61 anos, casado)

A incapacidade produz certo empobrecimento dos modos de existência e de ser na vida na medida em que produz um distanciamento entre uma realização outrora possível e as limitações atuais nas atividades de vida diária. A concepção do idoso sobre esse novo modo de existir produz um **Impedimento de se Relacionar com a Vida Plenamente**, conforme se nota nos relatos dos três idosos a seguir:

"... aí era pior, porque eu acho que se a pessoa ficar quieta dentro de casa é pior do que se estivesse saindo para trabalhar. Porque você dentro de casa você fica nervoso e aí a gente estando para lá, ah parece que você olha uma criação, olha um trem, o dia passa. Eu gosto demais de roça. A gente foi nascido e

criado na roça, e toda a vida a gente trabalhou na roça, mas a gente se para de um jeito que tem que evitar." (H3, 75 anos, casado)

[Referindo-se a se melhorou alguma coisa ultimamente na vida] "Ah, não melhorou em nada não, né, que eu já fico muito sozinha, que a família tudo precisa de cuidar do que é deles e... na minha saúde eu ficava sozinha, trabalhava sozinha. O marido ia pra roça e eu fazia tudo aqui na cidade, estudava, trabalhava.. e foi acabando e acho que ficou desse jeito." (M16, 96 anos, viúva)

"Eu não saio nem na rua. Se uma pessoa me dever e estiver debaixo daquele poste ali capaz dele ficar ali o dia inteiro e não vejo ele por causa da vista ruim. Não vou lá". (H9, 74 anos, casado)

Ao olhar o corpo limitado na sua função e atividade o idoso apresenta dificuldades em vislumbrar o que ainda é possível realizar. Ele observa o passado desse corpo que produzia e considera o presente como um tempo de falta que o distancia do ideal de si mesmo. Nesse sentido, a barbárie cultural reproduz a ideia do homem como objeto da produção, e, na exigência do olhar coletivo no qual o idoso se mira, não encontra o suporte necessário para se reconhecer como sujeito de sua própria referência. Na medida em que o corpo do passado insiste em lhe lembrar de um corpo ideal, a presença desse corpo real produz uma experiência de não ser mais o que era. Ou seja, a ausência do corpo que era capaz de produzir desvela a ausência da própria vida. Daí a experiência de **Esvaziamento**, tantas vezes explicitada pelos idosos do grupo pesquisado. A seguir três narrativas de idosos que evidenciam na vida os significados de um esvaziamento que se metaforiza na experiência corporal:

"Ah, parece que sempre teve uns tempo que a gente lavava roupa, fazia muita coisa. Eu lavava roupa, lavava as coisas, gostava de lavar né. Depois eu fui ficando velha, eu fui ficando velha e... " (M31, 77 anos, viúva)

"Eu não dou conta quase de fazer nada. Eu faço a comida, lavo a minha roupinha, mas ela que faz a limpeza na casa. Sabe, eu não dou conta, não tenho destreza. Eu vou fazer, assim, parece que eu vou cair." (M51, 70 anos, viúva)

[Referindo-se a porque a perna ficou bamba e tá frouxa] "Não firma. Parece que... não era como era. (...) Uai, o que mudou é que, eu gostava de sair e caçar, sabe, ir pro mato caçando, quando eu aposentei, agora eu não posso sair, fico querendo o rio e não posso. É ficar quieto." (H46, 90 anos, viúvo)

5.2.1 As Estratégias de Enfrentamento

Quanto ao enfrentamento da incapacidade funcional, inicialmente foram identificadas quatro estratégias de acordo com a percepção de signos associados à incapacidade funcional. A primeira relacionava-se a certa **Desistência de Atuar** na vida, expondo um abrir mão de ser e fazer de um sujeito que se entrega a uma nova realidade corporal que se impõe, caracterizando um deliberado impedimento do seu corpo se relacionar com a vida plenamente. Nessa estratégia a renúncia à atividade metaforiza o luto pelo próprio corpo que se apresenta incapaz. O signo que aparece no campo de fala é “*largar*”.

“Eu faço assim, quando a gente não dá conta de nada mais eu tenho que largar. Vai largando!” (M4, 81 anos, viúva)

A segunda estratégia foi avaliada como uma atitude de **Esvaziamento do Pensar** para ir controlando a não existência das coisas. Assim, através do não pensar na realidade desse corpo que se torna incapaz, eu apago a dor e o desprazer da experiência. Essa estratégia tem semelhante correspondência à onipotência do desamparo da criança que fecha os olhos para os objetos pra que esses não possam vir à existência¹⁰³. Na perspectiva dessa semelhança, a dor da incapacidade funcional é desrealizada no pensamento do idoso ao ser retirada da lembrança, para garantir que ele não sentirá a experiência do próprio corpo. O signo que aparece no campo de fala é “*não pensa*”:

“Como dizia a amada não pensa nada que passa” (H23, 82 anos, Casado)

A **Morte** foi a terceira estratégia e se apresenta como possibilidade extrema de resolução de um corpo que se exauriu de sua funcionalidade. A representação da morte constitui o falecimento da energia vital que sustenta a experiência corporal. Essa constatação pode ser notada no relato de um septuagenário:

[Referindo-se a se tem medo de dar trabalho] *“Eu tenho medo (de dar trabalho), mas eu rezo e peço a Deus: vai me conformando até eu... Eu mesmo tomo meu banho, eu mesmo calço, eu mesmo saio, eu mesmo mudo a minha roupa, mas ficar na cama, sem esperança de melhorar, sem esperança de morrer...”* (H25, 74 anos, casado)

Dessa maneira, a morte metaforiza o apagamento desse corpo incapacitado ao mesmo tempo em que se estabelece como estratégia de redenção. Os signos que sustentam essa estratégia estão subentendidos no campo de fala dos idosos, constituindo-se na ordem do indizível (da morte não se fala).

“Eu acho que esse braço pra miorá ele é só terra na boca” (H9, 74 anos, casado)

Como quarta estratégia, o **Pensamento Mágico** coloca em suspensão a vivência desse corpo doente e, imaginariamente, recria o mundo segundo o seu desejo. Dessa forma, interrompe-se o fluxo fragmentado da experiência corporal e reencontra a vida no lugar totalizante dos objetos ideais. O corpo nega a concretude da existência para ser encontrado na magia do paraíso. Os signos que aparecem no campo de fala são *“tá bão”, “tá boa”*.

“Eu falo sempre que (a saúde) tá boa. Porque se não pode até piorá e a pessoa que fica encabulada com doença, piora mesmo, né?” (M10, 72 anos, casada)

“Que todo mundo tem seus pedacinhos, né, mas eu acho bão minha vida. Os pedacinhos é assim, uns probleminha, às vezes um filho, não é mesmo?” (M35, 93 anos, viúva)

Todas essas estratégias de enfrentamento da incapacidade funcional se caracterizam pelo sentido da presença de uma ausência, estabelecendo um estilo de esquivas e negação frente à realidade do problema. Assim, na Desistência de Atuar percebe-se uma ausência do realizar onde o sujeito se apaga no corpo, largando mão de fazer. No Esvaziamento do Pensar percebe-se uma ausência da lembrança que identifica o sujeito na realidade do seu corpo, submetida ao poder mágico do pensamento que o nega. Na Morte percebe-se uma ausência da vida que no silêncio faz calar os gritos e as dores desse corpo biológico. No Pensamento Mágico percebe-se uma ausência da realidade de um corpo que envelhece e se torna incapaz, substituído pela idealização de não saber a doença.

Essas estratégias de enfrentamento estabelecem o seu foco no problema, sendo caracterizadas pelo manejo ou modificação da situação de incapacidade funcional

causadora do estresse. Entretanto a percepção dos idosos sobre a Incapacidade Funcional é caracterizada como **Experiência de Esvaziamento**, configurando o problema como irreversível e doloroso. O signo que desliza e se repete no campo de fala dos idosos é a expressão “*não dou conta*”, o qual aponta para um esvaziamento de uma realidade corporal que era plena anteriormente, ou seja, ele não dá conta hoje de algo que um dia dera. O que se esvazia no corpo hoje é o que antes se conseguia fazer com facilidade e naturalidade:

“Não dou conta de fazer nada não. Nem assim de noite, de modo de eu cobrir, não dou conta de puxar um lençol pra me cobrir com a mão. O pé também, já vai enrolando tudo” (M8, 83 anos, viúva)

Dessa forma, se as estratégias de enfrentamento com o foco no problema produzem um sentido de ausência que é irreversível, a saída para esse idoso que experimenta esse corpo que envelhece e se torna incapaz é a construção de estratégias de enfrentamento afirmando o seu foco nas emoções. E é nesse sentido que os idosos constroem a estratégia religiosa de enfrentamento da experiência da incapacidade funcional.

5.3 O Enfrentamento Religioso da Incapacidade Funcional

5.3.1 A Experiência Religiosa dos Idosos da Cidade de Bambuí

A religiosidade é um quadro de referência pessoal importante para a maioria dos idosos da presente pesquisa, considerando que os comportamentos religiosos são bastante frequentes na idade avançada¹⁰⁴. Isso se revela na sua maneira de pensar a vida e experimentar o cotidiano, sendo evidenciado na cultura pelos signos que sustentam coletivamente o seu discurso religioso. Para Geertz⁶⁸ o discurso cultural denota um padrão de significados construídos e transmitido historicamente onde se desenvolve e perpetua o conhecimento e as maneiras de atuar na vida.

Gordon Allport (1967) propôs duas maneiras de ser religioso¹⁰⁵. Quando o idoso constroi a sua experiência na orientação religiosa intrínseca a religião lhe proporciona um significado de estar dotando a existencia de uma estrutura central o qual toda a vida é compreendida. A religiosidade intrínseca está associada a um sentimento de significado último da vida, em que a pessoa busca harmonizar suas necessidades e

interesses às suas crenças, esforçando-se por internalizá-las e segui-las completamente¹⁰⁶.

Mas algumas pessoas têm uma orientação religiosa que é principalmente extrínseca. É uma religiosidade de auto-serviço, com uma abordagem instrumental em conformidade com as convenções sociais. Esse tipo de orientação extrínseca da experiência religiosa está associado a comportamentos religiosos que visam a benefícios exteriores, de status, segurança e distração, em que a pessoa se volta ao sagrado ou a Deus, mas sem desapegar-se do self¹⁰⁶.

Especificamente, a vivência da incapacidade funcional pelos idosos da cidade de Bambuí reivindica uma atitude religiosa que medeia a experiência e revela os estilos assumidos no enfrentamento religioso diante da incapacidade e do envelhecer.

5.3.2 Os Estilos de Enfrentamento Religioso diante da Incapacidade Funcional

Quando considerados os estilos de enfrentamento religioso, todos eles puderam ser identificados no presente trabalho, como demonstrado a seguir nos relatos de homens e mulheres idosos bambuienses:

- **Auto-direção:** nesse estilo de enfrentamento os idosos se posicionam mais ativos frente à realidade da incapacidade e de sua experiência corporal, reconhecendo o seu lugar na existência a partir da liberdade que Deus lhe concede pra conduzir a sua própria vida.

"Mas Nossa Senhora! O médico fala que eu constipei os ossos. A gente... Não é Deus que faz isso não. Deus não faz nada ruim pra gente (...) Mas é onde eu falo que eu culpo eu mesma né, que Deus não é não. Que Deus não faz nada ruim pra ninguém. Agora eu vou cumprindo até quando Deus quiser." (M8, 83 anos, viúva)

"Tem de dar conta de aguentar até Ele me levar. Vontade de ir para o céu ." (M34, 81 anos, viúva)

"E vim sentir agora foi essa perna que deu esse troço, mas eu vou acabar com isso, se Deus quiser." (M19, 83 anos, viúva)

- **Delegação:** no estilo delegante o indivíduo idoso passivamente transfere a responsabilidade a Deus para o enfrentamento de sua realidade corporal, esperando que a solução venha por meio dos esforços Dele.

"... Eu penso assim: o que for pra mim, Deus me dá, porque não adianta eu falar que eu não for querer. Ele pode me dar um câncer, ele pode me dar outra doença que eu nem to pensando. Mas ta na mão de Deus." (M5, 77 anos, viúva)

"... a gente vai visitar doente, eu venho com o coração doendo. Eu falo assim: oh meu Deus, né, Deus que tem dó de mim, não me deixar ficar penando assim não, igual não poder dar (...) Ah, eu penso que é ruim, fica dependendo, depende dos outros de mais né. Não pode fazer nada. Não é fácil não! Mas aí se Deus quiser né, se Deus quiser, a gente ta nas mãos de Deus." (M14, 88 anos, viúva)

"... Nossa senhora! Eu sou complicada demais! Se Deus quiser a gente fica boa né." (M31, 77 anos, viúva)

- **Colaboração:** na perspectiva do estilo colaborativo de enfrentamento dos idosos de Bambuí a responsabilidade por sua experiência corporal é atribuída tanto à pessoa como a Deus, ambos percebidos como participantes ativos na solução do problema.

"... aí se não tiver recurso, é Deus (...) [Ref. A saúde de um amigo] ... que tava perrengue demais. desanimado, vivia triste, ele pensava o só Deus para ter dó de mim. Deus encaminhou ele, ele fez esse tratamento. (...) Mudava sim, porque ele tinha muita fé em Deus. ele pensava assim 'eu vou sarar, eu vou sarar se Deus quiser', e ele continuou o tratamento e o negócio dele era câncer. e ele só falava 'gente eu tô satisfeito porque se Deus quiser eu vou sarar, eu vou sarar',mas ele também é uma das pessoa que seguiu o tratamento direitinho, sabe?" (H3, 75 anos, casado)

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

"... então eu penso que se Deus ainda me der saúde, deu viver mais tempo e eu controlar eu quero fazer umas coisas dentro de casa (...) O trabalho nunca acaba e é a coisa melhor do mundo,

é a riqueza mais que Deus deixou pra todos." (H29, 65 anos, casado)

- **Súplica:** o estilo de enfrentamento construído na perspectiva da súplica do piedoso coloca o indivíduo na posição de buscar ativamente influenciar a vontade de Deus mediante rogos/petições por Sua divina intervenção sobre a realidade e experiência corporal na velhice.

[Referindo-se a se tinha medo de dar trabalho] "... Esse eu tenho medo, mas eu rezo e peço a Deus. Vai me conformando até eu... eu mesmo tomo meu banho, eu mesmo calço.. eu mesmo saio, eu mesmo mudo a minha roupa, mas ficar na cama, sem esperança de melhorar, sem esperança de morrer (...) Uai, você tem que rezar e pedir a Deus, que Deus te dê bastante saúde, bastante inteligência, paciência..." (H25, 74 anos, casado)

"... A minha vida tá, minha vida tem dia, igual de ontem pra cá que eu limpo minha casa, converso com o menino Jesus, vou lá no quarto e peço 'perdão, meu santinho' e faço aqui ó.. corre aqui e vê o meu santo! Corre! Dá pra você vê? Lá no quarto também tem. Esse aí é da casa de Nossa Senhora Aparecida! Eu chamo ela de minha mãe preta, tem umas quatro em cima da minha cama! Aí então eu tava falando com ela (incompreensível): Oh gente, por que eu to passando tanta dor, minha mãe!? Tira essa dor das minhas pernas! Quando eu adoeci lá na roça eu pedia a senhora, parece que ta certo, a senhora na parede da minha cama como daqui do quarto, parece que eu tava melhor agora, amanhã eu peço pra olhar. Tem dó. To com dor. (incompreensível) Tem dia que eu faço as coisas, minha filha... É minha opinião, é meu espírito. (incompreensível). Agora passou pra cá ó." (M22, 77 anos, solteiro)

"Ah,eu tenho muita fé em Deus, eu fico assim, o que tiver de acontecer comigo, eu rezo e peço todo o dia, que resolve logo né, quando acaba a vez que sossega... Resolve! Resolve sim, boba. Você vai ver o quanto Deus é bom! Vai indo que Deus não quer a gente sofrendo não." (M19, 83 anos, viúva)

- **Renúncia:** mediada pela auto-renúncia, o indivíduo idoso escolhe ativamente renunciar à sua vontade em favor da vontade de Deus.

[Ref. seu marido falecido] "... Deus quis levar né. Ele ficou cego, quando nós olhando ele com 73 anos, e foi e Deus levou ele. A gente tem que conformar com tudo né. (...) [Referindo-se ao fato de que pra sair alguém tem que pegar de carro] Fazer o quê,

minha filha! Tem que conformar com a vontade de Deus!" (M53, 82 anos, viúva)

Percebe-se que a religiosidade confere aos idosos da cidade de Bambuí um lócus de responsabilidade e um nível de participação na solução dos problemas relacionados à incapacidade funcional, determinando a construção de ações estruturadas na perspectiva da delegação e da súplica. Portanto, o lugar que eles ocupam na elaboração do seu enfrentamento religioso é mais passivo, transferindo a responsabilidade a Deus, na medida em que buscam ativamente a intervenção divina através de rogos/petições que possam influenciar a vontade de Deus. De todos os estilos de enfrentamento o que aparece menos é a renúncia, revelando a dificuldade dos idosos entrevistados em construir sua experiência religiosa com a possibilidade de renunciar à sua vontade em favor da vontade de Deus.

5.3.3 A Religiosidade como Estratégia de Enfrentamento

No presente trabalho, foram identificadas categorias de significação da unidade analítica “Religiosidade” conforme apresentado no Quadro III.

Quadro III – As Categorizações da Unidade Analítica “Religiosidade”

Categorias de significação da Unidade Analítica “Religiosidade”	
1	Experiência de Pertencimento
2	Experiência Utilitária
3	Experiência da Alteridade Divina
4	Experiência da Alteridade Mutua
5	Experiência da Alteridade da Restituição
6	Experiência da Alteridade da Atribuição
7	Experiência da Alteridade Presente
8	Experiência da Alteridade do Milagre

A experiência religiosa é comumente mediada pela identificação a uma coletividade de pertencimento, que satisfaz a necessidade social das pessoas de pertencerem a um grupo de referência e de serem aceitas por ele¹⁰⁷.

As práticas religiosas transitam entre espaços institucionais, como a frequência à igreja e outras atividades religiosas organizadas, e espaços privados não institucionais, como as orações e leituras religiosas pessoais. Essa distinção é particularmente significativa para a pessoa idosa, pois a diminuição da mobilidade física decorrente de um processo de incapacidades pode limitar a possibilidade de expressar a religiosidade por meio de atividades religiosas organizadas e institucionais¹⁰⁷. Quanto aos idosos da presente pesquisa verifica-se que a prática religiosa da grande maioria dos sujeitos não se constitui em vivência e participação comunitária, em razão das restrições impostas pela incapacidade e da falta de recursos para superá-las.

Nesse sentido, a **Experiência de Pertencimento** enquanto significado independente vai progressivamente se deslocando da instituição “igreja” para o encontro religioso com as pessoas em outros espaços; de uma experiência comunitária para outra particular e privada, configurando a sua prática em uma atitude religiosa singular e pessoal. Três idosos narram assim a sua experiência religiosa:

[Referindo-se a se tem amigos na cidade] “Bastante. Nós temos movimento de igreja né. Eu, por exemplo, sou pertença ao MCC, eu sou vicentino, então tem atividade, tem muita atividade. Eu sou aposentado, mas eu não tenho tempo pra nada.” (H18, 65 anos, casado)

“Faço, não. Visita eu não saio de casa não. A missa eu já não vou mais porque a gente tem, o médico mesmo fala: não vai não. Os padres vêm aqui me visitar, traz comunhão aqui pra mim né. Tem a senhora que traz a comunhão. E até os padres vem aqui.” (M35, 93 anos, viúva)

“Todos os domingos. Todos os domingos eu com o meu marido a gente vai na igreja... na igreja... a missa das seis horas na matriz, às seis horas.” (M32, 73 anos, casada)

Assim, na perspectiva da necessidade de pertencimento, a experiência religiosa de uma parcela dos idosos da pesquisa configura sua religiosidade em uma orientação intrínseca. Esse tipo de prática religiosa produz sentidos que aproximam os sujeitos

de maneira mais pessoal, configurando a experiência de um idoso que já internalizou as suas crenças de tal modo que a religião faz parte de sua vida diária¹⁰⁷.

"... Ah eu acho, eu acho que eu dou louvor a Deus todo dia que eu to vivendo esse tempo, sabe, porque não é fácil não." (M39, 76, viúva)

Outra parcela dos idosos da presente pesquisa constroi uma **Experiência Utilitária** em sua atitude religiosa. É um tipo de religiosidade experimentada pela pessoa que usa a religião para servir às suas necessidades pessoais de ganho social e autoproteção, refletindo um compromisso mais utilitário e superficial com os valores religiosos¹⁰⁷. Três mulheres idosas demonstram essa experiência, sustentando o significado da prática religiosa que garante a felicidade e a proteção atual e futura:

"...Eu sou muito feliz, graças a Deus. Já rezei muito com o ministro da eucaristia, graças a Deus, sou muito devota em Jesus e Nossa Senhora! Eu faço uma cesta pros pobres de 80, 90 quilos de mantimento e eles vem aqui buscar. Eu ganho dinheiro, eu ganho saco de roupa pros pobres, pra vender lá baratinho, pra comprar óleo, feijão, essas coisas. Isso tudo pra gente traz felicidade né." (M38, 69 anos, solteira)

"... E eu sou muito religiosa, sabe, rezo muito, rezo meu terço, rezo minhas orações e essas orações, esses terços que eu rezo, eu faço terço Vicentino dos pobres, ofereço tudo pra minha família, pros meus filhos. Aí lá vai tudo bem. Os filhos vai bem, os quatro e os neto, nove netos." (M39, 76 anos, viúva)

[Referindo-se ao diagnóstico de retinose pigmentar e estava preocupada com os netos] "Mas eu faço, rezo muito, peço a Deus, que essa doença pode dar em geração depois de eu..." (M44, 69 anos, desquitada)

Allport e Ross (1967, pg. 434)¹⁰⁵ resumiram essa distinção entre a orientação religiosa intrínseca e extrínseca, dizendo que *"as pessoas extrinsecamente motivadas usam sua religião, enquanto os intrinsecamente motivados vivem sua religião"*.

Dentre as várias formas de viver a religiosidade a possibilidade do milagre aparece como uma experiência possível sempre em relação às situações limites quando a vida corre perigo. O milagre é uma forma de expressão da religiosidade¹⁰⁸ como exercício de fé e de esperança face aos perigos impostos pela doença. Na

perspectiva simbólica, a doença assume o significado de ser, portanto, um momento de regressão, uma ameaça de morte¹⁰⁸.

Por conseguinte o milagre é um dado nos códigos da cultura que faz emergir a possibilidade de resolução do problema, fazendo desaparecer o sentido do mal. E isso só é possível na vinculação e no encontro com um grande Outro divino, configurando a **Experiência da Alteridade do Milagre**.

O milagre aparece no campo de fala dos idosos de Bambuí moldando a religiosidade do sujeito com a promessa de cura requisitada à Alteridade Divina, atuando na mediação entre o paciente e a medicina oficial, entre a pessoa e sua vida, entre a morte e a busca pela cura. Ao sujeito idoso cabe a fé na Alteridade Divina e o reconhecimento do Seu poder, acreditando no sucesso do tratamento através do pensamento positivo e da força de vontade. Um senhor reza em busca da longevidade:

[Referindo-se a um conselho para alcançar a longevidade] “Você tem que rezar e pedir a Deus que Deus te dê bastante inteligência, paciência e não fazer extravagância que você chega lá. Que chegar, chega, se Deus quiser”. (H25, 74 anos, casado)

De qualquer forma, o que parece estar em jogo é, acima de tudo, a superação da morte e a fé como categoria que, em alguns casos, pode incluir até a prática da medicina oficial, a qual também assume um caráter sagrado, capaz de realizar “milagres”, embora estes estejam vinculados muitas vezes a um milagre da “técnica”¹⁰⁸.

Entretanto a fé dos idosos da pesquisa se apresenta na sua categoria mágica máxima, mediada pela intervenção direta e pessoal da Alteridade Divina que se compadece desse sujeito que sofre e tem medo do que lhe está reservado:

O milagre é uma experiência mediada por um ato divino que se faz presente pela graça, de uma forma não natural e sem a mediação da técnica, de tal modo que todos irão reconhecer que o restabelecimento da ordem significa a cura em função da presença da Alteridade do milagre. Um idoso acredita ter sido contemplado com esta experiência:

"Eu tomei o tombo Tive dois anos, dois mês e dois dias internado em Belo horizonte no Hospital X. Todo mundo achava que eu morria. Um dia eu fui operado no Hospital X. Aí a Madre E. pegou e gritou 'Padre M.' ...' 'Que é que foi?...' 'Vai no quarto duzentos e cinquenta e dois e fala com J., pobrezin, que ele não passa de hoje não' Ai eu tinha duas imagem, Senhora da Aparecida e Santo Antonio e Santo Onofre ... assim ai eu fiz assim, oiei pra ... quando ele chegou pra me ungi, eu tava sentado na cama. Aí se e ... foi um milagre." (H9, 74 anos, casado)

A característica marcante da estratégia de enfrentamento religioso é o foco na emoção. Em um estudo baseado na teoria do estresse e do "coping", Folkman et al (1987)¹⁰⁹ compararam um grupo de jovens e idosos residentes em uma comunidade em relação à maneira como enfrentavam os aborrecimentos e dificuldades. Os resultados demonstraram que pessoas idosas tendem a usar mais comportamentos de "coping" com foco nas emoções do que os jovens. Essa questão também é corroborada pelas pesquisas que mostram que a partir da meia-idade os sujeitos passam a dar maior valor e atenção aos aspectos internos do self, possibilitando abertura para percursos de encontro com os sentimentos e comportamentos religiosos¹⁰⁷. Portanto, o presente estudo concorda com estes achados, uma vez que o enfrentamento religioso para os idosos de Bambuí tem como função primordial regular a resposta emocional causada pela experiência corporal de incapacidade, pois na percepção dos idosos a realidade da incapacidade funcional é desgostosa, difícil e dolorosa, configurando o fato de que há algo de insuportável na realidade, conforme se pode notar nessa narrativa:

"... ela (a saúde) só mudou pra pior! Porque eu não ando, não dou conta de trabalhar." (H6, 62 anos, casado)

Assim, a única maneira de suportar o desprazer e a dor da realidade é reconhecer alguém a quem se possa ser grato, o que no campo de fala dos idosos é mediado pelo signo contido na expressão "Graças a Deus":

[Referindo-se à saúde] "Mas eu, graças a Deus, até que lá vai tudo mais ou menos normal." (H3, 75 anos, casado)

[(Referindo-se a se está satisfeito com a saúde) "Tô, graças a Deus". (H3, 75 anos, casado)

[Referindo-se a como está a saúde] "Você acredita que eu dou por boa a vida que eu tenho? Graças a Deus". (H30, 77 anos, solteiro)

[Referindo-se a se está meio "perrenguinha"] "É, mas graças a Deus eu firmei um pouco". (M27, 80 anos, solteira)

O "Graças a Deus" se constitui em um signo que fundamenta a estratégia de enfrentamento religioso, produzindo no universo simbólico dos idosos uma codificação da restituição no esvaziamento causado pelo problema da incapacidade funcional. Aliás, para os idosos várias situações da vida são atribuídas à Alteridade Divina. Ao reconhecer o poder dessa Alteridade Divina em fazer as coisas acontecerem, a realidade indesejável pode ser transformada em algo mais suportável e percebida emocionalmente como boa. Independentemente da condição real desse corpo que se torna incapaz, a experiência é reelaborada emocionalmente a partir do olhar de alguém que crê em uma Alteridade Divina, e por isso torna-se gratificante exatamente onde a realidade nega. No campo de fala dos idosos, mesmo quando doentes e incapacitados, é recorrente esta gratidão a Deus.

É nesse sentido que o idoso promove a alteração do foco do seu enfrentamento, passando do problema para a emoção, o que se constitui na especificidade do enfrentamento religioso da incapacidade funcional. O signo "Graças a Deus" introduz no enfrentamento religioso um deslocamento do significado da incapacidade na sua concretude para um sentido emocional que tenta traduzir a experiência. Na condição insuportável do corpo que envelhece e se torna incapaz, a Alteridade Divina se faz presente constituindo-se numa ponte entre o sujeito e uma realidade a qual se possa ser grato, atribuindo nessa gratidão a compensação por outra realidade, ainda que imaginária ou ideal, mas que possa ser nomeada como boa e desejável.

Isso acontece exatamente porque a religiosidade configurada na **Experiência da Alteridade da Atribuição** produz uma dupla restituição necessária à experiência da incapacidade funcional: primeiro ela restitui ao sujeito uma realidade suportável, pois no código da cultura a bondade e a justiça de Deus conferem suporte àquele que Nele crê; segundo, ela restitui as ausências produzidas pelo problema vivido, pois na experiência dos idosos a presença da Alteridade Divina preenche emocionalmente o esvaziamento causado pela incapacidade. Assim, é atribuída a Deus a restituição quanto à Desistência de Atuar, pois é Deus quem realiza por ele à medida que ele vai

largando e desistindo de atuar. Na mesma linha, quanto ao Esvaziamento do Pensar, pois é Deus que apazigua o pensamento do sujeito, aliviando a dor que ele pode sentir. E quanto à Morte, pois é Deus que vivifica o tempo desse corpo que Ele mesmo é quem dá. É Deus quem traz a esperança para a realidade desse corpo doente, pelo Pensamento Mágico, que ajuda o sujeito a se reconhecer na experiência de incapacidade funcional.

Nessa perspectiva, também se constrói a religiosidade da **Experiência da Alteridade Divina** a partir das várias maneiras que os idosos reconhecem de como a Alteridade Divina se manifesta ou se revela. É Deus quem dá, cuida, protege, tira, põe etc. É um relacionamento emocional com o grande Outro Divino que preenche e restitui o sentido vacante deixado por um corpo que envelhece e se torna incapaz. E sentido aqui é tanto aquilo que tem um significado, quanto àquilo que pulsa na alma. Isso se pode perceber nos relatos dos idosos que se seguem:

"Ir no médico, rezar bastante também. (risos). Nosso médico melhor é Aquele lá (aponta para o céu)" (M1, 89 anos, Viúva)

" Eu penso assim: o que for pra mim, Deus me dá, porque não adianta eu falar que eu não for querer. Ele pode me dar um câncer, Ele pode me dar outra doença que eu nem tô pensando. Mas tá na mão de Deus." (M5, 77 anos, Viúva)

"E pronto, eu durmo sossegada, rezo, peço Jesus para tomar conta de mim e Nossa Senhora. (...) À noite eu rezo a benção do Santíssimo. Eu confio em Deus. O que eu confio é em Deus. É o que eu faço." (M33, 74 anos, Viúva)

Assim, a experiência religiosa do vínculo com o divino se transforma na experiência de restituição e presença. No campo de fala dos idosos aparece a **Experiência da Alteridade da Restituição** onde o divino é reconhecido como aquele que restitui emocionalmente a falta produzida pela metáfora do corpo que falha, dói, enfraquece. Se esse corpo demanda e mobiliza pela dor, é exatamente o divino que alivia e tampona a falta, como demonstram essas senhoras nas entrevistas:

"No domingo eu vou pro culto, que eu sou evangélica... Aí lá (na igreja) é muito bom que a gente ouve a palavra de Deus, dá força pra gente e às vezes a gente chega abatida na igreja, Deus manda a palavra e a gente fica mais forte um pouco. Que a gente tem fé e vai passando assim." (M51, 70 anos, Viúva)

[Referindo-se ao que os 83 anos de vida trouxeram] *“Trouxe muita tristeza né, que eu perdi meus dois filhos mais velhos né. Os dois mais velhos e fiquei com os dois mais novos. Ainda bem que Deus me deu os mais novos né. Tinha passado uns doze anos sem ligar. E me apareceu esses dois anos depois. Deus levou os dois mais velhos e eu fiquei com os novos. Ta bom de mais, não tá?”* (M19, 83 anos, Viúva)

O divino igualmente se faz presente como uma companhia que alivia a solidão, compensando a necessidade dependente do outro humano. Ao compor a estratégia religiosa de enfrentamento da experiência desse corpo que envelhece e se torna incapaz, os idosos reclamam a **Experiência da Alteridade Presente**. É a maneira da Alteridade Divina se presentificar na realidade e fazer companhia para o sujeito. No campo de fala do idoso a Alteridade Divina se faz presente mediado pelos signos contido nas expressões *“só eu e Deus”* e *“eu fico com Deus”*, contrastando sempre com um esvaziamento da presença do Outro. Isso se verifica nas narrativas de vários idosos ao relatarem sua condição morar sozinho:

“Aí depois que ele faltou eu falei: ah, se Deus quiser eu vou acostumar! É Deus que vai me ajudar! E graças a Deus eu tenho... eu fico com Deus. Deus que é minha companhia. Não arrumei mais ninguém não, acostuma.” (M27, 80 anos, solteira)

[Referindo-se a quem mora na casa] *“ Eu e Deus. Eu e Deus e meus santinhos que me guarda”.* (M22, 77 anos, solteira)

[Referindo-se a quantos moram na casa] *“ Só eu e Deus. (...) Sozinho e Deus”.* (H26, 85 anos, viúvo)

A religiosidade para os idosos é sempre apresentada no campo da ética da convivência e interação humana, configurando uma experiência de mutualidade entre alteridades. Assim, a **Experiência da Alteridade Mutual** se revela nos aspectos morais da religiosidade, no sentido de uma troca que estabelece a possibilidade de estar bem: *“eu faço para o Outro aquilo que eu quero que Deus faça para mim”*. Duas idosas esclarecem:

“Ajudar o outro. Isso tudo traz uma felicidade, que eu falo com os meus filhos: oh meus filhos, tem que ajudar os outros! Que Jesus falou: primeiro a caridade, amor, caridade e tem outra coisa também: a fé. Ter fé, sem a fé a gente não vive, que Deus que faz a gente viver feliz né. Deus faz a gente viver feliz, não ficar chateado. Se você ficar contrariado, chateada, você não ta bem,

você não vive bem, seu coração não fica bom, não é". (M39, 76 anos, viúva)

[Referindo-se ao que fazer pra chegar bem aos 88 anos] " Ah, eu não fiz nada pra chegar, né, eu fiz muita coisa mas eu não sei nem como te explicar isso né. Mas você deve viver, né. Fui à missa, uma pessoa religiosa, ajudei os outros, eu ajudei muito os outros. Hoje, graças a Deus, os outros tão me ajudando né, vindo na minha casa né. O que eu pude ajudar os outros eu ajudei." (M14, 88 anos, viúva)

Assim, percebe-se que o enfrentamento religioso é um grande mediador entre as aflições, o medo, as tragédias e a realidade de quem envelhece e, especialmente, de quem convive com a incapacidade atual ou com o temor de que ela lhe ocorra no futuro. Se a incapacidade funcional metaforiza no corpo os significados de uma existência que se esvazia e termina, conforme os achados do presente trabalho, a cultura oferece na experiência religiosa a possibilidade de um enfrentamento dessa realidade.

A experiência corporal do sujeito que envelhece e se torna incapaz vai buscar na estratégia religiosa uma via de enfrentamento que tampona o estresse resultante de sua condição na existência, pois:

"não é fácil imaginar que nosso corpo, tão cheio de frescor e muitas vezes de sensações agradáveis, pode ficar vagaroso, cansado e desajeitado. [...] No fundo, não o queremos" (Elias, 2001, p.80)¹¹⁰

A funcionalidade, expressa em termos de capacidade para realização de atividades de vida diária, é um aspecto que pode interferir nos processos de estresse e depressão¹¹¹. Especificamente em relação ao processo de envelhecimento a situação de dificuldade funcional e a necessidade de assistência nas atividades de vida diária e nas atividades instrumentais de vida diária podem representar um fator estressante¹¹². Uma senhora idosa lamenta:

"... É triste, boba, a pessoa ficar igual ta eu, que a gente tem que esperar tudo que os outros dá. Água, tudo tem que esperar." (M8, 83 anos, viúva)

A experiência real de finitude pode ser traduzida em termos de maior dependência dos outros, em razão de incapacidades ou de problemas graves de saúde¹¹¹. Uma idosa relata:

"... Pois é, quando dá derrame e não que morre, perde uma parte do corpo, aí não dá conta de andar mais, vai pra cadeira de rodas, fica na mão dos outros." (M4, 81 anos, viúva)

Assim, a religião pode influenciar no ajuste para a saúde, especialmente nas situações que estão relacionadas com ameaças e estresse, na medida em que oferece uma interpretação que compõe um quadro de referência ou esquema cognitivo para o sujeito. Isto possibilita ampliar o número de avaliações do elemento estressor tornando-o menos ameaçador¹¹³.

O tamponamento do estresse ocorre na medida em que as estratégias sustentadas na religiosidade servem como um amortecedor dos eventos negativos, como elementos protetores do "self", ajudando principalmente em situações de alta incontrollabilidade, servindo como elemento facilitador da aceitação da falta de controle, e preservando o "self" dos impactos negativos do estresse¹¹¹.

De certo modo, a religiosidade explica a vida, atribuindo significados aos fatos¹¹⁴ e dando-lhe contornos de sentido que confortam. A religiosidade presente no campo de fala dos idosos entrevistados sugere que suas crenças e tradições religiosas ajudam a explicar e a enfrentar o sofrimento experimentado por eles, conforme relato a seguir:

[Ref. como está a saúde] "... Mais ou menos, porque graças a Deus ainda to andando, eu consigo tomar banho, fazer a minha bóia. Ainda não to caducando (risos) (...) [Ref. se as coisas estão boas demais] "... Graças a Deus." (...) [Ref. se tem amigos, companhia] "...Graças a Deus." (...) [Ref. se é uma pessoa feliz] "...Graças a Deus." (H30, 76 anos, solteiro)

Na medida em que encontramos no código da cultura de uma sociedade cristã católica o mandamento do apóstolo Paulo que diz "**Em tudo, dai graças, porque esta é a vontade de Deus em Cristo Jesus para convosco**" (1º Tessalonicenses 5:18, grifo meu)⁶⁰, podemos entender a explicação e o enfrentamento do sofrimento: tudo é "graças a Deus". A explicação é feita na medida em que se reconhece Nele a fonte de

todas as coisas, pois é Ele quem dá; o enfrentamento se realiza na medida da crença de quem crê, pois o agraciado é quem vive aquilo que agradece. Assim você suporta a realidade, pois acaba trazendo a vida para o lugar onde ela acontece, nesse “aqui e agora” da existência, nesse dia que se chama hoje: “...*porque graças a Deus ainda tô andando, eu consigo tomar banho, fazer a minha bóia. Ainda não tô caducando*” (H30, 76 anos, solteiro).

Nessa perspectiva, a religiosidade dos idosos da cidade de Bambuí revela certo fatalismo diante da situação que não admite alternativas⁸⁷, produzindo passividade e ações de conformismo que tendem a naturalizar o processo de envelhecimento com incapacidade, pois esta realidade só Deus é quem quer, e o será até quando Ele quiser.

A cultura do fatalismo presente na crença religiosa espelha a fatalidade da velhice como um código social aceito e naturalizado, que sustenta as representações e o discurso sobre o corpo e a saúde dos idosos a partir de estereótipos negativos em torno da associação entre velhice e doença. Na região de Bambuí, foi realizado um estudo por Uchôa et al.(2002)¹¹⁵ no qual foi percebido que o olhar do outro sobre a velhice era carregado desse negativismo. Tal olhar corrobora com o processo de naturalização e homogeneização da velhice e simultaneamente mantém os estereótipos transmitidos pela cultura.

O discurso sobre a velhice como decrepitude se presentifica igualmente na cultura religiosa de tradição judaico-cristã sustentado por textos bíblicos⁶⁰ tais como:

"Os dias da nossa vida sobem a setenta anos, ou, em havendo vigor, a oitenta: neste caso o melhor deles é canseira e enfado, porque tudo passa rapidamente, e nós voamos" (Salmo 90:10)

"Lembra-te do teu Criador nos dias da tua mocidade, antes que venham os maus dias, e cheguem os anos dos quais venhas a dizer: Não tenho neles contentamento" ((Eclesiastes 12:1)

Dessa forma, a percepção da velhice é relatada nas entrevistas como condição humana inexorável de uma idade e processo de involução, de caráter eminentemente negativo. Na visão de mundo do idoso as falas naturalizam a decrepitude do corpo como se esta fosse inerente à velhice. Já na perspectiva religiosa, traduz-se o sentido

de um ethos em que a fatalidade da realidade se constitui na vontade de Deus. Ambas podem simplesmente revelar e reforçar comportamentos de uma pessoa que deve se sujeitar passivamente às contingências da vida. A reprodução de estigmas e pré-conceitos quanto à velhice é reforçada pelos saberes constituídos nesse campo e pelos próprios idosos. Essa questão é percebida nos relatos dos idosos:

"... Ah, eu penso que é ruim, fica dependendo, depende dos outros de mais né. Não pode fazer nada. Não é fácil não! Mas aí se Deus quiser né, se Deus quiser, a gente tá nas mãos de Deus." (M14, 88 anos, viúva)

"... Aí depois que ele faltou eu falei: ah, se Deus quiser eu vou acostumar! É Deus que vai me ajudar! E graças a Deus eu tenho... eu fico com Deus. Deus que é minha companhia. Não arrumei mais ninguém não, acostuma." (...) [Ref. pergunta se mora sozinha] "... E Deus." (M27, 80 anos, solteira)

Esse tipo de crença religiosa fatalista tampona sofrimentos individuais, mas também colabora para minimizar a responsabilidade social pelo cuidado e esconde a descrença nos aparelhos públicos existentes⁸⁷.

Assim, os idosos bambuienses têm no enfrentamento religioso o conforto e a esperança para lidar com o contexto sociocultural em que envelhecem, com ou sem incapacidade. A incapacidade para muitos já é uma realidade, para outros é uma possibilidade temida; em ambas as situações, na fala deles, somente Deus é a resposta, somente em Deus há alívio. O Deus que lhes reserva este presente e este futuro e que pode livrá-los deles, se Ele quiser.

As demandas que eles fazem a Deus são da ordem do subjetivo, não são demandas materiais, não dizem respeito a recursos de saúde. Nessa perspectiva, a falta de ação dos serviços de saúde e das políticas públicas voltadas para o idoso reforça esse processo de aceitação e de naturalização da velhice com incapacidade. Isso fala a favor de uma cultura local em que a incapacidade funcional é compreendida como "coisa da idade". Portanto, se é inexorável, então não é necessário ou não se pode fazer nada no sentido de conferir ao processo de envelhecimento a possibilidade de outros itinerários de em-velho-ser.

Assim, tampouco inexistente a demanda por justiça social na fala de nenhum desses senhores e senhoras. Homens que foram explorados no trabalho como mão de obra

pouco qualificada ou mulheres destinadas ao casamento ou ao cuidado dos mais velhos que abriram mão de seus desejos pessoais em nome da família; homens e mulheres que tiveram sua cidadania usurpada na ditadura brasileira e ainda guardam as marcas dessa opressão. Talvez isso explique a falta de demandas por justiça social que lhes permita o acesso a bens e recursos de saúde e sócio-assistenciais na velhice. Talvez não acreditem, pois nunca a conheceram em nenhuma das etapas pregressas da vida. Velhos, talvez seja tarde demais para exigir. O que existe é um enorme vazio em termos de políticas de cuidado.

No presente trabalho, chama a atenção o fato de que nenhum dos entrevistados se rebela contra Deus, questiona seus desígnios ou abandona a crença na misericórdia divina. Assim quando testados pelo abandono, pela incapacidade sem recursos, pelas dificuldades em sair e em ficar em casa, por deixar de ser notado, considerado, em razão de sua condição de velho, não se discute o que determina que alguns envelheçam com mais ou menos incapacidades do que outros.

Na cultura local, todos bebem do cálice que lhes está reservado, graças a Deus. Há uma submissão total à vontade divina - ou seria à falta de vontade dos homens em construir para todos a possibilidade de envelhecer com dignidade? A dignidade na velhice e a perspectiva de envelhecer ativamente não aparecem nas falas. Pelo contrário, os idosos reconhecem que estão sós na experiência da incapacidade e do envelhecer ou segundo suas crenças, estão com Deus, e, como estão próximos do fim, logo estarão com Ele. Eternamente.

6 Conclusões

A incapacidade funcional é uma realidade para muitos idosos. Sua experiência faz ponte a uma dor que não se limita ao seu sentido objetivo e concreto, mas envolve uma percepção subjetiva de uma perda de si mesmo e de um caminho inexorável para o fim – da vida, das capacidades, das relações. A dor desse corpo que envelhece e se torna incapaz se dá não simplesmente porque separa ou dificulta o acesso do sujeito aos objetos, mas porque separa e dificulta o acesso desse sujeito a si mesmo e às pessoas.

Interessante notar que ao envelhecer com incapacidade, o sujeito experimenta em si um Outro que pode ser tanto o seu corpo que já não é mais, que lhe falta, pois ficou no passado; quanto pode experimentar a necessidade de um outro semelhante, esse que não sou eu, mas me ajuda e me faz companhia, que pode ser humano, mas que muitas vezes é Deus. Por isso o *Religare, na medida em que institui a companhia* dessa Alteridade Divina presente na cultura, torna a vida mais suportável.

Outra motivação importante para o estudo do enfrentamento é a crença de que em uma dada cultura certos modos de lidar são mais ou menos eficazes na promoção emocional do bem-estar e em resolver os problemas que causam angústia, e que essa informação pode ser usada para projetar intervenções para ajudar as pessoas a lidar de maneira mais eficaz com o estresse em suas vidas. Apesar da razoabilidade dessa expectativa, a questão de determinar a eficácia de enfrentamento continua sendo um dos mais intrigantes elementos na pesquisa do *coping*.

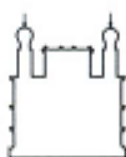
A ausência de uma demanda material relativa a recursos de saúde que pudesse ser explicitada pelos idosos de Bambuí sobre questões relacionadas ao enfrentamento da incapacidade funcional não significa necessariamente a ausência de uma necessidade concreta. O silêncio da parcela idosa da população reflete conjuntamente a imobilidade na ação dos serviços de saúde, evidenciando a barbárie cultural de naturalização e homogeneização da velhice na transmissão do saber/fazer sobre a saúde da pessoa idosa. A fé em Deus esconde a falta de fé nos homens, produzindo um deslocamento do lugar e do papel do estado em construir ações concretas nas políticas públicas de saúde, reforçando o silêncio da sociedade sobre essa questão e atribuindo essa ação a Deus. O enfrentamento religioso da incapacidade funcional evidencia positivamente o sentido de tamponamento na experiência da pessoa idosa, mas faz aparecer a perplexidade do idoso diante de

uma velhice naturalizada acerca da qual nada se pode fazer. E é a partir desse lugar que a pesquisa precisa avançar.

Através dessa pesquisa percebem-se evidências de que o enfrentamento religioso tampona sofrimentos individuais, minimiza a solidão, regula a resposta emocional causada pela incapacidade funcional experimentada pela pessoa idosa. Tal resposta advém da atitude religiosa que repara o esvaziamento existencial e restitui o lugar vacante do Outro, fazendo com que o sujeito idoso seja acolhido e apaziguado na realidade de um corpo envelhecido e incapaz, enquanto a Morte não vem.

7 Anexos

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



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisa René Rachou

Comitê de Ética



CARTA DE APROVAÇÃO Nº 02/2010 – CEP / CPqRR

Protocolo CEP - CPqRR n.º: 29/2009

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

Pesquisador Responsável: Josélia Oliveira Araújo Firmo

Instituição: Centro de Pesquisa René Rachou

CAAE: 0028.0.245.000-09

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

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

Situação: PROJETO APROVADO.

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

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

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

Belo Horizonte, 02 de fevereiro de 2009.




João Carlos Pinto Dias
Coordenador do CEP/SH-CPqRR

7.2 Anexo II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisa René Rachou

Comitê de Ética

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

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

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

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

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

Nome e assinatura do pesquisador

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

Sujeito da pesquisa

7.3 Anexo III - Dados Demográficos e Codificação dos Idosos Entrevistados

Tabela 1 – Dados demográficos e codificação entrevistados 1 a 15

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

Tabela 2 – Dados demográficos e codificação entrevistados 16 a 30

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

Tabela 3 – Dados demográficos e codificação entrevistados 31 a 45

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

Tabela 4 – Dados demográficos e codificação entrevistados 46 a 57

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

8 Referências

- 1 - Alves LC, Leite IC, Machado, CJ. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. Rev Saúde Públ. 2010; 44(3):468-78.
- 2 - Alves LC, Leimann BCQ, Vasconcelos MEL, Carvalho MS, Vasconcelos, AGG, Fonseca TCO, Lebrão ML, Laurenti R. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do município de São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2007 ago; Rio de Janeiro, 23(8):1924-1930.
- 3 - Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- 4 - Camargos MCS, Perpétuo IHO, Machado CJ. Expectativa de vida com incapacidade funcional em idosos em São Paulo, Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2005; 17(5/6):379–86.
- 5 - Costa AJL. Metodologias e indicadores para avaliação da capacidade funcional: análise preliminar do Suplemento Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de - Domicílios PNAD, Brasil, 2003. Ciênc Saúde Coletiva. 2006; 11(4):927-940.
- 6 - Barbosa L, Diniz D, Santos W. Diversidade corporal e perícia médica: novos contornos da deficiência para o benefício de prestação continuada. T & C. 2009 jul/dez; Porto Alegre, 8(2), 377-390.
- 7 – Diniz D, Squinca, F, Medeiros M. Deficiência, Cuidado e Justiça Distributiva. SérieAnis 48, Brasília, LetrasLivres, 1-6, maio, 2007.
- 8 - Diniz D, Squinca F, Medeiros M. Qual deficiência? Perícia médica e assistência social no Brasil. Cad Saúde Pública. 2007 nov; Rio de Janeiro, 23(11):2589-2596.
- 9 - Medeiros M, Diniz D. Envelhecimento e deficiência. In: Camarano AA (Org.). Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60. Rio de Janeiro: IPEA; 2004. P. 107-120.
- 10 - Diniz D. O que é deficiência. São Paulo: Brasiliense, 2007 (Coleção Primeiros Passos; 324).
- 11 - Queiroz A. Deficiência, Saúde Pública e Justiça Social. Rev Estud Fem. 2007 set/dez; Florianópolis, 15(3): 823-841.
- 12 – Teixeira JJV, Lefèvre F. Significado da intervenção médica e da fé religiosa para o paciente idoso com câncer. Ciênc Saúde Colet. 2008; 13(4):1247-1256.
- 13 - Del Duca GF, Silva MC, Hallal PC. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. Rev Saúde Pública 2009;43(5):796-805.
- 14 - Horta ALM, Ferreira DCO, Zhao LM. Envelhecimento, estratégias de enfrentamento do idoso e repercussões na família. Rev Bras Enferm. 2010 jul-ago; 63(4): 523-528.

- 15 - Folkman S, Lazarus RS, Dunkel-Schetter C, DeLongis A, Gruen RJ. Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *J Pers Soc Psychol.* 1986; Washington, 50(5): 992-1003.
- 16 - Folkman S, Lazarus R, Rand GJ, DeLongis A. Appraisal, Coping Health Status and Psychological Symptoms. *J Pers Soc Psychol.* 1986; Washington, 50(3): 571-579.
- 17 - Barbosa JMM, Dias RC, Pereira LSM. Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em idosos com incontinência fecal: uma revisão da literatura. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2007; Rio de Janeiro, 10(3): 383-399.
- 18 – Antoniazzi AS, Dell'Aglio DD, Bandeira DR. O Conceito de Coping: uma revisão teórica. *Estud psicol (Natal)*, 1998 dez; 3(2):273-294.
- 19 - Albuquerque FJB, Martins CR, Neves MTS. Bem-estar subjetivo emocional e coping em adultos de baixa renda de ambientes urbano e rural. *Estud psicol (Campinas).* 2008 out-dez; 25(4), 509-516.
- 20 - Savoia MG. Escalas de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento. *Rev Psiq Clín.* 1999 mar/abr; Edição Especial, 26(2): 57-67.
- 21 - Faria JB, Seidl EMF. Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão de literatura. *Psicol Refl Crít.* 2005; 18(3):381-389.
- 22 – Pargament KI. *The Psychology of Religion and Coping: Theory, Research, Practice.* New York, USA: The Guilford, 1997.
- 23 - Goldstein LL. Desenvolvimento do adulto e religiosidade: uma questão de fé. In Neri AL (org). *Qualidade de Vida e Idade Madura.* 3ª ed. Campinas: Papyrus; 2003. P. 83-108.
- 24 – Lazarus RS, Folkman S. *Stress, Appraisal, and Coping.* New York: Springer Publishing Company, 1984.
- 25 - Folkman S, Lazarus RS, Gruen RJ, DeLongis A. Appraisal, Coping, Health Status, and Psychological Symptoms. *J Pers Soc Psychol.* 1986; 50(3): 571-579.
- 26 - Faria JB, Seidl EMF. Religiosidade, enfrentamento e bem-estar subjetivo em pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Psicol Estud.* 2006 jan/abr; Maringá, 11(1):155-164.
- 27 - Lorencetti A, Simonetti AP. As estratégias de enfrentamento de pacientes durante o tratamento de radioterapia. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2005 nov/dez; 13(6):944-50.
- 28 - Trentini M, Silva SH, Valle ML, Hammerschmidt KSA. Enfrentamento de situações adversas e favoráveis por pessoas idosas em condições crônicas de saúde. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2005 jan/fev; 13(1):38-45.

- 29 - O'Brien TB, DeLongis A. The interactional context of problem-, emotion-, and relationship-focused coping: The role of the big five personality factors. *J Pers.* 1996 dez; 64(4): 775-813.
- 30 - Roesch SC, Weiner B. A Meta-Analytic Review of Coping with Illness: do Causal Attributions Matter? *J Psychosom Res.* 2001; Manchester, 50: 205-219. .
- 31 - Panzini RG, Bandeira DR. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. *Rev Psiquiatr Clín.* 2007; 34(1): 126-135.
- 32 - Hill PC, Pargament KI, Hood RW Jr., McCullough ME, Swyers JP, Larson DB, Zinnbauer BJ. Conceptualizing Religion and Spirituality: Points of Commonality, Points of Departure. *J Theory Soc Behav.* 2000 mar; 30(1):51-77.
- 33 - Xavier FMF, Ferraz MPT, Marc N, Escosteguy NU, Moriguchi EH. Elderly people's definition of quality of life. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2003; 25(1): 31-39.
- 34 - Gobatto CA; Araujo, TCCF. Coping religioso-espiritual: reflexões e perspectivas para a atuação do psicólogo em oncologia. *Rev. SBPH.* 2010 jun; Rio de Janeiro, 13(1): 52-63.
- 35 – Panzini RG, Bandeira DR. Escala de coping religioso-espiritual (escala cre): elaboração e validação de constructo. *Psicol estud.* 2005 set/dez; Maringá, 10(3): 507-516.
- 36 - Botelho JB. Medicina e religião: conflito de competências. Manaus: Metro Cúbico, 1991.
- 37 - Alves RRN, Alves HN, Barboza RRD, Souto WMS. The influence of religiosity on health. *Cien Saude Colet.* 2010; 15(4):2105-2111.
- 38 - Teixeira JJV, Lefèvre F. Significado da intervenção médica e da fé religiosa para o paciente idoso com câncer. *Ciênc Saúde Colet.* 2008; 13(4):1247-1256.
- 39 – Koenig HG. Religion and Medicine II: religion, mental health and related behaviors. *Int J Psychiatry Med.* 2001; 31(1):97-109.
- 40 - Koenig HG, George LK, Peterson BL. Religiosity and remission of depression in medically ill older patients. *Am J Psychiatry.* 1998; 155:536-542.
- 41 - Miller L, Warner V, Wickramaratne P, Weissman M. Religiosity and depression: ten-year follow-up of depressed mothers and offspring. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1997; 36:1416-1425.
- 42 - WHOQOL Group. - The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W, editors. *Quality of life assessment: international perspectives.* Heidelberg: Springer Verlag; 1994. P. 41-60.

- 43 – Koenig HG. Religion and Medicine IV: religion, physical health, and clinical implications. *Int J Psychiatry Med.* 2001; 31(3):321-336.
- 44 – Koenig HG, Larson DB, Larson SS. Religion and coping with serious medical illness. *Ann Pharmacother.* 2001; 35:352-359.
- 45 - Koenig HG. Religion and Medicine III: developing a theoretical model. *Int J Psychiatry Med.* 2001; 31(2):199-216.
- 46 - Lawler KA, Younger JW. Theobiology: an analysis of spirituality, cardiovascular responses, stress, mood, and physical health. *J Relig Health.* 2002; 41(4):347-362.
- 47 - Hill PC, Pargament KI. Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: implications for physical and mental health research. *Am Psychol.* 2003; 58(1):64-74.
- 48 - Nooney J, Woodrum E. Religious coping and church-based social support as predictors of mental health outcomes: testing a conceptual model. *J Sci Study Relig.* 2002; 41(2):359-368.
- 49 - Dull VT, Skokan LA. A cognitive model of religion's influence on health. *J Soc Issues.* 1995; 51(2):49-64.
- 50 - Lilliston L, Klein DG. A self-discrepancy reduction model of religious coping. *J Clin Psychol.* 1991; 47(6):854-860.
- 51 - Laplantine F. *Antropologia da Doença. Tradução Valter Lelis Siqueira.* 4. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2010.
- 52 - Pargament KI, Park CL. Merely a defense? The variety of religious means and ends. *J Soc Issues.* 1995; 51(2):13-32.
- 53 - Tix AP, Frazier PA. The use of religion coping during stressful life events: main effects, moderation and mediation. *J Consult Clin Psychol.* 1998 apr; 66(2), 411-422.
- 54 - Koenig HG, Pargament KI, Nielsen J. Religious coping and health status in medical ill hospitalized older adults. *J Nerv Ment Dis.* 1998; 186(9): 513-521.
- 55 - George LK, Larson DB, Koenig HG, McCullough ME. Spirituality and health: what we know, what we need to know. *J Soc Clin Psychol.* 2000; 19(1):102-116.
- 56 - Koenig HG. Religion and Medicine I: historical background and reasons for separation. *Int J Psychiatry Med.* 2000; 30(4):385-398.
- 57 - Clark KA, Bormann CA, Cropanzano RS, James K. Validation evidence for three coping measures. *J Pers Assess.* 1995; 65:434-455.
- 58 - Pargament KI at al. Religion and the problem-solving process: three styles of coping. *J Sci Study Relig.* 1988, 27: 90-104.

- 59 - Wong-McDonald A, Gorsuch RL. Surrender to God: an additional coping style? *J Psychol Theol.* 2000; 28(2):149-161.
- 60 - A Bíblia Sagrada, traduzida em português por João Ferreira de Almeida. 2. ed. revista e atualizada. Barueri: Sociedade Bíblica do Brasil, 2004.
- 61 - Pargament KI, Koenig HG, Perez LM. - The many methods of religious coping: development and initial validation of the RCOPE. *J Clin Psychol.* 2000; 56(4):519-543.
- 62 – Panzini RG - Escala de Coping Religioso-Espiritual (Escala CRE): tradução, adaptação e validação da Escala RCOPE, abordando relações com saúde e qualidade de vida. [dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre; 2004.
- 63 - Turato ER. Métodos Qualitativos e Quantitativos na Área da Saúde: Definições e seus Objetos de Pesquisa. *Rev Saúde Públ.* 2005; 39(3): 507-514.
- 64 - Uchôa E. Contribuições da Antropologia para uma Abordagem das Questões Relativas à Saúde do Idoso. *Cad Saúde Pública.* 2003 mai/jun; 19(3):849-853.
- 65 - Corin E, Uchôa E, Bibeau G, Kouma-Re B. Articulation et variations des systèmes de signes, de sens et d'actions. *Psychopathol Afr.* 1992; 24: 183-204.
- 66 - Uchôa E, Vidal JM. Antropologia Médica: Elementos Conceituais e Metodológicos para uma Abordagem da Saúde e da Doença. *Cad Saúde Pública.* 1994; 10(4):497-504.
- 67 - Firmo JOA, Lima-Costa MFF, Uchôa E. Projeto Bambuí: maneiras de pensar e agir de idosos hipertensos. *Cad Saúde Pública.* 2004; 20(4):1029-1040.
- 68 - Geertz C. A Interpretação das Culturas. Rio de Janeiro: Livro Técnico e Científicos Editora, 1989.
- 69 - Corin E. The culture frame: Context and meaning in the construction of health. In: Amick BC, Levine S, Tarlov AR, Walsh DC, ed. *Society and Health.* Oxford: Oxford University Press, 1995, 272-304. Disponível em http://books.google.com.br/books?hl=pt-R&lr=&id=J3Uer_lv0V8C&oi=fnd&pg=PA272&dq=CORIN,+E.,+1995.+The+culture+frame:+Context+and&ots=ulbVwR8suM&sig=E5N9jGmjyE8eVFW_5rpr76AE79E#v=onepage&q&f=true . Acesso em: 10 jan. 2012.
- 70 - Uchôa E. Epidemiologia e Antropologia: Contribuições para uma abordagem dos aspectos transculturais da depressão. In: Canesqui AM. (org.). *Ciências sociais e saúde.* São Paulo: Hucitec-Abrasco; 1997. P. 87-109.
- 71 - Cassell EJ. *The Healer's Art: A New Approach to the Doctor-Patient Relationship.* Harmondsworth: Penguin Books, 1978.

- 72 – Helman CG. Disease versus illness in general practice. J R Coll Gen Pract. 1981 sep; 548-552.
- 73 - Rodrigues E. A emergência dos novos movimentos religiosos e suas repercussões no campo religioso brasileiro. Numen, Rev. Estud. Pesqui. Religião. 2009; Juiz de Fora, 12(1 e 2): 45-58.
- 74 - Geertz C. O Beliscão do Destino: A religião como experiência, sentido, identidade e poder. in: Nova luz sobre a antropologia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2001. P. 149-165.
- 75 - James W. William James Writings 1902 – 1910. Ed. Bruce Kuklick. New York: The Library of America; 1987.
- 76 - Menezes J. Tradição e experiência: uma inversão cultural do pensável pelas práticas. Antíteses. 2010 jan-jun; 3(5): 367-392.
- 77 - Deslandes SF, Mitre RMA. Processo comunicativo e humanização em saúde. Interface – Comunic., Saúde, Educ. 2009; 13 supl.1, 641-649.
- 78 - Koenig HG, McCullough M, Larson DBB. Handbook of religion and health: a century of research reviewed. New York: Oxf University press; 2001.
- 79 – Brasil, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Dados gerais e informações estatísticas da cidade de Bambuí, Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em: 04 Out. 2011.
- 80 - Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE. Observações sobre a evolução da mortalidade no Brasil: o passado, o presente e perspectivas. Rio de Janeiro, 2010. Disponível no site <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2009/notastecnicas.pdf> Acesso em: 27 Dez. 2011.
- 81 - Rios DFF, NMA, Loreto MDS, Fiúza ALC. O programa bolsa-família em um contexto de cidades rurais: o caso de Bambuí, MG. Oikos Viçosa, MG. 2011; Viçosa, 22(2): 150-170.
- 82 - Prefeitura Municipal de Bambuí. Dados da História da Cidade. Disponível em: <http://www.bambui.mg.gov.br/>. Acesso em: 04 Out. 2011.
- 83 - Giacomini KC, Uchôa E, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Projeto Bambuí: um estudo de base populacional da prevalência e dos fatores associados à necessidade de cuidador entre idosos. Cad Saúde Pública. 2005 jan-fev; Rio de Janeiro, 21(1): 80-91.
- 84 - Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad Saúde Publica. 2008; 24(1): 17-27.

- 85 – Caprara A, Landim LP. Etnografia: uso, potencialidades e limites na pesquisa em saúde. *Interface - Comunic Saúde Educ.* 2008; 12(25): 363-376.
- 86 – Minayo MCS (org). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.* 16ª ed. Petrópolis: Vozes, 1994.
- 87 – Giacomini KC, Uchoa E, Lima-Costa MFF. Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes. *Cad Saúde Pública.* 2005; 21(5): 1509-1518.
- 88 - Gomes R, Mendonça EA, Pontes ML. As Representações Sociais e a Experiência da Doença. *Cad. Saúde Pública*, 2002 set-out; Rio de Janeiro, 18(5): 1207-1214.
- 89 – Bosi E. *Memória e Sociedade: Lembranças de Velhos.* São Paulo: Companhia das Letras, 1994.
- 90 - Lara LM. *O Sentido Ético-Estético do Corpo na Cultura Popular [Tese].* Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2004.
- 91 – Blessmann EJ. Corporeidade e Envelhecimento: o significado do corpo na velhice. *Estud interdiscip envelhec.* 2004; Porto Alegre, 6:21-39.
- 92 - Silva, LRF. Da velhice à terceira idade: o percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento. *Hist Cienc Saude Manguinhos.* 2008 jan-mar; 15(1): 155-168.
- 93 – Blessmann EJ. Corporeidade e Envelhecimento, o significado do corpo na velhice. *Estud. interdiscip. envelhec.* 2004; Porto Alegre, 6:21-39.
- 94 - Motta LA, Rivera T. O fascínio do ver e a angústia do olhar: sobre o corpo e a subjetividade. *Rev Latinoam Psicopat Fund.* 2005 dez; ano VIII, n. 4, 665-678.
- 95 - Silva LRF. Da velhice à terceira idade: o percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento. *Hist cienc saúde-Manguinhos.* 2008 jan-mar; 15(1): 155-168.
- 96 – Lopes RF, Lopes MTF, Câmara VD. Entendendo a solidão do idoso. *RBCEH.* 2009 set/dez; Passo Fundo, 6(3): 373-381.
- 97 - Maffioletti VLR. Velhice e família: reflexões clínicas. *Psicol cienc prof.* 2005 set; 25(3):336-351.
- 98 – Alves PC. A Experiência da Enfermidade: Considerações Teóricas. *Cad Saúde Públ.* 1993 jul/set; Rio de Janeiro, 9(3): 263-271.
- 99 – Rabelo DF, Neri AL. Recursos Psicológicos e Ajustamento Pessoal frente à Incapacidade Funcional na Velhice. *Psicol Estud.* 2005 set/dez; Maringá, 10(3): 403-412.

- 100 - Parahyba MI, Simões CCS. A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. *Ciênc Saúde Colet.* 2006; 11(4): 967-974.
- 101 - Neves RF, Nunes MO. Incapacidade, Cotidiano e Subjetividade: a narrativa de trabalhadores com LER/DORT. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.* 2009 jul/set; 13(30): 55-66.
- 102 - Couto FBD. Resiliência e capacidade funcional em idosos. *Rev Kairós.* 2010 jun; São Paulo, 7: 51-62.
- 103 - Chauí M. Repressão sexual: essa nossa (des)conhecida. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1984, P. 32-54.
- 104 - Teixeira JJV, Lefèvre F. Significado da intervenção médica e da fé religiosa para o paciente idoso com câncer. *Cien Saude Colet.* 2008; 13(4): 1247-1256.
- 105 - Allport GW, Ross JM. Personal religious orientation and prejudice. *J Pers Soc Psychol.* 1967; 5:432-443.
- 106 - Alminhana LO, Almeida AM. Personalidade e religiosidade/ espiritualidade. *Rev psiquiatr clín.* 2009; São Paulo, 36(4): 153-161.
- 107 - Goldstein LL, Neri AL. Tudo bem, graças a Deus. Religiosidade e Satisfação na maturidade e na Velhice. In Neri AL (org). *Qualidade de Vida e Idade Madura.* 3ª ed. Campinas: Papyrus; 2003. P. 109-136.
- 108 - Borges, ZN. Entrelaçamentos entre Espiritualidade, Religiosidade e Crenças Pessoais na Doença Renal Crônica e no Transplante de Órgãos. *Soc Hum.* 2009; 22: 101-109.
- 109 - Folkman, S; Lazarus, RS; Pimley, S; Novacek, J. Age Differences in Stress and Coping Processes. *Psychol Aging.* 1987; 2(2): 171- 184.
- 110 - Elias, N. *A Solidão dos Moribundos: seguido de envelhecer e morrer.* Rio de Janeiro: Zahar, 2001.
- 111 - Fortes-Burgos ACG, Neri AL, Cupertino APFB. Eventos Estressantes, Estratégias de Enfrentamento, Auto-Eficácia e Sintomas Depressivos entre Idosos Residentes na Comunidade. *Psicol. reflex. Crit.* 2008; 21(1), 74-82.
- 112 - Vivan AS, Argimon IIL. Estratégias de enfrentamento, dificuldades funcionais e fatores associados em idosos institucionalizados. *Cad Saúde Pública,* 2009 fev; Rio de Janeiro, 25(2): 436-444.
- 113 - Siegel K, Anderman SJ, Schrimshaw EW. Religion and Coping with Health-Related Stress. *Psychol Health.* 2001; 16:631-653.

114 - Araújo MFM, Almeida MI, Cidrack ML, Queiroz HMC, Pereira MCS, Menescal ZLC. O papel da religiosidade na promoção da saúde do idoso. RBPS. 2008; 21(3): 201-208.

115 - Uchôa E, Firmo JOA, Lima-Costa MFF. Envelhecimento e saúde: experiência e construção cultural. In: Minayo MCS, Coimbra Jr CEA, (orgs). Antropologia, Saúde e Envelhecimento. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. P.25-35.